

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М.СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Грибова Эмма Петровна

**Научное обоснование инновационного подхода
к медико-социальной реабилитации на основе
комплексного исследования инвалидности
вследствие цереброваскулярных заболеваний**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза
и медико-социальная реабилитация

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор, академик РАН
Пузин Сергей Никифорович

Москва – 2022

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	11
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	42
3.1. Динамика и структура инвалидности взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней.....	42
3.2. Особенности формирования инвалидности	59
3.3. Нозологическая характеристика контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.....	66
ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	79
ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	90
5.1. Клинико-функциональная и экспертно-реабилитационная характеристика инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.....	90
5.2. Оценка потребности инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в видах медико-социальной помощи	106
5.3. Приоритетные мероприятия по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней..	125
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	136
ВЫВОДЫ	147
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	149
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	151
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	152
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Анкетирование.....	170

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Курс на ускоренное инновационное развитие, провозглашенный руководством страны, требует мобилизации всех ресурсов. Производственные силы, то есть население страны и её отдельных регионов, являются тем базовым ресурсом, который определяет темпы социально-экономического развития государства [97].

Потери ВВП Российской Федерацией в период с 2005 по 2015 год, обусловленные преждевременной смертностью от заболеваний органов системы кровообращения, значительную долю в структуре которой составили цереброваскулярные болезни (ЦВБ), достигли по данным ВОЗ 8,2 трлн. Рублей [60, 97]

В Российской Федерации в год на 1000 человек приходится 2,5 - 3,5 случая заболевших острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). 35% заболевших погибают в остром периоде ОНМК; к концу первого года летальность возрастает еще на 12 - 15 %, а в течение следующих 5 лет показатель достигает 44% [24, 88, 147].

В мае 2013 года Всемирная Ассамблея здравоохранения одобрила глобальный план действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на период 2013-2020 годы. Мероприятия этого плана направлены, в том числе, на снижение заболеваемости и инвалидности от ЦВБ.

Инвалидность рассматривается как понятие, объединяющее показатели здоровья, качества жизни, условий труда, быта, окружающей среды.

Болезни системы кровообращения являются наиболее частой причиной инвалидности, среди которых ЦВБ занимают второе место после ишемической болезни сердца [60].

Несмотря на достижения в диагностике и лечении больных ЦВБ, медико-социальные проблемы этого контингента больных не теряют своей актуальности. Это обусловлено, в первую очередь, сложностью экспертно-

реабилитационной диагностики в отношении больных с ЦВБ, во вторую очередь, постоянным совершенствованием реабилитационных технологий, в том числе появлением новых подходов к проведению медико-социальной экспертизы, совершенствованием правовых и законодательных основ.

В соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [104], а также Федеральным законом от 28 декабря 2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [105, 119] важнейшим индикатором здоровья населения и результативности функционирования системы социальной защиты населения является инвалидность и эффективность деятельности службы реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Услуги по реабилитации направлены на устранение или максимальную компенсацию ограничений жизнедеятельности, а также содействие социальной адаптации инвалидов и максимальной их интеграции в общество.

Целью реабилитации на современном уровне является максимально раннее возвращение к труду, восстановление функциональной независимости в быту, улучшение качества жизни пациента за счет уменьшения ограничений его жизнедеятельности, повышения уровня социального статуса и устранения факторов риска нарушений его жизнедеятельности.

Комплексная реабилитация должна включать в себя мероприятия медико-психологического, медицинского, профессионального и социального характера, направленные на восстановление человека как личности и достижение им материальной независимости. Неотъемлемым компонентом комплексной реабилитации является медицинская реабилитация, составляющая основу всего реабилитационного процесса.

Развитие системы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения предполагает этапность оказания реабилитационных услуг, включая развертывание отделений медицинской реабилитации в организациях подведомственных Департаментам здравоохранения, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Тем не менее до настоящего времени не удается

обеспечить непрерывность и этапность проведения реабилитационных мероприятий в отношении больных и инвалидов, страдающих ЦВБ.

Недостаточно исследованы психологические особенности, уровень социально-психологической адаптации инвалидов вследствие ЦВБ, отсутствуют рекомендации по их социально-психологической поддержке. Не уточнены потребности этого континента инвалидов в различных видах медико-социальной помощи, в том числе реабилитации, что делает невозможным предоставление адресной социальной помощи. Не сформулированы рекомендации по составлению индивидуальных и типовых комплексных программ реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ, что, в свою очередь, затрудняет проведение реабилитационных мероприятий в отношении этой категории инвалидов и их интеграцию в общество. Выше изложенное обусловило актуальность данного диссертационного исследования.

Степень разработанности

Несмотря на успешное решение вопросов ранней диагностики и лечения больных с ЦВБ в последние десятилетия, заболевания сердечно-сосудистой системы по прежнему остаются одной из главных причин инвалидности [20, 68, 116, 124].

Практически отсутствуют научные исследования, направленные на изучение инвалидности вследствие ЦВБ [68], в связи с чем не разработаны единые представления о реабилитационных мероприятиях инвалидов с указанными заболеваниями. При этом рядом авторов указывалось на особую значимость для инвалидов вследствие ЦВБ мер социальной и профессиональной реабилитации [31, 39, 68, 70, 78] и имеющиеся слабые стороны в ее реализации [41, 46]. Исследователями отмечались низкий уровень изученности психологических особенностей и недостаточная эффективность социально-психологической адаптации инвалидов вследствие ЦВБ [28, 71, 122, 123]. С учетом вышеизложенного имеется необходимость дальнейшего совершенствования комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ.

Цель исследования

Усовершенствование комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней на основе формирования индивидуально-ориентированными реабилитационных программ с учетом психологического статуса инвалидов.

Задачи исследования

1. Изучить социально-гигиенические особенности контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.

2. Выявить психологические особенности инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней и разработать меры по их социально-психологической поддержке.

3. Определить структуру нуждаемости и потребности в реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней и изучить удовлетворенность их реабилитационными услугами.

4. Разработать мероприятия по совершенствованию комплексных индивидуально-ориентированных программ медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.

Научная новизна

Впервые проанализированы показатели инвалидности вследствие ЦВБ в г. Москве в период 2014-2018 гг., что позволило научно обосновать и разработать мероприятия по совершенствованию медико-социальной реабилитации инвалидов на региональном уровне.

Дана оценка специфическим психологическим особенностям и клинико-функциональным характеристикам инвалидов вследствие ЦВБ с целью совершенствования медико-социальной реабилитации. Разработаны рекомендации по социально-психологической поддержке не только для инвалидов вследствие ЦВБ, но и для членов их семей.

Уточнены особенности нуждаемости и потребности в реабилитации и абилитации инвалидов вследствие ЦВБ.

Определены подходы к медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ с учётом степени выраженности нарушений функций организма инвалидов и ограничений жизнедеятельности.

Разработаны алгоритм и сформулированы предложения по совершенствованию комплексной индивидуально-ориентированной программы реабилитации и абилитации инвалидов вследствие ЦВБ.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные новые данные, характеризующие социально-гигиенические особенности инвалидов вследствие ЦВБ, явились информационной базой для разработки программ по профилактике и снижению инвалидности вследствие ЦВБ на региональном уровне.

На основе структуры нуждаемости и потребности в реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ, а также с учетом психологического статуса и выявленных особенностей инвалидов, разработан комплекс мер по совершенствованию медико-социальной реабилитации.

Разработанные принципы формирования комплексных индивидуально-ориентированных программ реабилитации и абилитации инвалидов вследствие ЦВБ внедрены в практику работы бюро медико-социальной экспертизы: Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области».

Медицинскими организациями используются разработанные критерии при оформлении направления на медико-социальную экспертизу пациентов с ЦВБ в части заполнения раздела рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации.

Разработанные комплексные индивидуально-ориентированные программы реабилитации для инвалидов вследствие ЦВБ внедрены в работу реабилитационных учреждений: структурных подразделений Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) – отделение медицинской реабилитации Университетской клинической больницы №2, отделение терапии и

реабилитации Санатория «Звенигород» Университетской клинической больницы №5.

Методология и методы исследования

Диссертационная работа является ретропроспективным исследованием социально-гигиенических, клинико-экспертных, социально-психологических и экспертно-реабилитационных характеристик реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ, выполненным в 4 этапа. I этап носит сплошной, II и III этапы – выборочный характер. В работе использованы следующие методы исследования: документальный, социально-гигиенический, клинико-функциональный, экспертных оценок, анкетирования, аналитический, статистический.

Положения, выносимые на защиту

1. Особенности формирования контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней является увеличение общего числа инвалидов с преобладанием лиц старше трудоспособного возраста, III группы, что необходимо учитывать при планировании объемов медико-социальной помощи.

2. Социально-психологическая адаптация является обязательной составляющей медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.

3. Эффективность медико-социальной помощи инвалидам вследствие цереброваскулярных болезней достигается алгоритмом формирования комплексных индивидуально-ориентированных программ медико-социальной реабилитации, основанных на нуждаемости и потребности инвалида.

4. Индивидуальная потребность инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней является основой формирования комплексных программ медико-социальной реабилитации.

Соответствие паспорту научной специальности

Работа выполнена в соответствии с пунктами 1, 3, 9, 10 паспорта научной специальности 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности результатов обусловлена проведением комплексного исследования инвалидов вследствие ЦВБ с достаточным объемом выборки, анализом клинико-функциональных, социально-гигиенических и психологических характеристик, а также проведением анализа материала, представленного клинико-экспертными документами более 209 тысяч инвалидов г. Москвы по данным Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Достоверность полученных результатов подтверждена проведенным корректным статистическим анализом.

Диссертационная работа одобрена на совместном заседании кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол №11 от 8.04.2021).

Публикации и доклады

По теме диссертации автором опубликовано 8 печатных работ, из них 7 в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, в том числе 1 статья в научном издании, индексируемом базой Scopus.

Результаты диссертации доложены на: международном конгрессе «Современные технические средства в реабилитации» (19 сентября 2019 г., Москва), VI научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России «Региональное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации национального проекта «Здравоохранение» (21-22 ноября 2019 г., Ростов-на-Дону), научно-практической конференции «Гериатрические аспекты в клинической медицине» (22 января 2020 г., Москва).

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа выполнена на 172 странице машинописного текста и включает: введение, 5 глав, в том числе обзор литературы, сведения о

материале, методах и организации исследования, результаты собственных исследований, заключение, выводы и практические рекомендации. Список литературы содержит 162 источника, в том числе 120 отечественных и 42 зарубежных. В диссертационной работе представлено 26 таблиц и 13 рисунков.

Благодарности

Хотелось выразить признательность всем, принявшим участие в подготовке диссертации!

Искренняя признательность и благодарность научному руководителю, профессору кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), академику РАН Сергею Никифоровичу Пузину за помощь и неоценимую поддержку на всех этапах выполнения диссертации.

Особая благодарность заведующему кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), профессору Евгению Евгеньевичу Ачкасову за практическую помощь, терпение и моральную поддержку в процессе подготовки диссертации.

Глубокая признательность коллективу кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского и всему коллективу Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) за максимальное содействие в реализации научного исследования.

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Актуальность проблемы изучения медико-социальных последствий ЦВБ особенно возрастает в последние годы. Оказывая значительное влияние на заболеваемость, смертность, а также инвалидность населения почти во всех странах мира ЦВБ являются актуальным медико-социальным вопросом современности [12].

В последнее время довольно успешно решаются вопросы ранней диагностики и лечения больных с ЦВБ, что позволило несколько снизить смертность при данной патологии, тем не менее заболевания сердечно-сосудистой системы по-прежнему являются одной из главных причин инвалидности [26].

В структуре показателей заболеваемости, смертности и инвалидности от ЦВБ ведущее место принадлежит инсультам [21, 70, 88]. Распространенность инсульта в Российской Федерации остается более высокой, чем в странах Европы [Здравоохранение в России 2015, Росстат, 2016]. 31% больных после перенесенного ОНМК нуждаются в посторонней помощи, у 20% наблюдается выраженное нарушение функции ходьбы, из числа выживших больных к работе в своей профессии возвращается 8%. К концу первого года после инсульта у 25-30% больных развивается деменция, которая с течением времени прогрессирует [28, 50, 95, 107, 114].

Ежегодно регистрируемый в Российской Федерации средний уровень частоты инсультов составляет 400-450 тыс. случаев. Из числа регистрируемых случаев инсультов в среднем 200 тыс. заканчивается летально. 80% выживших пациентов, перенесших инсульт, остаются инвалидами. Данные многочисленных научных исследований, отражающих стремительное развитие медицинских технологий, развитие реабилитационной индустрии и

совершенствование медико-социальной реабилитации, свидетельствуют о недостаточной эффективности вышеуказанных мероприятий [29, 130, 131].

В России в настоящее время в более 1 млн. человек установлен диагноз инсульта, среди которых 30% относятся к лицам трудоспособного возраста, и только 25% возвращается к трудовой деятельности [93, 95]

Негативное влияние на экономику страны в последнее время оказывает наметившаяся тенденция на значительное «омоложение» инсультов, что влечет за собой огромные финансовые затраты на лечение и реабилитацию пострадавших лиц, отрицательно сказывается на качестве их жизни, негативно влияет на внутрисемейные отношения, ухудшает микроклимат в семье и приводит к ее распаду [136].

Изменения в возрастной структуре населения за счет неуклонного демографического старения ведут к увеличению числа хронических больных и инвалидов, в том числе с ЦВБ, что, в свою очередь, значительно увеличивает вероятность возникновения и риск прогрессирования ЦВБ среди населения [8, 13, 55, 56, 57, 133].

По данным А.А. Шабунова (2014) несмотря на социальную значимость в период продолжающейся демографической трансформации («старение населения») исследований, посвященных комплексному изучению проблемы инвалидности вследствие ЦВБ, не проводилось [113]. Ранее результаты исследований вопросов инвалидности и реабилитации при сосудистых заболеваниях мозга были представлены в 2004 году в работе Блох И.А. (2004) [4].

По данным Н.А. Овсянниковой, А.Л. Арьевой и Н.М. Жулевой (2011) на современном этапе ЦВБ продолжают оставаться одной из ведущих медико-социальных проблем [65].

В развитых странах в структуре общей смертности населения первое место занимают болезни сердца, второе – злокачественные заболевания, третье – смертность от ЦВБ, составляя в среднем 12-16% [20, 128].

Большое внимание в литературных источниках придается освещению демографических процессов, происходящих в мире, которые свидетельствуют о ярко выраженной тенденции в последние десятилетия к увеличению численности и доли в структуре населения лиц старческого и пожилого возраста [52, 53, 54, 65, 158, 159]. В то же время эпидемиологические исследования демонстрируют тренд на «омоложение» сосудистых заболеваний головного мозга.

К.А. Камышникова, Н.Н. Маслова, Е.В. Довгань (2018) выделяют корригируемые и некорригируемые факторы риска ЦВБ [30]. К корригируемым факторам относятся: артериальная гипертензия (далее – АГ), нарушения липидного обмена, атеросклеротическое поражение артерий головы и шеи, нарушение сердечного ритма, сахарный диабет в стадии декомпенсации [3, 23, 28, 30, 120]. Возраст пациента и мужской пол являются не корригируемыми факторами риска. У мужчин в возрасте до 75 лет чаще, чем у женщин диагностируется ОНМК. С 50-летнего возраста каждые десять лет жизни риск развития инсульта возрастает вдвое [21, 30, 34, 44].

Наиболее важным модифицируемым фактором риска ЦВБ, в том числе инсульта, является артериальная гипертензия [5, 50, 135]. Артериальная гипертензия выявляется у трети населения в мире, в нашей стране охватывает 44%, при этом сохраняется рост уровня этих значений [68, 69].

По прогнозам ВОЗ число страдающих артериальной гипертензией к 2025 году в мире увеличится на 60% и достигнет 1,56 млрд. человек [88, 97].

При наличии АГ риск развития сосудистых заболеваний сердца и мозга повышается. По данным 7 отчетов «Объединенного Комитета по Эталонам – KOOMED» при повышении систолического артериального давления на 20 мм.рт.ст. и диастолического артериального давления на 10 мм.рт.ст. риск развития сердечно-сосудистых заболеваний удваивается [89]. Около трети больных, страдающих гипертонической болезнью переносят ОНМК [110, 123].

По данным С.А. Живолупова и И.Н. Самарцева (2012) выделяются острые и хронические формы сосудистых заболеваний мозга [24]. ОНМК и транзиторные ишемические атаки (ТИА) относятся к острым формам, к хроническим - хроническая цереброваскулярная недостаточность и сосудистая деменция. Как правило, инсульт развивается на фоне хронической сосудистой недостаточности мозга [117].

Причинами развития хронических форм ЦВБ наиболее часто являются следующие патологические состояния:

- нарушения холестеринового обмена и развитие атеросклероза, поражающего крупные магистральные артерии и внутричерепные артерии, вызывая их стеноз, при этом сохраняется коллатеральное кровообращения;

- гипертоническая болезнь, способствующая развитию патологических изменений в мелких сосудах головного мозга, развитию множества лакунарных инфарктов и мультиинфарктной энцефалопатии;

- патологии сердца в виде различных нарушений ритма сердца, являющиеся причиной ишемических инсультов в 15-20% случаев.

Согласно литературным данным недостаточность мозгового кровообращения приводит к развитию хронической ишемической болезни мозга. Этот процесс развивается последовательно и поэтапно.

На первом этапе появляются астено-вегетативные расстройства, нарушения сна, различной степени выраженности цефалгический синдром, зачастую развиваются легкие расстройства памяти, дискоординаторные изменения.

На втором этапе продолжается нарастание вышеуказанных патологических синдромов. Прогрессируют нарушения внимания и памяти, нарастают интеллектуальные и эмоциональные расстройства, значительно снижается трудоспособность. Изменяется походка, появляется очаговая симптоматика, прогрессируют дискоординаторные и глазодвигательные расстройства, пирамидная недостаточность.

Наконец, на третьем этапе значительно прогрессирует психо-органический и псевдобульбарный синдромы, тяжело страдают память и интеллект, развивается деменция, часто развиваются психические расстройства, парезы, мозжечковые нарушения, псевдобульбарный синдром и паркинсонизм. Возникновение пароксизмальных состояний, обмороков зачастую приводят к падениям. У этой категории больных развиваются нарушения различных функциональных систем организма, что приводит к значительным ограничениям жизнедеятельности. Как правило, пациент нуждается в постоянном приеме лекарственных препаратов, постороннем уходе, наблюдении и помощи.

На всех трех стадиях развития ЦВБ необходимо проводить в отношении этой категории больных не только лечебные, но и реабилитационные мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования заболевания, профилактику повторного инсульта и усугублению инвалидности [12, 36].

На сегодняшний день государство выделяет значительные средства на реабилитацию. Вместе с тем, достичь желаемого результата не всегда представляется возможным, что требует пересмотра некоторых позиций в подходах к проведению комплексной медико-социальной реабилитации.

Реабилитационные мероприятия должны проводиться в четыре этапа:

- установление клинико-функционального диагноза и определение реабилитационного потенциала с учетом сопутствующей патологии;
- разработка персонализированного подхода к каждому пациенту с учетом его биопсихосоциальной модели;
- контроль эффективности (при необходимости – коррекции) комплекса реабилитационных мероприятий;
- оценка эффективности комплекса реабилитационных мероприятий с последующим планированием дальнейших реабилитационных услуг с соблюдением принципа преемственности и непрерывности [1, 27, 44].

При проведении реабилитационных мероприятий следует применять консервативную терапию с использованием вазоактивных препаратов (пентоксифиллин, винпоцетин и др.) [85, 107]. Для лечения пациентов с неврологическими расстройствами используют ноотропы, аминокислоты, нейромодуляторы, антипсихотические средства и т.д. Эффективное воздействие на кровоснабжение головного мозга оказывают антиоксиданты, положительно воздействующие в том числе и на общий метаболизм [42, 67, 82]. Существенно влияет на выраженность неврологической симптоматики применение лекарственной терапии [87, 89, 99].

В комплексе реабилитационных мероприятий важное значение придается вторичной профилактике. В перечень препаратов для вторичной профилактики входят антигипоксанты, антитромботические, гипотензивные и гиполипидемические препараты [63, 66, 82].

Комплексное медикаментозное воздействие при вторичной профилактике направлено на улучшение реологических свойств крови, на снижение и нормализацию артериального давления и снижение уровня холестерина.

Европейское региональное бюро ВОЗ ориентирует на уменьшение летальности до 20% в течение месяца развития ОНМК и достижение автономности социального функционирования не позднее 3 месяца после ОНМК не менее 70% выживших больных.

Реабилитация в отношении больных ЦВБ в целом и с последствиями ОНМК, в частности, сложный, длительный процесс, требующий междисциплинарного подхода. Важна вовлеченность в процесс реабилитации самого пациента, его родственников и лиц, проживающих с ним, при этом должны соблюдаться основные принципы реабилитации – непрерывность, комплексность, последовательность [72, 81, 142].

Негативное влияние на процесс реабилитации может оказать низкая приверженность самого пациента, которая является следствием либо эмоциональных, либо когнитивных расстройств.

По данным ряда авторов [10, 25, 33,134] постинсультная депрессия, равно как и постинсультная деменция, встречается у 30% больных, перенесших ОНМК. Это достаточно высокий уровень показателя, поэтому перед проведением реабилитационных мероприятий необходимо в обязательном порядке оценивать психоэмоциональное состояние больного. В отношении оценки когнитивных функций можно использовать Монреальскую шкалу (MoCA), а в отношении оценки депрессивных расстройств для врачей широкого профиля можно рекомендовать госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Оптимальным является вариант участия психолога на всех этапах реабилитации.

На современном этапе в качестве приоритетного рассматривается амбулаторный этап проведения реабилитационных мероприятий [34, 40], учитывая его значительно более низкую стоимость и доступность в сравнении со стационарным или лечением в условиях современного реабилитационного центра, оснащенного высокотехнологичным оборудованием.

По данным Меметова С.С. и соавт. (2019) материально-техническое оснащение и кадровый состав муниципальных медицинских организаций не позволяют осуществлять реабилитационные мероприятия в достаточном объеме в соответствии с последними достижениями науки, что в свой черед приводит к значительному удлинению сроков реабилитации больных [55, 58]. Анализ ситуации показывает, что на современном этапе не решен вопрос с доступностью новейших реабилитационных технологий для многих пациентов с ЦВБ и последствиями ОНМК, несмотря на то, что по данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, ЦВБ находятся на 2-ом месте в структуре общей смертности населения (23,4%) и смертности от заболеваний системы кровообращения (39%) [26, 27]. В острый период инсульта (~21 день) летальность составляет 35%, причём в течение года умирают ещё 15% из выживших пациентов. Показатели летальности от церебрального инсульта среди самых высоких в мире, различаясь в разных государствах и составляя в

экономически развитых странах 11-12%. При этом смертность от ЦВБ в России в 4 раза выше, чем в США и Канаде [60, 96, 100].

Последствия ЦВБ в мире являются одной из главных причин стойкой утраты трудоспособности [124, 132]. Если одни авторы полагают, что процесс формирования инвалидности из-за церебрального инсульта является одной из первых причин первичной инвалидности, достигая 40% [45], то другие исследователи приводят данные, что ЦВБ среди причин инвалидности занимают 2-е место после ишемической болезни сердца [47, 127, 141].

Таким образом, ЦВБ занимают ведущее место среди заболеваний формирующих инвалидность. В соответствии с регистром Национальной ассоциации по борьбе с инсультом 31% больных с последствиями церебрального инсульта, нуждаются в посторонней помощи, а 20% из них не способны самостоятельно ходить. Только 8% из выживших больных могут вернуться к работе по своей профессии. У 30% больных развивается деменция после ОНМК [18, 19, 148]. ЦВБ наносят ощутимый ущерб экономике страны, учитывая расходы на лечение, реабилитацию, потери в сфере производства, оплату по листкам нетрудоспособности [46, 126, 150].

Инвалидность вследствие ЦВБ по данным Дымочки М.А. (2010) [21] преимущественно формировалась за счет лиц, впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ), доля которых от общего числа ВПИ составляет 57,6%. Доля повторно признанных инвалидами (далее – ППИ) вследствие ЦВБ составляет 42,4% от общего числа ППИ от всех причин. Данный факт указывает на то, что значительная часть больных, ВПИ, не доживают до очередного переосвидетельствования [21, 94, 95].

По данным Петросян К.М. (2014) проблеме инвалидности от болезней системы кровообращения посвящено огромное количество научных исследований [70]. Вместе с тем, как отмечает автор, исследований направленных на изучение инвалидности вследствие ЦВБ практически нет. При этом автор указывает на единичные исследования проблем инвалидности

вследствие ЦВБ в Москве и РФ, отмечая важность для этой категории лиц раздела социальной реабилитации.

Высокая результативность медико-социальной реабилитации этого контингента инвалидов может быть достигнута только при комплексном подходе к процессу с использованием медикаментозной коррекции, с применением современных технических средств реабилитации, ранним началом профессиональной реабилитации, с учетом факта высокой распространенности инвалидности среди лиц трудоспособного возраста [91]. По данным некоторых авторов [64, 106, 115] только 8% инвалидов вследствие ЦВБ возвращаются к трудовой деятельности в своей профессии, что свидетельствует о высокой потребности этого контингента в профессиональной реабилитации.

По данным Петросян К.М. (2014) отсутствует клинико-экспертная характеристика исследуемого контингента, также отмечается высокая потребность этой категории лиц в медико-социальной реабилитации, которая требует значительных финансовых затрат и материальных ресурсов [70].

Пономаренко Г.Н. (2017) в своих исследованиях отмечает дефицит высококвалифицированного медицинского персонала для реабилитации, а также значительные финансовые и временные затраты, которые Государство тратит на подготовку данных кадров. Кроме того, имеющийся дефицит рабочей силы и достаточно высокий уровень формирования инвалидности населения, делают проблему реабилитации лиц трудоспособного возраста еще более актуальной [72].

Согласно определению ВОЗ, реабилитация представляет из себя не только комплекс мер медицинского характера, но и социально-экономическую составляющую, в том числе в реабилитацию входит и биологический компонент. При этом биологический и социальный компоненты не менее важны, чем мероприятия по медицинской реабилитации. В свою очередь Международная классификация функционирования предполагает реабилитацию в виде трехмерной концепции – ограничения жизнедеятельности, нарушения здоровья

и функционирования. В начале XX века С. Рамон-и-Кахаль выявил способность нервной ткани к регенерации, в последующем Е. Коморским была установлена нейропластичность тканей. В свою очередь Ю.А. Бернштейн и П.К. Анохин изучали системную организацию функций, что позволило обратить внимание ученых на поиск методов компенсации или восстановления функции человеческого организма. Эти факты и послужили основой реабилитации в целом. Дальнейшее развитие реабилитация или восстановительное лечение получила в 70-е годы XX века. Значительное влияние на её развитие оказали, во-первых, прогресс лечение многих заболеваний, значительные успехи в реконструктивной хирургии и травматологии, во вторую очередь, существенный прогресс в лекарственной терапии. В указанный период времени реабилитация оказалась востребованной при социально-значимых заболеваниях, болезнях сердечно-сосудистой системы и центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, являющихся основными в структуре смертности и инвалидности населения [72].

Исследования различных авторов показали, что реабилитационные мероприятия влияют на комплекс защитных механизмов человеческого организма и способствуют восстановлению его нормального функционирования [2]. При этом на начальном этапе постепенно запускаются компенсаторные процессы – реституция (восстановление обратимо поврежденных структур), регенерация (восстановление поврежденных или утраченных функций органов и тканей) и компенсация [51, 59, 160].

Реабилитацию многие исследователи определяют как повышение уровня адаптации (реадаптацию), при этом ориентиром является достижение определенного уровня качества жизни пациента. На современном этапе процесс реабилитации – это последовательная реализация трех связанных между собой процессов: реконвалесценции, адаптации, и ресоциализации, проводимых в отношении пациентов, имеющих стойкие нарушения здоровья и ограничения жизнедеятельности. Реконвалесценция (лат. *reconvalescentia* – выздоровление),

период выздоровления человека, который характеризуется постепенным исчезновением признаков болезней и восстановлением нормальной жизнедеятельности организма. Границы этого периода относительны и обусловлены тяжестью самого заболевания, степенью повреждения структур организма, своевременностью начатого лечения, его адекватностью и качеством и многими другими факторами. Адаптация (лат. *adapto* – приспособливаться) – это процесс, в ходе которого устанавливается или поддерживается функционирование организма при изменении условий внешней или внутренней среды. Ресоциализация (*re* – повторное, *socialis* – общественный) – это приспособление человека к жизни в новом сообществе, с укреплением социальных связей и устранением проявлений общественной дезадаптации [32, 41, 72, 129].

По данным Лайковской Е.Э., Любушкиной Т.Л. (2017) [43] и других авторов реабилитация и абилитация инвалидов вследствие ЦВБ, должны включать не только медицинский и социальный аспекты, но и вопросы образования и трудоустройства, при этом с соблюдением принципа персонализации, т.е. учёта индивидуальных потребностей человека [62, 80].

Важно подчеркнуть, что реабилитационные мероприятия должны начинаться в максимально ранние сроки, проводиться комплексно, в полном необходимом объеме, должны быть доступны для пациента [61, 149].

С целью профилактики инвалидности мероприятия по комплексной реабилитации целесообразно проводить в отношении лиц, еще не признанных инвалидами, но уже имеющих из-за ЦВБ ограничения жизнедеятельности [22, 31].

Минтрудом России в рамках государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011-2027 годы с 1 января 2016 года реализуется государственная программа «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов». Целью программы является формирование условий для создания новых подходов к реабилитации и абилитации инвалидов и детей-

инвалидов на уровне субъектов РФ и Российской Федерации в целом [74, 11, 109].

В 2017 году в ряде субъектов РФ запущены проекты по разработке подходов к развитию в России комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов [76, 78].

В частности, в Свердловской области был проведен SWOT-анализ действующей региональной системы реабилитации/абилитации инвалидов. SWOT-анализ – инструмент стратегического планирования, заключающийся в выявлении факторов внутренней и внешней среды, организации и разделения их на четыре категории (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). SWOT-анализ – универсальная методика стратегического менеджмента. Объектом SWOT-анализа может стать любой продукт, компания, предприятие, любое учреждение, страна в целом и даже человек [43].

SWOT-анализ, проведенный в Свердловской области, выявил ряд угроз для системы комплексной реабилитации на региональном уровне, в частности: противоречивость и несогласованность отдельных положений федеральной, региональной нормативно-правовой базы, несформированность межведомственных взаимосвязей и взаимодействий в области комплексной реабилитации инвалидов, низкая мотивация и ответственность самих инвалидов к исполнению индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида, недостаточная вовлеченность в процесс реабилитации самого инвалида и членов его семьи, недостаточная информационная открытость учреждений, проводящих реабилитационные мероприятия, отсутствие единой справочной системы для формирования реабилитационного маршрута [48, 84].

Установлены слабые стороны в сфере реабилитации на региональном уровне, в частности, отсутствие единых правил определения и межведомственного обмена данными о видах комплексной реабилитации, необходимой инвалиду, отсутствие единых принципов оценки результатов эффективности реабилитации, отсутствие системного подхода во время

выполнения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, не развито интеграционное взаимодействие между различными ведомствами, низкая материально-техническая база организаций, представляющих услуги по реабилитации, недостаточный уровень подготовки специалистов, отсутствие единой межведомственной информационной системы взаимодействия по вопросам реабилитации как на уровне субъекта РФ, так и на уровне России в целом. Нуждается в совершенствовании организационное и правовое регулирование деятельности реабилитационных центров, предоставляющих услуги по реабилитации [43].

По данным Сокурова А.В. и Радута В.И. (2017) [90] функционирование многопрофильных центров реабилитации/абилитации в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» осуществляется при наличии лицензии, отвечающей требованиям данной деятельности [102].

Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 года N291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящих в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» определяется Порядок лицензирования медицинской деятельности [75]. В тоже время Росздравнадзор письмом от 27.10.2015 N 03-33889/15 «По вопросу лицензирования деятельности медицинских организаций, осуществляющих работы (услуги) по медицинской реабилитации» [71], разъясняет, что организации, выполняющие работы (услуги) по медицинской реабилитации, должны получить по мимо лицензии на работы (услуги) по медицинской реабилитации, но и лицензию на остальные виды медицинских работ, выполняемых данной организацией.

Понятие «медицинская реабилитация» в существующих нормативно-правовых документах интерпретируется по разному, что в практической

деятельности создает определенные сложности при выполнении тех или иных работ (услуг) по медицинской реабилитации [73, 35].

В соответствии с Федеральным Законом от 24.11.1995 года № 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [104] реабилитация инвалидов разделяется на медицинскую, профессиональную и социальную.

Медицинский раздел реабилитации включает в себя реконструктивную хирургию, протезирование, ортезирование, и санаторно-курортного лечения. Раздел, относящийся к профессиональной реабилитации включает как определение профессиональной ориентации, так и профессиональное обучение и трудоустройство, зависящих от имеющегося образования пациента и его предпочтений. Социальный раздел реабилитации достаточно многогранен и включает в себя социально средовую и социально-бытовую адаптацию; важную роль играет социально-психологическая коррекция, причем она должна продолжаться на всех этапах реабилитации. Большое значение имеют также физкультурно-оздоровительные мероприятия, лечебная физкультура и спорт.

В свою очередь федеральный перечень содержит следующие реабилитационные мероприятия [83]:

1. Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
2. Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
3. Санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.
4. Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.
5. Обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Перечисленные мероприятия не в полном объеме коррелируют мероприятиям, представленным в федеральном законе [35].

Сообразно ГОСТ Р 52877-2007 [15, 109] представляются следующие медицинские мероприятия:

- восстановительная терапия
- реконструктивная хирургия
- протезирование
- ортезирование
- санаторно-курортное лечение
- обеспечение инвалидов лекарственными средствами
- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации
- динамическое наблюдение за инвалидами

В указанных нормативных документах отмечаются некоторые расхождения, например, по федеральному перечню лекарствами инвалид обеспечивается только в совокупности с восстановительной терапией и реконструктивной хирургией, также включается в пункт протезирование и ортезирование предоставление слуховых аппаратов. Кроме того, федеральный перечень и ГОСТ Р 52877-2007 отличаются по включению/не включению мероприятий по обеспечению профессиональной ориентации и техническими средствами, наблюдению в динамике.

В части лекарственного обеспечения в федеральном перечне четко прописаны в разделе «Восстановительное лечение» и «Реконструктивная хирургия» – лекарственное обеспечение при лечении заболевания, являвшегося причиной инвалидности. То есть в соответствии с Перечнем инвалиды обеспечиваются лекарственными средствами только для лечения заболевания, приведшего к инвалидности [35]. Терапия сопутствующей патологии и вновь выявленных заболеваний у инвалида не подпадает под этот Перечень. Тогда как в ГОСТ Р52877-2007 обеспечение инвалидов лекарственными средствами стоит отдельным пунктом без уточнения позиции по поводу заболеваний.

Организация работы многопрофильных центров комплексной реабилитации инвалидов требует всеобъемлющей регламентации всех аспектов функционирования, предусматривающей дифференцированный подход к ведению пациентов центра в зависимости от их потребности в реабилитационных услугах [73].

По данным Шошмина А.В., Бесстрашнова Я.К. (2017) на современном этапе подход к реабилитации должен осуществляться не с позиций социальной проблемы и последствий болезни, а с точки зрения биопсихосоциальных составляющих здоровья [118]. Реабилитация перестала являться проблемой, решаемой только медицинскими работниками, а стала задачей, требующей междисциплинарного подхода. Цель реабилитации – не устранение заболевания, а восстановление или компенсация за счет других функциональных возможностей человека, максимально возможное восстановление активности, обеспечение полноценной среды, состоящей из материальных и духовных компонентов.

Для формирования программы реабилитации необходим междисциплинарное взаимодействие ряда специалистов, который определит не только задачи реабилитации, но и определит различные реабилитационные организации, которые выполняют эти задачи. Необходимо постоянно проводить мониторинг процесса реабилитации, объективно анализировать его результаты, определять причины неисполнения тех или иных реабилитационных мероприятий, устранять эти причины, оказывать содействие гражданам в реализации их законных прав на реабилитацию, в том числе повышать ответственность самих граждан за реализацию мероприятий, отраженных в программе реабилитации [155].

Согласно рекомендациям ВОЗ, в основе разработки реабилитационных программ и для определения стандартов оценки их эффективности должна использоваться Международная классификация функционирования (МКФ). Системный подход анализа в отношении реабилитации на основе МКФ

позволяет разрабатывать государственные программы и дорожные карты, направленные на улучшение качества жизни и здоровья населения [105, 146].

По данным Шахпаронова Н.В., Кадыкова А.С., Кашина Е.М. (2012) ЦВБ занимают 1-е место среди причин формирования инвалидности [114]. Соответственно, актуальность задачи снижения показателя первичного выхода на инвалидность при этой патологии вызывает особый интерес к реабилитации этой категории больных и инвалидов. К наиболее грозным осложнениям ЦВБ относится ОНМК. У пациентов в постинсультном периоде отмечаются различные повреждения, нарушения способности и социального функционирования [114].

После инсульта у больного появляются когнитивные, бульбарные, двигательные, зрительные и другие виды повреждений. В случае неадекватной терапии могут возникнуть различные осложнения в виде эпилептиформных приступов, цефалгических болей и ряда других. При этих нарушениях лечебные и реабилитационные мероприятия должны начинаться в максимально ранние сроки, с целью более быстрого восстановления поврежденных функций и предотвращения развития различных осложнений [114].

В части нарушения способности в постинсультном периоде прежде всего утрачивается функция передвижения и самообслуживания. Больные практически полностью утрачивают эту способность, более того они не могут самостоятельно принимать пищу, пользоваться туалетом и ванной, то есть нуждаются в постоянном постороннем уходе. В этой ситуации сосредотачиваются на обучении элементарным навыкам самообслуживания и передвижения.

В постинсультном периоде значительно нарушается социальный статус пациента, он утрачивает свою социальную роль, контакты с сослуживцами и окружающими людьми, профессиональную и бытовую деятельность. Все эти факторы негативно влияют на психологию больного и приводят к нарушению его социального функционирования [73]. В этом случае необходимо

восстановление социального статуса в быту, в обществе, на производстве и в семье с обязательным вовлечением в этот процесс ближайших родственников пациента.

В свою очередь процесс восстановления в постинсультном периоде можно разделить на три уровня:

- полное восстановление, как правило, возможно в тех случаях, когда не происходит гибели нервных клеток. В этом случае происходит возврат пациента практически к исходному состоянию без каких-либо остаточных явлений, то есть наступает полное выздоровление;
- частичное восстановление наступает, когда происходит гибель нервных клеток, утрачиваются отдельные структуры головного мозга, в которых в последующем не происходит восстановление. В этом случае восстановление пациента происходит за счет вовлечения в процесс неповрежденных структур, которые компенсируют утраченные функции;
- реадаптация – это компенсация утраченных функций организма с помощью различных приспособлений для быта и самообслуживания, и технических средств реабилитации.

Одним из основных принципов реабилитации [137, 141] является максимально раннее ее начало. Чем раньше начинаются реабилитационные мероприятия, тем меньше вероятность развития различных осложнений и повышаются шансы на благоприятный исход заболевания [140, 143, 144, 147].

Другим важнейшим принципом реабилитации является соблюдение системности, этапности и продолжительности реабилитационных мероприятий [145, 153, 156]. В частности, реабилитационные мероприятия в отношении больных ЦВБ начинаются в неврологическом отделении, куда больные госпитализируются в остром периоде болезни. После стабилизации состояния больные переводятся в реабилитационные центры, специализирующиеся на реабилитации больных неврологического профиля. Курс реабилитационных

мероприятий в этих центрах назначается индивидуально каждому пациенту в зависимости от его неврологического дефицита и общего состояния [157].

После завершения курса лечебных и реабилитационных мероприятий пациенты направляются на следующий этап реабилитации в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, который является наиболее уязвимым звеном на всех этапах реабилитации, что связано с низким материально-техническим оснащением поликлиник и низкой укомплектованностью медицинскими кадрами.

Важно на первом и втором этапе реабилитации в максимально ранние сроки вовлекать в реабилитационный процесс мультидисциплинарную бригаду специалистов – невролога, специалиста лечебной физкультуры, логопеда, массажиста, физиотерапевта, рефлексотерапевта, психолога, социальных работников и других по необходимости [39, 80, 100, 116, 121].

Реабилитационные мероприятия проводятся индивидуально, в зависимости от выраженности тех или иных нарушений функций организма, возраста пациента и его профессии, социального статуса, пола.

В процесс реабилитации в обязательном порядке вовлекаются и принимают активное участие как сам пациент, так и его близкие родственники, в целях обучения и реализации навыков самообслуживания [80].

Одной из основных проблем у больных вследствие ЦВБ А.М. Мухаметзянов (2014) считает возникновение у них затруднений в отношениях с близкими [60].

Около одной трети пациентов (31%) после перенесенного инсульта не могут обойтись без посторонней помощи, у четверти больных к концу первого года прогрессирует деменция, пятая часть имеет двигательные расстройства. ЦВБ приводят к значительному экономическому ущербу ввиду высоких расходов на лечение в остром периоде, но и на медицинскую, социальную профессиональную реабилитацию, а также экономические потери в сфере производства [60].

По данным отечественных и зарубежных исследователей установлено, что ЦВБ оказывают негативное воздействие не только на физическое состояние больного, но и в большой мере на его психический статус и качество жизни, что требует серьезной коррекции утраченных функций [122, 125, 139, 152].

Зоткина М.Н. и Жаднов В.А. (2016) отмечают важную роль самого человека в его успешной адаптации, которая зависит от понимания пациентом своей роли в процессе реабилитации, его представлении о своей болезни, насколько страдает и насколько зависит от него самого качество его жизни [26].

На комфортность существования человека в первую очередь оказывают такие категории как самообслуживание, способность к передвижению, общению, трудовой деятельности [161].

Проведенные исследования Зоткиной М.Н. и Жаднова В.А. (2016) показали, что пациенты с ЦВБ не верят в собственные силы, не удовлетворены качеством своей жизни, не верят в положительное будущее [26]. Негативно настроены по отношению к себе и окружающим, имеют низкую самооценку, не удовлетворены своей жизнью. Все это негативно сказывается на результатах проводимых мероприятий, направленных на адаптацию и восстановление пациента.

На современном этапе отмечается достаточно высокий уровень распространенности нарушений мозгового кровообращения как в России, так и в мире в целом. В связи с чем в последние годы особое внимание приобретает биопсихосоциальная модель реабилитации, в первую очередь в отношении больных с последствиями ОНМК [73].

Вопросы изучения связи депрессии и апатии в постинсультном периоде посвящены исследования Н. Ormstad и G. Eilertsen (2015), которые установили действия гормона кинуренина на степень выраженности апатии. Вместе с тем установлено, что этот гормон не влияет на депрессию [150].

Австралийские учёные В. Griffin, V. Loh, В. Hesketh (2013) предложили при проведении реабилитационных мероприятий делать акцент на способности

человека создавать в своем сознании так называемую ментальную модель, которая направлена на представление самого инвалида, основанном на личном опыте, о вероятном времени собственной смерти [131]. Это так называемая ментальная модель факторов, которая субъективно определяет продолжительность жизни.

Авторы из Великобритании Т. England et al. (2009) свидетельствуют о положительном влиянии в восстановительном периоде после инсульта стволовых клеток [129].

Англичане S. Gillham и L.Clark (2011) рекомендуют процесс реабилитации начинать с психокоррекционной работы, направленной на снижение тревоги и депрессии, стабилизацию эмоционального состояния, устранение когнитивных нарушений, так как эти нарушения оказывают негативное влияние на реабилитацию в целом [130].

А.Н. Боголепова (2013) считает, что восстановление психических функций значительной мере зависит от тяжести инсульта [5]. Раннее восстановление этих функций положительно влияет, в том числе, на обратное развитие неврологических симптомов [5, 18].

Н.Г. Ермакова (2012) установила нерациональные установки у пациентов с последствиями инсульта при восстановительном лечении. Для этой категории лиц характерна недооценка собственных возможностей, а в отдельных случаях, наоборот, переоценка своего состояния, что в свою очередь негативно сказывается на процессе лечения [23].

Согласно вышеизложенному, можно констатировать, что на современном этапе в зарубежной и отечественной практике отсутствуют единые представления о реабилитационных мероприятиях, направленных на восстановление нарушенных функций на разных стадиях лечения больных вследствие ЦВБ.

Заключая обзор литературы, можно констатировать, что изучение особенностей течения ЦВБ, их последствий является важной и актуальной

научной и социальной проблемой. Однако до настоящего времени недостаточно исследованы социально-гигиенические аспекты инвалидности данного контингента лиц, особенности последствий ЦВБ в плане медико-социальной реабилитации, что требует научного обоснования и разработки подходов к организации комплексного реабилитационного процесса в отношении этой категории инвалидов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе проведено исследование социально-гигиенических, клинико-экспертных, социально-психологических и экспертно-реабилитационных характеристик реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ. Научно-исследовательская работа выполнена в 4 этапа.

На подготовительном этапе изучена доступная отечественная и зарубежная литература, создан план и программа исследования, подготовлена учетная документация, представлена рабочая схема проведения исследования

I этап – исследование социально-гигиенических особенностей инвалидов вследствие ЦВБ.

Вид исследования – сплошное.

Единица наблюдения – лица впервые и повторно признанные инвалидом вследствие ЦВБ.

Период наблюдения – с 2014 по 2018 год.

База исследования – Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по городу Москве» Минтруда России.

Исходной информацией для формирования базы данных являлась информационная база ЕВИАС МСЭ по городу Москве, форма государственного статистического наблюдения «7 – собес», форма 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу граждан, оказывающих лечебно-профилактическую помощь», акты, протоколы освидетельствований во МСЭ, программы реабилитации или абилитации (таблица 1).

Таблица 1 – Количество учетных форм первичной документации (абс. ч.)

Категории учетных форм	Годы					Итого
	2014	2015	2016	2017	2018	
Протоколы и акты освидетельствования взрослого населения в бюро МСЭ	38984	43729	44229	47559	35068	209569
Форма 088/у-06	38984	43729	44229	47559	35068	209569
ИПРА	38984	43729	44229	47559	35068	209569
Итого	116952	131187	132687	142677	105204	628707

На указанной базе исследования проведена выкопировка данных на 222681 человек, перенесших ЦВБ, прошедших освидетельствование в службе медико-социальной экспертизы г. Москвы, из которых признаны инвалидами впервые – 64250, повторно – 145241, всего - 209491 человек. Информация собрана в разработанную специальную карту.

Методы исследования: документальный, социально-гигиенический, экспертных оценок, аналитический, статистический методы.

Для проверки различий между двумя независимыми выборками по годам использован U-критерий Манна-Уитни, который был рассчитан для полей «Пол», «Группа инвалидности» и «Возраст». Значения уровня значимости (p-value) представлены в таблице 2 и таблице 3.

Таблица 2 – Уровень значимости между двумя выборками по полю «Пол».

Пол					
Год	2014	2015	2016	2017	2018
2014	1	0,037	0,365	<0.001	0,792
2015	0,037	1	0,224	<0.001	0,080
2016	0,365	0,224	1	<0.001	0,542
2017	<0.001	<0.001	<0.001	1	<0.001
2018	0,792	0,080	0,542	<0.001	1

Таблица 3 – Уровень значимость между двумя выборками по полю «Группа инвалидности».

Группа инвалидности					
Год	2014	2015	2016	2017	2018
2014	1	0,142	0,967	<0.001	<0.001
2015	0,142	1	0,138	<0.001	<0.001
2016	0,967	0,138	1	<0.001	<0.001
2017	<0.001	<0.001	<0.001	1	<0.001
2018	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	1

Уровень значимость по полю «Возраст» для всех выборок имеет значение <0.001.

Полученные результаты уровня значимости показывают, что выборки за 2014, 2015, 2016 и 2018 года имеют высокий уровень согласованности по полю «Пол». По полю «Группа инвалидности» высокий уровень согласованности имеют выборки за 2014, 2015 и 2016 года. Отдельно стоит отметить, что выборка за 2017 год сильно отличается от других выборок по всем полям. По полю «Возраст» по всем выборкам уровень значимости низкий, что свидетельствует о различиях по данному полю между всеми выборками.

Оценка достоверности средних показателей определялась показателем средней ошибки этих величин по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}} \text{ где, } m \text{ – средняя ошибка показателя,}$$

p – статистический показатель,

q – величина, обратная p ($1-p$, $10-p$, $100-p$ и т.д.),

n – число наблюдений.

При числе наблюдений менее 30 (малая выборка) в формулу вводится поправка:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{k-1}}$$

II этап – клинико-экспертный и социально-психологический. Осуществляли оценку функционального состояния рассматриваемой категории инвалидов, их психологических особенностей для выявления оптимальных программ комплексной медико-социальной реабилитации.

Исследование было выборочным. Его объем определяли по формуле А.М. Меркова.

База исследования: Клинический центр ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Объект исследования – индивидуальные программы реабилитации/абилитации инвалида, медицинские карты стационарных больных.

Единица наблюдения – инвалид вследствие ЦВБ.

Объем исследования – 214 пациентов вследствие ЦВБ, из которых 26 человек - I группы инвалидности, 131 человек – II группы и 57 человек – III группы инвалидности. Средний возраст пациентов составил 63,9 года.

Период наблюдения – 2014 - 2018 гг.

Методы исследования: документальный, клинико-функциональный, экспертных оценок, анкетирования, аналитический, статистический.

Экспертную и реабилитационную диагностику в отношении исследуемого контингента проводили на основе клинического и биохимического исследования показателей пациентов, анализа их функциональных данных, в частности электроэнцефалограммы, доплерографии, магнитно-резонансной, компьютерной томографии и других. Проводилась также оценка социального и

общеклинического статуса, определялась тяжесть течения ЦВБ, то есть степень выраженности функциональных нарушений, а так же наличие и степень выраженности ограничений жизнедеятельности. Изучался медикаментозный анамнез с целью оптимальной коррекции лекарственной терапии с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, определялся исходный уровень толерантности к физической нагрузке, проводилась стратификация пациентов с последующим подбором физических методов реабилитации с учетом данных биомеханики.

Информативным методом исследования пациентов с ЦВБ являлась магнитно-резонансная томография (МРТ). Диагностические возможности МРТ зависят от напряженности магнитного поля томографа и его программного обеспечения. МРТ способствует успешной диагностике большинства сосудистых заболеваний головного мозга, в том числе она позволяет визуализировать органические изменения вещества головного мозга, характер структурных изменений головного мозга и интракраниальных сосудов. МРТ позволяет выявить очаги глиоза в головном мозге, оценивать субарахноидальное пространство в различных проекциях, изменения структур головного мозга, площадь и очаги поражения вещества головного мозга, определить состояние желудочковой системы головного мозга, диаметр интракраниальных сосудов.

Магнитно-резонансную томографию выполняли в отношении всех пациентов вследствие ЦВБ в виде серии магнитно-резонансных томограмм в последовательностях T1, T2, FLAIR, DWI в трех проекциях с целью визуализации субстанции супратенториальных структур головного мозга.

При наличии соответствующих показаний проводили магнитно-резонансную ангиографию головного мозга и магнитно-резонансная флебография головного мозга. Во время ангиографии определяли состояние артериальной системы головного мозга, в частности, внутренних сонных артерий, средних, передних и задних мозговых артерий, интракраниальной части позвоночных артерий и других. При этом определяли уровни поражения

артерий, степень их сужения в результате патологических или врожденных изменений, степень нарушения артериального кровотока в различных отделах головного мозга с целью определения тактики дальнейшего ведения пациента.

Важное диагностическое значение при ЦВБ играет цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, которое в первую очередь определяет состояние и толщину сосудистой стенки, ее дифференцировку на слои, наличие атеросклеротических бляшек. Указанным методом диагностировали линейную скорость по сосудам головного мозга, изгибы сосудов, влияющие на кровоток, индекс периферического сопротивления. Определяли ход позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков, их прямолинейность или извитость, наличие изгибов, перегибов, диаметр.

Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий позволяло оценить состояние дистальных отделов брахицефального ствола и проксимальных отделов обеих подключичных артерий.

Для уточнения особенностей психологического статуса вследствие ЦВБ на индивидуальном уровне использованы следующие общепринятые методики: в первую очередь, проводилась патопсихологическое исследование, направленное на решение ряда экспертных вопросов и определения умственной работоспособности, далее с целью оценки способности осознания жизненного пути применялся 16-факторный опросник Кеттела и тест «Биограф», для определения толерантности к предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей использовался тест Розенцвейга. Кроме вышеуказанных методик использовались тесты Люшера, Куна, шкалы депрессии HADS, Гамильтона и др.

III этап – экспертно-реабилитационный, на котором изучались стойкие нарушения функций организма инвалида приводящие к ограничению жизнедеятельности и разработке на их основе инновационных подходов к медико-социальной реабилитации, в том числе выявление нуждаемости и потребности рассматриваемой категории инвалидов в различных видах медико-

социальной помощи, с учетом некоторых особенностей реабилитационных потенциала и прогноза.

База исследования: Клинический центр ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Объект исследования – индивидуальные программы реабилитации /абилитации инвалида, медицинские карты стационарных больных.

Единица наблюдения – инвалид вследствие ЦВБ.

Объем исследования – 214 инвалидов вследствие ЦВБ, из которых 26 инвалидов I группы, 131 человек – II группы и 57 человек – III группы инвалидности. Средний возраст пациентов составил 63,9 года.

Период наблюдения – 2014 - 2018 гг.

Методы исследования: документальный, клинико-функциональный, экспертных оценок, анкетирования, аналитический, статистический.

На этом этапе определяли объем реабилитационных мероприятий, сроки и интенсивность их проведения на основании данных проведенных исследований, с учетом мониторинга состояния здоровья исследуемого контингента, данных анкетирования инвалидов, степени выраженности нарушения функций организма инвалидов.

Для оценки психологического статуса инвалида вследствие ЦВБ проводили социологическое исследование с опросом по разработанной оригинальной анкете (анкета №1 Приложения), включающей 12 вопросов. Методика предусматривала ответы рецензентов относительно их психологического статуса, как до формирования инвалидности, так и после установления инвалидности.

Для оценки удовлетворённости инвалида объемом и качеством реабилитационных мероприятий также проводили социологическое исследование с опросом по разработанной оригинальной анкете (анкета №2 Приложения).

В условиях специализированного неврологического отделения программа пациента вследствие ЦВБ включала определение степени выраженности нарушений функций организма и установление клинико-функционального диагноза. При этом в обязательном порядке помимо изучения двигательных и чувствительных нарушений оценивали состояние когнитивной и эмоциональной сфер (рисунок 1).

Клинико-функциональный диагноз уточняли на основании дополнительных инструментально-лабораторных методов исследования. По результатам всестороннего обследования и в зависимости от установленного диагноза определяли программу лечебно-реабилитационных мероприятий.

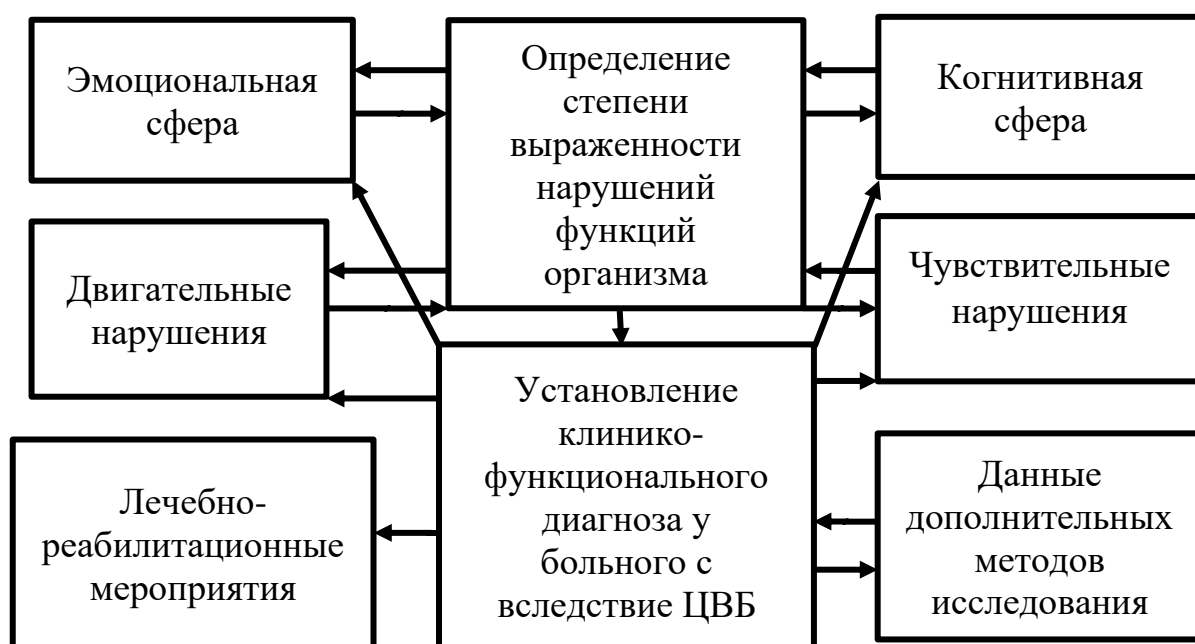


Рисунок 1 – Обследование пациента вследствие цереброваскулярных болезней в условиях специализированного неврологического отделения

Полученные в результате проведенных исследований данные подтверждают необходимость современных подходов к решению поставленных задач с использованием метода системного анализа для решения важнейших проблем инвалидности в целом и медико-социальной реабилитации, в частности, у инвалидов вследствие ЦВБ.

При написании данной главы использовались следующие публикации автора:

1. Грибова Э.П. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации лиц с цереброваскулярными заболеваниями. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. № 4. С. 103-108

2. Самусенко А.Г., Хлудеева Т.А., Погосян Г.Э., Грибова Э.П., Иванова Т.А., Маммараева А.М. Нозологическая структура инвалидности взрослого населения в Москве за 2017-2018 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21. №3-4. С. 116-119

3. Меметов С.С., Грибова Э.П., Шаркунов Н.П., Петрова В.Н., Ким В.В. Реабилитация больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения на современном этапе. // Материалы VI межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России. В сборнике: «Региональное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации Национального проекта «Здравоохранение», 21-22 ноября 2019 г.: Ростов-н/Д: Изд-во РостГМУ, 2019. С.30-34

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

3.1. Динамика и структура инвалидности взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней

Изучение социально-гигиенических аспектов инвалидов вследствие ЦВБ, проведенное по данным бюро медико-социальной экспертизы города Москвы показало, что за пять лет (с 2014 по 2018 год) всего первично и повторно признанно инвалидами 209491 человек. Причем первые четыре года (с 2014 по 2017 год) отмечался ежегодный рост общего числа инвалидов вследствие ЦВБ с 38984 человек в 2014 году до 47559 человек в 2017 году и лишь в 2018 году общее число инвалидов снизилось до 35068 человек.

Распределение исследуемого контингента по возрасту представлено на рисунке 2. На основе проведенного теста Колмогорова-Смирнова для проверки формы распределения, уровень значимости оказался ниже <0.001 , что позволяет сделать вывод о ненормальном распределении внутри данной группы пациентов и смешении. Среди инвалидов вследствие ЦВБ преобладали люди в возрасте 72-73 лет.

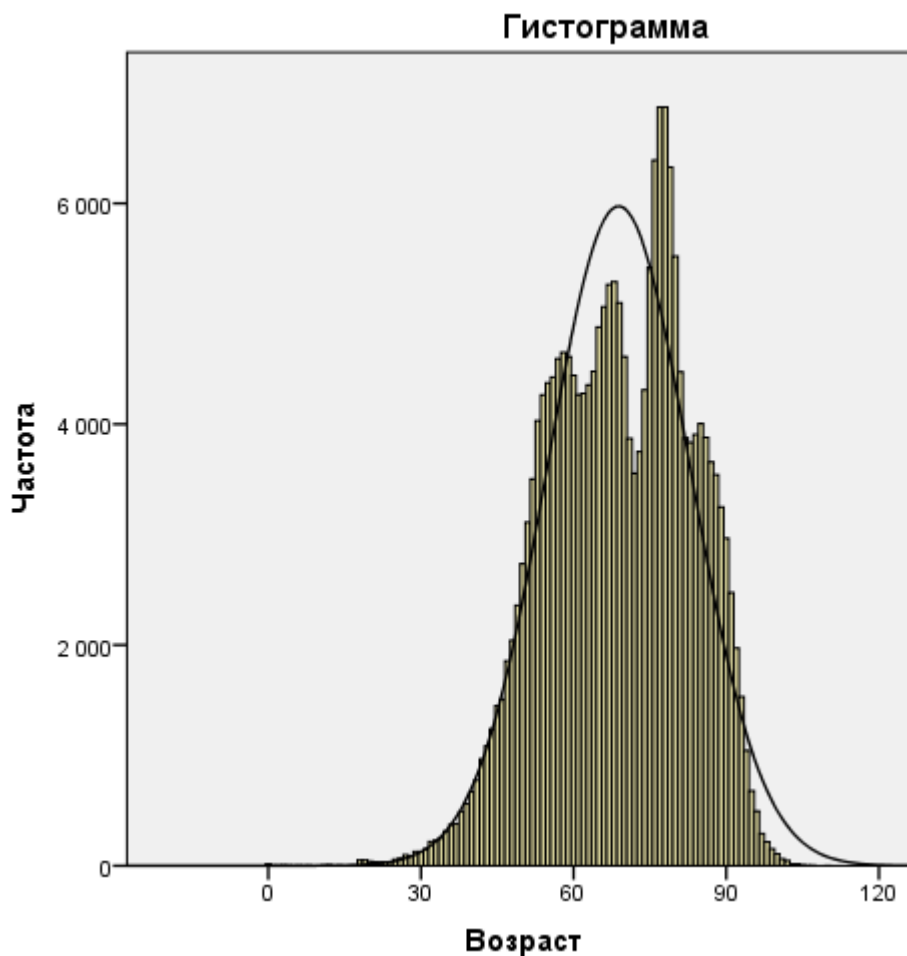


Рисунок 2 – Распределение по возрасту контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней за период 2014 - 2018 гг. в г. Москве

По полу исследуемый контингент распределился следующим образом (таблица 4): в 2014 году мужчины – 16393 (42%), женщины – 22591 (58%), в 2015 году мужчины – 18070 (41%), женщины – 25659 (59%), в 2016 году мужчины – 18455 (42%), женщины – 25774 (58%), в 2017 году мужчины – 18415 (39%), женщины – 29144 (61%), в 2018 году мужчины – 14707 (42%), женщины – 20361 (58%) (рисунок 3).

Таблица 4 – Гендерная структура общего контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Пол	Год										ВСЕГО		В среднем за 5 лет
	2014		2015		2016		2017		2018				
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс
мужчины	16393	42,1	18070	41,3	18455	41,7	18415	38,7	14707	41,9	86040	41,1	17208
женщины	22591	57,9	25659	58,7	25774	58,3	29144	61,3	20361	58,1	123529	59,0	24705,8
ВСЕГО	38984	100,0	43729	100,0	44229	100,0	47559	100,0	35068	100,0	209491	100,0	41913,8

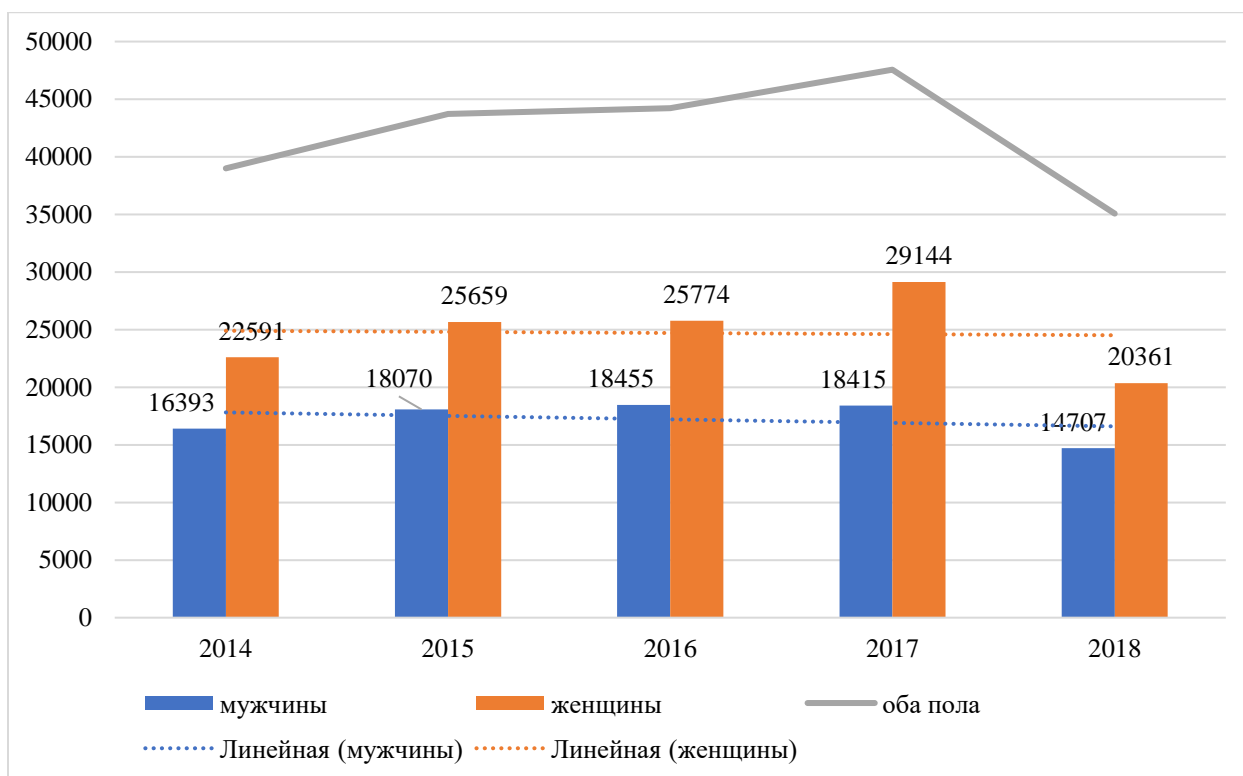


Рисунок 3 – Распределение по полу лиц, признанных инвалидами вследствие cerebrovascularных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч.)

Всего за 5 лет (с 2014 по 2018 год) было признано инвалидами 86040 (41%) мужчин, а женщин – 123529 (59%). То есть, за указанный период среди ВПИ и ППИ вследствие ЦВБ число женщин постоянно преобладало над числом мужчин, при этом наибольшее их число отмечалось в 2017 году – 29144 человек (61%), в том же году отмечалось наименьшее число мужчин, признанных инвалидами вследствие ЦВБ за период с 2014 по 2017 год – 18415 человек (39%).

По сравнению с предыдущим годом в 2018 году как среди мужчин, так и женщин, отмечалось значительное снижение числа признанных инвалидами. Численность мужчин за год уменьшилась до 14707, по сравнению с 2017 годом на 3708 человек, число женщин – с 29144 до 20361, убыль - 8783 человек (таблица 4).

Таблица 5 – Динамика численности общего контингента инвалидов среди взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Группа инвалидности		Годы										ВСЕГО		В среднем за 5 лет	
		2014		2015		2016		2017		2018		первично	повторно	первично	повторно
		первично	повторно	первично	повторно	первично	повторно	первично	повторно	первично	повторно				
I	абс	2033	5713	2191	6254	2277	6307	2383	7338	2273	4071	11157	29683	2231,4	5937
	%	16,8	21,3	16,5	21,0	17,2	20,4	17,7	21,6	18,7	17,8	17,4	20,4	17,4	20,4
II	абс	4034	12048	4390	14379	4165	14444	4214	16618	3786	10299	20589	67788	4117,8	13558
	%	33,3	44,9	33,1	47,2	31,4	46,7	31,4	48,8	31,1	45,0	32,1	46,7	32,1	46,7
III	абс	6061	9095	6666	9849	6830	10206	6836	10092	6111	8528	32504	47770	6500,8	9554
	%	50,0	33,9	50,3	32,3	51,5	33,0	50,9	29,6	50,2	37,2	50,6	32,9	50,6	32,9
Признано всего	абс	12128	26856	13247	30482	13272	30957	13433	34048	12170	22898	64250	145241	12850	29048
	%	88,2	95,1	88,0	97,8	88,6	98,2	88,3	98,4	84,3	96,5	87,5	97,3	87,5	97,3
Всего признано инвалидами, абс		38984		43729		44229		47481		35068		209491		41898	
Не установлена инвалидность	абс	1621	1386	1799	690	1701	579	1776	538	2269	831	9166	4024	1833,2	805
	%	11,8	4,9	12,0	2,2	11,4	1,8	11,7	1,6	15,7	3,5	12,5	2,7	12,5	2,7
Всего освидетельствовано		13749	28242	15046	31172	14973	31536	15209	34586	14439	23729	73416	149265	14683	29853
ВСЕГО		41991		46218		46509		49795		38168		222681		44536	

Таблица 6 – Характеристика общего контингента инвалидов взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве с учетом группы инвалидности и пола за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Группа инвалидности		Годы										ВСЕГО		В среднем за 5 лет	
		2014		2015		2016		2017		2018					
		муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
I	абс	3021	4725	3330	5115	3412	5172	3572	6148	2408	3936	15743	25096	3149	5019
	%	18,4	20,9	18,4	19,9	18,5	20,1	19,4	21,2	16,4	19,3	18,3	20,3	18,3	20,3
II	абс	6314	9768	6975	11794	6999	11610	6884	13949	5246	8839	32418	55960	6484	11192
	%	38,5	43,2	38,6	46,0	37,9	45,0	37,4	48,0	35,7	43,4	37,7	45,3	37,7	45,3
III	абс	7058	8098	7765	8750	8044	8992	7959	8969	7053	7586	37879	42395	7576	8479
	%	43,1	35,8	43,0	34,1	43,6	34,9	43,2	30,9	48,0	37,3	44,0	34,3	44,0	34,3
ВСЕГО	абс	16393	22591	18070	25659	18455	25774	18415	29066	14707	20361	86040	123451	17208	24690

Таблица 7 – Структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие cerebrovascularных болезней с учетом группы инвалидности и пола в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Группа инвалидности		Годы										ВСЕГО		В среднем за 5 лет	
		2014		2015		2016		2017		2018					
		муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
I	абс	859	1174	863	1328	921	1356	952	1431	884	1389	4479	6678	896	1336
	%	15,3	18,0	13,9	18,8	14,6	19,5	15,1	20,1	15,8	21,1	14,9	19,5	14,9	19,5
II	абс	2023	2011	2204	2186	2095	2070	2001	2214	1751	2035	10074	10516	2015	2103
	%	36,0	30,9	35,6	31,0	33,1	29,8	31,7	31,1	31,4	30,9	33,5	30,7	33,5	30,7
III	абс	2738	3323	3129	3537	3309	3521	3352	3483	2949	3162	15477	17026	3095	3405
	%	48,7	51,1	50,5	50,2	52,3	50,7	53,2	48,9	52,8	48,0	51,5	49,8	51,5	49,8
ВСЕГО	абс	5620	6508	6196	7051	6325	6947	6305	7128	5584	6586	30030	34220	6006	6844

Таблица 8 – Распределение по возрасту и по полу лиц, признанных инвалидами вследствие cerebrovascularных болезней в учреждениях медико-социальной экспертизы в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Пол		Возраст, лет															ВСЕГО
		19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	≥91	
2014 год																	
муж	абс	64	51	144	282	580	1203	2435	3041	2110	1706	1597	1488	846	601	245	16393
	%	0,4	0,3	0,9	1,7	3,5	7,3	14,8	18,6	12,9	10,4	9,8	9,0	5,2	3,7	1,5	42
жен	абс	35	48	93	219	480	1072	2033	1657	2215	2164	3055	3414	2763	2247	1096	22591
	%	0,1	0,2	0,4	0,9	2,2	4,7	9,0	7,4	9,8	9,6	13,5	15,2	12,2	9,9	4,9	58
оба пола	абс	99	99	237	501	1060	2275	4468	4698	4325	3870	4652	4902	3609	2848	1341	38984
	%	0,2	0,2	0,6	1,3	2,7	5,8	11,5	12,1	11,2	9,9	12,0	12,6	9,3	7,2	3,4	100
2015 год																	
муж	абс	45	79	163	305	688	1279	2593	3193	2296	2112	1479	1856	870	796	316	18070
	%	0,2	0,4	0,9	1,8	3,8	7,2	14,3	17,4	12,4	11,5	8,5	10,6	4,8	4,5	1,7	41
жен	абс	29	49	111	260	604	1134	1908	1642	2233	2876	2945	4425	3157	2854	1432	25659
	%	0,1	0,2	0,4	1	2,4	4,4	7,4	6,4	8,7	11,2	11,5	17,2	12,3	11,2	5,6	59
оба пола	абс	74	128	274	565	1292	2413	4501	4835	4529	4988	4424	6281	4027	3650	1748	43729
	%	0,2	0,3	0,6	1,2	2,9	5,4	10,2	11,1	10,5	11,5	10,2	14,5	9,2	8,2	4,0	100
2016 год																	
муж	абс	46	85	153	283	690	1221	2456	3181	2488	2358	1436	2042	929	710	377	18455
	%	0,2	0,4	0,8	1,5	3,7	6,6	13,3	17,3	13,5	12,8	7,8	11,2	5,0	3,8	2,1	42
жен	абс	24	46	114	262	596	1154	1690	1591	2237	3226	2521	4829	3007	2897	1580	25774
	%	0,1	0,2	0,4	1,0	2,3	4,5	6,5	6,3	8,6	12,6	9,6	18,6	11,7	11,4	6,2	58
оба пола	абс	70	131	267	545	1286	2375	4146	4772	4725	5584	3957	6871	3936	3607	1957	44229
	%	0,1	0,3	0,6	1,2	2,9	5,4	9,4	10,8	10,7	12,7	8,9	15,5	8,9	8,2	4,4	100

Продолжение таблицы 8

Пол	Возраст, лет															ВСЕГО	
	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	≥91		
2017 год																	
муж	абс	32	46	110	263	588	1066	2073	3117	2463	2510	1480	2214	1114	861	478	18415
	%	0,2	0,3	0,6	1,4	3,2	5,8	11,3	16,9	13,4	13,6	8,1	12,0	6,1	4,6	2,5	38,8
жен	абс	25	46	109	232	499	885	1456	1470	2276	3635	2777	6109	3858	3624	2065	29066
	%	0,1	0,2	0,4	0,8	1,7	3,0	5,0	5,1	7,8	12,5	9,5	21,0	13,3	12,5	7,1	61,2
оба пола	абс	57	92	219	495	1087	1951	3529	4587	4739	6145	4257	8323	4972	4485	2543	47481
	%	0,1	0,2	0,5	1,0	2,3	4,1	7,4	9,7	10,0	12,9	8,9	17,5	10,5	9,5	5,4	100
2018 год																	
муж	абс	17	32	104	209	430	818	1613	2696	2136	2117	1348	1638	828	466	255	14707
	%	0,1	0,2	0,7	1,4	2,9	5,6	11,0	18,3	14,5	14,4	9,2	11,2	5,6	3,2	1,7	41,9
жен	абс	15	27	61	161	360	667	1028	1137	1803	2623	2268	3970	2724	2240	1277	20361
	%	≤0,1	0,1	0,3	0,8	1,8	3,3	5,0	5,6	8,9	12,9	11,1	19,5	13,4	11,0	6,2	58,1
оба пола	абс	32	59	165	370	790	1485	2641	3833	3939	4740	3616	5608	3552	2706	1532	35068
	%	0,1	0,2	0,5	1,1	2,3	4,2	7,5	10,9	11,2	13,5	10,3	16,0	10,1	7,7	4,4	100

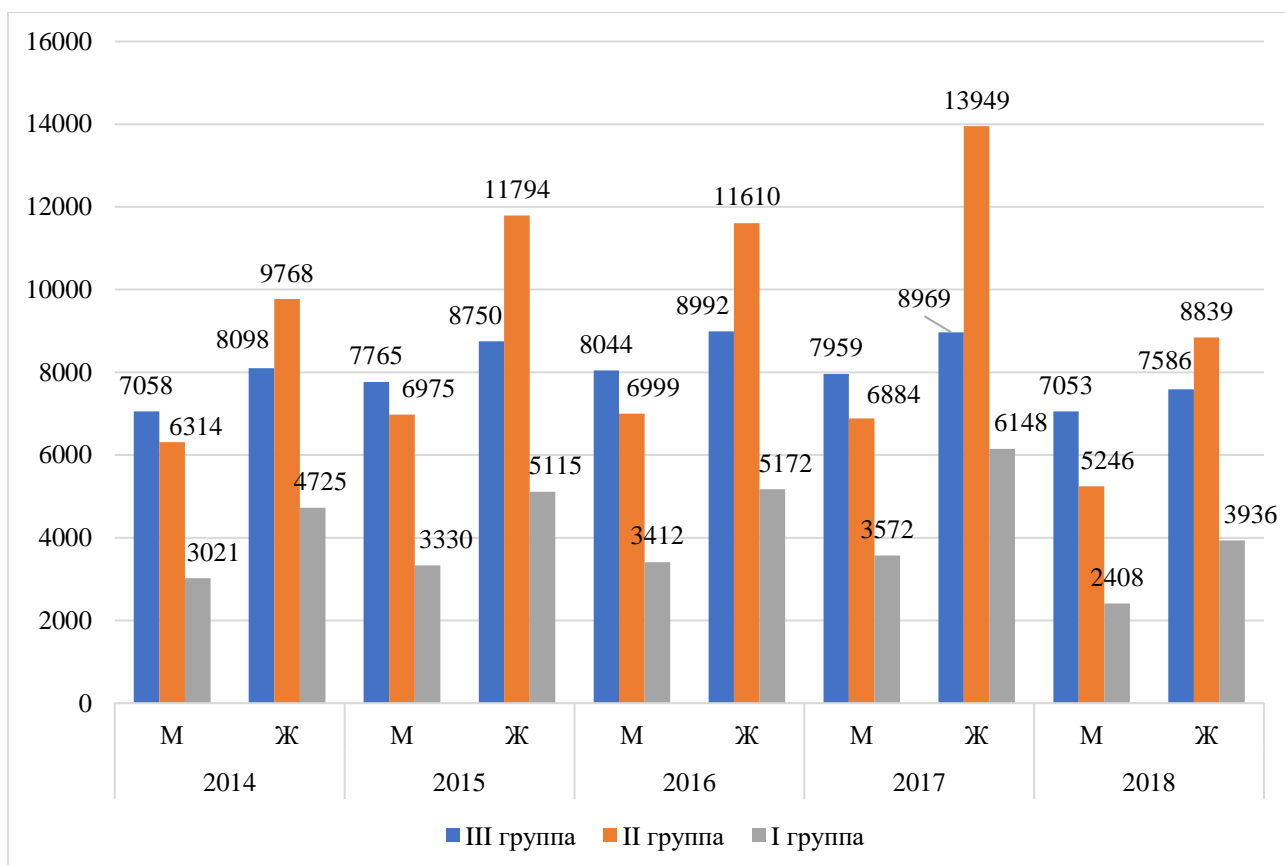


Рисунок 4 – Распределение по группам инвалидности лиц, признанных инвалидами впервые и повторно вследствие ЦВБ в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч.)

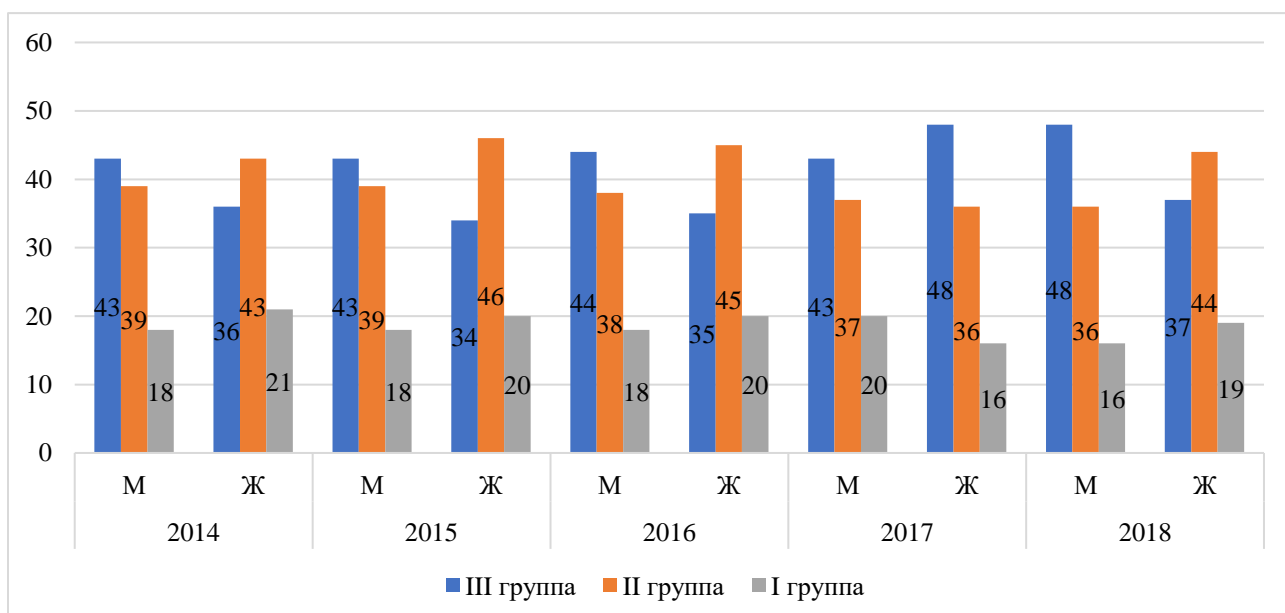


Рисунок 5 – Распределение по группам инвалидности лиц, признанных инвалидами впервые и повторно вследствие ЦВБ в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (%)

Число лиц, ВПИ вследствие ЦВБ, из общего числа признанных инвалидами за 5 лет составило 64250 человек (30,7%), а число ППИ составило 145241 человек (69,3%) (таблица 5). Причем в процентном отношении такая тенденция сохранялась на протяжении периода исследования. Так, в 2014 году из общего числа признанных инвалидами 38984 человек, их них 12128 человек (31,1%) составляли ВПИ, 26856 человек (68,9%) – ППИ. В 2015 году из общего числа признанных инвалидами 43729 человек – 13247 человек (30,3%) составили ВПИ, 30482 человека (69,7%) – ППИ. В 2016 году из общего числа признанных инвалидами 44229 человек ВПИ составили 13272 человека (30%), 30957 человек (70%) – ППИ. В 2017 году из общего числа признанных инвалидами 47481 человек 13433 человека (28,3%) составили ВПИ, 34048 человек (71,7%) – ППИ, в 2018 году из общего числа признанных инвалидами 35068 человек 12170 (34,7%) составляли ВПИ, а 22898 человек (65,3%) – лица ППИ (таблица 5). Установлено, что на долю ВПИ, в течение пяти лет 2014 - 2018 гг. приходилась одна треть от общего числа признанных инвалидами вследствие ЦВБ, которая имела колебания от 28,3% в 2017 году до 34,7% в 2018 году (таблица 5). Число лиц, ВПИ вследствие ЦВБ, в 2014 году составило 12128 чел. (таблица 5), а в 2017 году - 13433 чел., таким образом, на протяжении четырех лет прослеживалась тенденция к росту числа лиц, ВПИ, а в 2018 году наметилась тенденция к их уменьшению до 12170 человек (рисунок 4 и 5).

За исследуемый период среди всех мужчин, признанных инвалидами вследствие ЦВБ, преобладали инвалиды с III группой инвалидности, число которых составляло 37879 человек (44,0%); со II группой – 32418 человек (37,7%), с I группой – 15743 человек (18,3%). При этом среди женщин, признанных инвалидами вследствие ЦВБ, отмечалась иная тенденция: максимальному числу инвалидов устанавливалась II группа инвалидности 55960 (45,3%); I группа – 25096 (20,3%), III группа – 42395 (34,3%) (таблица 6).

Закономерным является, что среди ВПИ вследствие ЦВБ, как мужчин, так и женщин, максимальному числу инвалидов устанавливалась III группа

инвалидности: 15477 человек (51,5%) и 17026 человек (49,8%) соответственно (таблица 7).

Распределение по возрасту и по полу лиц, признанных инвалидами вследствие ЦВБ в учреждениях медико-социальной экспертизы г. Москвы в 2014-2018 гг. представлено в таблице 8. Преобладали инвалиды в возрасте 50-80 лет. До указанного возрастного периода число инвалидов меньше в связи с более низкой заболеваемостью атеросклерозом и ЦВБ. После 80 лет число признанных инвалидами снижается в связи с естественной убылью населения.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ варьировал от $11,46 \pm 0,29$ на 10 тысяч населения в 2018 году и достигая максимальных значений в 2017 году - $12,72 \pm 0,29$ на 10 тысяч населения (таблица 9).

Таблица 9 – Динамика уровня первичной инвалидности взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч. на 10 тыс. населения, $M \pm m$)

Год	Число лиц взрослого населения	Число лиц, впервые признанных инвалидами	Уровень первичной инвалидности
2014	10443900	12128	$11,61 \pm 0,29$
2015	10479200	13247	$12,64 \pm 0,29$
2016	10547600	13272	$12,58 \pm 0,29$
2017	10556400	13433	$12,72 \pm 0,29$
2018	10627600	12170	$11,46 \pm 0,29$

Таблица 10 – Динамика уровня первичной инвалидности среди мужчин вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч. на 10 тыс. населения, $M \pm m$)

Год	Число лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста	Число лиц, впервые признанных инвалидами	Уровень первичной инвалидности
2014	4732700	5620	$11,87 \pm 0,43$
2015	4748700	6196	$13,04 \pm 0,43$
2016	4778000	6325	$13,23 \pm 0,43$
2017	4782600	6305	$13,18 \pm 0,43$
2018	4813500	5584	$11,60 \pm 0,43$

Уровень первичной инвалидности среди мужчин вследствие ЦВБ за исследуемый период (таблица 10) в динамике имел колебания в пределах от $11,6 \pm 0,43$ на 10 тысяч населения в 2018 году до $13,23 \pm 0,43$ – в 2016 году.

Среди женщин (таблица 11) интенсивность показатель регистрировался в следующих пределах от $11,32 \pm 0,39$ – в 2018 году до $12,35 \pm 0,39$ – в 2017 году. При этом следует отметить, что в течение всего периода исследования с 2014 по 2018 год уровень первичной инвалидности среди мужчин выше, чем среди женщин.

Таблица 11 – Динамика уровня первичной инвалидности среди женщин вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч. на 10 тыс. населения, $M \pm m$)

Год	Число лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста	Число лиц, впервые признанных инвалидами	Уровень первичной инвалидности
2014	5711200	6508	$11,39 \pm 0,39$
2015	5730500	7051	$12,30 \pm 0,39$
2016	5769800	6947	$12,04 \pm 0,39$
2017	5773800	7128	$12,35 \pm 0,39$
2018	5814100	6586	$11,32 \pm 0,39$

Динамика уровня первичной инвалидности среди взрослого населения вследствие ЦВБ среди обоих полов (таблица 12) показывает, что максимальный ее уровень $12,72 \pm 0,29$ на 10 тыс. населения отмечался в 2017 году, а минимальный уровень $11,46 \pm 0,29$ на 10 тыс. населения в 2018 году (рисунок 6)

Таблица 12 – Динамика уровней первичной инвалидности взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 – 2018 гг. (абс. ч. на 10 тысяч населения, $M \pm m$)

Год	Уровень первичной инвалидности		
	мужчины	женщины	оба пола
2014	11,87 $\pm 0,43$	11,39 $\pm 0,39$	11,61 $\pm 0,29$
2015	13,04 $\pm 0,43$	12,30 $\pm 0,39$	12,64 $\pm 0,29$
2016	13,23 $\pm 0,43$	12,04 $\pm 0,39$	12,58 $\pm 0,29$
2017	13,18 $\pm 0,43$	12,35 $\pm 0,39$	12,72 $\pm 0,29$
2018	11,60 $\pm 0,43$	11,32 $\pm 0,39$	11,46 $\pm 0,29$

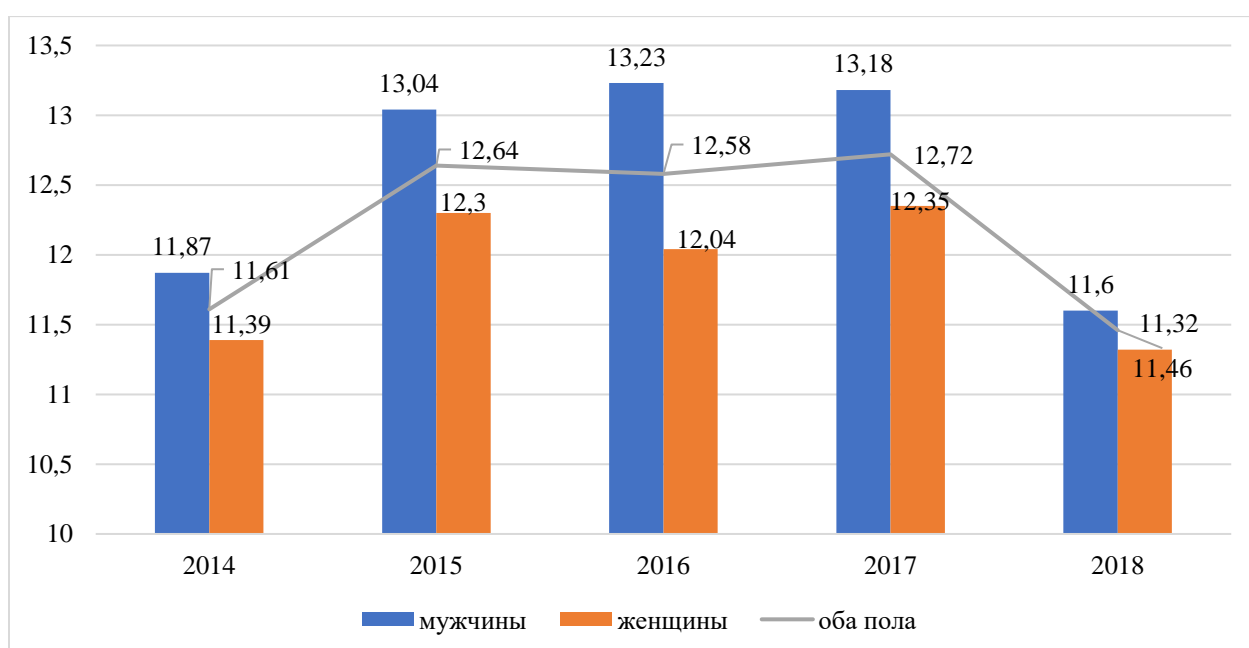


Рисунок 6 – Динамика уровней первичной инвалидности взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (‰)

В общем контингенте инвалидов вследствие ЦВБ, преобладали женщины, их удельный вес колебался от 58% (в 2014, 2016, 2018 годах) до 61% (в 2017 году), доля мужчин, соответственно, составляла от 39% (в 2017 году) до 42% (в 2014, 2016, 2018 годах). При этом, несмотря на преобладание женщин в общем контингенте инвалидов вследствие ЦВБ, уровень первичной инвалидности в течение всего периода исследования выше среди мужчин.

Анализ динамики численности лиц, ВПИ вследствие ЦВБ, показал (таблица 13) что в 2015 году в сравнении с 2014 годом отмечался существенный прирост лиц, ВПИ (+9,22%), далее сохраняется тенденция к незначительному росту в 2016 году – (+0,18%), в 2017 – (1,21%), с последующим существенным уменьшением в 2018 году (-9,4%). При этом показатель наглядности колебался в пределах: в 2014 году – 100%, в 2015 году – 109,22%, в 2016 году – 109,43%, в 2017 году – 110,7% и в 2018 году 100,35%.

Таблица 13 – Динамика численности лиц, впервые признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Год	Общее число впервые признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней, абс.	Темпы прироста/убыли, %	Показатель наглядности, %
2014	12128	-	100
2015	13247	+9,22	109,22
2016	13272	+0,18	109,43
2017	13433	+1,21	110,7
2018	12170	-9,40	100,35

Оценка динамики уровней первичной инвалидности вследствие ЦВБ на 10 тысяч взрослого населения (таблица 14) показал, в 2014 году уровень ее составил 11,61, в 2016 году показатель увеличился до 12,64 с темпом прироста (+8,87%), в 2016 году незначительная тенденция к снижению данного показателя – 12,58, темп убыли в сравнении с предыдущим годом составил (-0,47%). В 2017 году отмечался самый высокий уровень первичной инвалидности за исследуемый период – 12,72, темп прироста составил (+1,11%). В 2018 году наоборот отмечался самый низкий показатель первичной инвалидности – 11,46, с темпом убыли (9,9%). Показатель наглядности динамики уровня первичной инвалидности граждан в возрасте ≥ 18 лет вследствие ЦВБ за исследуемый период показал следующую динамику: 2014 год – 100%, существенный рост в 2015 году – 108,87%, незначительное снижение в 2016 году – 108,35%, рост в

2017 году – 109,56%, резкое снижение в 2018 году – 98,7%.

Проведенный анализ свидетельствует, что из общего числа признанных инвалидами вследствие ЦВБ, ежегодно около 1/3 (от 28,3% в 2014 году до 34,7% в 2018 году) признаются инвалидами впервые.

Таблица 14 – Динамика уровня первичной инвалидности взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Год	Уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ, на 10 тысяч взрослого населения	Темпы прироста/убыли, %	Показатель наглядности, %
2014	11,61		
2015	12,64	+8,87	108,87
2016	12,58	-0,47	108,35
2017	12,72	+1,11	109,56
2018	11,46	-9,9	98,71

Изучение ППИ среди взрослого населения показало, что в 2014 году всего повторно было признано инвалидами 26856 человек (показатель наглядности 100%), в 2015 году – общее число ППИ составило 30482 человека с темпом прироста (+13,5%) и показателем наглядности (113,5%), в 2016 году тенденция к увеличению числа ППИ сохранилась и составила 30957 человек с темпом прироста (+1,55%) и показателем наглядности (115,3%), наибольшее число лиц, ППИ за исследуемый период отмечалось в 2017 году – 34048 чел. с темпом прироста (+9,98%) и показателем наглядности (126,8%). В 2018 году отмечалось резкое снижение числа ППИ до 22898 человек, с темпом убыли (-9,05%) и снижением показателя наглядности (до 85,3%).

Таблица 15 – Динамика численности лиц повторно признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Год	Число лиц повторно признанных инвалидами вследствие ЦВБ, абс.	Темпы прироста/убыли, %	Показатель наглядности, %
2014	26856	-	100
2015	30482	+13,50	113,5
2016	30957	+1,55	115,3
2017	34048	+9,98	126,8
2018	22898	-9,05	85,3

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что за исследуемый период среди всех признанных инвалидами вследствие ЦВБ, лица ППИ составили 75%.

Необходимо отметить, что максимальное число признанных инвалидами регистрировалось в 2017 год – 13433 человек ВПИ и 34048 человек – повторно, с максимальными показателями наглядности (110,7%) и (126,8%), соответственно.

Среди лиц, ВПИ наименьшая их численность – 12128 человек регистрировалась в 2014 году, с показателем наглядности (100%), а среди ППИ наименьшую численность – 22898 человек в 2018 году с показателем наглядности (85,3%).

Среди лиц, ВПИ с 2014 по 2018 год, отмечается ежегодный рост численности инвалидов с темпами прироста (+9,22%; +0,18%; +1,21%) соответственно и показателями наглядности (109,22%; 109,43%; 110,7%) соответственно. В 2018 году отмечается существенное уменьшение числа ВПИ до 12170 человек с темпом убыли (-9,40%) и показателем наглядности (100,35%). При этом, несмотря на существенное уменьшение числа лиц ВПИ в 2018 году, данное число превысило число лиц ВПИ в 2014 году (12170 человек и 12128 человек соответственно).

Среди лиц, ППИ, наименьшее их число – 22898 человек регистрировалось в 2018 году. При этом с 2014 по 2017 годы включительно отмечалась тенденция к ежегодному росту числа лиц, ППИ. В 2014 году – 26856 человек с показателем наглядности (100%), в 2015 году – 30482 человека с темпом прироста (+13,50%) и показателем наглядности (113,5%), в 2016 году – 30957 человек с темпом прироста (+1,55%) и показателем наглядности (115,3%), в 2017 году – 34048 человек с темпом прироста (+9,98%) и показателем наглядности (126,8%). В 2018 году отмечалось уменьшение числа лиц, ППИ вследствие ЦВБ до 22898 человек, при этом абсолютное число лиц, ППИ в 2018 году было меньше, чем в 2014 году (22898 человек и 26856 человек, соответственно).

3.2. Особенности формирования инвалидности

По группам инвалидности исследуемый контингент распределился следующим образом (таблица 16). Среди ВПИ вследствие ЦВБ в 2014 году инвалиды I группы составляли 2033 (16,7%), II группы – 4034 (33,3%), III группы – 6061 (49,9%). В 2015 году от общего числа ВПИ вследствие ЦВБ инвалиды I группы составляли 2191 человек (16,5%), доля инвалидов II группы составляла 33,1% (4390 человек), доля инвалидов III группы составляла 50,4% (6666 человек). В 2016 году отмечалась следующая тенденция: доля инвалидов I группы составляла 17,2% (2277 человек), доля инвалидов II группы составляла 31,3% (4165 человек), доля инвалидов III группы составляла 51,5% (6830 человек). В 2017 году инвалиды I группы составляли 2383 человек (17,7%), II и III групп – 4215 человек (31,4%) и 6835 человек (50,9%) соответственно. В 2018 году инвалиды I группы составляли 2273 (18,7%), II и III групп – 3786 (31,1%) и 6111 (50,2%) соответственно (рисунок 7). Таким образом, среди ВПИ вследствие ЦВБ достаточно высокий удельный вес составляли инвалиды III группы (от 50,0% в 2014 году до 51,5% в 2016 году с незначительным уменьшением в 2018 году до 50,2%). В среднем за весь период наблюдения среди ВПИ доля

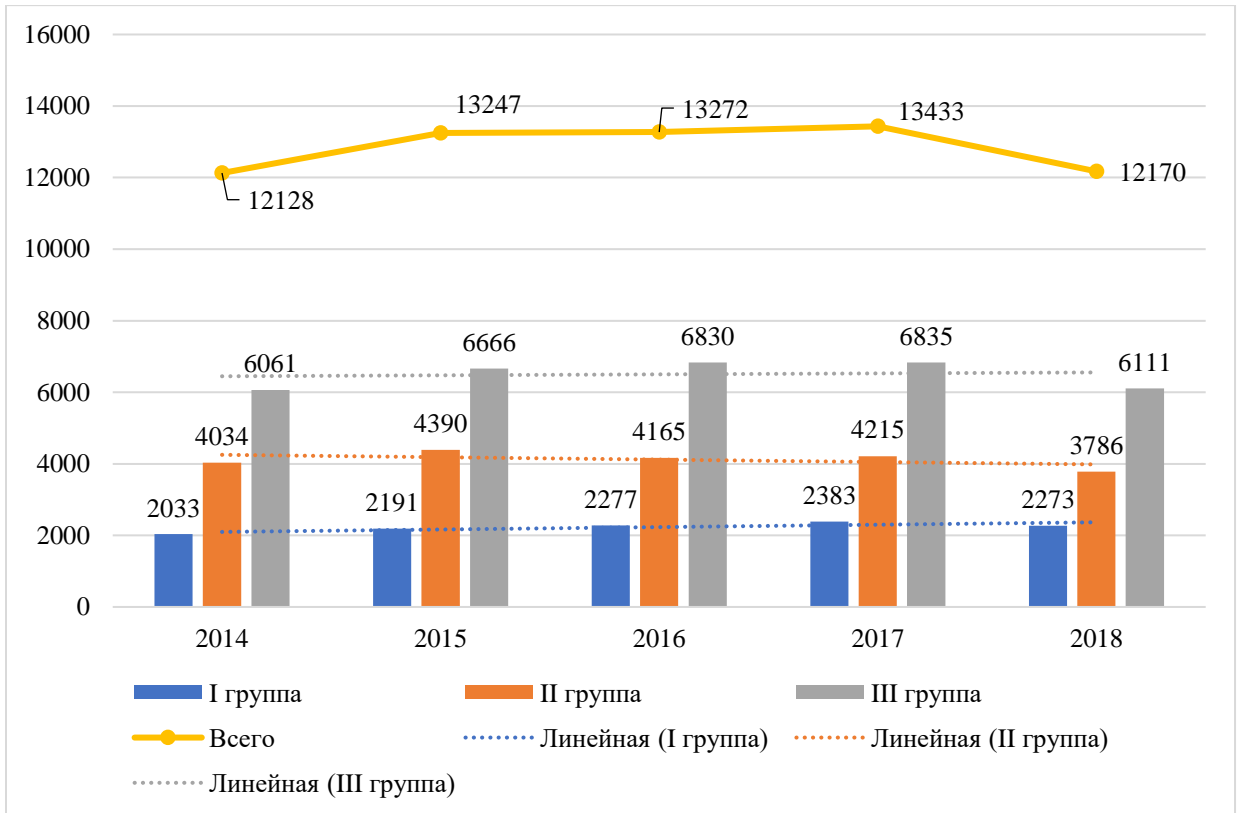


Рисунок 7 – Структура впервые признанных инвалидами по группам инвалидности среди взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч.)

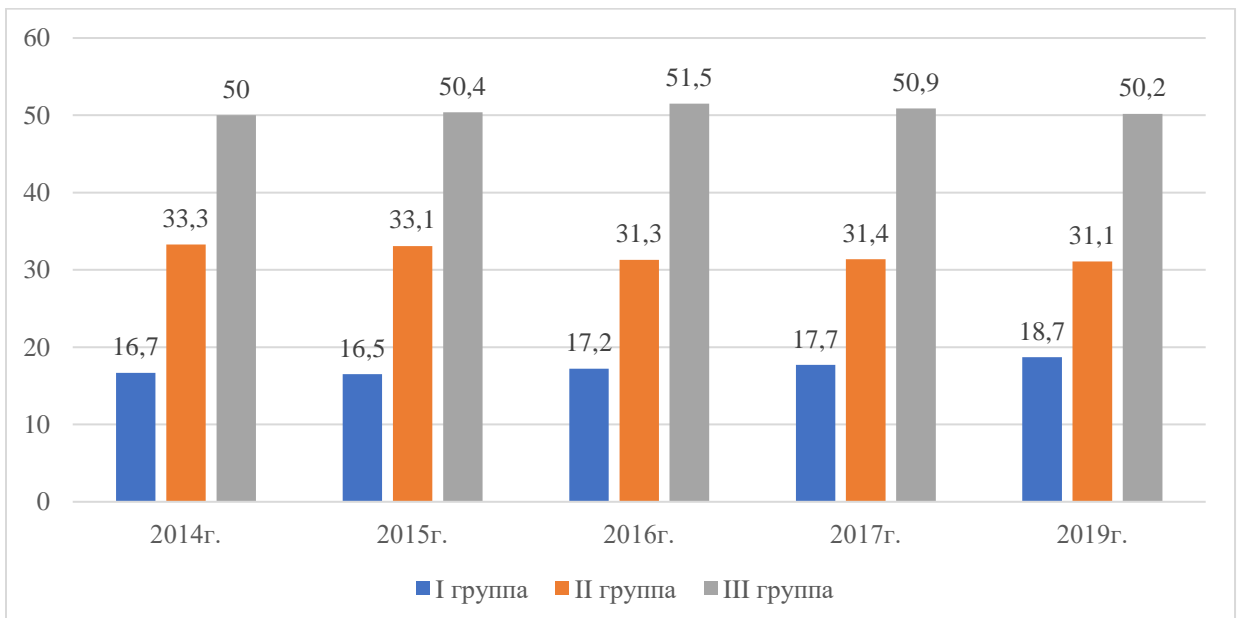


Рисунок 8 – Структура впервые признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней по тяжести инвалидности и полу в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (%)

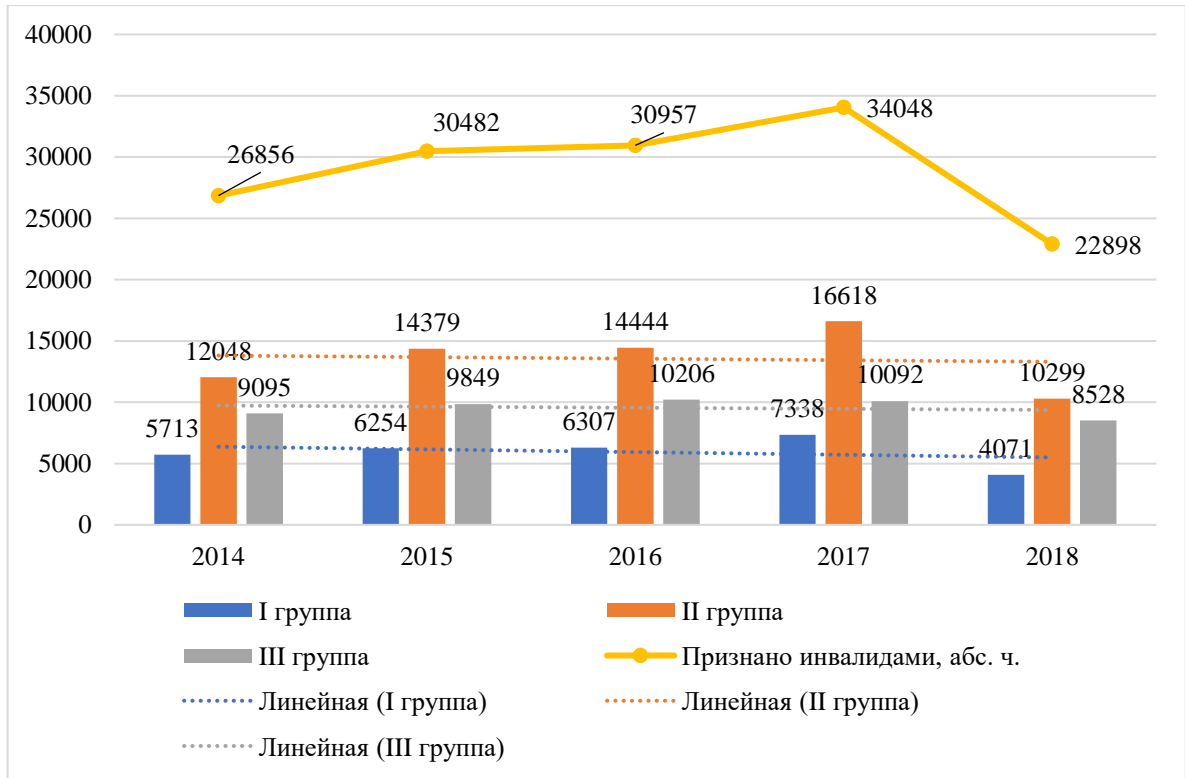


Рисунок 9 – Распределение повторно признанных инвалидами вследствие cerebrovasкулярных болезней по тяжести инвалидности в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч.)

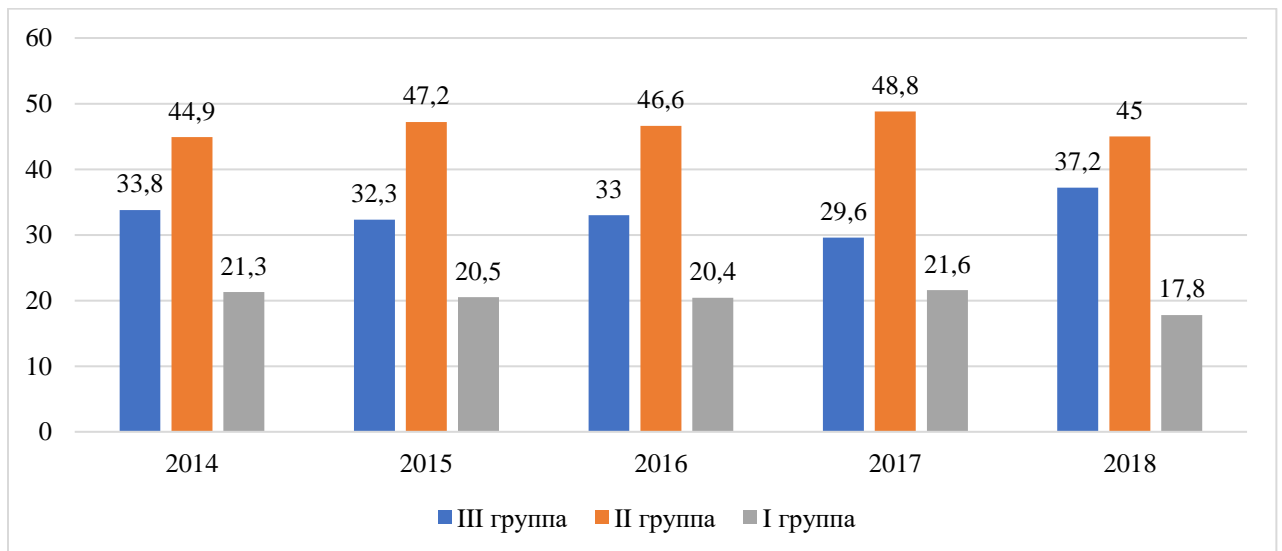


Рисунок 10 – Структура повторно признанных инвалидами среди взрослого населения вследствие cerebrovasкулярных болезней по группам инвалидности в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (%)

Удельный вес инвалидов III группы среди ППИ вследствие ЦВБ, в сравнении с ВПИ, снизился и составил в среднем 32,9 %, имея колебания от 29,6% в 2017 году до 37,2% в 2018 году (рисунок 10).

Проведенный анализ соотношения числа инвалидов по группам инвалидности среди ВПИ и ППИ свидетельствует об увеличении числа инвалидов I и II групп среди ППИ, что свидетельствует о тяжести инвалидности изучаемого контингента и недостаточной эффективности проводимых в отношении их реабилитационных мероприятий.

Распределение инвалидов вследствие ЦВБ по возрасту и полу показало, что в 0,5% случаях инвалидность вследствие ЦВБ устанавливается лицам 18-30 лет, при этом среди мужчин этот показатель выше и варьирует от 0,71% в 2016 году до 0,33% в 2018 году, среди женщин – от 0,51% в 2017 году до 0,21% в 2018 году. В возрастной группе 31-40 лет инвалидность устанавливается в пределах 2%. В этой группе также больше мужчин, их удельный вес варьирует от 2,03% в 2017 году до 2,6% в 2014 году, тогда как у женщин его значения варьируют от 1,09% в 2018 году до 1,46% в 2016 году. Численность инвалидов вследствие ЦВБ увеличивается в возрастной группе 41-50 лет с колебаниями удельного веса 6-10%; доля мужчин регистрировалась от 8,09% в 2018 году до 10,88% в 2014 году, в тоже время удельный вес среди женщин этой же возрастной группы варьировал от 4,75% в 2017 году до 6,87% в 2014 году. В возрастной группе 51-60 лет их доля составила 20% при продолжающемся преобладании мужчин с максимальным удельным весом 30,54% в 2016 году и минимальным 28,18% в 2017 году. Среди женщин этой возрастной группы удельный вес варьирует от 10,04% в 2017 году до 16,33% в 2014 году.

В аналогичных пределах варьирует численность инвалидов вследствие ЦВБ в возрастной группе 61-70 лет, при этом сохраняется преобладание мужчин с колебанием от 23,28% в 2014 году, до 28,92% в 2018 году, у женщин – варьирует от 19,38% в 2014 году до 21,74% в 2018 году. Необходимо отметить, что именно в данной возрастной группе (61-70 лет) как среди мужчин, так и

среди женщин, прослеживается четкая тенденция увеличения числа инвалидов вследствие ЦВБ за весь исследуемый период.

В возрастной группе 71-80 лет наблюдается иная картина. Среди общего контингента инвалидов вследствие ЦВБ эта возрастная группа является лидирующей (превышая 25%). В данной возрастной группе возрастает число женщин признанных инвалидами, эта тенденция сохраняется в последующих возрастных группах. Это преобладание, в первую очередь, объясняется большей продолжительностью жизни женщин. Доля женщин, признанных инвалидами вследствие ЦВБ в этой возрастной группе варьирует от 28,52% в 2016 году до 30,64% в 2018 году. Число мужчин в этой группе варьирует от 18,46% в 2015 году до 20,30% в 2018 году.

В возрастной группе 81-90 лет отмечалось уменьшение числа инвалидов вследствие ЦВБ до 17,85%, с большим уменьшением доли мужчин, которая варьирует от 8,8% в 2018 году до 9,22% в 2015 году, среди женщин удельный вес значительно выше и варьирует от 22,18% в 2014 году до 25,67% в 2017 году.

В возрастной группе 91 год и старше, доля инвалидов вследствие ЦВБ варьирует в пределах 5%. Однако доля женщин в этой возрастной группе существенно превосходит долю мужчин с показателями от 4,85% (в 2014 году) до 7,09% (в 2017 году), в то время как у мужчин он варьирует от 1,49% (в 2014 году) до 2,60% (в 2017 году).

Исследование возрастно-половой структуры инвалидов вследствие ЦВБ показало, что среди общего контингента инвалидов в трудоспособном возрасте и в возрасте 61-70 лет преобладали мужчины, в то время как женщины превалировали в возрастной группе ≥ 71 год.

Среди мужчин преобладали инвалиды в возрастной группе 61-70 лет, среди женского пола - инвалиды в возрастной группе от 71-80 лет.

В структуре общего контингента лидирующие позиции занимали инвалиды в возрастной группе 71-80 лет, второе место - инвалиды в возрастной группе 61-70 лет и третье место – в возрастной группе в 51-60 лет.

По результатам анализа: инвалидность вследствие ЦВБ чаще устанавливалась лицам старшего трудоспособного возраста.

При этом необходимо отметить значительное омоложение инвалидов среди изучаемого контингента. В 30% случаев инвалидность вследствие ЦВБ устанавливалась лицам трудоспособного возраста, в том числе в 3% случаев в возрасте до 40 лет.

В общем контингенте инвалидов вследствие ЦВБ в трудоспособном возрасте преобладают мужчины. Высокая распространенность инвалидности в трудоспособном возрасте свидетельствует об актуальности этой проблемы и требует комплексного подхода к ее решению. В первую очередь, мероприятия должны быть направлены на первичную профилактику ЦВБ, устранение факторов риска, здоровый образ жизни. Среди лиц, признанных инвалидами, необходимо проводить комплексную медико-социальную реабилитацию с вовлечением в процесс мультидисциплинарных бригад и внедрением современных технологий и достижений реабилитационной индустрии.

3.3. Нозологическая характеристика контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней

Анализ структуры контингента инвалидов вследствие ЦВБ по нозологическим формам выявило, что первое ранговое место занимали инвалиды вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) (таблица 18). Их численность составляла 138857 человек или 66,3% от всего числа признанных инвалидами за исследуемый период. Второе ранговое место занимала инвалидность вследствие последствий цереброваскулярных болезней (нозологическая форма I69) – 64237 человек (30,7%), третье место занимали инвалиды вследствие инфаркта мозга (I63) – 3619 человек (1,7%). Численность инвалидов вследствие нозологических форм, относящихся к субарахноидальному кровоизлиянию, внутримозговому кровоизлиянию,

другим нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием, инсульту не уточненному как кровоизлияние или инфаркт и др. (I60; I61; I62; I64; I65; I66; I68) составила 2781 человек (1,3%) (рисунок 11 и 12).



Рисунок 11 – Средняя многолетняя нозологическая структура контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в соответствии МКБ-10

Таблица 18 – Структура контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в соответствии МКБ-10 в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Нозологическая форма	Год										ВСЕГО		В среднем за 5 лет	
	2014		2015		2016		2017		2018		абс	%	абс	%
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%				
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)	188	0,43	121	0,22	84	0,19	52	0,11	47	0,12	492	0,23	98,4	0,23
Внутричерепное кровоизлияние (I61)	378	0,90	212	0,41	156	0,35	138	0,29	118	0,33	1002	0,49	200,4	0,48
Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62)	33	0,08	21	0,05	27	0,06	27	0,057	13	0,033	121	0,058	24,2	0,06
Инфаркт мозга (I63)	1112	2,81	852	1,91	739	1,67	599	1,26	317	0,9	3619	1,73	723,8	1,73
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64)	204	0,52	167	0,33	213	0,49	247	0,52	119	0,34	950	0,45	190	0,45
Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I65)	27	0,06	10	0,02	8	0,018	9	0,018	3	0,082	57	0,027	11,4	0,03
Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I66)	22	0,05	2	0,004	2	0,0045	2	0,028	0	0	28	0,013	5,6	0,01

Продолжение таблицы 18

Нозологическая форма	Год										ВСЕГО		В среднем за 5 лет	
	2014		2015		2016		2017		2018					
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Другие цереброваскулярные болезни (I67)	25768	66,02	29778	68	29268	66,17	31425	66,18	22615	64,45	138854	66,28	27770,8	66,28
Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках (I68)	41	0,42	34	0,06	25	0,057	14	0,028	17	0,045	131	0,063	26,2	0,06
Последствия цереброваскулярных болезней (I69)	11211	28,71	12532	29	13707	30,99	14968	31,51	11819	33,7	64237	30,66	12847,4	30,66
ВСЕГО	38984	100	43729	100	44229	100	47481	100	35068	100	209491	100	41898,2	100,00

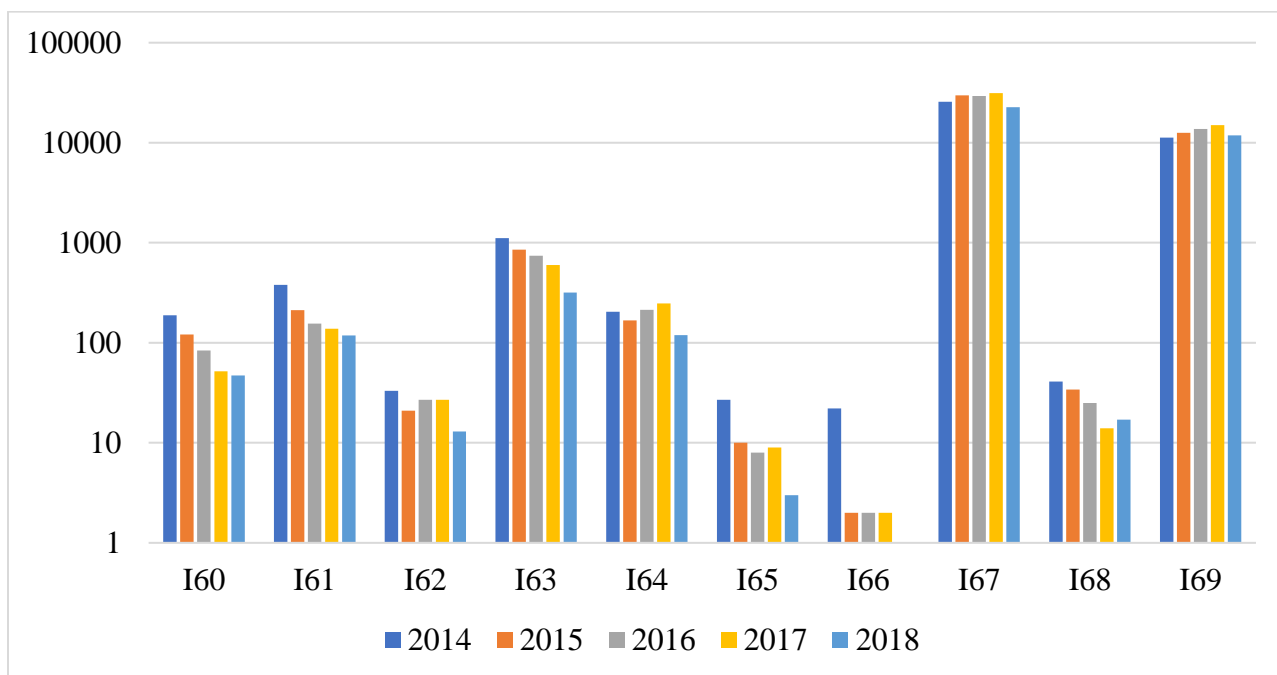


Рисунок 12 – Логарифмическое распределение контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней по нозологическим формам в соответствии в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч.)

В структуре континента инвалидов вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) значительно преобладали женщины – 89614 человек (64,5%) над мужчинами – 49240 человек (35,5%), тогда как по последствиям цереброваскулярных болезней (I69), наоборот, преобладали мужчины – 33180 человек (51,6%), женщины составили – 31057 человек (48,4%), вследствие инфаркта мозга (I63) также преобладали мужчины – 2060 человек (56,9%) над женщинами – 1559 человек (43,1%) (рисунок 13).

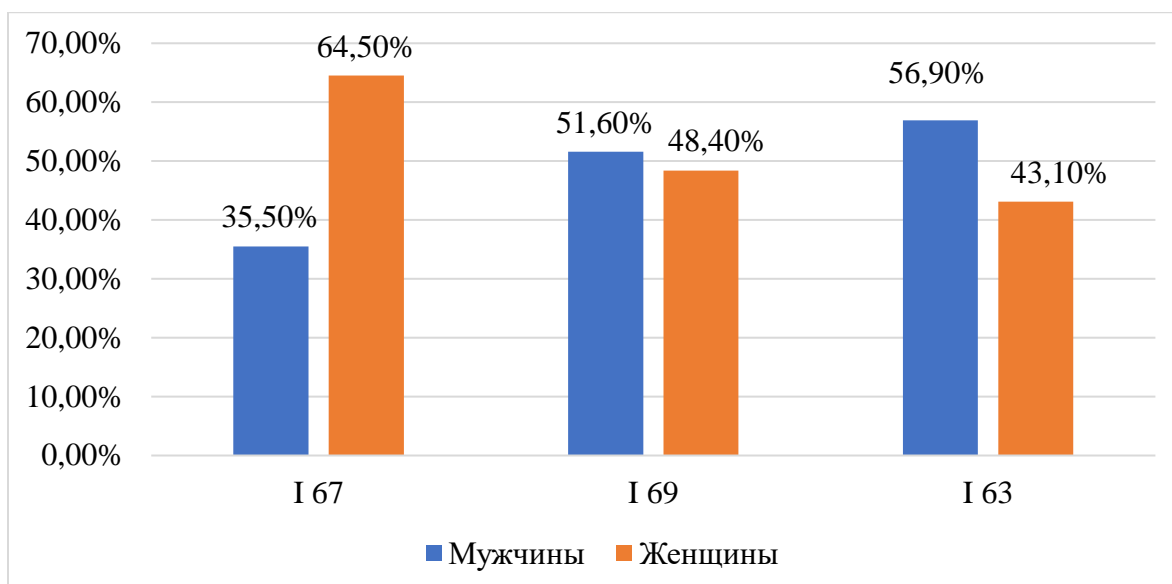


Рисунок 13 – Распределение по полу контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней по наиболее распространенным нозологическим формам согласно МКБ-10 в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (%)

В структуре континента инвалидов вследствие субарахноидального кровоизлияния (I60) умеренно преобладали женщины – 251 человек (51,0%) над мужчинами – 241 человек (49,0%), тогда как по внутримозговому кровоизлиянию (I61), наоборот, преобладали мужчины – 576 человек (57,5%), женщины составили – 426 человек (42,5%). Среди инвалидов вследствие других нетравматических внутричерепных кровоизлияний (I62) преобладали женщины - 61 человек (50,4%) над мужчинами – 60 человек (49,6%). В структуре континента инвалидов вследствие инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт (I64) умеренно преобладали мужчины – 570 человек (60,0%) над женщинами – 380 человек (40,0%), аналогично и в группе закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I65) - мужчины – 36 человек (63,2%), женщины – 21 человек (36,8%). В структуре инвалидов вследствие закупорки и стеноза церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I66) умеренно преобладали мужчины – 15 человек (53,6%) над женщинами – 13 человек (46,4%), тогда как при поражении сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках (I68), наоборот,

преобладали женщины – 70 человек (53,4%), мужчины составили – 61 человек (46,6%) (таблица 19).

Таблица 19 – Структура контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней по полу в соответствии с нозологическими формами МКБ-10 в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (абс. ч., %)

Пол	Год					ВСЕГО	В среднем за 5 лет
	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год		
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)							
мужчины	103	67	35	22	14	241	48
	54,8%	55,4%	41,7%	42,3%	29,8%	49,0%	49,0%
женщины	85	54	49	30	33	251	50
	45,2%	44,6%	58,3%	57,7%	70,2%	51,0%	51,0%
оба пола	188	121	84	52	47	492	98
Внутричерепное кровоизлияние (I61)							
мужчины	218	106	96	84	72	576	115
	57,7%	50,0%	61,5%	60,9%	61,0%	57,5%	57,5%
женщины	160	106	60	54	46	426	85
	42,3%	50,0%	38,5%	39,1%	39,0%	42,5%	42,5%
оба пола	378	212	156	138	118	1002	200
Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62)							
мужчины	18	10	12	13	7	60	12
	54,5%	47,6%	44,4%	48,1%	53,8%	49,6%	49,6%
женщины	15	11	15	14	6	61	12
	45,5%	52,4%	55,6%	51,9%	46,2%	50,4%	50,4%
оба пола	33	21	27	27	13	121	24
Инфаркт мозга (I63)							
мужчины	629	483	424	337	187	2060	412
	56,6%	56,7%	57,4%	56,3%	59,0%	56,9%	56,9%
женщины	483	369	315	262	130	1559	312
	43,4%	43,3%	42,6%	43,7%	41,0%	43,1%	43,1%
оба пола	1112	852	739	599	317	3619	724
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64)							
мужчины	114	94	131	153	78	570	114
	55,9%	56,3%	61,5%	61,9%	65,5%	60,0%	60,0%
женщины	90	73	82	94	41	380	76
	44,1%	43,7%	38,5%	38,1%	34,5%	40,0%	40,0%
оба пола	204	167	213	247	119	950	190
Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I65)							
мужчины	15	6	5	8	2	36	7
	55,6%	60,0%	62,5%	88,9%	66,7%	63,2%	63,2%
женщины	12	4	3	1	1	21	4
	44,4%	40,0%	37,5%	11,1%	33,3%	36,8%	36,8%
оба пола	27	10	8	9	3	57	11

Продолжение таблицы 19

Пол	Год					ВСЕГО	В среднем за 5 лет
	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год		
Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I66)							
мужчины	13	1	0	1	0	15	3
	59,1%	50,0%	0,0%	50,0%		53,6%	53,6%
женщины	9	1	2	1	0	13	3
	40,9%	50,0%	100,0%	50,0%		46,4%	46,4%
оба пола	22	2	2	2	0	28	6
Другие цереброваскулярные болезни (I67)							
мужчины	9555	10837	10596	10178	8074	49240	9848
	37,1%	36,4%	36,2%	32,4%	35,7%	35,5%	35,5%
женщины	16213	18941	18672	21247	14541	89614	17923
	62,9%	63,6%	63,8%	67,6%	64,3%	64,5%	64,5%
оба пола	25768	29778	29268	31425	22615	138854	27771
Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках (I68)							
мужчины	16	14	16	6	9	61	12
	39,0%	41,2%	64,0%	42,9%	52,9%	46,6%	46,6%
женщины	25	20	9	8	8	70	14
	61,0%	58,8%	36,0%	57,1%	47,1%	53,4%	53,4%
оба пола	41	34	25	14	17	131	26
Последствия цереброваскулярных болезней (I69)							
мужчины	5712	6451	7140	7613	6264	33180	6636
	50,9%	51,5%	52,1%	50,9%	53,0%	51,7%	51,7%
женщины	5499	6081	6567	7355	5555	31057	6211
	49,1%	48,5%	47,9%	49,1%	47,0%	48,3%	48,3%
оба пола	11211	12532	13707	14968	11819	64237	12847
ВСЕГО	38984	43729	44229	47481	35068	209491	41898

Среди ВПИ вследствие ЦВБ в соответствии с МКБ-10 за исследуемый период наибольшее число инвалидов (44,4%) составили инвалиды вследствие других цереброваскулярных болезней (I67). Доля инвалидов вследствие церебрального атеросклероза (I67.2) составила 28%. Удельный вес инвалидов вследствие других уточненных поражений сосудов мозга (I67.8) – 16%. Доля инвалидов вследствие аневризмы мозга без разрыва, прогрессирующей сосудистой лейкоэнцефалопатии, гипертензивной энцефалопатии и др. (I67.1, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.9) составила 11,6%.

Среди инвалидов вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) в течение всего анализируемого периода (2014-2018 гг.) преобладали женщины (56,8%), мужчины составляли 43,2%; вследствие цереброваскулярного атеросклероза (I67.2) женщины составляли 61,2%, мужчины – 38,8%; вследствие других уточненных поражений сосудов мозга (I67.8) также преобладали женщины (58,2%), мужчины – 41,8%.

Среди ВПИ вследствие цереброваскулярных болезней (I69), наибольший удельный вес составили последствия инфаркта мозга (I69.3)– 50,3%. На последствия субарахноидального кровоизлияния (I69.0) - 36,3%, последствия инсульта, неуточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга (I69.4) – 8,7%. Инвалиды вследствие последствий внутримозгового кровоизлияния, последствий другого нетравматического внутримозгового кровоизлияния, последствий других и неуточненных цереброваскулярных болезней (I69.1, I69.2, I69.8 соответственно) составили 4,7%.

Если в структуре инвалидности вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) женщины значительно преобладали над мужчинами, то в структуре инвалидности вследствие последствий цереброваскулярных болезней (I69) удельный вес женщин выше чем мужчин (52% и 48%, соответственно), а в структуре инвалидности вследствие инфаркта мозга (I63) доля мужчин составила 58,7%, женщин – 41,3%, в структуре инвалидности вследствие инсульта, неуточненного как кровоизлияние или инфаркт мозга (I64) мужчин – 56,6%, женщин – 43,4%.

Таким образом, среди ВПИ вследствие ЦВБ женщины преобладали в структуре инвалидности вследствие других цереброваскулярных болезней (I67), а мужчины в структуре инвалидности вследствие последствий цереброваскулярных болезней (I69).

Хронически протекающие заболевания цереброваскулярной системы составляли окклюзии и стенозы сосудов головного мозга, аневризмы,

подкорковая атеросклеротическая и гипертоническая энцефалопатии, а также тромбозы венозных синусов, неосложненных инфарктом мозга (I65 – I69).

Среди ППИ вследствие ЦВБ в соответствии МКБ-10 наибольшее число инвалидов (45,6%) приходится на нозологическую форму другие цереброваскулярные болезни (I67), на церебральный атеросклероз (I67.2) приходится 27%, на другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.8) – 16%. На нозологические формы расслоение мозговых артерий без разрыва, аневризма мозга без разрыва, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия и другие (I67.0, I67.1, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I67.9) приходится 11,4%.

Следовательно, среди ППИ вследствие других цереброваскулярных болезней (I67), как и среди ВПИ в качестве причин инвалидности преобладают те же нозологические формы церебральный атеросклероз и другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.2, I67.8). По полу среди ППИ по вышеуказанным нозологическим формам МКБ-10 значительно, почти в два раза, преобладают женщины.

Среди ППИ вследствие ЦВБ в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра по нозологической форме I69 наибольшее число инвалидов приходится на последствия инфаркта мозга (I69.3) – 50,5%, на втором месте последствия субарахноидального кровоизлияния (I69.0) – 36,3%, на третьем месте последствия инсульта не уточненные как кровотечения или инфаркт мозга (I69.4) – 9%. На последствия внутричерепного кровоизлияния, последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней (I69.1, I69.2, I69.8 соответственно) приходится 4,2%.

По полу по основным нозологическим формам последствий цереброваскулярных болезней (I69) по МКБ-10 складывается следующая картина: от общего числа признанных инвалидами вследствие ЦВБ (I69) женщины составили 57,3%, мужчины – 42,7%, вследствие инфаркта мозга (I69.3) женщины составили 42%, мужчины – 58%; вследствие инсульта, не уточненного

как кровоизлияние или инфаркт мозга (I69.4) женщины составили 53,4%, мужчины – 56,6%.

Как видно, по характеру распределения по полу среди ППИ имела место ситуация аналогичная картине, наблюдавшейся среди ВПИ вследствие цереброваскулярных заболеваний (I69).

Таким образом, наиболее распространенными нозологическими формами МКБ-10 в соответствии с которыми устанавливалась инвалидность вследствие ЦВБ как при первичном освидетельствовании, так и повторном являлись диагнозы: церебральный атеросклероз (I67.2), другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.8), последствия субарахноидального кровоизлияния (I69.0), последствия инфаркта мозга (I69.3), последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга (I69.4). Следует отметить, что среди лиц, признанных инвалидами (как впервые, так и повторно) вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) преобладают женщины, а вследствие цереброваскулярных болезней (I69) преобладают мужчины.

Анализ социально-гигиенической характеристики континента инвалидов вследствие ЦВБ с 2014 по 2018 год в городе Москве показал достаточно высокий уровень первичной инвалидности (более 12 на 10 тысяч населения). Более 30% из числа лиц, признанных инвалидами впервые, являются лица трудоспособного возраста, при этом в трудоспособном возрасте число мужчин превышает число женщин, примерно в 2 раза, в то же время, среди лиц пенсионного возраста, наоборот, женщины преобладают над мужчинами примерно в 1,5 раза. В общем континенте инвалидов вследствие ЦВБ за исследуемый период женщины преобладают над мужчинами (59% и 41% соответственно).

Среди ВПИ вследствие ЦВБ по группам инвалидности отмечалась следующая тенденция: наиболее распространена III группа инвалидности (50,7%), 2-е место – инвалиды II группы (32%), 3-е место – инвалиды I группа (17,3%). Высокий процент инвалидов III группы свидетельствует о благоприятном реабилитационном прогнозе, реабилитационном и трудовом

потенциале этого континента, что, в свою очередь, требует повышенного внимания к ним в плане проведения комплексных реабилитационных мероприятий.

В то же время почти половина исследуемых лиц (49,5%) была признана инвалидами I или II групп, что говорит о тяжести последствий ЦВБ. Реабилитационные мероприятия в отношении этого континента требуют более длительного времени, являются достаточно затратными и менее результативными.

В период с 2014 по 2018 годы доля ВПИ вследствие ЦВБ была 30,7% от общего числа признанных инвалидами вследствие ЦВБ, удельный вес ППИ за этот же период составил 69,3%.

Среди ППИ вследствие ЦВБ за исследуемый период по группам инвалидности отмечалась несколько иная картина, чем среди первично признанных инвалидами. Первое место занимали лица со II группой инвалидности (46,8%), второе место – лица с III группой инвалидности (32,8%), третье место – инвалиды I группы (20,4%). Сравнение характера распределения по группам инвалидности ВПИ и ППИ за исследуемый период выявило следующую закономерность: удельный вес инвалидов I группы среди ППИ на 3,1% превышал аналогичный показатель ВПИ, II группы – на 14,8%, тогда как доля инвалидов III группы среди ППИ была на 17,9% меньше, чем у ВПИ. Превышение удельного веса инвалидов I и II групп при повторных освидетельствованиях свидетельствует о недостаточной эффективности реабилитационных мероприятий в отношении этой категории инвалидов. В то же время снижение удельного веса инвалидов III группы среди повторно освидетельствованных может говорить об успешной реабилитации и полном восстановлении нарушенных функций у этой категории лиц.

Исследование структуры континента инвалидов по нозологическим формам МКБ-10 показало, что к наибольшему числу относились инвалиды вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) – 66,3% от общего числа

признанных инвалидами за исследуемый период, второе место составили инвалиды вследствие цереброваскулярных болезней (I69) – 30,7%, третье место – инвалиды вследствие инфаркта мозга (I63) – 1,7%. На остальные нозологические формы МКБ-10, относящиеся к ЦВБ, приходилось не более 1,3% от общего числа случаев установления инвалидности вследствие ЦВБ. В нозологической форме другие цереброваскулярные болезни (I67) преобладали женщины 64,5%, мужчины составили 35,5%. Среди инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней (I69), наоборот преобладали мужчины – 51,6%, женщины составили 48,4%.

Данные, полученные в результате социально-гигиенического исследования контингента инвалидов вследствие ЦВБ в городе Москве, не противоречат общероссийским статистическим данным, а также данным по субъектам Российской Федерации с соответствующей патологией и свидетельствуют об актуальности и большой социальной значимости исследуемой проблемы.

При написании данной главы использовались следующая публикация автора:

1. Пузин С. Н., Грибова Э. П., Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Чандирли С.А., Ким В.В. Возрастно-половая структура инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний в Москве за 2014-2018 гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т.29. №2. С. 265-269 (Scopus)

ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Для исследования психологического статуса инвалидов вследствие ЦВБ на индивидуальном уровне использованы следующие методики. В первую очередь традиционно проводилось патопсихологическое исследование, направленное на решение ряда экспертных вопросов и определения умственной работоспособности, далее с целью оценки способности осознания жизненного пути применялся 16-факторный опросник Кеттела и тест «Биограф», для определения толерантности к предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей использовался тест Розенцвейга. Кроме вышеуказанных методик использовались тесты Люшера, Куна, шкалы депрессии HADS, Гамильтона и др.

Индивидуальное психологическое исследование было проведено в отношении 214 инвалидов вследствие ЦВБ. Особое значение придавалось самооценке инвалида, а также ее изменениям в динамике, до болезни и после установления группы инвалидности.

С целью изучения психологического статуса инвалидов вследствие ЦВБ было проведено анкетирование исследуемого контингента.

На вопрос №1 «К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?» респонденты ответили следующим образом: «Дружелюбными» себя считали 154 человека (72%), «Недружелюбными» – 3 человека (1,5%), «Не знаю» ответили 57 человек (26,5%). На вопрос №2 «К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?» «Дружелюбными» себя считают 88 человек или 41%, «Недружелюбными» – 43 человека (20%), «Не знаю» ответили 83 человека (39%). На вопрос №3 «К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?» «Уравновешенными» себя считали 160 человек (75%), «Вспыльчивыми» себя считали 19 человек (9%), «Не знаю» ответили 35 человек (16%). На вопрос №4 «К какой категории лиц Вы себя относите после

установления инвалидности?» к «Уравновешенным» себя отнесли 30 человек (14%), к «Вспыльчивым» – 152 человека (71%), «Не знаю» ответили 32 человека (15%). На вопрос №5 «К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?» «Общительными себя считали 143 человека (67%), «Замкнутыми» – 19 человек (9%), «Не знаю» ответили 52 человека (24%). На вопрос №6 «К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?» к «Общительным» себя отнесли 49 человек (23%), к «Замкнутым» – 64 человека (30%), «Не знаю» ответили 101 человек (47%). На вопрос №7 «Какие расстройства беспокоят Вас в настоящее время?» 73 человека (34%) отметили расстройства сна, 71 человек (33%) отметили повышенную возбудимость, 75 человек (35%) отметили повышенную раздражительность. На вопрос №8 «Считаете ли Вы себя зависимым от окружающих людей?» «Да» ответили 141 человек (66%), «Нет» – 26 человек (12%), «Частично» – 47 человек (22%). На вопрос №9 «Какие изменения в познавательной сфере Вы у себя отмечаете после установления инвалидности?» нарушение мышления отметили 64 человека (30%), снижение внимания отметили 150 человек (70%), нарушение умственной работоспособности отметили 152 человека (71%), нарушение эмоционально-волевой сферы отметили 152 человека (71%). На вопрос №10 «О семейном положении» респонденты ответили следующим образом: 139 человек (65%) состояли в браке, проживали с родственниками – 47 человек (22%), 28 человек (13%) проживали самостоятельно. На вопрос №11 «Удовлетворены ли Вы семейным положением?» 47 человек (22%) ответили положительно, частично удовлетворены 75 человек (35%), не удовлетворены 92 человека (43%). На вопрос №12 «Удовлетворены ли Вы своим социально-экономическим состоянием?» положительно ответили 73 человека (34%), отрицательно – 32 человека (15%), частично – 109 человек (51%).

Таблица 20 – Распределение ответов респондентов на вопросы анкеты №1 «Оценка психологического статуса инвалида вследствие цереброваскулярных болезней» (n = 214).

№	Вопрос/ответ	Всего		I группа		II группа		III группа	
		Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1	К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?								
	«Дружелюбный»	154	72	15	57,69	93	70,99	46	80,70
	«Недружелюбный»	3	1,5	1	3,85	2	1,53	0	0,00
	Затрудняюсь ответить	57	26,5	10	38,46	36	27,48	11	19,30
	К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?								
	«Дружелюбный»	88	41	5	19,23	55	41,98	28	49,12
	«Недружелюбный»	43	20	15	57,69	25	19,08	3	5,26
	Затрудняюсь ответить	83	39	6	23,08	51	38,93	26	45,61
3	К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?								
	Уравновешенный	160	75	4	15,38	110	83,97	46	80,70
	Вспыльчивый	19	9	7	26,92	7	5,34	5	8,77
	Затрудняюсь ответить	35	16	15	57,69	14	10,69	6	10,53
4	К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?								
	Уравновешенный	30	14	4	15,38	22	16,79	4	7,02
	Вспыльчивый	152	71	15	57,69	88	67,18	49	85,96
	Затрудняюсь ответить	32	15	7	26,92	21	16,03	4	7,02
	К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?								
	Общительный	143	67	10	38,46	107	81,68	26	45,61
	Замкнутый	19	9	7	26,92	7	5,34	5	8,77
	Затрудняюсь ответить	52	24	9	34,62	17	12,98	26	45,61
6	К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?								
	Общительный	49	23	5	19,23	25	19,08	19	33,33
	Замкнутый	64	30	18	69,23	42	32,06	4	7,02
	Затрудняюсь ответить	101	47	3	11,54	64	48,85	34	59,65
7	Какие расстройства беспокоят Вас в настоящее время?								
	Расстройства сна	73	34	13	50,00	43	32,82	12	21,05
	Повышенная возбудимость	71	33	6	23,08	55	41,98	10	17,54
	Повышенная раздражительность	75	35	7	26,92	33	25,19	35	61,40

Продолжение таблицы 20

№	Вопрос/ответ	Всего		I группа		II группа		III группа	
		Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
8	Считаете ли Вы себя зависимым от окружающих людей?								
	Да	141	66	23	88,46	84	64,12	34	59,65
	Нет	26	12	1	3,85	13	9,92	12	21,05
	Частично	47	22	2	7,69	34	25,95	11	19,30
9	Какие изменения в познавательной сфере Вы у себя отмечаете после установления инвалидности?								
	Нарушение мышления	64	30	13	50,00	29	22,14	22	38,60
	Снижение внимания	150	70	24	92,31	83	63,36	43	75,44
	Нарушение умственной работоспособности	152	71	20	76,92	99	75,57	33	57,89
	Нарушение эмоционально-волевой сферы	152	71	21	80,77	102	77,86	29	50,88
10	Семейное положение								
	Состою в браке	139	65	13	50,00	92	70,23	34	59,65
	Проживаю с родственниками	47	22	11	42,31	23	17,56	13	22,81
	Проживаю один	28	13	2	7,69	16	12,21	10	17,54
11	Удовлетворены ли Вы семейным положением?								
	Да	47	22	12	46,15	22	16,79	13	22,81
	Нет	92	43	11	42,31	70	53,44	11	19,30
	Частично	75	35	3	11,54	39	29,77	33	57,89
12	Удовлетворены ли Вы своим социально-экономическим состоянием?								
	Да	73	34	3	11,54	49	37,40	21	36,84
	Нет	32	15	7	26,92	18	13,74	7	12,28
	Частично	109	61	16	61,54	64	48,85	29	50,88

Среди исследуемого контингента до заболевания считали себя «Дружелюбными» почти 72% лиц (среди пациентов которым была установлена I группа инвалидности до признания инвалидности дружелюбными себя считали 57,69%, среди II группы – 70,99%, среди III группы – 80,70%), тогда как после признания инвалидности их число снизилось до 41% (среди пациентов с I группой инвалидности продолжали себя считать дружелюбными 19,23%, среди

II группы – 41,98%, среди III группы – 49,2%). Одновременно, следует подчеркнуть, что при этом среди инвалидов вследствие ЦВБ, увеличилось число пациентов, считавших себя «Недружелюбными» до 20% (среди пациентов с I группой инвалидности недружелюбными стали себя считать 57,69%, среди II группы – 19,08%, среди III группы – 5,26%).

Более значимые расхождения выявлены по шкале «уравновешенность-вспыльчивость». Большая часть респондентов (75%) до болезни считали себя уравновешенными, гораздо меньшее число (9%) относили себя к «вспыльчивым» (среди пациентов с I группой инвалидности, до признания инвалидности считали себя вспыльчивыми 26,92%, среди II группы – 5,34%, среди III группы – 8,77%). С момента признания инвалидности доля «уравновешенных» среди исследуемого контингента уменьшилась до 14%, а доля «вспыльчивых» наоборот увеличилась до 71 % (среди пациентов, которым была установлена I группа инвалидности, стали себя считать вспыльчивыми 57,69%, среди II группы – 67,18%, среди III группы – 85,96%).

На основании выше сказанного видно как существенно изменяется психика у лиц, признанных инвалидами вследствие ЦВБ.

Изменения, происходящие в психике человека, существенно влияют в свою очередь на такие качества как «общительность-замкнутость». До болезни и инвалидности большая часть исследуемого контингента (67%) считало себя общительной, после болезни и признания инвалидности их доля снизилась более чем в 2 раза (23%) (среди пациентов, которым была установлена I группа инвалидности, продолжали себя считать общительными 38,46%, среди II группы – 81,68%, среди III группы – 45,61%). Замкнутыми до болезни себя считали только 9% респондентов, с последующим их ростом после признания инвалидности до 30% (среди пациентов, которым была установлена I группа инвалидности, стали себя считать замкнутыми 69,23%, среди II группы – 32,06%, среди III группы – 7,02%). То есть в результате болезни и инвалидности происходят существенные изменения в коммуникативных качествах пациента, приводящие к серьезным изменениям, влияющим на межличностное общение.

Указанный факт необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

В том числе при планировании реабилитационных мероприятий в отношении исследуемых лиц, необходимо учитывать их исходный уровень в общественной жизни, профессию до болезни и инвалидности, отношения в семье. Важно при психологическом обследовании выявлять внутренние аспекты психического статуса, то есть его отношение к внешнему миру, к окружающим, к собственной семье, определять уровень психической напряженности и самооценки. При этом необходимо определять не только очевидные изменения психики пациента, но и более глубинные ее изменения, которые не осознает сам пациент, но которые могут оказать существенное влияние на конечный результат реабилитации в целом.

Негативное влияние на реализацию мероприятий по реабилитации оказывает неустойчивость эмоционально-волевой сферы, выражающаяся в виде повышенной возбудимости, раздраженности, а также в виде расстройства сна и беспокойности самих пациентов. Среди изучаемого контингента в 34% случаев отмечались выраженная неустойчивость эмоционально-волевой сферы. В отдельных случаях (9%) отмечалось отсутствие переживаний и эмоций.

Зачастую пациенты противопоставляют себя окружающему миру, у них возникает подозрительность и недоверие не только к посторонним, но и к близким родственникам, изменяется их самооценка и самоотношение. В 66% случаев выявляется повышенная конфликтность, пациенты становятся противоречивыми, трудно вступают в контакт, при этом отмечается их завышенная самооценка. Также у них появляется страх зависимости от окружающих лиц, неуверенность в своих силах и в себе. Поведение пациента в этом случае носит защитный характер и расценивается как позитивное.

Существенной особенностью изучаемого контингента является отсутствие у них жизненной перспективы, что в свою очередь негативно сказывается на уровне притязаний, то есть пациенты не верят в свою способность изменить свою жизнь и свой статус в лучшую сторону.

Пациенты отказываются оценивать свое будущее. Общение по вопросу своего будущего с психологом приводят к негативным реакциям обследуемого. На вопрос «Что Вы можете достичь?» пациенты реагировали крайне негативно и эмоционально. Указанный факт скорее свидетельствует о защитной реакции пациента. Жизнь до болезни и инвалидности ими расценивается как наиболее благоприятный период их жизни, то есть у них выражена ретроспективная направленность.

Ретроспективная направленность, в свою очередь, затрудняет социальную адаптацию, в том числе возникают сложности у значительного количества респондентов в межличностных контактах. При этом большинство респондентов осознают этот факт и переживают в отношении собственной несдержанности и конфликтности. Межличностные конфликты в свою очередь приводят к недоверию и подозрительности в отношении окружающих лиц, негативно сказываются на семейных отношениях. Среди исследуемого контингента 65% проживали в полной семье, вместе с тем удовлетворенность своим семейным положением отметили всего лишь 22% (среди пациентов, которым была установлена I группа инвалидности, остались удовлетворены семейным положением 46,15%, среди II группы – 16,79%, среди III группы – 22,81%).

Удовлетворенность семейной жизнью играет существенную роль в адаптации инвалида вследствие ЦВБ в общество. У респондентов с нормальной семейной жизнью была лучшая эмоциональная устойчивость и гораздо выше оценивались перспективы на реабилитацию.

В 30% случаев у исследуемого контингента страдала познавательная сфера и отмечались нарушения в мышлении, в большинстве своем они носили преходящий характер и не влияли на умственную работоспособность (среди пациентов с I группой инвалидности, отмечали нарушение мышления 50,00%, среди II группы – 22,14%, среди III группы – 38,60%) В то же время у 70% респондентов имело место выраженное снижение внимания и его устойчивости (среди пациентов, которым была установлена I группа инвалидности, отмечали

снижение внимания 92,31%, среди II группы – 63,36%, среди III группы – 75,44%).

Существенные нарушения отмечались и в мнестической деятельности, в частности, значительно была снижена продуктивность непосредственного запоминания, нарушена динамика мнестических процессов. Имеющие место нарушения мнестических процессов среди обследованных респондентов вследствие ЦВБ свидетельствуют об ослаблении функции внимания. В свою очередь нарушение динамики мыслительных процессов, быстрая истощаемость мнестической деятельности и психических процессов отрицательно влияют на умственную работоспособность, нарушение которой отмечалось у 71% респондентов (среди пациентов, которым была установлена I группа инвалидности, отмечали нарушение умственной работоспособности 76,92%, среди II группы – 75,57%, среди III группы – 57,89%). Наличие, характер и степень выраженности нарушений этих сфер деятельности у пациентов вследствие ЦВБ необходимо учитывать при формировании индивидуальных программ реабилитации для этой категории инвалидов.

У 30% респондентов отмечались различные формы социально-психологической дезадаптации, связанные не только с последствиями заболевания, но и с социально-экономическими проблемами, неопределенностью будущего. Факторы, указанные выше, являются внешними и объективными.

Необходимо отметить наряду с внешними факторами, влияющими на дезадаптацию пациента, существуют и внутренние психологические факторы, оказывающие негативное воздействие на уровень психической напряженности, противоречивость самооценки, отрицательно влияющие в свою очередь на межличностное общение.

Совокупность вышеуказанных факторов существенно влияет на социально-психологическую адаптацию пациентов вследствие ЦВБ.

При планировании мероприятий по медико-социальной реабилитации пациентов вследствие ЦВБ безусловно необходимо учитывать все эти факторы

и проводить необходимую психокоррекционную работу, которая направлена на обучение техники снятия психического напряжения, преодоления межличностных конфликтов в процессе взаимодействия и формирования неадекватных стереотипов. Необходима работа по коррекции внутриличностных изменений.

Психокоррекционную работу в отношении исследуемой категории лиц должна проводиться не только на индивидуальном уровне, но и на групповом уровне, в том числе в этот процесс должны вовлекаться близкие родственники, либо лица, совместно проживающие с инвалидами. Большинство инвалидов вследствие ЦВБ имеют достаточно низкую социально-психологическую адаптированность (62%), а 15% инвалидов полную социально-психологическую дезадаптацию.

К факторам, отрицательно влияющим на уровень адаптации относятся социально-экономические показатели, тяжелое и длительное течение заболевания, наличие инвалидности, неопределённость будущего.

Психологические особенности изучаемого континента имеют определенную структуру, на формирование которой влияет ряд причин, в первую очередь, это стойкие нарушения здоровья, зачастую возникающие среди полного здоровья, имеющие выраженные проявления, изменяющие уклад жизни пациента, страх смерти. При такой ситуации нарушения психики, связанные с внезапным появлением осложнений ЦВБ, могут быть острыми, латентными или хроническими. Часто они имеют необратимый характер и изменяют структуру личности больного.

Другая причина – это инвалидность и связанные с ней социально-экономические последствия, изменение образа жизни, другое отношение окружающих, зависимость от окружающих, изменения в познавательной сфере, потеря в связи с инвалидностью работы, иногда семьи. Все вышеперечисленное приводит к негативным изменениям статуса пациента.

Весь комплекс причин формирует у инвалидов вследствие ЦВБ психологическое неблагополучие, которое, в свою очередь, формирует негативное отношение инвалида к оценке качества своей жизни.

Психологические последствия ЦВБ могут сохраняться достаточно долго и, если не учитывать их наличие и особенности при проведении медико-социальной реабилитации, не проводить их коррекцию, могут привести к стойкой социально-психологической дезадаптации.

Нарушения психики у пациентов вследствие ЦВБ нередко носят деструктивный характер и требуют учета при планировании реабилитационных программ.

Психологическая поддержка инвалидов вследствие ЦВБ, имеющих социально-психологические проблемы, обязательна и должна проводиться на всех этапах реабилитации: в условиях стационара медицинской организации, в условиях реабилитационных центров, в условиях санаторно-курортного учреждения и на амбулаторном этапе. Необходимо обеспечение преемственности психологической помощи на всех этапах лечения и наблюдения за пациентом.

В случае выраженной социально-психологической дезадаптации пациентов вследствие ЦВБ, необходимо проводить психокоррекционную работу с членами семьи и лицами, совместно проживающими с инвалидом.

Психокоррекционная работа должна быть своевременной, адекватной и носить конфиденциальный характер. Реализация комплекса реабилитационных мероприятий без соответствующей психокоррекционной работы не гарантирует достижения быстрого, стойкого и долговременного эффекта. Психокоррекционная работа является основой эффективной социальной и психологической помощи инвалидам, особенно в современных условиях, когда и в России, и за рубежом предпочтение отдается биопсихосоциальной модели реабилитации пациентов с ЦВБ.

На настоящий момент концепция «здоровьесцентричности» в медицинской психологии подразумевает под собой активное включение самого пациента как

в лечебный процесс, так и в процесс реабилитации, то есть реабилитация не может быть полноценной без участия самого инвалида. Вышеизложенное свидетельствует о важной роли самого пациента в процессе реабилитации. Без его активного участия невозможно достичь главного результата всего реабилитационного процесса – интеграции гражданина в социум. Для реализации этой цели нужно учитывать психологические особенности инвалида, уровень его притязаний, взаимоотношения в семье, в том числе необходимо учитывать степень осознания гражданином своей болезни и ее последствий. Только при активном участии самого инвалида можно рассчитывать на положительный результат реабилитационного процесса.

При написании данной главы использовались следующие публикации автора:

1. Грибова Э.П., Пузин С.Н., Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Ким В.В., Веселова Л.В. Актуальные аспекты реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. №1. С.102-109

2. Меметов С.С., Грибова Э.П., Шаркунов Н.П., Петрова В.Н., Ким В.В. Реабилитация больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения на современном этапе. // Материалы VI межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России. В сборнике: «Региональное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации Национального проекта «Здравоохранение», 21-22 ноября 2019 г.: Ростов-н/Д: Изд-во РостГМУ, 2019. С.30-34

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

5.1. Клинико-функциональная и экспертно-реабилитационная характеристика инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней

Последствия ЦВБ часто приводят к ограничению различных видов жизнедеятельности человека, что обуславливает важность мероприятий по социальной поддержке этой категории лиц.

У 12,6% исследуемого контингента отмечались значительно выраженные нарушения функций организма, приводящие к нарушению способности к самостоятельному обслуживанию III степени, самостоятельному передвижению III степени, общению III степени, трудовой деятельности III степени и способности к обучению III степени. В большинстве своем к этой категории лиц относятся больные, перенесшие инсульт в различные сроки (от 21 дня до 2 лет), имеющие выраженные двигательные, речевые и когнитивные расстройства, прошедшие различные этапы реабилитации (стационарный, амбулаторно-поликлинический), но не достигшие запланированного результата.

Эта группа лиц нуждалась в комплексном обследовании, при котором учитывались все факторы, влияющие на состояние здоровья пациента и реабилитационный процесс. В период нахождения пациента в стационаре ему устанавливался клинико-функциональный диагноз с учетом его возрастных особенностей, социального статуса, эмоциональной сферы. Учитывались также двигательные, чувствительные, когнитивные нарушения, наличие сопутствующих заболеваний, степень их выраженности. В обязательном порядке изучался лекарственный анамнез, уточнялась эффективность принимаемых лекарственных препаратов. Определялась степень выраженности нарушенных функций организма. Проводились необходимые дополнительные методы исследования. Средняя длительность пребывания больного на койке круглосуточного стационара составляла в среднем от 14 до 21 дня. Пребывание

больного в стационаре предполагало не только проведение реабилитационных мероприятий, но и уточнение клинико-функционального диагноза, определение степени выраженности функциональных нарушений организма и, самое главное, разработку плана и объема дальнейших мероприятий по реабилитации на следующих этапах.

План реабилитации должен учитывать физическое состояние, психический статус, психологическое состояние и социально-бытовые условия проживания пациента. В каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход и подбор необходимых, показанных больному мероприятий.

У 61,2% исследуемых отмечались стойкие выраженные расстройства функций организма, приводящие к нарушению способности к передвижению II степени, общению II степени, трудовой деятельности II степени. К этой категории больных относились лица с последствиями перенесенного ОНМК в сроки от 1,5 лет до нескольких лет, а также лица, имеющие длительный анамнез по хроническому нарушению мозгового кровообращения, то есть лица, прошедшие различные этапы реабилитации (стационарный и амбулаторный, некоторые – санаторно-курортный, и реабилитацию в условиях специализированных реабилитационных центров), но не восстановившиеся в полном объеме и нуждающиеся в проведении дальнейших реабилитационных мероприятий. Эта группа лиц требует повышенного внимания к себе, так как имеет перспективы в плане восстановления нарушенных функций организма. В отношении этой категории лиц также проводится комплексное обследование с учетом всех факторов для установления клинико-функционального диагноза и разработки плана дальнейшей реабилитации.

У 26,2% исследуемого контингента инвалидов отмечались нарушения здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, которые приводили к ограничению способности самостоятельного обслуживания I степени и ограничению способности к трудовой деятельности I степени, в отдельных случаях – способности к общению I степени. К этой

категории лиц относились больные с отдаленными последствиями ОНМК (более 2х лет), имеющие стойкие остаточные нарушения функций организма, приводящие к длительным нарушениям, и лица с хроническим, медленно прогрессирующим нарушением мозгового кровообращения.

Эта категория лиц нуждалась в поддерживающей терапии с целью предупреждения развития различных осложнений либо прогрессирования основного заболевания, в отношении них также проводилось комплексное обследование с целью уточнения клинико-функционального диагноза и разрабатывался план реабилитации. Особое внимание в отношении этой категории лиц уделялось физическим методам реабилитации, а также профессиональной и социальной реабилитации, с целью адаптации их к окружающей среде с имеющимися у них стойкими остаточными проявлениями заболеваний.

Экспертный клинико-функциональный диагноз при последствиях ЦВБ должен отражать характер заболеваний, очаг локализации патологического процесса, клинические проявления, характер и степень выраженности нарушенных функций, стадию заболевания, осложнения. В данном случае диагностика должна иметь междисциплинарный характер, включая в себя оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей организма, социального статуса гражданина. Результатом диагностики должен быть разработанный план лечения и наблюдения пациента.

В период нахождения больного вследствие ЦВБ в условиях специализированного неврологического отделения, помимо диагностических мероприятий, направленных на установление клинико-функционального диагноза, проводятся реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного, на максимальное восстановление нарушенных функций организма, развитие компенсаторных функций организма, включающие лекарственную терапию и физическую реабилитацию.

Лекарственная терапия проводится в соответствии со стандартами лечения последствий ЦВБ и клиническими рекомендациями с учетом наличия

коморбидной патологии. Важно проведение комплексной реабилитации – лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии, мануальной терапии, рефлексотерапии, эрготерапию, трудотерапию, занятия с логопедом и др.

Важно подчеркнуть, что на современном этапе реабилитация должна быть обращена на личность пациента. Пациент должен быть вовлечен в процесс реабилитации, быть его активным участником. У пациента должно быть сформировано рациональное отношение к болезни и выработана мотивация для участия в реабилитационном процессе.

Процесс реабилитации лиц вследствие ЦВБ достаточно длительный по времени и требует междисциплинарного подхода, в связи с чем время пребывания больного в специализированном отделении неврологического стационара должно быть использовано максимально эффективно для пациента. Должен быть установлен клинико-функциональный диагноз, учитывающий все имеющиеся нарушения функций у пациента, его возраст, социальный статус, и должны быть определены потребности конкретного пациента в различных видах реабилитационных услуг на ближайшую перспективу. По показаниям следует провести необходимые диагностические исследования (клинико-лабораторные и инструментальные), консультации соответствующих специалистов при наличии сопутствующих заболеваний.

Основной целью пребывания пациента в стационаре должна быть разработка плана мероприятий по реабилитации. При разработке такого плана учитывается состояние здоровья пациента, степень выраженности нарушений функций организма, физическое состояние пациента, его статус и условия проживания.

Разработка плана мероприятий по реабилитации на данном этапе необходима для соблюдения основных принципов реабилитации, в частности, для обеспечения индивидуального подхода к каждому пациенту, соблюдения этапности реабилитации, обеспечения ее непрерывности и преемственности на всех этапах.

При наличии показаний реабилитация должна начинаться как можно раньше и проводиться непрерывно до достижения результата.

План мероприятий по реабилитации пациента должен содержать:

- уровень физической активности;
- организацию безопасности быта;
- рекомендации по диете пациента;
- оптимальный набор лекарственных препаратов с указанием конкретных доз и кратности применения;
- набор физиотерапевтических процедур, длительность их применения;
- определение потребности в лечении в специализированных реабилитационных центрах с использованием современной реабилитационной техники;
- определение перечня необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования и консультаций специалистов;
- определение потребности в посторонней помощи;
- определение потребности в технических средствах реабилитации и различных приспособлениях, адаптирующих окружающую среду функциональным возможностям пациента.

В процессе проведения реабилитации изучаются ближайшие и отдаленные результаты реабилитационных мероприятий, оценивается их эффективность, в случае необходимости проводится корректировка этих мероприятий.

Результаты реабилитационных мероприятий оцениваются по 4-бальной шкале:

- полное восстановление
- частичное восстановление
- без изменения
- ухудшение

В современных условиях реабилитационная помощь инвалидам требует научно обоснованных подходов. Учитывая, что мероприятия по медицинской

реабилитации, являются составной частью лечебного процесса в целом, контроль за оказанием помощи пациентам может выполняться в рамках контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

К сожалению, на сегодня в учреждениях здравоохранения и социальной защиты не уделяется должного внимания контролю качества осуществляемой инвалидам реабилитации (абилитации), отсутствуют научно обоснованные критерии качества реабилитационных услуг. Организации, оказывающие услуги по реабилитации имеют различную форму собственности и различную ведомственную принадлежность. Как правило, объем предоставляемых реабилитационных мероприятий устанавливается не с учетом потребности инвалида, а с учетом финансовой возможности организации, предоставляющей эти услуги.

Для системы здравоохранения особой актуальность приобретает создание структурированной и эффективно работающей на всех этапах оказания помощи пациенту системы мероприятий по медицинской реабилитации.

Важное условие – обеспечение современными медицинскими и организационными технологиями, высоко профессиональными медицинскими и управленческими кадрами для обеспечения доступности адекватной высококвалифицированной мультидисциплинарной медицинской реабилитации для всех слоев населения страны.

Реабилитация представляет собой комплексный, чрезвычайно разветвленный и, вместе с тем, системно организованный процесс особой сферы медицинской деятельности – восстановительной медицины. Медицинская реабилитация является неотъемлемым и чрезвычайно значимой составной частью лечебного процесса и представляет собой объединенный общей целью комплекс различных мероприятий, призванных повысить и эффективность лечения, и качество жизни пациента.

Таким образом, помимо объёма медицинской помощи, одним из важных критериев оценки эффективности реабилитации является уровень достигнутых

пациентом функциональных возможностей за период лечения, включая степень его самостоятельности, физической автономности и социальной активности.

Одной из ведущих целей в развитии системы здравоохранения должно стать всестороннее развитие эффективной службы медицинской реабилитации. Ее достижение обеспечивается решением вопросов институциональной организации, нормативного обеспечения и поддержки в соответствии с современными стандартами медицинского и социального обслуживания пациентов с ограничениями здоровья, и улучшения качества их жизни.

Совершенствование инфраструктуры, в целом, и нормативного сопровождения, в частности, деятельности службы медицинской реабилитации должно предусматривать определение ее основных организационных идей.

Одним из базовых принципов эффективно функционирующей службы медицинской реабилитации является принцип консолидации деятельности и объединения усилий – интегрированный междисциплинарный подход к ведению пациентов с потребностями в медицинской реабилитации.

Командный принцип работы предполагает, наряду с чрезвычайно важными своевременными консультациями врачей-специалистов (отоларинголог, окулист, невролог, эпилептолог и др.), решение вопросов передвижения и транспортировки пациентов, взаимодействие с бригадами скорой и неотложной помощи, возможного привлечения волонтеров, духовную и моральную поддержку медицинского психолога. Все отношения, возникающие между различными участниками организации мероприятий по медицинской реабилитации, требуют четкой регламентации и детального нормативного закрепления в ведомственных документах (порядки, стандарты) и в соответствующих нормативных правовых актах.

Особого нормативного обеспечения требует правовой статус социального медицинского работника, проводящего консультации по вопросам льготного и дополнительного лекарственного обеспечения, получения средств по уходу за

пациентом и средств передвижения, а также отчасти осуществляющего юридическое сопровождение пациентов и их законных представителей.

Поскольку на этапе медицинской реабилитации наибольшее число контактов, значимых в медицинском отношении, приходится на среднее звено здравоохранения, чрезвычайно важное значение имеет нормативное обеспечение организации специальных обучающих курсов для специалистов сестринского уровня (обучение профилактике пролежней, приемам обезболивания, предупреждению эмоционального выгорания персонала и т.д.) как самостоятельных циклов повышения квалификации. А также нормативное обеспечение организации и работы парамедицинских «Школ ухода за лежачими больными», обучающих специальным знаниям и особым навыкам ухода из области паллиативной помощи, безопасному перемещению, массажу, восстановлению коммуникативных, в первую очередь речевых, навыков и т. д.

При проведении мероприятий по медицинской реабилитации учитывались данные клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. При лабораторном исследовании выявлены некоторые особенности, в частности, в старшей возрастной группе пациентов (> 70 лет) в 24,3% была выявлена анемия, уровень гемоглобина колебался в пределах 80 - 110 г/л (при норме 120 - 140 г/л), у этих же пациентов был снижен уровень железа (4,9 - 8,8 мкмоль/л), то есть имела место железодефицитная анемия.

В 22% случаев был повышен уровень глюкозы крови, колебания отмечались в пределах от 7,1 до 12,3 мкмоль/л, что свидетельствует о достаточно большой распространенности у больных с ЦВБ сахарного диабета. В то же время сахарный диабет является серьезным фактором риска развития ЦВБ. Во всех случаях гипергликемии осуществлялась консультация эндокринолога и проводилась коррекция терапии.

По длительности заболевания пациентов сахарным диабетом сроки колебались от 2 до 8 лет. Причем, чем длительнее анамнез сахарного диабета, тем более выражены проявления ЦВБ.

Уровень креатинина был повышен у 44,3% больных и колебался от 124 до 218 ммоль/л (норма 55 - 110 ммоль/л), в 22,3% случаев отмечался повышенный уровень мочевины от 9,2 до 17 ммоль/л (норма 2,9 - 8,2 ммоль/л).

Соответственно больным с повышенным уровнем креатинина и мочевины определялась скорость клубочковой фильтрации, которая, как правило, была снижена, что свидетельствовало о хронической почечной недостаточности.

У 39,3% пациентов уровень холестерина СНОЛ L 250 S/1000 превышал нормальные показатели и был от 5,8 до 12,6 ммоль/л (норма 0-5 ммоль/л), уровень холестерина ЛПВП у 36,9% пациентов превышал норму (0,91 - 1,42 ммоль/л) и колебался от 1,78 до 3,2 ммоль/л. Индекс атерогенности в 40% наблюдений также был повышен и колебался от 5 до 9 (норма 2 - 3).

У 35,0% больных имела место гипертоническая болезнь различной степени тяжести. Цифры артериального давления были от 150/100 до 220/110 мм.рт.ст. По длительности заболевания гипертонической болезнью сроки колебались от 3 до 10 лет. У всех больных с гипертонической болезнью на ЭКГ отмечалась гипертрофия левого желудочка, в отдельных случаях с единичными наджелудочковыми экстрасистолами, реполяризация миокарда, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. В отдельных случаях на ЭКГ наряду с гипертрофией левого желудочка отмечалась синусовая брадикардия с ЧСС 48 - 52 ударов в минуту.

Стойкое повышение артериального давления сопровождалось поражением мозговых артерий различного калибра, что приводило к образованию зон некроза в веществе головного мозга.

Артериальная гипертензия являлась ведущим фактором риска при возникновении ЦВБ. При длительно протекающей артериальной гипертензии происходит поражение органов-мишеней (сердце, почки, головной мозг).

Поражение органов-мишеней более характерно для II и III стадии артериальной гипертензии. При III стадии артериальной гипертензии могут развиваться такие осложнения со стороны головного мозга как ишемический или геморрагический инсульты, а также транзиторные ишемические атаки. Частые

гипертонические кризы приводят к развитию гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии, или сосудистой деменции, в том числе к факторам риска относятся возраст, вредные привычки, ожирение, дислипидемия, сахарный диабет, семейный анамнез и ряд других состояний.

У больных с тяжелым течением артериальной гипертензии, с повторяющимися кризами могут развиваться так называемые лакунарные синдромы, обусловленные формированием лакунарных инфарктов. При повторении указанных эпизодов развивается многоочаговая патология ишемического характера. У таких пациентов развиваются стойкие когнитивные нарушения вплоть до деменции.

Серьезное негативное влияние на центральную гемодинамику оказывают нарушения ритма сердца. В связи с чем должна проводиться адекватная лекарственная или хирургическая коррекция нарушений ритма сердца.

При наличии артериальной гипертензии обязательным являлось исследование глазного дна, которое имеет соответствующие изменения в виде расширения и повышенной извитости ретинальных артерий и вен.

По данным эхокардиографического исследования в большинстве случаев отмечалась гипертрофия левого желудочка, в отдельных случаях уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана, митрального клапана, при этом, как правило, не отмечались нарушения локальной сократимости миокарда. Левый желудочек в большинстве наблюдений имел следующие параметры: межжелудочковая перегородка в диастолу – до 11 мм, задняя стенка в диастолу – до 11 мм, конечный диастолический размер (КДР) – до 57 мм, конечный диастолический объем (КДО) – до 157 мл, конечный систолический размер (КСР) – до 40 мм, конечный систолический объем (КСО) – до 68 мл, ударный объем (УО) – до 100 мл, минутный объем (МОК) – до 7 литров в минуту, фракция выброса (ФВ по Teichgolz) – до 75%, фракция укороченная (ФУ) – от 29% .

По данным суточного мониторирования артериального давления отмечалась динамика артериального давления, характерная для стабильной

систолю-диастолической артериальной гипертензии в течение суток. Среднее систолическое артериальное давление днем колебалось в пределах 150 - 236 мм.рт.ст., ночью в пределах 190 - 250 мм.рт.ст. Циркадный индекс систолического артериального давления составил 8%. Среднее диастолическое артериальное давление днем колебалось в пределах 94 - 145 мм.рт.ст., ночью в пределах 122 - 152 мм.рт.ст. Циркадный индекс диастолического артериального давления – 11%.

Как правило, максимальные подъемы систолического и диастолического артериального давления отмечались у пациентов в период активной физической нагрузки.

Данные суточного мониторинга ЭКГ совпадали с данными электрокардиографического исследования в части, касающейся ритма сердца. В большинстве случаев циркадный индекс ЧСС был в пределах нормы.

Атриовентрикулярное проведение в норме. При этом зачастую у больных регистрировали единичные и множественные желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Значимых изменений интервала ST-T не регистрировалось, значимого удлинения скорригированного QT-интервала не было зарегистрировано. QT-динамика была в пределах нормальных значений, в отдельных случаях регистрировалось удлинение скорригированного QT-интервала от 450 до 495 мс в течение непродолжительного времени (до 6 минут), полиморфные и групповые мономорфные желудочковые экстрасистолы, одиночные с эпизодами бигеминии, множественные парные наджелудочковые экстрасистолы.

Пациенты с высокими цифрами артериального давления нуждались в постоянном приеме гипотензивных препаратов и наблюдении врача кардиолога. По показаниям проводили медикаментозную коррекцию выявленных отклонений у исследуемого контингента со стороны сердечной деятельности.

Для хронической ишемии головного мозга характерны следующие изменения МРТ-картины в зависимости от стадии энцефалопатии.

Для первой стадии хронической ишемии головного мозга характерно незначительное увеличение тонуса мозговых сосудов, повышение периферического сопротивления, затруднение венозного оттока, умеренная гидроцефалия и единичные очаги дистрофии головного мозга. При второй стадии снижается линейная скорость кровотока по мозговым и позвоночным артериям, нарастает тонус мозговых сосудов, ухудшается кровоток, появляется множество мелких и единичные крупные ишемические очаги. Расширяется желудочковая система головного мозга, появляются зоны лейкоареоза, отмечается неравномерное сужение интракраниальных артерий.

При третьей стадии хронической ишемии головного мозга отмечаются выраженные изменения интракраниальных артерий, что приводит к значительному ухудшению кровотока. Появляются множественные участки изменения интенсивности сигнала от головного мозга, зачастую эти участки носят сливной характер. Развивается смешанная гидроцефалия.

У пациентов с перенесенным в анамнезе ОНМК, в зависимости от бассейна поражения головного мозга, при МРТ определялись в соответствующих участках головного мозга интрасубкортикальные зоны глиозно-атрофических изменений различных размеров (от 0,7 см до 2,2 см). В отдельных случаях, в частности при расстройствах кровообращения в бассейне правой средне-мозговой артерии, в белом веществе лобных, теменных и левой височной долей субкортикально и перивентрикулярно выявлены очаги гиперинтенсивного по T2 и FLAIR сигналам различных размеров. Характерным для МРТ-картины пациентов с последствиями ОНМК являлась асимметрия боковых желудочков мозга, чаще на уровне II и III желудочка, значительно реже отмечались изменения со стороны IV желудочка.

В веществе головного мозга у пациентов вследствие ЦВБ зачастую при МРТ-обследовании отмечались многочисленные хаотично расположенные, в том числе точечные, очаги сосудистого генеза с нечеткими контурами с тенденцией к консолидации, а также, мелкие участки сливного характера. Часто отмечались лакунарные постинфарктные кисты на уровне базальных ганглиев с

двух сторон, с неравномерной перифокальной зоной глиоза. Как правило, расширение базальных цистерн не достигало критического уровня. Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды неравномерно умеренно расширены. В отдельных случаях отмечалось сужение просвета частично визуализируемых интракраниальных отделов внутренних сонных артерий.

В большинстве наблюдений мозжечок – без особенностей, миндалина мозжечка расположены на уровне входа в большое затылочное отверстие. Хиазмальная область, краниовертебральный переход, мозолистое тело, ствол головного мозга – без особенностей. Со стороны гипофиза также, как правило, не отмечалось патологических сигналов. В большинстве случаев он имел четкие ровные контуры. Мостомозжечковые узлы, орбиты и их содержимое – без особенностей.

При наличии в анамнезе пациента перенесенного инсульта при МРТ-исследовании складывалась определенная картина, зависящая от срока давности. В ранние сроки с пораженного участка головного мозга поступает измененный магнитно-резонансный сигнал от белого и серого вещества мозга с повышенным сигналом на T2, FLAIR, DWI и участками повышенного сигнала на T1, что свидетельствует об образовании метгемоглобина, обусловленное раннее перенесенным ишемическим инсультом с формирующимся ламинарным некрозом с периферическим отеком неправильной формы, с нечеткими размытыми контурами. Площадь патологических изменений различна и зависит от очага поражения ранее перенесенного инсульта. В подобных ситуациях зачастую отмечалась картина смешанной гидроцефалии в виде расширения боковых желудочков головного мозга, при этом срединные структуры головного мозга, как правило, не смещены. В более поздние сроки (более 2 лет) в постинсультной зоне головного мозга происходит кистозная трансформация, то есть формируются кисты различных размеров, зависящие от размера предшествующего очага поражения. Как правило, при этом отмечаются

расширение желудочковой системы мозга, арахноидального пространства конвекситальной поверхности мозга, атрофия гиппокампа, в отдельных случаях расширено периваскулярное пространство глубинных отделов мозга.

При хронических длительных нарушениях кровообращения головного мозга при МРТ-исследовании происходит «выпадение» магнитно-резонансного сигнала, характерное для отложения гемосидерина и иных железосодержащих пигментов (признаки ранее произошедших кровоизлияний). Зачастую перивентрикулярно и в семиовальных центрах определяются единичные очаги различных размеров от 0,3 см до 1 см разного срока давности без перифокального отека и без объемного воздействия. В этой ситуации в большинстве случаев желудочки головного мозга не расширены, симметричны, но иногда отмечалось расширение сальвиевых щелей и борозды с атрофией извилин в области поражения.

При проведении магнитно-резонансной флебографии визуализируются верхний сагиттальный синус, поверхностные мозговые вены, глубокие вены мозга, вена Галена, нижний сагиттальный синус, прямой синус, сток синусов, сигмовидные синусы, внутренние яремные вены. Магнитно-резонансная флебография проводится для определения венозного оттока из головного мозга, дефектов наполнения венозной системы, а также с целью исключения наличия тромбозов венозной системы головного мозга.

В отдельных случаях при ЦВБ используется КТ-исследование, которое в отличие от МРТ дает представление о физическом состоянии вещества мозга на основе рентгеновского излучения. При проведении компьютерной томографии врач видит не только ткань головного мозга, но и имеет возможность изучить их рентгеновскую плотность, меняющуюся в зависимости от состояния мозга. Показаниями для проведения компьютерной томографии являются внутричерепные гематомы, травмы мозга и костей черепа, опухоли мозга, нарушения мозгового кровообращения и т.д. Считается, что магнитно-резонансная томография более информативна, чем компьютерная томография при диффузном и очаговом поражении структур головного мозга. В ряде

случаев, для установления правильного диагноза, приходится выполнять оба вида этих исследований.

КТ-исследование головного мозга определяет смещение срединных структур, очаги плотности в веществе головного мозга, симметричность и расширение желудочков, состояние корковых борозд и базальных цистерн. Кроме того, КТ-исследование определяет изменения в костях свода и основания черепа, пневматизацию височных костей, симметричность и расширение слуховых проходов, воздушность придаточных пазух носа. Зачастую при проведении КТ-исследования головного мозга выявляются различные диагностические находки, такие как наличие патологического содержимого в верхнечелюстных пазухах, лобной пазухе, патология решетчатого лабиринта, слуховых проходов, изменения со стороны сосцевидного отростка. Все это играет существенную роль при проведении дифференциальной диагностики. При ЦВБ, как правило выявляются изменения плотности вещества головного мозга и различные очаги поражения сосудистого генеза.

При цветовом дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий у больных с ЦВБ отмечается повышение периферического сосудистого сопротивления с двух сторон в общих сонных артериях от 0,86 до 0,89 (норма – 0,7 - 0,75), повышение индекса периферического сосудистого сопротивления во внутренних сонных артериях от 0,67 до 0,69 (норма – 0,5 - 0,66), сужение диаметра позвоночных артерий в каналах поперечных отростков шейных позвонков с обеих сторон от выраженного до умеренного (1,8 - 2,2 мм).

У ряда пациентов с цереброваскулярными заболеваниями при проведении дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий выявлялось S-образные извитости обеих внутренних сонных артерий с различными локальными изменениями гемодинамики, извитость и непрямолинейность хода позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. Чаще обнаруживались изменения атеросклеротического характера внечерепных отделов магистральных сосудов мозга со стенозом

устьев обеих внутренних сонных артерий до 50%. В отдельных случаях отмечались стенозы бифуркации общих сонных артерий, в том числе с различными сочетаниями стенозов внутренних сонных артерий с разных сторон.

Принципиальной позицией при проведении сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий является выявление гемодинамически значимых и гемодинамически незначимых стенозов артерий головного мозга. Как правило, стенозы указанных артерий до 25% значимо не влияют на кровоснабжение головного мозга, стеноз более 25% отрицательно сказывается на состоянии здоровья пациента, в том числе значительное влияние на общее кровоснабжение головного мозга оказывает линейная скорость кровотока и индекс периферического сопротивления сосудов.

Для уточнения состояния сосудов головного мозга проводилось их транскраниальное триплексное исследование, которое позволяет визуализировать правые и левые передние, средние и задние мозговые артерии, а также интракраниальные отделы правой и левой позвоночных артерий с выполнением ротационных проб. При проведении этого вида исследования проводились в том числе гиперкапнические и гипокапнические функциональные пробы. Гиперкапнические пробы приводят к реализации резервов дилатации резистентных сосудов, что позволяет снизить циркуляторное сопротивление и увеличить объем и линейную скорость кровотока. Гипокапнические пробы, наоборот, способствуют сужению резистентных сосудов, что способствует повышению сосудистого сопротивления и снижению линейной скорости кровотока. Прирост линейной скорости кровотока в средней мозговой артерии на 20% и более в сравнении с исходными цифрами свидетельствует о хорошем функциональном резерве сосудов мозга. В настоящее время сосудисто-мозговая реактивность рассматривается как интегральный показатель адаптационных возможностей сосудов мозга реагировать на изменяющиеся условия. В отдельных случаях при проведении транскраниального триплексного исследования сосудов головного мозга удается визуализировать большую вену мозга (вену Галена) и вену Розенталя.

Количественно венозный кровоток может быть оценен по пиковой скорости, усредненной по времени максимальной скорости и средней скорости кровотока.

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, триплексное исследование интракраниальных сосудов имеет огромное значение в оценке состояния церебральных сосудов при ЦВБ, позволяет формировать адекватные схемы лечения, в том числе планировать рациональные мероприятия по комплексной реабилитации этого контингента больных.

5.2. Оценка потребности инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в видах медико-социальной помощи

ЦВБ являются ведущей медико-социальной проблемой современности и относятся к одной из основных причин формирования инвалидности. Доля больных с ЦВБ постоянно растет, что связано в первую очередь с большой распространенностью сосудистых заболеваний и изменением структуры населения за счет увеличения доли лиц пожилого и старческого возраста.

Сохраняющиеся высокими показатели заболеваемости населения ЦВБ требуют оптимизации превентивных мероприятий по недопущению осложнений формирующих инвалидность у пациентов с этой патологией. Особую научно-практическую значимость представляет задача, связанная с предоставлением эффективной медико-социальной реабилитации инвалидам вследствие ЦВБ, требующая учета многообразия встречающихся у них клинико-функциональных нарушений и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности.

Для разработки новых подходов в медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ проведено комплексное клинико-экспертное обследование 214 больных, проходивших реабилитацию в Клиническом центре ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в 2014-2018 годах.

По полу исследуемый контингент распределился следующим образом: мужчины составили 103 человека (48,1%), женщины – 111 человек (51,9%) (таблица 21), то есть женщины несколько преобладали над мужчинами.

Таблица 21 – Гендерно-возрастная структура инвалидов вследствие ЦВБ, проходивших реабилитацию в Клиническом центре Сеченовского Университета (абс. ч., %)

Возрастные группы	Пол					
	Мужчины		Женщины		ВСЕГО	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
31-40	4	1,9	2	1,0	6	2,8
41-50	22	10,3	14	6,5	36	16,8
51-60	30	14,0	23	10,7	53	24,8
61-70	20	9,3	27	12,6	47	22,0
71-80	19	8,9	26	12,1	45	21,0
81-90	8	3,7	19	8,9	27	12,6
ВСЕГО	103	48,1	111	51,9	214	100

По возрасту больные распределялись следующим образом (таблица 22): 31-40 лет – 6 (2,8%), 41-50 лет – 36 (16,8%), 51-60 лет – 53 (24,8%), 61-70 лет – 47 (22,0%), 71-80 лет – 45 (21,0%), 81-90 лет – 27 (12,6%).

Наибольшее число пациентов приходилось на возраст 51-60 лет – 53 человека (24,8%), то есть практически четверть исследуемого контингента.

Вместе с тем, лица пенсионного возраста составляли 55,6% (119 человек), тогда как лица трудоспособного возраста составляли 44,4% (95 человек). При этом в трудоспособном возрасте мужчины составляли 26,1% (56 человек), женщины – 18,2% (39 человек). В пенсионном возрасте картина менялась, мужчины составляли 22,0% (47 человек), а женщины – 33,6% (72 человека).

Распределение пациентов по локализации очага поражения головного мозга представлено в таблице 22: вертебробазилярный бассейн – 89 человек (41,6%), бассейн правой средне-мозговой артерии – 68 человек (31,8%), бассейн левой средне-мозговой артерии – 29 человек (13,6%), бассейн задней мозговой

артерии – 15 человек (7,0%), бассейн левой внутренней сонной артерии – 13 человек (6,1%). Итак, согласно полученным данным, наибольшее количество сосудистых катастроф случилось в вертебробазилярном бассейне (41,6%)

Таблица 22 – Распределение инвалидов, проходивших реабилитацию в Клиническом центре Сеченовского Университета по очагу поражения головного мозга и нарушению функций организма (абс. ч., %)

Очаг поражения	Количество пациентов		Нарушение функций организма											
			Двигательные		Речевые		Когнитивные		Координация		Зрительные		Чувствительные	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вертебро-базилярный бассейн	89	41,6	31	34,8	18	20,2	14	15,7	48	53,9	17	19,1	17	19,1
Бассейн правой средней мозговой артерии	68	31,8	27	39,7	1	1,5	28	41,2	26	38,2	13	19,1	24	35,3
Бассейн левой средней мозговой артерии	29	13,6	9	31,0	11	37,9	15	51,7	9	31,0	5	17,2	9	31,0
Бассейн задней мозговой артерии	15	7,0	1	6,7	0	0,0	2	13,3	5	33,3	7	46,7	0	0
Бассейн левой внутренней сонной артерии	13	6,1	3	23,1	5	38,5	5	38,5	0	0,0	4	30,8	6	46,2
ВСЕГО	214	100,0	71	33,2	35	16,4	64	29,9	88	41,1	46	21,5	56	26,2

Важно подчеркнуть, что при сосудистых заболеваниях головного мозга не встречается изолированного нарушения какой-либо одной функции организма, приводящей к инвалидности. Как правило, у пациента отмечается одновременно нарушение нескольких функций организма, вызывающих ограничения жизнедеятельности. Безусловно, факт сочетания стойких нарушений функций организма должен учитываться при проведении реабилитационных мероприятий.

По группам инвалидности респонденты распределились следующим образом: I группа - 26 человек (12,1%), II группа – 131 человек (61,2%), III группа инвалидности – 57 человек (26,7%) (таблица 23).

Таблица 23 – Характеристика инвалидов вследствие ЦВБ, проходивших реабилитацию в Клиническом центре Сеченовского Университета с учетом тяжести инвалидности и пола, (абс. ч., %)

Группа инвалидности	Пол					
	Мужчины		Женщины		ВСЕГО	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
I	9	4,2	17	7,9	26	12,1
II	72	33,6	59	27,6	131	61,2
III	22	10,3	35	16,4	57	26,7
ВСЕГО	103	48,1	111	51,9	214	100

Среди 214 инвалидов вследствие ЦВБ мужчины составляли 48,1% (103 человека), женщины – 51,9% (111 человек). Обращает на себя внимание достаточно высокий процент инвалидов I и II групп среди обоих полов, который составил 73,3%, что свидетельствует о тяжести течения ЦВБ и требует повышенного внимания к этой категории инвалидов в плане проведения реабилитационных мероприятий.

В то же время среди инвалидов II группы преобладали мужчины и составляли 33,6% от общего числа исследуемого контингента, тогда как

женщины среди инвалидов II группы составили 27,6% от общего числа респондентов.

Число женщин среди инвалидов I группы почти вдвое превысило число мужчин (7,9% и 4,2%, соответственно). Женщины также преобладали над мужчинами среди инвалидов III группы (16,4% и 10,3%, соответственно) среди общей численности исследуемого контингента.

Проблема медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ является достаточно сложной. Актуальность обусловлена ежегодным ростом показателей заболеваемости и инвалидности вследствие ЦВБ.

Конечной целью медико-социальной реабилитации помимо восстановления здоровья улучшение комфортности существования пациентов за счет приобретения материальной независимости. В свою очередь достижение материальной независимости возможно при рациональном трудоустройстве, восстановлении социального статуса и адекватной адаптации.

Для достижения указанных целей необходимо определить потребность изучаемого контингента в комплексе мероприятий по медико-социальной реабилитации, в том числе определить сроки и условия ее оказания, определить необходимость в профориентации и переобучении новой профессии с последующим рациональным трудоустройством, определить меры социальной защиты и поддержки.

Учитывая социальную значимость проблемы инвалидов вследствие ЦВБ, изучена структура потребности изучаемого контингента в различных видах реабилитации, технических средствах и услугах (таблица 24).

Медицинская реабилитация – один из наиболее востребованных ресурсов в системе медико-социальной помощи инвалидов вследствие ЦВБ, что связано с тяжестью состояния инвалида и реабилитационным потенциалом и прогнозом.

На результат лечебных мероприятий при последствиях ЦВБ на всех этапах реабилитации существенное влияние оказывает наличие сопутствующей патологии, создающей неблагоприятный фон и требующей подключения к процессу лечения узких специалистов. К наиболее часто встречающимся

сопутствующим заболеваниям относятся болезни системы кровообращения с различными нарушениями ритма, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

Таблица 24 – Потребность инвалидов вследствие ЦВБ в видах медико-социальной помощи, (абс. ч., %)

Виды медико-социальной помощи	Группа инвалидности					
	I группа		II группа		III группа	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
I. Медицинская реабилитация						
1) восстановительное лечение	17	65,4	62	47,3	21	36,8
амбулаторное восстановительное лечение	10	38,5	58	44,3	11	19,3
диспансерное наблюдение	14	53,8	60	45,8	12	21,0
лечение в санаторно-курортных условиях	-	-	40	30,5	11	19,3
физические методы реабилитации	2	7,7	39	29,8	13	22,8
механические методы реабилитации	9	36,6	52	39,7	20	35,0
психотерапия	8	30,8	56	42,7	11	19,3
психологическая коррекция	8	30,8	55	42,0	10	17,5
2) реконструктивная хирургия	-	-	-	-	-	-
3) протезирование	-	-	-	-	-	-
II. Профессиональная реабилитация						
1) профессиональная ориентация	-	-	14	10,7	7	12,3
2) профессиональное обучение	-	-	16	12,2	9	15,8
3) производственная адаптация	-	-	10	7,7	6	10,5
4) рациональное трудоустройство	-	-	12	9,2	11	19,3

Продолжение таблицы 24

Виды медико-социальной помощи	Группа инвалидности					
	I группа		II группа		III группа	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
III. Социальная реабилитация						
1) социально-бытовая адаптация	17	65,4	21	16,0	-	-
постоянный посторонний уход	2	7,7	-	-	-	-
периодический посторонний уход	15	57,7	20	15,3	-	-
вспомогательные технические средства реабилитации для быта	11	42,3	10	7,6	-	-
устройства и приспособления для адаптации социальной инфраструктуры	4	15,4	16	12,2	-	-
устройства и приспособления для адаптации жилья	17	65,4	13	9,9	-	-
2) социально-бытовое обслуживание	5	19,2	19	14,5	-	-
на дому	5	19,2	12	8,2	-	-
в центре социального обслуживания	-	-	9	6,9	-	-
3) социально-психологическая адаптация	8	30,8	35	26,7	5	8,8
4) организация досуга	-	-	16	12,2	-	-
5) социальная помощь	4	15,4	20	15,3	-	-
улучшение жилищно-бытовых условий	2	7,7	16	12,2	7	12,3
натуральная помощь	1	3,8	18	13,7	-	-
материальная поддержка	3	11,5	15	11,5	2	3,5
6) социально-правовая помощь	3	11,5	20	15,3	-	-
юридические консультации	1	3,8	18	13,7	2	3,5
информационная поддержка	1	3,8	14	10,5	-	-
содействие в реализации прав и льгот	3	11,5	16	12,2	2	3,5
ВСЕГО	26	100	131	100	57	100

В ходе проведенных исследований получены следующие данные: в восстановительной терапии нуждалось среди инвалидов I группы – 65,4%, II группы – 47,3%, III группы – 36,8% респондентов, в том числе, в восстановительном лечении в амбулаторных условиях нуждались среди инвалидов I группы – 38,5%, II группы – 44,3%, III группы – 19,3% респондентов. Достаточно высока потребность в восстановительном лечении в условиях специализированных реабилитационных центров. На сегодняшний день этот вид восстановительного лечения недоступен многим инвалидам вследствие ЦВБ, так как оказывается в частных реабилитационных центрах на возмездной основе, что требует решения задачи обеспечения широкой доступности этой формы реабилитации данному контингенту пациентов.

В санаторно-курортном лечении среди инвалидов II группы нуждались 30,5%, III группы – 19,3% респондентов.

Отмечается высокая потребность в психотерапии (пациенты I группы инвалидности в 30,8% случаев, II группы – 42,7%, III группы – 19,3%), а также в психологической коррекции (пациенты I группы инвалидности в 30,8% случаев, II группы – 42,0%, III группы – 17,5%). Без учета психологических особенностей пациента рассчитывать на положительный результат реабилитационных мероприятий не приходится. Особую актуальность психологическая коррекция у пациентов с ЦВБ приобретает в свете новых подходов к реабилитации в целом и развитием биопсихосоциальной модели реабилитации, базирующейся на концепции здоровьесцентричности, предполагающей активное включение пациента в процесс лечения и реабилитации.

Компонент «Био» в биопсихосоциальной модели реабилитации как его медицинская составляющая является приоритетным в медицинских организациях и сопряжен с непосредственным воздействием на патологический процесс. «Психо» и «Социо» являются соподчиненными компонентами реабилитации.

В процессе реабилитации огромное значение имеет психологическая составляющая. Достижение положительного результата реабилитации без вовлечения в этот процесс пациента затруднительно. В связи с чем компонент «Психо» биопсихосоциальной модели реабилитации сопровождает все ее этапы.

Компонент «Социо» в рассматриваемой модели реабилитации предполагает изучение влияния социальных условий на течение болезни, в связи с тем, что неблагоприятные социальные условия нередко являются ключевым препятствием на пути достижения запланированных результатов лечения и реабилитации, поскольку лишь устранение или смягчение влияния этих социальных факторов может обеспечить необходимую эффективность реабилитационного процесса.

Важной формой реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ, особенно учитывая широкую распространенность этого заболевания среди лиц трудоспособного возраста, является профессиональная реабилитация. Основная цель профессиональной реабилитации заключается не только в рациональном трудоустройстве инвалида, но и в содействии в достижении им материальной независимости.

Решение проблем профессиональной реабилитации начинают с профессиональной ориентации, которая среди исследуемого контингента составила во II группе 10,7% и в III группе 12,3%. На следующем этапе решается вопрос об обучении и переобучении для приобретения новой профессии, показанной по состоянию здоровья пациента. Проведенные исследования выявили, что профессиональное обучение необходимо 15,8% инвалидов III группы, 12,2% – II группы.

Важным компонентом профессиональной реабилитации инвалида является его рациональное трудоустройство, показанное ему по состоянию здоровья. В рациональном трудоустройстве нуждались 19,3% инвалидов III группы и 9,2% инвалидов II группы из числа исследуемого контингента.

Существующая система трудоустройства лиц с ограничениями жизнедеятельности не может способствовать комплексной реабилитации

изучаемого контингента и требует поиска новых форм работы по трудоустройству инвалидов вследствие ЦВБ.

Результаты исследования нуждаемости инвалидов в социальной помощи, технических средствах реабилитации, обращают внимание на достаточно высокую потребность изучаемого контингента в социально-бытовой адаптации, составившая среди инвалидов I группы 65,4%, инвалидов II группы – 16,0%, нуждалось в постоянном постороннем уходе 7,7% инвалидов I группы, в периодическом постороннем уходе – 57,7% инвалидов I группы и 15,3% инвалидов II группы, что свидетельствует о большой зависимости этой категории лиц от социально-бытовых условий. Особое значение для изучаемого контингента играет потребность в различных устройствах и приспособлениях для адаптации жилья и быта, с учетом последствий ОНМК. Нуждаемость в устройствах и приспособлениях для адаптации жилья среди инвалидов I группы отмечалась в 65,4%, II группы – 9,9%; во вспомогательных технических средствах реабилитации для быта среди инвалидов I группы - 42,3%, II группы – 7,6%.

Необходимость в улучшении жилищно-бытовых условий отмечалась в 7,7% инвалидов I группы, 12,2% – II группы, 12,3% – III группы; в материальной помощи нуждались среди инвалидов I группы 11,5%, II группы - 1,5%, III группы - 3,5%; натуральная помощь была необходима среди инвалидов I группы 3,8%, инвалидов II группы – 13,7%.

Не менее важной проблемой является вопрос адаптации квартиры для инвалидов, которые пользуются кресло-колясками. Причем эта проблема является сложной и материально затратной, так как затрагивает архитектурно-планировочные изменения в том числе установку пандусов и поручней.

Особое значение приобретает оборудование ванной и туалета специальными приспособлениями, позволяющими инвалиду самостоятельно обслуживать себя. Для обеспечения независимости инвалидов от посторонней помощи и их адаптации к условиям внешней среды важно определять их

потребность в приспособлениях для самообслуживания, включая приспособления для приготовления пищи.

Ряду инвалидов требовалось обслуживание на дому: инвалиды I группы – 19,2%, II группы – 8,2%. Наиболее востребованными видами надомного обслуживания являются доставка продуктов (82,5%), услуги прачечной (59,7%) приготовление пищи (52,3%), приобретение лекарственных препаратов (61,2%), ремонт жилья (48,4%).

Как было отмечено выше, влияние социально-бытовых факторов на реабилитацию в целом имеет огромное значение. Неустроенность быта, отсутствие элементарных приспособлений для самообслуживания накладывают негативный отпечаток на психоэмоциональную сферу инвалида и не позволяют максимально вовлечь его в реабилитационный процесс.

Среди инвалидов вследствие ЦВБ особое значение имеет социально-психологическая адаптация, потребность в которой отмечалась у инвалидов I группы в 30,8%, II группы - 26,7% и III группы - 8,8%.

Важно, что в психологических методах реабилитации нуждаются не только инвалиды и члены их семей, а также совместно с ними проживающие родственники, то есть в процесс должны быть вовлечены люди, наиболее часто контактирующие с инвалидом.

Причем психологическая коррекция в обязательном порядке должна проводиться на всех этапах реабилитации – в стационаре, в реабилитационном центре, в санаторно-курортном учреждении и на амбулаторном этапе, в том числе должна соблюдаться преемственность не только в лечебном процессе, но и в психологической коррекции.

Из других видов социальной помощи важное значение имели организация досуга, улучшения жилищно-бытовых условий, выделение натуральной помощи и материальная поддержка.

Инвалидам необходима и социально-правовая поддержка, например, юридические консультации были нужны 3,8% инвалидов I группы, 13,7% – II

группы и 3,5% – III группы. В тоже время содействие в реализации законных льгот и прав требуется 11,5% инвалидов I группы, 12,2% – II группы, 3,5% – III группы.

Полученные результаты свидетельствуют о дифференцированной потребности инвалидов вследствие ЦВБ в различных видах реабилитационной помощи, что крайне важно учитывать при формировании персонифицированных реабилитационных (абилитационных) программ.

С целью изучения мнения самих получателей реабилитационных услуг среди изучаемого контингента было проведено анонимное анкетирование на предмет их удовлетворенности в получении основных видов реабилитации (таблица 25). На вопрос №1 «Удовлетворены ли Вы объемом и качеством проводимых реабилитационных мероприятий?» положительно ответили меньше половины респондентов – 90 человек (42,0%), частично удовлетворены – 9 человек (4,3%), 115 человек (53,7%) ответили отрицательно. На вопрос №2 «Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия комплексно, последовательно?» положительно ответили 79 человек (36,9%), частично удовлетворены – 8 человек (3,8%), 127 человек (59,3%) ответили отрицательно. На вопрос №3 «Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия регулярно?» «Да» ответили 79 респондентов (36,9%), «Частично» – 8 (3,8%), «Нет» ответили 127 человек (59,3%). На вопрос №4 «Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия мультидисциплинарной командой?» положительно ответили 76 человек (35,5%), частично – 7 человек (3,2%), отрицательно – 131 человек (61,3%). На вопрос №5 «Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция?» положительно ответили 99 человек (46,2%), частично – 58 человек (7,1%), отрицательно – 57 человек (26,7%). На вопрос №6 «Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция на всех этапах реабилитации?» положительно ответили 96 человек (44,8%), частично – 45 человек (21%), отрицательно 73 человека (34,2%). На вопрос №7 «Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция на

отдельных этапах реабилитации?» «Да» ответили 189 человек (88,3%), «Частично» – 12 человек (5,6%), «Нет» – 13 (6,1%). При этом, как правило, мероприятия психологической коррекции проводились на этапах лечения в условиях стационара или реабилитационного центрах, но не имели системного, последовательного характера, отсутствовала преемственность на всех этапах реабилитации. Безусловно, этот факт не может способствовать успешному внедрению биопсихосоциальной модели реабилитации.

На вопрос №8 «Оказывают ли Вам органы социальной защиты населения содействие в реализации мероприятий, входящих в ИПРА инвалида?» 101 человек (47,2%) ответили «Да», «Частично» ответили 8 человек (3,8%), «Нет» ответили 105 человек (49 %).

Еще менее оптимистичная картина складывается с рациональным трудоустройством. На вопрос №9 «Обращались ли Вы в службу занятости населения по вопросу рационального трудоустройства?» 80 человек (37,4%) ответили положительно, 134 (62,6%) ответили отрицательно, несмотря на тот факт, что потребность в рациональном трудоустройстве среди этого континента инвалидов значительная. Ответов «Частично» на данный вопрос не было.

Более благоприятная ситуация отмечена в отношении взаимодействия с органами и организациями здравоохранения, на вопрос №10 «Оказывают ли медицинские организации Вам содействие в реализации ИПРА инвалида?» «Да» ответили 194 (90,6%), «Частично» – 4 (1,9%), «Нет» – 16 (7,5%) респондентов.

Таким образом, данные анкетирования инвалидов (таблица 25) вследствие ЦВБ свидетельствуют о недостаточном уровне организации процесса комплексной реабилитации указанной категории лиц, убедительно указывают на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы и совершенствования работы в этом направлении.

Таблица 25 – Распределение ответов респондентов на вопросы анкеты №2 «Оценка удовлетворённости инвалида объемом и качеством реабилитационных мероприятий» (n = 214), (абс. ч., %)

Варианты ответов					
Да		Нет		Частично	
Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
1. Удовлетворены ли Вы объемом и качеством проводимых реабилитационных мероприятий?					
90	42,0	115	53,7	9	4,3
2. Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия комплексно, последовательно?					
79	36,9	127	59,3	8	3,8
3. Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия регулярно?					
79	36,9	127	59,3	8	3,8
4. Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия мультидисциплинарной командой?					
76	35,5	131	61,3	7	3,2
5. Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция?					
99	46,2	57	26,7	58	27,1
6. Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция на всех этапах реабилитации?					
96	44,8	73	34,2	45	21
7. Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция на отдельных этапах реабилитации?					
18	88,3	13	6,1	12	5,6
8. Оказывают ли Вам органы социальной защиты населения содействие в реализации мероприятий, входящих в ИПРА инвалида?					
10	47,2	105	49,0	8	3,8
9. Обращались ли Вы в службу занятости по поводу рационального трудоустройства?					
80	37,4	134	62,6	0	0
10. Оказывают ли медицинские организации Вам содействие в реализации ИПРА инвалида?					
19	90,6	16	7,5	4	1,9

В рамках проводимого исследования проведен выборочный анализ ста «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма N 088-у), выдаваемых медицинскими организациями при направлении граждан на медико-социальную экспертизу. В п. 34 указанного Направления в разделе «Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации», как правило, указываются общие фразы в виде: «Рекомендуется гипотензивные препараты, дезагреганты, метаболические, нейропротекторные средства курсами два раза в год» либо «Показаны технические средства реабилитации – кресло-коляска, трость опорная и т.д.». Не указываются конкретные психокоррекционные мероприятия, нуждаемость в проведении реабилитационных мероприятий в условиях современных реабилитационных центров с использованием новейших достижений реабилитационной техники, либо каких-либо показанных конкретных аппаратов, в каждом конкретном случае.

На сегодняшний день основным документом, определяющим объем реабилитационных программ инвалидов, сроки их исполнения, является «Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида» (далее – ИПРА), утвержденная приказом Минтруда России от 13 июня 2017 года № 486н. ИПРА разрабатываются и выдаются федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. ИПРА содержат реабилитационные и абилитационные мероприятия, показанные инвалиду в соответствии с состоянием его здоровья, в том числе технические средства реабилитации и услуги, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным Правительством РФ [11].

При разработке ИПРА специалистами бюро медико-социальной экспертизы устанавливаются реабилитационные мероприятия, потребность в технических средствах реабилитации и иных услуг, необходимых инвалиду для

полного или частичного восстановления, или компенсации утраченных способностей к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности с учетом его персональных потребностей [35].

В этом же приказе оговаривается, что разработка ИПРА выполняется специалистами бюро с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, выданном организацией, оказывающей медицинскую помощь гражданам. Медицинские организации, как показали наши исследования, в п. 34 «Направления», касающегося мероприятий по медицинской реабилитации, ограничиваются общими фразами, без уточнения конкретных лекарственных препаратов, их дозировки, кратности и сроков применения, длительности лечения, не указываются конкретные технические средства реабилитации, их тип, размер и т.д.

В свою очередь раздел ИПРА, относящийся к мероприятиям по медицинской реабилитации, включает следующие 4 части [35]:

- медицинская реабилитация;
- реконструктивная хирургия;
- протезирование и ортезирование;
- лечение в санаторно-курортных условиях.

Специалисты бюро, составляющие ИПРА, напротив соответствующих частей делают простые отметки в виде «крестика», подтверждающим нуждаемость инвалида в том или ином виде медицинской реабилитации, а в разделе «Сроки исполнения» указывается «В течение года». На этом функции специалистов бюро медико-социальной экспертизы по разработке мероприятий по медицинской реабилитации заканчиваются. В рубрике «Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий» в качестве исполнителя указывается орган исполнительной власти субъекта РФ в соответствующей социальной сфере. В таком виде, не несущим практически никакой информации, «Выписки» из ИПРА

поступают в медицинские организации для реализации мероприятий по медицинской реабилитации, а также в другие структуры органов исполнительной власти субъектов РФ. В этой части ИПРА не несут никакой конкретной информации по объему реабилитационных мероприятий.

Более того, сама ИПРА разбивается на «Выписки», которые направляются в различные учреждения, определенные соответствующими органами исполнительной власти субъекта РФ исполнителями реабилитационных мероприятий. При существующем положении дел нарушаются основные принципы реабилитации – комплексность, непрерывность, последовательность. Отсутствует должный контроль за исполнением рекомендованных мероприятий, не определен орган исполнительной власти, контролирующей исполнение реабилитационных мероприятий.

В свою очередь проблемы, указанные выше, негативно сказываются на показателях полной и частичной реабилитации инвалидов, а также на утяжелении группы инвалидности.

По данным Минтруда России по результатам реализации мероприятий, отраженных в ИПРА инвалида, в Российской Федерации за 2016 год удалось достичь следующих показателей: обеспечение интеграции инвалидов в семью и общество на уровне 51,7%, достигнуты положительные результаты реабилитации 48,4% – самые высокие показатели реабилитационных мероприятий. На втором месте следующие показатели: частичная компенсация утраченных функций – 24,3% и достижение частичной способности к самообслуживанию – 24,7%, т.е. менее чем у четверти инвалидов. Не столь успешно решение других медико-социальных проблем инвалидов, в частности, полную компенсацию утраченных функций удалось достичь только в 4% случаев, добиться восстановления нарушенных функций – в 2,8% случаев, полную способность к самообслуживанию – в 7% случаев. Неудовлетворительно обстоят дела с профессиональной реабилитацией – получена новая профессия в 0,8% случаев, повышена квалификация в 0,3% случаев, подобрано подходящее

рабочее место в 1,8% случаев, повышен профессиональный уровень в 2,1% случаев, обеспечена занятость инвалида в 2,2% случаев. Данные показатели результатов выполнения ИПРА инвалида в Российской Федерации свидетельствуют о недостаточном организационном уровне комплексной работы по реализации мероприятий, отраженных в ней.

Необходим пересмотр ряда позиций по организации комплексной медико-социальной реабилитации в отношении инвалидов в целом и в отношении инвалидов вследствие ЦВБ, в частности. Процессы по совершенствованию медико-социальной реабилитации должны коснуться всех разделов: медицинской, социальной и профессиональной реабилитации с учетом современных достижений науки и техники, в том числе необходимо обеспечить доступность медико-социальной реабилитации для граждан вне зависимости от места их проживания. В целях мониторинга эффективности проведения реабилитационных мероприятий на каждом этапе их реализации необходимо дальнейшее развитие автоматизированных информационных систем в сфере медицинской реабилитации.

По данным Минтруда России показатель полной реабилитации переосвидетельствованных инвалидов из числа взрослого населения в 2016 году снизился по сравнению с 2015 годом с 6,8% до 5,5%, показатель частичной реабилитации за аналогичный период снизился с 7,2% до 5,1%. В то же время показатель утяжеления группы инвалидности за указанные годы оставался на достаточно высоком уровне и составлял 11,9% и 11,8%, соответственно.

Проведен также выборочный анализ ста индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов вследствие ЦВБ. Здесь во всех случаях в разделе «Мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации» стоит отметка о нуждаемости в медицинской реабилитации. В каком объеме, в какие сроки, в каких условиях? Эта информация в ИПРА отсутствует. В итоге в двух формах, утвержденных Приказами Минздрава России и Минтруда России, специалистами констатируется сам факт нуждаемости инвалидов в проведении

реабилитационных мероприятий, но не определяются их объем и сроки исполнения.

Для решения указанной проблемы необходимо разработать и утвердить Методические рекомендации по комплексной реабилитации при различных заболеваниях, в том числе вследствие ЦВБ. Эти рекомендации должны быть комплексными, мультидисциплинарными, адекватными, предусматривать активное участие в реабилитации самого инвалида и его родственников. Причем эти рекомендации должны содержать конкретные реабилитационные мероприятия на всех этапах лечения (стационар, реабилитационный центр, поликлиника, санаторно-курортное учреждение) с использованием современных достижений науки и техники.

5.3. Приоритетные мероприятия по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие cerebrovasкулярных болезней

Проведенное исследование по проблеме инвалидности вследствие ЦВБ позволило разработать основные мероприятия по совершенствованию медико-социальной реабилитации и разработать алгоритм построения комплексных индивидуально-ориентированных реабилитационных программ инвалидов.

К приоритетным мероприятиям по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов с ЦВБ относятся:

- развитие автоматизированных информационных систем в сфере медицинской реабилитации;
- мониторинг удовлетворенности инвалидов качеством реабилитационных услуг;
- мониторинг эффективности всех видов реабилитационных мероприятий в межведомственном формате на каждом этапе их выполнения;

- мониторинг непрерывности, последовательности и преемственности проведения инвалидам реабилитационных мероприятий;
- обеспечение на всех этапах реабилитации психологической помощи;
- реализация мероприятий по профилактике инвалидности вследствие ЦВБ на амбулаторном этапе;
- внедрение инновационных технологий в медицинской реабилитации;
- обеспечение междисциплинарного подхода к реализации индивидуально-ориентированных реабилитационных программ инвалидов в стационарных и амбулаторных условиях;
- развитие сети реабилитационных центров/отделений, с акцентом на их создание при многопрофильных лечебно-профилактических учреждений.

Для оптимизации процесса реабилитации разработан алгоритм формирования комплексных индивидуально-ориентированных реабилитационных программ инвалидов вследствие ЦВБ, основанных на мероприятиях медицинской, профессиональной и социальной реабилитации (таблица 26).

Таблица 26 – Алгоритм комплексной индивидуально-ориентированной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней

Медицинская реабилитация				
Ранее восстановительное лечение в условиях стационара + психокоррекционная работа	Лечение в условиях специализированного реабилитационного центра + психокоррекционная работа	Лечение в амбулаторно-поликлинических условиях + реабилитационные мероприятия + психокоррекционная работа	Лечение в санаторно-курортных условиях + реабилитационные мероприятия + психокоррекционная работа	
Социальная реабилитация				
Психологическая коррекция	Социально-бытовая адаптация	Социально-средовая адаптация	Социокультурная реабилитация	Юридическая поддержка
Профессиональная реабилитация				
Профессиональная ориентация	Восстановление трудовых функций	Профессиональное обучение	Адаптация рабочего места	Рациональное трудоустройство
Психокоррекционная работа на всех этапах медицинской реабилитации				

Одним из основных компонентов комплексной реабилитации инвалидов является медицинская реабилитация, осуществляемая на различных этапах. До настоящего времени к основным этапам медицинской реабилитации относились: стационарный, амбулаторный и санаторно-курортный. Вместе с тем, в связи с активным развитием в последние годы реабилитации в целом и открытием реабилитационных учреждений различных форм собственности и различной ведомственной принадлежности актуальное значение приобретает организация реабилитационных центров, в которых осуществляется междисциплинарный подход к восстановительному лечению, в том числе включающее психотерапевтические мероприятия и психологическую коррекцию. С учётом выше изложенного, на сегодняшний день целесообразно выделять четыре этапа медицинской реабилитации: стационарный, в условиях специализированного круглосуточного стационарного отделения, восстановительный, в условиях

специализированного реабилитационного центра или отделения, амбулаторный, в условиях амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, на дому и санаторно-курортный. Необходимо отметить, что реабилитационные мероприятия в специализированных реабилитационных центрах или отделениях в течение года, при наличии показаний, могут повторяться до достижения конкретного запланированного результата. Реабилитация на амбулаторном этапе проводится постоянно в соответствии с рекомендациями, указанными в выписных эпикризах из стационара и реабилитационного центра. Санаторно-курортный этап реабилитации используется для закрепления положительных результатов, достигнутых на предыдущих этапах.

Профессиональная реабилитация должна включать профориентацию, обучение новым производственным навыкам, рациональное трудоустройство при отсутствии противопоказаний.

Достичь значительных результатов в проведении реабилитационных мероприятий невозможно без применения программы социальной реабилитации, включающей в себя обеспечение техническими средствами реабилитации, в том числе различными приспособлениями, необходимыми в быту для самообслуживания. Вышеуказанные мероприятия должны включаться в комплексные программы реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ, которые должны использоваться в практической деятельности реабилитационных центров, что будет содействовать повышению качества реабилитационных услуг.

Для иллюстрации изложенного выше приводится пример комплексной программы реабилитации при наиболее часто встречающихся нарушениях, приводящих к инвалидности вследствие ЦВБ.

Примерная программа комплексной реабилитации инвалидов с последствиями ОНМК

При проведении комплексной реабилитации необходимо соблюдать и её основные принципы: начало мероприятий в максимально ранний срок, системность, адекватность, достаточную длительность, то есть продолжаться до

достижения запланированного результата. В проведении реабилитационных мероприятий должен активно участвовать сам пациент его ближайшие родственники. Подход к реабилитации должен быть комплексным и мультидисциплинарным, включающим в себя психологическую коррекцию, кинезиотерапию, физиотерапию и лекарственные препараты, направленные на восстановление функций мозга. Целесообразно применение трудотерапии и обучения пациента элементарным навыкам самообслуживания и самостоятельного передвижения.

Физиотерапевтические процедуры рекомендуется начинать с третьей недели от момента развития ОНМК. Они включают процедуры, направленные на улучшение церебрального кровообращения и симптоматическое лечение. Наиболее важным и эффективным методом восстановительного лечения является массаж, который целесообразно начинать более ранние сроки с учетом общего состояния пациента. Ранее назначение массажа способствует эффективному восстановлению движений и профилактике различных осложнений. Сеанс массажа на начальном этапе продолжается от 5 до 10 минут, в последующем время массажа увеличивается до 30 минут. Повторный курс массажа назначается через 2 месяцев. В отдельных случаях назначается иглорефлексотерапия.

Не менее важное значение в реабилитации больных с ОНМК имеет лечебная физкультура, которая начинается в остром периоде с лечебной гимнастики путем проведения активных и пассивных движений и дыхательной гимнастики. Лечебная гимнастика сначала проводится на стороне здоровых конечностей, а затем на конечностях, вовлеченных в патологический процесс.

По мере активизации пациента гимнастические занятия проводятся в зале ЛФК. Вместе с тем, важно отметить, что они не должны быть продолжительными и утомительными для больного. Рекомендуется эти занятия проводить короткими по времени, но частыми по периодичности с учетом того, что основная нагрузка должна приходиться на непораженные конечности.

При нарушениях речи проводятся занятия с логопедом, направленные на устранение дизартрии. Проводится электростимуляция мышц глотки и гортани. Назначается гимнастика и массаж артикуляционных мышц. В отдельных случаях, при наличии показаний, проводится гимнастика глотки и зева. Больной с нарушением речи должен слушать радио, читать вслух, общаться с родственниками, с пациентами в палате, слушать окружающих его людей. Постоянно должны проводиться занятия по проговариванию в начале отдельных слов и фраз, а затем и предложений.

По данным различных авторов [47, 50, 79] у больных в постинсультном периоде (50-60%) возникает апатия, нарушение сна, безнадежность, которые в последующем, в случае непринятия адекватных мер, приводят к депрессии. Этот негативный факт отрицательно сказывается на общем состоянии здоровья пациента и негативно влияет на реабилитацию в целом, усложняется контакт и уход за ним. На этом этапе очень важна своевременно начатая работа по психологической коррекции, направленная на минимизацию указанных проявлений и их прогрессирование. Причём в этот процесс должны быть вовлечены и ближайшие родственники пациента.

Также в постинсультном периоде возникают когнитивные расстройства, которые могут быть острыми, то есть возникшими сразу после инсульта и отставленными, которые развиваются в более поздние сроки.

Когнитивные расстройства, так же как и депрессия негативно сказываются на прогнозе заболевания в целом и на реабилитации в частности. Следует также отметить, что эти виды расстройств вызывают рост показателя смертности и первичного выхода на инвалидность среди этой категории больных, в том числе значительно возрастает риск повторных нарушений мозгового кровообращения, что приводит к более тяжелым последствиям. Когнитивные расстройства, в равной степени, как и депрессия, значительно усложняют процесс реабилитации и удлиняют сроки достижения планируемого результата.

Проводимая на ранних этапах реабилитации трудотерапия в последующем должна перейти в профессиональную реабилитацию. Для чего необходимо

оценить уровень образования пациента, его профессию, стаж работы в своей профессии, уровень владения профессиональными навыками, оценить реабилитационный прогноз и уровень его притязаний. В случае сомнительного или негативного реабилитационного прогноза и невозможности в будущем работать в своей специальности с больным проводится профориентационная работа, доводятся до него профессии, показанные ему по состоянию здоровья, с учетом его притязаний и пожеланий. При необходимости организуется обучение с целью получения новой профессии с последующим рациональным трудоустройством.

Ведущее значение в проведении реабилитационных мероприятий имеет обустройство быта больного, обеспечение его различными приспособлениями для самообслуживания, такими как вспомогательные средства для надевания носков, обуви, другой одежды, трость с набором наконечников, костылями, ортезами. Туалет и ванная должны быть оборудованы соответствующими приспособлениями, обеспечивающими независимость пациента и позволяющими ему самостоятельно реализовать свои потребности. Активное и пассивное передвижения инвалида обеспечивается использованием кресло-коляской с немеханизированным приводом, электроприводом, ручным управлением. Достижение элементарной независимости в быту положительно сказывается на психологическом статусе больного, что способствует более успешному проведению реабилитационных мероприятий.

Все вышеперечисленные реабилитационные мероприятия проводятся на фоне адекватной лекарственной терапии, направленной на этиологию и патогенез заболеваний. Применяются нейропротекторы, метаболики, лекарственные препараты, влияющие на когнитивные нарушения, на нейротрансмиттерную систему и другие.

Актовегин обладает метаболическим, нейропротекторным действием, в том числе улучшает микроциркуляцию в тканях. Он улучшает утилизацию и поглощение кислорода, а также энергетический метаболизм и поглощение глюкозы. Нейропротекторное действие актовегина проявляется активацией

ядерного фактора карпа В (NF-кВ), который выполняет различные функции в центральной и периферической нервной системе. Важная роль актовегина связана с ядерным ферментом поли (АДФ-рибоза), который выявляет разрывы цепей ДНК и способствует их репарации. Он также увеличивает скорость кровотока в капиллярах, снижает тонус гладких мышц артериол и капиллярных сфинктеров, то есть улучшает микроциркуляцию.

В зависимости от тяжести состояния больного актовегин назначается по 10-20 мл внутривенно или внутримышечно. Препарат может вводиться внутривенно капельно на 200-300 мл физиологического раствора ежедневно до 10-20 инфузий. В последующем, при наличии показаний, курс лечения может повториться.

Цитиколин – обладает ноотропным действием, восстанавливает повреждённые мембраны клеток, предотвращает гибель клеток, способствует уменьшению поражения вещества мозга при инсульте.

Также препарат предотвращает развитие когнитивных расстройств, улучшает память и внимание, уменьшает выраженность психических расстройств, а также сокращает период восстановления двигательных и чувствительных нарушений при ОНМК. Препарат может вводиться в/в, в/м и per os. Лечение проводится курсами. Первые две недели по 500-1000 мг 2 раза в день, затем по 500-1000 мг 2 раза в сутки. Максимальный эффект при острых состояниях достигается при назначении препарата в более ранние сроки.

Галантамин – препарат облегчающий проведение возбуждения в нервно-мышечном синапсе, повышает тонус гладкой мускулатуры, положительно действует на когнитивные нарушения. Назначается галантамин 4 мг 2 раза в сутки с постепенным повышением дозы препарата в первый месяц приема до 16 мг в сутки. При нарушениях функции почек и печени терапевтическая доза уменьшается в 2 раза.

Для оказания модулирующего действия на глутаматэргическую систему назначают акатинол-мемантин, который за счёт нормализации мембранного потенциала положительно воздействует на передачу нервных импульсов, за счет

чего повышается активность пациента и улучшаются когнитивные процессы. Препарат применяется по схеме в течение 4 недель, начальная доза 5 мг в сутки с еженедельным ее увеличением 30 мг в сутки.

Для активации церебрального кровотока и улучшения метаболизма центральной нервной системы за счет повышения пластичности нейрональных мембран и стимуляции холинергической нейротрансмиссии назначают препарат холина альфосцерат. Данный препарат, в том числе, положительно влияет на умственную деятельность пациента, повышает его внимание и познавательные функции. Улучшает мозговой кровоток, ведёт к регрессированию неврологической симптоматики. В течение первых трех недель назначается внутримышечно по 4 мл, затем препарат применяется внутрь по 1,2 г. в сутки на протяжении 3-4 месяцев.

С целью повышения ацетилхолина в коре головного мозга, улучшения холинергической передачи и когнитивных процессов назначается препарат ривастигмин. Начальная доза 1,5 мг в сутки за 2 приема, с последующим увеличением её до 12 мг.

Ноотропным и нейрометаболическим действием обладает церебролизин, оказывающий мультимодальное действие на головной мозг, в частности улучшает нейротрофическую активность, нейропротекцию, нейромодуляцию и метаболическую реакцию. Способствует синтезу белка, повышает выживаемость нейронов при ишемических состояниях головного мозга. Предотвращает нейротоксическое воздействие на головной мозг возбуждающих аминокислот. Обладает нейротрофическим действием и положительно воздействует на когнитивные нарушения и иные функции мозга. При внутривенном введении доза препарата колеблется от 10 до 50 мл на 300 мл физиологического раствора внутривенно капельно один раз в сутки. Курс лечения назначается индивидуально, в зависимости от состояния пациента и колеблется от 10 до 20 дней.

Параллельно с медикаментозной терапией в обязательном порядке проводятся психокоррекционные занятия, причем на всех этапах лечения с соблюдением преемственности.

В процессе лечения и реабилитации должны использоваться технические средства реабилитации, начиная с госпитального этапа, различные ортезы, способствующие уменьшению нагрузки на пораженные участки тела, уменьшению болевого синдрома и воспалительных явлений.

В программу реабилитации включается также трудотерапия, которая, в первую очередь, направлена на восстановление функциональных нарушений движения и стимуляцию психической активности. Важную роль в судьбе инвалида играет профессиональная реабилитация, преследующая цель дальнейшего рационального трудоустройства. Противопоказанными видами труда для инвалидов вследствие ЦВБ является те, которые связаны с длительным пребыванием на ногах, с вынужденным положением тела, воздействием температурных факторов. Показанной является работа, предусматривающая незначительные физические нагрузки и частую смену позы.

Социальная реабилитация включает в себя обеспечение различными приспособлениями для самообслуживания, такими как вспомогательные средства для надевания носков, обуви, другой одежды, трость с набором наконечников, ортезы, костыли. Туалет и ванная должны быть оборудованы соответствующими приспособлениями. Для обеспечения активного и пассивного передвижения включаются кресло-коляски с немеханизированным приводом, электроприводом и ручным управлением.

При написании данной главы использовались следующие публикации автора:

1. Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Грибова Э.П., Петрова В.Н. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы на современном этапе // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной

экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. № 4. С. 109-115

2. Грибова Э.П. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации лиц с цереброваскулярными заболеваниями. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. № 4. С. 103-108

3. Грибова Э.П., Пузин С.Н., Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Ким В.В., Веселова Л.В. Актуальные аспекты реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. №1. С.102-109

4. Быковская Т.Ю., Хлудеева Т.А., Грибова Э.П., Кобзев Ю.В., Петрова В.Н., Ким В.В., Веселова Л.В. Некоторые проблемные вопросы реабилитации инвалидов в условиях стационара. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. №1. С.95-101

5. Пузин С.Н., Грибова Э.П., Быковская Т.Ю., Шургая М.А., Захарченко Ю.И. Совершенствование медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. №2. С.14-22

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетными направлениями социальной защиты инвалидов вследствие ЦВБ являются профилактика развития инвалидности, снижение уровня ее распространенности, совершенствование организации системы медико-социальной реабилитации указанного контингента лиц, повышение качества и эффективности ее функционирования.

В соответствии с определенными задачами исследование выполнено поэтапно.

На первом этапе изучены социально-гигиенические особенности контингента инвалидов вследствие ЦВБ. Исследование являлось сплошным. Базой исследования являлось Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по городу Москве» Минтруда России. Объектом изучения – акты освидетельствования, форма государственного статистического наблюдения «7 – собес», форма 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу граждан, оказывающих лечебно-профилактическую помощь». Период наблюдения за 2014-2018 гг.

На указанной базе исследования собраны документы на 222681 человек, перенесших ЦВБ, прошедших освидетельствование в службе медико-социальной экспертизы г. Москвы, из которых признаны инвалидами впервые – 64250, повторно – 145241, всего - 209491 человек.

На этом этапе работы использовались документальный, социально-гигиенический, экспертных оценок, аналитический, статистический методы исследования.

Второй этап включал клинико-экспертное обследование и изучение психологических особенностей инвалидов вследствие ЦВБ. Базой исследования являлся Клинический центр ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Анализированы медицинские

карты стационарных больных за 2014-2018 гг., являющихся инвалидами и прошедших лечение в условиях неврологического отделения.

На третьем этапе изучались различные нарушения функционирования на основе ограничения жизнедеятельности 214 инвалидов вследствие ЦВБ с определением нуждаемости исследуемой категории инвалидов в разных типах медико-социальной помощи. При этом обязательно учитывались персональные характеристики индивида. Исследование проводилось на основе применения аналитического, статистического, клинико-функционального, документального способов, а также метода экспертных оценок и анкетирования.

Анализ возрастно-половой структуры исследуемого контингента лиц показал, что по полу в 2014 году было следующее распределение: мужчины – 42%, женщины – 58%, в 2015 году мужчины – 41%, женщины – 59%, в 2016 году мужчины – 42%, женщины – 58%, в 2017 году мужчины – 39%, женщины – 61%, в 2018 году мужчины – 42%, женщины – 58%, то есть за указанный период среди впервые и повторно признанных инвалидами вследствие ЦВБ женщины постоянно преобладали над мужчинами, при этом в 2017 году это превосходство было значительным и соотношение составляло мужчин – 39%, женщин – 61%. В 2018 году отмечается снижение общего числа признанных инвалидами среди лиц обоих полов.

Из общего количества признанных инвалидами вследствие ЦВБ, число лиц, признанных инвалидами впервые за исследуемый период составляло 30,7%, а число ППИ – 69,3%.

Анализ исследуемого контингента по группам инвалидности показал, что среди ВПИ вследствие ЦВБ в 2014 году инвалиды I группы составляли 16,7%, II и III групп – 33,3% и 49,9%, соответственно. В 2015 году инвалидами I группы признаны 16,5%, II и III групп, соответственно, 33,1%, и 50,4% от общего числа ВПИ. В 2016 году инвалиды I группы составляли 17,2%, II и III групп – 37,3% и 51,5%, соответственно. В 2017 году инвалиды I группы составляли 17,7%, II и III

групп – 31,4% и 50,9%. В 2018 году инвалидами I группы признаны 18,7%, II и III групп – 31,1% и 50,2%, соответственно.

Среди ВПИ вследствие ЦВБ достаточно высокий процент от 49,9% в 2014 году до 51,5% в 2016 году составляли инвалиды III группы. В среднем за весь период наблюдения инвалиды III группы среди ВПИ составляли немногим больше половины (50,7%).

Среди лиц, ВПИ вследствие ЦВБ, на долю инвалидов II группы приходилось от 31,1% в 2018 году до 33,3% в 2014 году и в среднем составляли 32% за весь период наблюдения.

Удельный вес инвалидов I группы среди указанной категории лиц регистрировался от 16,5% в 2015 году до 18,7% в 2018 году и в среднем составлял 17,3% за исследуемый период.

Среди ППИ наблюдалась несколько иная картина. На первое место выходят инвалиды II группы и их удельный вес составлял в среднем 46,7% от общего количества ППИ вследствие ЦВБ, и в разные годы регистрировался от 44,9% в 2014 году до 48,8% в 2017 году. Удельный вес инвалидов I группы за исследуемый период составлял 20,4% и отмечался в пределах от 17,8% в 2018 году до 21,6% в 2017 году.

Среди ППИ вследствие ЦВБ удельный вес инвалидов III группы снизился и в среднем составил 32,9%, с колебаниями от 29,6% в 2017 году до 37,2% в 2018 году.

Проведенный анализ соотношения количества инвалидов по группам инвалидности среди впервые и повторно признанных инвалидами свидетельствует о росте общего количества инвалидов I и II групп среди ППИ, что свидетельствует о тяжести инвалидности среди изучаемого контингента и недостаточной эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Анализ возрастно-половой структуры инвалидности вследствие ЦВБ показал, что примерно в 0,5% случаев инвалидами вследствие ЦВБ становились лица 18-30 лет, при этом среди мужчин этот показатель выше и варьирует от

0,7% в 2016 году до 0,3% в 2018 году, у женщин – от 0,5% в 2017 году до 0,2% в 2018 году. В возрастной группе 31-40 лет показатель инвалидности варьирует в пределах 2%. В этой группе также больше мужчин, удельный вес которых варьирует от 2,03% в 2017 году до 2,6% в 2014 году, тогда как у женщин - от 1,09% в 2018 году до 1,46% в 2016 году. Численность инвалидов вследствие ЦВБ возрастает в возрастной группе 41-50 лет с достижением 6-10%. В этой возрастной группе также преобладали мужчины с показателем удельного веса от 8% в 2018 году до 10,9% в 2014 году, у женщин – от 4,8% в 2017 году до 6,9% в 2014 году. В возрастной группе 51 - 60 лет показатель удельного веса признанных инвалидами составлял 20%, у мужчин максимальный показатель 30,5% в 2016 году и минимальный 28,2% в 2017 году, у женщин – 10,0% в 2017 году и 16,3% в 2014 году.

В таких же пределах варьирует численность инвалидов вследствие ЦВБ в возрасте 61-70 лет, здесь также преобладают мужчины с колебаниями от 23,3% в 2014 году до 28,9% в 2018 году, у женщин – от 19,4% в 2014 году до 21,7% в 2018 году. Необходимо отметить, что именно в этой возрастной группе отмечается тенденция роста численности инвалидов вследствие ЦВБ.

В возрастной группе 71-80 лет наблюдалась иная картина. Среди общего контингента инвалидов вследствие ЦВБ именно эта возрастная группа явилась лидирующей (превышая 25%). В этой же группе возросло число женщин, признанных инвалидами, и они начали преобладать над мужчинами, и эта тенденция сохранилась в последующих возрастных группах. Доля женщин, признанных инвалидами вследствие ЦВБ, в этой возрастной группе регистрировалась от 28,5% в 2016 году до 30,6% в 2018 году. Число мужчин – от 18,5% в 2015 году до 20,3% в 2018 году.

В возрастной группе 81-90 лет отмечалось снижение численности инвалидов вследствие ЦВБ до 17,8%, с большим уменьшением доли мужчин, которая варьирует от 8,8% в 2018 году до 9,22% в 2015 году, у женщин данный

показатель значительно выше и варьирует от 22,18% в 2014 году до 25,67% в 2017 году.

И, наконец, в возрастной группе 91 год и старше доля инвалидов вследствие ЦВБ отмечалась в пределах 5%, у женщин показатель регистрировался от 4,9% (в 2014 году) до 7,1% (в 2017 году), у мужчин – от 1,5% (в 2014 году) до 2,6% (в 2017 году).

Анализ возрастно-половой структуры инвалидов вследствие ЦВБ демонстрирует, что среди общего количества инвалидов исследуемого контингента в трудоспособном возрасте и в возрасте 61-70 лет преобладали мужчины. В то время как женщины преобладали в структуре инвалидности вследствие ЦВБ в возрасте ≥ 71 год.

У мужчин на первом месте по количеству инвалидов вследствие ЦВБ находится возрастная группа 61-70 лет, у лиц женского пола группа в возрасте от 71-80 лет.

Анализ свидетельствует, что инвалидность вследствие ЦВБ чаще устанавливалась лицам старше трудоспособного возраста.

В тоже время необходимо отметить значительное омоложение инвалидов среди изучаемого контингента. В 30% случаев инвалидность вследствие ЦВБ устанавливалась лицам трудоспособного возраста, в том числе в 3% случаев в возрасте до 40 лет.

Высокая распространенность инвалидности в трудоспособном возрасте свидетельствует об актуальности этой проблемы и требует комплексного подхода к ее решению.

В результате исследования структуры контингента инвалидов вследствие ЦВБ установлено, что первое ранговое место занимали заболевания, относящиеся к другим цереброваскулярным болезням (I67) в соответствии МКБ-10. Число лиц, которым инвалидность за исследуемый период установлена в связи с этой группой нозологий, составило 138857 человек (66,3%). Второе ранговое место занимали заболевания, относящиеся к последствиям

цереброваскулярных болезней (I69), в связи с которыми инвалидность установлена 64237 человек (30,7%). Инвалиды вследствие инфаркта мозга (I63), численность которых составляла 3619 человек (1,7%) занимали третье место.

Проведенное психологическое исследование позволило выявить у инвалидов вследствие ЦВБ следующие изменения: характерным для этой категории лиц являлась вспыльчивость, раздражительность, в отдельных случаях отмечалась повышенная возбудимость и нарушение сна, как правило, связанные с неопределенностью будущего, отсутствием перспективы по мнению самих респондентов, что влекло изменение самооценки, затруднение в общении с близкими родственниками и окружающими, снижение умственной работоспособности.

Вышеуказанные нарушения инвалидов вследствие ЦВБ усиливали психологическую дезадаптацию исследуемого контингента и определяли необходимость проведения психокоррекционной работы, направленной на снижение психического напряжения, устранение неадекватных реакций, по преодолению внутриличностных изменений, конфликтных ситуаций, формированию поведенческого тренинга.

У большинства инвалидов вследствие ЦВБ (58%) имелись признаки низкой адаптированности, а у 11% лиц - признаки выраженной дезадаптированности с отрицательным отношением ко всему окружающему.

Выявленные психологические особенности инвалидов вследствие ЦВБ позволили разработать специальные направления по корректировке психосоциального статуса:

- разработка мероприятий по адаптации инвалида в семью и общество;
- разработка мероприятий по формированию планов и целей в жизни, определению перспектив;
- активизация жизненных установок, способствующих самореализации инвалида, и реализации общественной деятельности.

Исследование клинико-функционального статуса исследуемого контингента в части определения степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности показал, что у большинства лиц вследствие ЦВБ (72%) определялись одновременно нарушения нескольких функций организма.

Наиболее часто встречались двигательные нарушения - у 78,2% пациентов, в том числе гемиплегии у 11,2% пациентов.

Когнитивные нарушения отмечались у 70% исследуемого контингента, в отдельных случаях отмечалась деменция (33%), причем с возрастом число инвалидов с различными проявлениями деменции увеличивалось и достигало своего максимума в возрастной группе 71-80 лет (56%).

В качестве ведущих причин когнитивных нарушений и деменции, в первую очередь, выступали массивные кровоизлияния в головной мозг, обширные инфаркты головного мозга, и даже небольшие инфаркты головного мозга при их расположении в функционально значимых зонах головного мозга.

Речевые нарушения встречали у 29% исследуемого контингента и наблюдались, как правило, у лиц, недавно перенесших инсульт. Обычно речевые нарушения наблюдали в срок от 1 года до 3 лет после перенесенного инсульта, и требовали проведения специального комплекса реабилитационных мероприятий, направленного на восстановление речи.

В 14,7% случаев у пациентов отмечали зрительные нарушения, чувствительные нарушения отмечены у 13,2% больных.

Наиболее часто отмечалось сочетание нарушений нескольких из указанных функций: координационных, чувствительных, двигательных, когнитивных, речевых, зрительных.

Одновременное сочетание нарушений нескольких функций организма приводило к тяжелому состоянию здоровья пациента и значительно увеличивало затраты на лечебные и реабилитационные мероприятия.

У пациентов вследствие ЦВБ, в зависимости от характера сочетания нарушенных функций организма, были определены 4 степени функциональных

нарушений: значительно выраженные, выраженные, умеренные, незначительные. Последствия нарушений функций организма влияли на такие категории ограничения жизнедеятельности как самообслуживание, самостоятельное передвижение, обучение, трудовая деятельность.

В процессе исследования была изучена потребность 214 инвалидов вследствие ЦВБ, проживающих в городе Москве, в медико-социальной реабилитации, которая выявила достаточно высокую потребность в различных видах реабилитации.

Среди изучаемого контингента вследствие ЦВБ отмечалась высокая потребность в медицинской реабилитации. В частности, в периодическом восстановительном лечении нуждались среди инвалидов I группы – 65,4%, II группы – 47,3%, III группы – 36,8%, в том числе, в восстановительном лечении в амбулаторных условиях нуждались среди инвалидов I группы – 38,5%, II группы – 44,3%, III группы – 19,3%. В тоже время потребность в лечении в санаторно-курортных условиях отмечена почти у трети инвалидов II группы (30,5%) и каждого пятого инвалида III группы (19,3%).

Потребность в профессиональной реабилитации была менее выражена. Так нуждаемость в профессиональной ориентации отмечена у 10,7% инвалидов II группы и 12,3% – III группы. Проведенные исследования выявили, что в профессиональном обучении нуждались 15,8% инвалидов III группы, 12,2% – II группы, рациональном трудоустройстве - 19,3% инвалидов III группы и 9,2% инвалидов II группы из числа исследуемого контингента.

В процессе социальной реабилитации отмечается острая необходимость в специальных приспособлениях для обустройства быта, адаптации социальной инфраструктуры и жилья. При этом в периодическом уходе нуждались 57,7% инвалидов I группы и 15,3% инвалидов II группы, а в постоянном уходе 7,7% инвалидов I группы. Потребность во вспомогательных технических средствах реабилитации для быта среди инвалидов I группы - 42,3%, II группы – 7,6%. В

целом потребность в мерах социальной адаптации обнаружена у 65,4% инвалидов I группы и 16,0% – II группы.

Достаточно высока потребность в социально-психологической адаптации, в которой нуждаются среди инвалидов I группы нуждаются 30,8%, инвалидов II группы – 26,7%, инвалидов III группы – 8,8%.

Следует отметить, что инвалиды III группы в мерах социально-бытовой адаптации и обслуживании не нуждались.

Востребованной оказалась и социально-правовая помощь, в частности, потребность в юридической консультации выявлена у 3,8% инвалидов I группы, 13,7% – II группы, 3,5% – III группы. Потребность в помощи по реализации законных льгот и прав была у 11,5% инвалидов I группы, 12,2% – II группы и 3,5% – III группы.

Полученные сведения о потребности в различных реабилитационных мероприятиях необходимо учитывать при формировании индивидуально-ориентированной программы реабилитации инвалида, в которую следует включать все показанные инвалиду мероприятия медицинской, профессионально-трудовой, социально-бытовой и психологической реабилитации.

В программу по медицинской реабилитации, помимо лечения в условиях неврологического отделения, на современном этапе необходимо в обязательном порядке, при наличии показаний, включать восстановительное лечение в условиях реабилитационного центра, с применением современных виртуальных и роботических систем, бионического питания и обязательным участием в процессе восстановительного лечения мультидисциплинарной бригады специалистов с целью интеграции междисциплинарного подхода к лечению. Необходимо соблюдать этапность и последовательность процесса медицинской реабилитации. Результаты, полученные на уровне реабилитационного центра, должны быть закреплены на амбулаторно-поликлиническом этапе с соблюдением преемственности лечения. После стабилизации состояния

здоровья пациента ему рекомендуется санаторно-курортное лечение для закрепления полученных результатов. При необходимости вся программа медицинской реабилитации или отдельные ее этапы могут быть повторно реализованы до достижения запланированного результата.

Профессиональная реабилитация ставит своей целью рациональное трудоустройство инвалида. В случае, если это невозможно в своей профессии, необходимо провести профориентацию и обучение инвалида новой профессии с учетом имеющихся знаний, навыков и умений, с последующим трудоустройством.

Социальная реабилитация в первую очередь преследует цель обеспечить инвалида техническими средствами реабилитации и различными устройствами, облегчающими жизнь и быт инвалида. При необходимости адаптации жилья реализуются архитектурно-планировочные мероприятия, направленные на приспособление жилья к возможностям инвалида. Обязательно предусматривают мероприятия по психологической коррекции, как в отношении самого инвалида, так и лиц, совместно с ним проживающих.

Проведенное исследование по оценке потребности и удовлетворенности инвалидов вследствие ЦВБ реабилитационными услугами позволило разработать основные мероприятия по совершенствованию медико-социальной реабилитации:

- развитие автоматизированных информационных систем в сфере медицинской реабилитации;
- мониторинг удовлетворенности инвалидов качеством реабилитационных услуг;
- мониторинг эффективности всех видов реабилитационных мероприятий в межведомственном формате на каждом этапе их выполнения;
- мониторинг непрерывности, последовательности и преемственности проведения инвалидам реабилитационных мероприятий;
- обеспечение на всех этапах реабилитации психологической помощи;

- реализация мероприятий по профилактике инвалидности вследствие ЦВБ на амбулаторном этапе;
- внедрение инновационных технологий в медицинской реабилитации;
- обеспечение междисциплинарного подхода к реализации индивидуально-ориентированных реабилитационных программ инвалидов в стационарных и амбулаторных условиях;
- развитие сети реабилитационных центров/отделений, с акцентом на их создание при многопрофильных лечебно-профилактических учреждений.

Реализация указанных мероприятий и внедрение в практику работы медицинских организаций, реабилитационных центров и отделений, учреждений социальной защиты населения принципов формирования комплексных индивидуально-ориентированных программ реабилитации для лиц, перенесших ЦВБ, будет способствовать росту доступности, обеспечению сроков, объемов, качества и эффективности реабилитационных мероприятий и значительно повысит уровень социальной интеграции инвалидов.

ВЫВОДЫ

1. Социально-гигиеническая картина инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней характеризуется тенденцией к росту общего числа инвалидов с преобладанием лиц старших возрастных групп, женщин (59%), инвалидов III (50,7%) и II (30,0%) группы. Доля лиц, ВПИ за 5 лет – 30,7%, ППИ – 69,3%.

2. Психологические особенности изучаемого контингента имеют определенную структуру, на формирование которой влияет ряд причин: стойкое нарушение здоровья, изменяющие уклад жизни, страх смерти. Часто необратимый характер этих изменений меняет структуру личности пациента. Другая причина – инвалидность и связанные с ней социально-экономические последствия, изменение образа жизни, отношения окружающих, потеря работы, иногда семьи, что приводит к изменению медико-психологического статуса пациента. Медико-психологические особенности инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней отличаются ретроспективной направленностью, когда жизнь до болезни и инвалидности ими оценивается как более благополучный период их жизни, в связи с чем возникают проблемы в сфере межличностных коммуникаций, негативно сказывающихся на семейных отношениях. Психологические последствия цереброваскулярных болезней без проведения комплексных реабилитационных мер психологического характера приводят к стойкой социально-психологической дезадаптации. Для инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней характерна низкая социально-психологическая адаптация (61%) или полная социальная дезадаптация (15%).

3. Потребность инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в мерах медико-социальной реабилитации индивидуальна и зависит от выраженности функциональных, двигательных и чувствительных нарушений, изменений в когнитивной и эмоциональной сфере и группы инвалидности. Если в восстановительном лечении нуждаются инвалиды всех групп, потребность в

профессиональной реабилитации характерна для лиц, имеющих II и III группы инвалидности. Мероприятия, относящиеся к социальной реабилитации преимущественно необходимы инвалидам I и II групп. при этом в отдельных видах реабилитации (социально-психологической адаптации, улучшении жилищно-бытовых условий, материальной поддержки, юридических консультациях, содействии в реализации прав и льгот) нуждаются инвалиды всех групп.

4. Алгоритм формирования комплексных индивидуально-ориентированных программ медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней основан на индивидуальной потребности инвалида в отдельных мерах медико-социальной поддержки и включает последовательность мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации с обязательной психокоррекционной работой на всех этапах реабилитации.

5. Реализация мероприятий по совершенствованию медико-социальной реабилитации, из которых основными являются развитие автоматизированных информационных систем в сфере медицинской реабилитации, мониторинг эффективности всех видов реабилитационных мероприятий в межведомственном формате на каждом этапе их выполнения, мониторинг непрерывности, последовательности и преемственности проведения инвалидам реабилитационных мероприятий, обеспечение на всех этапах реабилитации психологической помощи, реализация мероприятий по профилактике инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней на амбулаторном этапе, внедрение инновационных технологий в медицинской реабилитации, обеспечение междисциплинарного подхода к реализации индивидуально-ориентированных реабилитационных программ инвалидов в стационарных и амбулаторных условиях, будет способствовать росту эффективности реабилитационных мероприятий и значительно повысит уровень социальной интеграции инвалидов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Использовать выявленные закономерности формирования инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в качестве информационной базы при формировании программ по профилактике заболеваемости и снижению инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней, разработке мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни.

2. Выявленные данные о потребностях инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней, включающие обязательную психологическую помощь на всех этапах реабилитации, следует учитывать при формировании индивидуально-ориентированных программ комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.

3. Алгоритм формирования комплексных индивидуально-ориентированных программ медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней целесообразно экстраполировать в практическую деятельность служб медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации.

4. Развитие сети ресурсных реабилитационных центров на территории субъектов Российской Федерации будет способствовать обеспечению последовательности и преемственности в реализации реабилитационных и абилитационных мероприятий инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней.

7. Совершенствование системы учета потребностей инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в реабилитационных мероприятиях и их реализации на основе единого регламента электронного взаимодействия между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, реабилитационными организациями и получателями реабилитационных и абилитационных услуг по медико-социальной реабилитации, стандартизации услуг по основным направлениям

комплексной реабилитации и абилитации, позволит повысить качество реализации ИПРА.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

БА – брахиоцефальные артерии

ВББ – вертебробазилярный бассейн

ВПИ – впервые признанные инвалидами

ВСА – внутренние сонные артерии

ГБ – гипертоническая болезнь

ДЭП – дисциркуляторная энцефалопатия

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации (абилитации)

КТ – компьютерная томография

ЛСК – линейная скорость кровотока

МКБ – международная классификация болезней

МКФ – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОСА – общие сонные артерии

ПА – позвоночные артерии

ППИ – повторно признанные инвалидами

РФ – Российская Федерация

РЭГ – реоэнцефалограмма

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

УЗДСА – ультразвуковое дуплексное сканирование артерий

ХНМК – хроническое нарушение мозгового кровообращения

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

ЦНС – центральная нервная система

ЭКГ – электрокардиография

ЭхоКГ – эхокардиография

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алёшичева А.В., Самойлов Н.Г. Влияние специфики и экстремальности спортивной деятельности на психологическое здоровье спортсменов // Вестник Тверского государственного университета. Сер. Педагогика и психология. 2016. № 4. С. 6-14.
2. Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д., Пузин С.Н. и др. Врачебный контроль в физической культуре. – М.: ООО «Триада-Х», 2012. С. 130.
3. Белова Н.А. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор. 2000. С. 568.
4. Блох И.А. Критерии реабилитации и инвалидности при сосудистой патологии головного мозга. Автореферат диссертации на соискание уч. степени к.м.н., 2004. С. 28.
5. Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. №4-1. С. 95-99.
6. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. Под ред. Бокерия Л.А., Гудковой Р.Г. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2011.
7. Бочавер А., Ступак Р. XXIV Европейская конференция по психологии здоровья «Здоровье в контексте» // Психологический журнал. 2011. Т. 32, №2. С. 116-124.
8. Вербицкая С.В., Парфенов В.А. Реалии профилактики повторного инсульта в амбулаторных условиях. // Клиническая геронтология. 2011. Т. 7, №8. С. 10-14.
9. Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Лорер В.В. и др. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. №4. С.30-42.

10. Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Малькова С.В. и др. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. №4. С.18-29.
11. Владимирова О.Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности. // Диссертация ... доктора медицинских наук. 14.02.06. Санкт-Петербург. 2020, 320 с.
12. Водопьянова Н.Е. Дисфункции ценностно-смысловой регуляции личности как риск психического выгорания и профессионального здоровья // Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2013. С. 296-312.
13. ВОЗ. Инвалидность и реабилитация. Медицинское обслуживание и реабилитация: деятельность ВОЗ. – URL: <http://www.who.int/disabilities/cure/activities/ru> (дата посещения 30.08.2017).
14. Глыбочко П.В., Востриков Я.Ш., Свистунов А.А. Гомеостаз и функции жизненно важных органов у больных мультифокальным атеросклерозом в процессе комплексного лечения. Саратов: Приволж. кн. изд-во, 2003. С. 542.
15. «ГОСТ Р 52876-2007. Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 27.12.2007 N 554-ст).
16. «ГОСТ Р 52877-2007. Национальный стандарт РФ. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 27.12.2007 N 555-ст).
17. «ГОСТ Р 53874-2017. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.10.2017 N 1618-ст).
18. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М., 2013. С. 176.

19. Деревнина Е.С., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г. Когнитивные расстройства у пациентов с сердечно сосудистыми заболеваниями // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. С. 281-286.
20. Доклад ВОЗ. Информационный бюллетень №310, июль 2013; www.who.int
21. Дымочка М.А. Комплексный анализ закономерностей формирования инвалидности и разработка современных методологических основ медико-социальной экспертизы при заболеваниях нервной системы. Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н., 2010.
22. Ельникова О.Е. Субъективная оценка здоровья как основа типов отношения к болезни. // Научное мнение. 2016. № 10. С. 158-161.
23. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта. // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2012. № 128. С. 83-92.
24. Живолупов С.А., Самарцев И.Н. Современный клинический анализ нейроваскулярных заболеваний: узловые вопросы дифференциальной диагностики и патогенетического лечения. // Фарматека. 2012. №7. С. 87-94.
25. Журавская Н.Ю., Кутищенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. от имени рабочей группы исследования «ЛИС-2». Изучение приверженности врачебным рекомендациям пациентов, перенесших мозговой инсульт. Роль тревоги и депрессии (результаты регистра ЛИС-2) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015. Т.14, №2. С. 46-51.
26. Зоткина М.Н., Жаднов В.А. Анализ качества жизни у больных цереброваскулярными заболеваниями // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2016/1(12). URL: www.humjournal.rzgmu.ru
27. Иванова С.С., Стафеева А.В. Содержательные аспекты физического, психического и социального здоровья и возможности формирования их гармоничного соотношения // Фундаментальные исследования. 2014. №11 (12). С. 2729-2733.

28. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
29. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. // М.: МИКЛОШ, 2003. С.176.
30. Камышникова К.А., Маслова Н.Н., Довгань Е.В. Современные проблемы вторичной профилактики цереброваскулярных болезней. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. №1. С. 171-178.
31. Каукенова Т. Пенсионное обеспечение в КНР. [электронный ресурс]. URL: <http://www.easttime.ru/analytic/2/8/520.html>
32. Ken Uchino, Jennifer K. Pary, James C.Grotta. Acute Stroke Care. A Manual from the University of Texas –Houston Stroke Team. Перевод с английского К.В. Шеховцовой; под ред. В.И. Скворцовой. 2-е изд. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 272.
33. Киреева Н.Н., Анисимов А.И. Взаимосвязь ресурсов духовного здоровья и состояния индивидуального здоровья студентов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015. Т. 10, №1. С. 220-221.
34. Ковальчук В.В. Терапевтические возможности улучшения когнитивных функций, психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов после инсульта. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. №12. С. 92-97.
35. Коврижных Ю.А. Совершенствование комплексной реабилитации инвалидов молодого возраста вследствие злокачественных новообразований в г. Москве. // Диссертация ... кандидата медицинских наук. 14.02.06. 14.02.03. Москва. 2020. С. 228.
36. Козлова Н.В., Мещерякова Э.И., Левицкая Т.Е. и др. Биопсихосоциальная модель реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в отечественной и зарубежной практике. // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 159-179.

37. Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года (по состоянию на 26 октября 2022 г.). 2012. С. 29.
38. Котов С.В., Стаховская Л.В. Инсульт. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2014. С. 397.
39. Коцюбинский А.П., Гусева О.В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. М. : Litres, 2017. С. 400.
40. Краснова-Гольева В.В., Гольев М.А. Виртуальная реальность в реабилитации после инсульта. // Современная зарубежная психология: электронный журнал. 2015. Т. 4, №4. С. 39-44.
41. Кузнецов М.А., Зотова Л.Н. Психологические механизмы и детерминанты поддержания здоровья человека. // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2016. № 53. Р. 165-188.
42. Кукес В.Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия. 3-е издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 832.
43. Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л. SWOT-анализ системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области. // I национальный конгресс с международным участием Реабилитация – XXI век. Традиции и инновации. Сб. материалов. 2017. С. 65-67.
44. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практического врача. // М.: МЕДпресс-информ, 2016. С. 1024.
45. Лифинцев Д.В., Анцута А.Н. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья // Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Сер. 4, Педагогика. Психология. 2013. Вып. 4 (31). С. 50–60.
46. Лифинцев Д.В., Серых А.Б., Анцута А.Н. Социальная поддержка: сопоставительный анализ политико-правового и социально-психологического подходов // Вестник Православного Свято-Тихоновского

- гуманитарного университета. Сер. 4, Педагогика. Психология. 2016. Вып. 2 (41). С. 7-13.
47. Лядов К.В., Макарова М.Р., Беганова Т.В. и др. Программы медицинской реабилитации больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Вестник восстановительной медицины. 2012. №1(47). С. 37-39.
48. Майсак О.С. Swot-анализ: объект, факторы, стратегии. Проблема поиска связей между факторами // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. 2013. №1(21). С.151-157.
49. Малыхин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возрастов (обзор литературы). // Качественная клиническая практика. 2011. №1. С. 11-18.
50. Маслова Н.Н., Агафонов К.И., Агафонова М.А. и др. Инсульт – мультидисциплинарная проблема. // Врач. 2017. №9. С. 22-25.
51. Мелехов А.В., Гендлин Г.Е., Алексеева Е.М. и др. Профилактика инсульта при фибрилляции предсердий: желаемое и действительное // Неврология. 2017. Т. 9, №153. С. 30-35.
52. Меметов С. С., Шаркунов Н. П. Социальные проблемы лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе // Colloquium-journal. 2019. №5 (29). С. 38-41.
53. Меметов С.С., Черныш М.В., Рукодачный О.В., и др. Некоторые промежуточные итоги реализации индивидуальных программ реабилитации-абилитации инвалида. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2017. №3. С. 6-12.
54. Меметов С.С., Шаркунов Н.П. Иванова Т.А., и др. Актуальные вопросы социальной реабилитации лиц пожилого возраста. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2017. №4. С. 30-33.

55. Меметов С.С., Шаркунов Н.П. Некоторые аспекты обеспечения инвалидов пожилого и старческого возраста техническими средствами реабилитации на современном этапе. // Успехи геронтологии. 2019. Т. 32, №1-2. С. 211-214.
56. Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Ким В.В. Некоторые аспекты медико-социальной помощи и реабилитации граждан пожилого и старческого возраста на региональном уровне. // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2019. №3(3). С. 54-57.
57. Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Ким В.В. Пути совершенствования медико-социальной помощи участникам и ветеранам боевых действий. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2018. №4. С. 79-83.
58. Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Чепракова Э.В. и др. Некоторые особенности медико-социальной реабилитации лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, на муниципальном уровне. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. №3. С. 92-100.
59. Мещерякова Э.И., Гриднева А.А. Адаптационные ресурсы личности в экстремальных условиях профессиональной деятельности (на примере работников пенитенциарной системы). // Психология и психотехника. 2017. №1(99). С. 85-95.
60. Мухаметзянов А.М. Медико-экономические аспекты инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в г. Уфе. // Фундаментальные исследования. 2014. №10 (5). С. 941-944.
61. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53872-2010 «Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов».
62. Никифоров Г.С. Здоровье как системное понятие // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. М., 2000. С. 607.

63. Новикова Л.Б., Акопян А.П., Мустафин Х.М. и др. Факторы риска цереброваскулярных болезней в нейрогериатрии. // Фарматека. 2017. №9. С. 61-64.
64. Общие принципы проведения фармакоэкономических исследований в неврологии: Метод.рекомендации № 32/33 / Правительство Москвы. Департамент здравоохранения; [Сост. : Е.И. Гусев и др.]. – М.: Разумов А.Н., 2003 (ООО СИГМА). С. 54.
65. Овсянникова Н.А., Арьев А.Л., Жулев Н.М. Цереброваскулярные заболевания и коморбидные состояния – новое представление проблемы// Вестник Санкт-Петербургского университета. 2011, сер. 11, вып. 2. С. 147-154.
66. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: пути развития // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. №3. С. 5-7.
67. Одинак М.М., Вознюк И.А., Янишевский С.Н. и др. Острый церебральный тромбоз – реканализация за пределами окна тромболитической терапии. Дисфункция эндотелия. Патогенетическое значение и методы коррекции / Под ред. Петрищева Н.Н. СПб., 2007. С. 121-139.
68. Остроумова О.Д., Викентьев В.В., Абросимов А.Г. и др. Фиксированная комбинация блокатора рецепторов к ангиотензину II азилсартана и диуретика хлорталидона: новые возможности в лечении артериальной гипертензии // Кардиологический вестник. 2017. №2. С. 60-68.
69. Остроумова О.Д., Фролова Л.И., Колесникова Т.А Поражение головного мозга как органа-мишени артериальной гипертензии: как выявить и можно ли избежать? // Справочник поликлинического врача. 2011. №3. С.21-25.
70. Петросян К.М. Показатели повторной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней взрослого населения в городе Москве. // Лечебное дело. 2014. №1. С. 45-48.
71. Письмо Росздравнадзора от 27.10.2015 N 03-33889/15 «По вопросу лицензирования деятельности медицинских организаций, осуществляющих работы (услуги) по медицинской реабилитации».

72. Пономаренко Г. Н. Научная платформа современной реабилитации//I национальный конгресс с международным участием Реабилитация – XXI век. Традиции и инновации. Сб. материалов. 2017. С. 13-15.
73. Постановление Минтруда РФ №21, Минздрава РФ №417, Минобразования РФ №515 от 23.12.1996 «Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении».
74. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 №1297 (ред. от 27.12.2018) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы» (утратил силу).
75. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 (ред. от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")»).
76. Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 №363 (ред. от 21.11.2019) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда"».
77. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 N 27723).
78. Чернякина Т.С., Радутто В.И. Развитие национального законодательства в области реабилитации инвалидов. // Материалы I национального конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 2017. С. 16-18.
79. Психологические аспекты медицинской реабилитации. /под ред. Ачкасова Е.Е., Твороговой Н.Д./ – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 352.

80. Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е., Богова О.Т. и др. Заболевания сердечно-сосудистой системы у спортсменов-профессионалов. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. №3. С. 55-57.
81. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С. и др. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21, №1-2. С. 10-17.
82. Путилина М.В. Коморбидный пациент в реальной клинической практике. // Consilium Medicum. 2017. Т. 19, №2. С. 71-79.
83. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 №2347-р (ред. от 21.12.2019) «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду».
84. Самусенко А.Г. Заболеваемость и инвалидность взрослого населения старше трудоспособного возраста вследствие болезней нервной системы и совершенствование медико-социальной реабилитации. // Диссертация ... кандидата медицинских наук. 14.02.06 : 14.02.03. Москва. 2020. С. 188.
85. Самыличев А.С. Возможности физической реабилитации и самореабилитации. // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. №4. С. 93-106.
86. Сидорова Е.М. Совершенствование мер комплексной реабилитации инвалидов вследствие профессиональных болезней в ханты-мансийском автономном округе-Югре. // Диссертация ... кандидата медицинских наук. 14.02.06, Москва. 2019. С. 189.
87. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А и др. Антиагреганты в профилактике ишемического инсульта: пути повышения эффективности. // Справочник поликлинического врача. 2006. №2. С. 98-101.
88. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. и др. Первичная профилактика инсульта. М., 2006.

89. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Кардиоренальный континуум: патогенетические основы превентивной нефрологии. // Нефрология. 2005. Т. 9, №3. С. 7-15.
90. Сокуров А.В., Радута В.И. К вопросу об организационном и правовом регулировании деятельности центров, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам (детям-инвалидам). // Материалы I национального конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 2017. С. 85-88.
91. Сокуров А.В., Смирнова Л.М., Монахова М.И. и др. Проблемы нормативного правового регулирования медицинской реабилитации инвалидов. // Стандарты и качество. 2019. №11. С. 98-103.
92. Сокуров А.В., Старобина Е.М., Ермоленко Т.В. и др. Комплексный подход к созданию реабилитационных центров для инвалидов. // Морская медицина. 2018, Т. 4, №2. С. 61-66.
93. «СП 149.13330.2012. Свод правил. Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Правила проектирования» (утв. Приказом Госстроя от 27.12.2012 N 113/ГС) (ред. от 30.12.2015).
94. Спирин Н.Н., Корнеева Н.Н. Данные госпитального регистра инсульта в Костроме. // Фундаментальные исследования. 2012. №4(1). С. 123-128.
95. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий. // Фундаментальные исследования. 2012. №8 (часть 2). С. 424-427.
96. Стаховская Л.В., Клочихина О.А., Богатырева М.Д. и др. Анализ эпидемиологических показателей повторных инсультов в регионах Российской Федерации (по итогам территориально-популяционного регистра 2009-2014 гг.). // Consilium Medicum. 2016. Т. 18, №9. С. 8-11
97. Стаховская Л.В., Клочихина О.А., Богатырева М.Д. и др. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010) // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. № 5. С. 4-10.

98. Судьин С.А. Гендерный аспект социологии медицины и здоровья. // Женщина в российском обществе. 2012. №4. С.24-31.
99. Сычев Д.А., Данилина К.С., Отделенов В.А. Клинико-фармакологические подходы к решению проблемы полипрагмазии у пожилых пациентов в условиях многопрофильного стационара. // Клиническая фармакология и терапия. 2013. Т. 22, №2. С. 87-92.
100. Сычев Д.А., Отделенов В.А., Краснова Н.М. и др. Полипрагмазия: взгляд клинического фармаколога // Терапевтический архив. 2016. №12. С. 94-101.
101. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда./под ред. Ачкасова Е.Е., Пузина С.Н., Машковского Е.В. / – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 128.
102. Федеральный закон от 04.05.2011 №99-ФЗ (ред. от 02.08.2019) «О лицензировании отдельных видов деятельности».
103. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
104. Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
105. Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ (ред. от 01.05.2019) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
106. Фейгин В.Л., Варакин Ю.Я., Кравченко М.А. Новый подход к профилактике инсульта в России. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2015. Т. 9, №4. С. 19-23.
107. Хасанова Д.Р., Данилова В.И. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 248.
108. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8, №4. С. 8-31.
109. Хорькова О.В. Научное обоснование организационных мероприятий в системе медико-социальной экспертизы с целью повышения удовлетворенности инвалидов пожилого возраста в мерах социальной

поддержки и реабилитации на примере Санкт Петербурга. // Диссертация ... кандидата медицинских наук. 14.02.06. Москва. 2019. С. 171.

110. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией // Кардиология. 2014. Т. 54, №10. С.4-12.
111. Чандирли Севда Айдын кызы. Комплексное исследование инвалидности вследствие ишемической болезни сердца в Российской Федерации и научное обоснование приоритетных мер по совершенствованию системы медико-социальной реабилитации. // Диссертация ... доктора медицинских наук. 14.02.06. Москва. 2019. С. 510.
112. Чухина Н.В., Салагаев А.Л. Актуальные проблемы качества жизни населения пожилого возраста. // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история: сб. ст. по матер. XI междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.
113. Шабунув А.А. Инвестиционное будущее сбережений населения. / Всероссийский экономический журнал ЭКО. 2014. №2. С. 165-178.
114. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кащина Е.М. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций. // Трудный пациент. 2012, Т. 10, №11. С. 22-26.
115. Шишкова В.Н. Коморбидность и полипрагмазия. // Врач. 2017. №7. С. 25-29.
116. Шишкова В.Н. Проблемы коморбидного пациента и полипрагмазии в неврологии. // Фарматека. 2017. №9. С. 34-43.
117. Шмидт Е.В., Лунев Д.К., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. М.: Медицина. 1976. С. 283.
118. Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К. Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья и философия реабилитации // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации.

I национальный конгресс с международным участием. Санкт-Петербург. 2017. С. 24-25.

119. Шургая М.А. Инвалидность в пожилом возрасте и научное обоснование стратегии совершенствования медико-социальной реабилитации в Российской Федерации. Диссертация ... доктора медицинских наук. 14.02.06. Москва, 2018, 411 с.
120. Якушин С.С., Филиппов Е.В., Петров В.С. Современные подходы к лечению дислипидемий. // Медицинский совет. 2017. №12. С.105-111.
121. Arenillas JF. Intracranial atherosclerosis: current concepts. Stroke. 2011; 42:20-3.
122. Atkinson J., Dupuis F., Chillon J.M. Systeme renine-angiotensine-aldosterone: vieux systeme mais piste strategique de regulation de la circulation cerebrale // Ann. Pharm. Fr. 2007. Vol.65, N 3. P. 195-202.
123. Brenner D., Labreuche J., Pico F. et al. The renin-angiotensin-aldosterone system in cerebral small vessel disease // J. Neurol. 2008. Vol. 255, N 7. P. 993-1000.
124. Decramer M., Rennard S., Troosters T., et al. COPD as a lung disease with systemic consequences—clinical impact, mechanisms, and potential for early intervention. COPD. 2008; 5(4): 235-256. doi: 10.1080/15412550802237531.
125. Derdeyn CP. Mechanisms of ischemic stroke secondary to large artery atherosclerotic disease. Neuroimaging Clin N Am 2007; 17: 303 – 11.
126. Dodd J.W., Hogg L., Nolan J. et al. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicenter, prospective study. Thorax. 2011; 66(5): 425-9. doi: 10.1136/thx.2010.156372.
127. Durukan A., Tatlisumak T. Acute ischemic stroke: Overview of major experimental rodent models, pathophysiology, and therapy of focal cerebral ischemia // Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2007. V. 87, is. 1. P. 179–197. DOI: 10.1016/j.pbb.2007.04.015.
128. Egger G.J., Binns A.F., Rossner S.R. The emergence of “lifestyle medicine” as a structured approach for management of chronic disease // The Medical Journal of

- Australia. 2009. V. 190 (3). P. 143–145. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02317.x.
129. England T.J., Gibson C.L., Bath P.M.W. Granulocyte-colony Stimulating Factor in Experimental Stroke and Its Effects on Infarct Size and Functional Outcome: a Systematic Review // *Brain Research Reviews*. 2009. № 62. P. 71-82.
 130. Gillham S., Clark L. Psychological Care After Stroke: Improving Stroke Services for People with Cognitive and Mood Disorders // *NHS Improvement – Stroke*. 2011. P. 28 URL: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/psychological-care-afterstroke-improving-stroke-services-for-people-with-cognitive-and-mood-disorders/>
 131. Griffin B., Loh V., Hesketh B. A mental model of factors associated with subjective life expectancy // *Social Science & Medicine*. 2013. V. 82. P. 79–86.
 132. Guidelines for Management of Ischemic Stroke of the European Stroke Organisation. 2008 <http://www.eso-stroke.org/recommendations>
 133. Gustad L.T., Laugsand L.E., Janszky L., et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infection: the HUNT 2 study. *Eur Heart J*. 2014; 35(21): 1394-1403.
 134. Gustad LT, Laugsand LE, Janszky I, et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of heart failure: the HUNT Study. *Eur J Heart Fail*. 2014; 16(8): 861-870.
 135. Hanania N.A., Mullerova H., Locantore N.W., et al.; Evaluation of ECLIPSE. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011; 183(5): 604-611.
 136. Jauch E. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44: publishedonline January 31.
 137. Johnson B.T., Acabchuk R.L. What are the keys to a longer, happier life? Answers from five decades of health psychology research // *Social Science & Medicine*. 2018. V. 196. P. 218–226.

138. Kagawa-Singer M., Dressler W.W., George S.M., Elwood W.N. The Cultural Framework for Health: an Integrative Approach for Research and Program Design and Evaluation. [S.l.]. 2014. P. 319.
139. Leys D., Nenon H., Mackowiak-Cordoliani M.A., Pasquier F. Poststroke dementia // *Lancet Neurol.* 2005; 4: 752–759.
140. Leys D., Pasquier F. Poststroke dementia. In: VASCOG. San Antonio, 2007: 21.
141. Lodder J. Poststroke cognition and the fight against the hard problem: vascular neurologists, enter the arena! // *Stroke.* 2007; 38: 739–740.
142. Lopez A.D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2006; 367: 1747-57.
143. Mackenbach J.P. Cultural values and population health: a quantitative analysis of variations in cultural values, health behaviours and health outcomes among 42 European countries // *Health & Place.* 2014. V. 28. P. 116–132.
144. Maercker X.C., Zhang Z., Gao Y. et al. Personal value orientations as mediated predictors of mental health: A three culture study of Chinese, Russian, and German university students // *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2015. V. 15. P. 8–17.
145. Maiti R., Agrawal N., Dash D. et al. Effect of Pentoxifylline on inflammatory burden, oxidative stress and platelet aggregability in hypertensive type 2 diabetes mellitus patients. *Vascul Pharmacol.* 2007; 47(2–3): 118–24.
146. Marcus H.S. Mild cognitive impairment after lacunar infarction: voxel-based morphometry and neuropsychological assessment // *Cerebrovasc. Dis.* 2007; 23: 739–740.
147. Meseguer E., Lavallee P.C., Mazighi M., et al. Yield of systematic transcranial Doppler in patients with transient ischemic attack. *Ann Neurol.* 2010; 68: 9–17.
148. Moorhouse P., Rockwood K. Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments // *Lancet Neurol.* 2008; 7: 246–255.
149. Napier A.D., Ancarno C., Butler B., Calabrese J., Chater A., Chatterjee H. et al. Culture and health // *The Lancet Commissions.* 2014. V. 384. P. 1607–1639.

150. Ormstad H., Eilertsen G. A biopsychosocial model of fatigue and depression following stroke // *Medical Hypotheses*. 2015. V. 85. P. 35–841.
151. Präg P., Mills M., Wittek R. Income and Income Inequality as Social Determinants of Health. Do Social comparisons play a role? // *EurSociol Rev.* 2014. № 30 (2). P. 218–229. DOI: 10.1093/esr/jct035.
152. Rapsey C.M., Lim C.W., Al-Hamzawi A., et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent COPD diagnosis. *J Psychosom Res.* 2015; 79(5): 333-339.
153. Rockwood K., Black S.E., Song X. et al. Clinical and radiographic subtypes of vascular cognitive impairment in a clinic-based cohort study // *J Neurol Sci.* 2006; 240: 7–14.
154. Rodriguez-Pecchi M.S., de la Fuente-Aguado J., Montero-Tinnirello J., et al. Chronic obstructive pulmonary disease: differences between men and women. *Medicina (B Aires)*. 2012; 72(3): 207-15.
155. Roman G.C. Facts, myths, and controversies in vascular dementia. *J. Neurol. Sci.* 2004; 226: 49-52.
156. Sampaio-Baptista C., Sanders Z.B., Johansen-Berg H. Structural Plasticity in Adulthood with Motor Learning and Stroke Rehabilitation // *Annual Review of Neuroscience*. 2018. V. 41. P. 25–40.
157. Silver F.L., Mackey A., Clark W.M. et al. Safety of Stenting and Endarterectomy by Symptomatic Status in the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST) // *Stroke*. 2011. №42. P. 675–680.
158. Snaphaan L., De Leeuw E. Poststroke memory function in nondemented patients // *Stroke*. 2007; 38: 192–203.
159. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. //
160. Turan T.N., Cotsonis G., Lynn M.J. et al.; Warfarin-Aspirin Symptomatic Intracranial Disease (WASID) Trial Investigators, Relationship between blood pressure and stroke recurrence in patients with intracranial arterial stenosis, *Circulation*. 2007; 115: 2969-75.

161. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults // American Geriatrics Society. 2015.
162. Zhang Q., Liao J., Liao X., et al. Disease knowledge level is a noteworthy risk factor of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. *BMC Pulm Med.* 2014; 14: 92.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Анкетирование

Анкета №1

Оценка психологического статуса инвалида вследствие цереброваскулярных болезней

1. К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?
 «Дружелюбный» «Недружелюбный» Затрудняюсь ответить
2. К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?
 «Дружелюбный» «Недружелюбный» Затрудняюсь ответить
3. К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?
 «Уравновешенный» «Вспыльчивый» Затрудняюсь ответить
4. К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?
 «Уравновешенный» «Вспыльчивый» Затрудняюсь ответить
5. К какой категории лиц Вы себя относили до болезни?
 «Общительный» «Замкнутый» Затрудняюсь ответить
6. К какой категории лиц Вы себя относите после установления инвалидности?
 Общительный Замкнутый Затрудняюсь ответить
7. Какие расстройства беспокоят Вас в настоящее время?
 Расстройства сна
 Повышенная возбудимость
 Повышенная раздражительность
8. Считаете ли Вы себя зависимым от окружающих людей?
 Да Нет Частично
9. Какие изменения в познавательной сфере Вы у себя отмечаете после установления инвалидности?
 Нарушение мышления
 Снижение внимания
 Нарушение умственной работоспособности
 Нарушение эмоционально-волевой сферы

10. Ваше семейное положение?

- Состою в браке
 Проживаю с родственниками
 Проживаю один

11. Удовлетворены ли Вы своим семейным положением?

- Да Нет Частично

12. Удовлетворены ли Вы своим социально-экономическим состоянием?

- Да Нет Частично

Для оценки удовлетворённости инвалида объемом и качеством реабилитационных мероприятий также проводили социологическое исследование с опросом по разработанной оригинальной анкете (анкета №2).

Анкета №2

Оценка удовлетворённости инвалида объемом и качеством реабилитационных мероприятий

1. Удовлетворены ли Вы объемом и качеством проводимых реабилитационных мероприятий?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

2. Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия комплексно, последовательно?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

3. Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия регулярно?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

4. Проводились ли в отношении Вас реабилитационные мероприятия мультидисциплинарной командой?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

5. Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

6. Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция на всех этапах реабилитации?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

7. Проводилась ли в отношении Вас психологическая коррекция на отдельных этапах реабилитации?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

8. Оказывают ли Вам органы социальной защиты населения содействие в реализации мероприятий, входящих в ИПРА инвалида?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

9. Обращались ли Вы в службу занятости по поводу рационального трудоустройства?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--

10. Оказывают ли медицинские организации Вам содействие в реализации ИПРА инвалида?

Да		Нет		Частично	
----	--	-----	--	----------	--