


*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

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научный руководитель:**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор **Пузин Сергей Никифорович**

**Официальные оппоненты:**

**Дымочка Михаил Анатольевич**, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, руководитель - главный федеральный эксперт по медико-социальной экспертизе

**Сырникова Бэла Алихановна**, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-практический реабилитационный центр» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы», директор

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Защита состоится 24 июня 2022 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.04 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d.37/1) и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, доцент



**Конеева Елизавета Сергеевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Курс на ускоренное инновационное развитие, провозглашенный руководством страны, требует мобилизации всех ресурсов. Производственные силы, то есть население регионов и страны в целом, являются тем базовым ресурсом, который определяет темпы социально-экономического развития государства (Стаховская Л.В. и др. 2013).

Потери ВВП Российской Федерацией в период с 2005 по 2015 год, обусловленные преждевременной смертностью от болезней системы кровообращения, значительную долю в структуре которой составили цереброваскулярные болезни, достигли по данным ВОЗ 8,2 трлн. рублей (ВОЗ, 2017; Мухаметзянов А.М. 2014)

Ежегодно в России регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта. В Российской Федерации заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) составляет 2,5–3,5 случая на 1000 человек в год. Летальность в остром периоде ОНМК достигает 35%, увеличиваясь к концу первого года на 12–15 %. В течение 5 лет после инсульта умирает 44% пациентов (Скворцова В.И. и др. 2006; Meseguer E. et al. 2010; Живолупов С.Н. и др. 2012).

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 цереброваскулярных болезней (Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization. 2013).

Инвалидность рассматривается как интегральный показатель здоровья населения, условий жизни, быта, труда и среды обитания, наряду с показателями заболеваемости и смертности. Болезни системы кровообращения являются одной из наиболее частых причин первичного выхода на инвалидность, среди которых цереброваскулярные болезни занимают второе место после ишемической болезни сердца (Мухаметзянов А.М. 2014).

Несмотря на достижения в диагностике и лечении больных цереброваскулярными болезнями, медико-социальные проблемы этого контингента больных не теряют своей актуальности. Это обусловлено, в первую очередь, сложностью экспертно-реабилитационной диагностики в отношении больных с цереброваскулярными болезнями, во вторую очередь, постоянным совершенствованием реабилитационных технологий, в том числе появлением новых подходов к проведению медико-социальной экспертизы, совершенствованием нормативно-правовой и законодательной базы (С.Н. Пузин и др. 2020; Владимирова О.Н. и др. 2019)

В соответствии с Федеральными законами - ФЗ от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и ФЗ от 28 декабря 2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» 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 (181-ФЗ от 24.11.1995).

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 (Пузин С.Н. и др. 2018).

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 (Владимирова О.Н. и др. 2019; Пузит С.Н. и др. 2018; Дымочка М.А. 2017; Пономаренко Г.Н. 2017).

До настоящего времени не удается обеспечить непрерывность и этапность проведения реабилитационных мероприятий в отношении больных и инвалидов, страдающих цереброваскулярными болезнями. В связи с этим очевидна необходимость проведения специальных исследований.

### **Степень разработанности темы исследования**

Несмотря на многочисленные исследования проблем больных и инвалидов с последствиями ЦВБ, в научной литературе практически отсутствуют данные о потребности в медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ (Дымочка М.А., 2010; Петросян К.М., 2014; Пузин С.Н. и др., 2017; Меметов С.С. и др., 2018).

Недостаточно исследованы психологические особенности, уровень социально-психологической адаптации инвалидов с последствиями 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 при последствиях ЦВБ, что,

в свою очередь, затрудняет проведение реабилитационных мероприятий в отношении этой категории инвалидов и их интеграцию в общество.

### **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 исследования**

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 в следствии 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: ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области».

Медицинскими организациями используются разработанные критерии при оформлении направления на медико-социальную экспертизу граждан вследствие 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 (Сеченовский Университет) – отделение медицинской реабилитации Университетской клинической больницы №2, отделение терапии и реабилитации Санатория «Звенигород» Университетской клинической больницы №5.

## **Методология и методы исследования**

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.

#### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Степень достоверности результатов обусловлена проведением комплексного исследования инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней с анализом клинико-лабораторных данных и результатов инструментальных методов исследования при этапном проведении реабилитационных мероприятий, с анализом данных социологического и клинико-статистического исследований, а также анализом материалов клинико-экспертных документов Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы с использованием адекватных методов математико-статистического анализа.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на научных конференциях: Международный конгресс «Современные технические средства в реабилитации» (Москва, 19 сентября 2019 г.); VI научно-практическая конференция организаторов здравоохранения Юга России «Региональное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации национального проекта «Здравоохранение» (Ростов-на-Дону, 21-22 ноября 2019 г.); научно-практическая конференция «Гериатрические аспекты в клинической медицине» (Москва, 22 января 2020 г.).

Апробация работы состоялась «08» апреля 2021 г. 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).

#### **Личный вклад автора в проведенное исследование**

Автор самостоятельно разработал задачи и программу исследования, сформулировал положения, выносимые на защиту, выполнил аналитический обзор литературы и нормативно-правовых документов по изучаемой проблеме. Автором на основе данных отчета по форме 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» проведено клинико-статистическое исследование контингента лиц, признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней за период 2014 - 2018 годы. Разработана специальная таблица, в которую внесены полученные данные. Лично автором проведено экспертно-реабилитационное обследование с последующей оценкой и анализом результатов 214 инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней. Автор провел дифференцированный анализ рекомендованных реабилитационных мероприятий по возрастным

группам и динамический анализ структуры потребности мероприятий по комплексной реабилитации изучаемого контингента инвалидов. Авторами сформулированы выводы и практические рекомендации.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

По тематике, методам исследования, предложенным новым научным положениям представленная диссертация соответствует пунктам 1, 3, 9, 10 паспорта научной специальности 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация.

### **Публикации**

По материалам диссертации автором опубликовано 8 печатных работ, в том числе 7 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ / Перечня журналов Сеченовского Университета, из которых 1 статья в журналах индексируемых 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 страницах 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.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обосновывается актуальность работы, сформированы цель и задачи исследования, научная новизна, научно-практическая значимость работы и основные положения, выносимые на защиту, апробация материалов исследования, внедрение результатов в практику здравоохранения, учреждений медико-социальной экспертизы, личный вклад автора, публикации, структура и объем диссертации.

**В первой главе** проанализированы и обобщены данные отечественных и зарубежных литературных источников, свидетельствующие о необходимости дифференцированного подхода к определению потребности инвалида вследствие цереброваскулярных болезней (далее ЦВБ) в



мерах социальной поддержки, включая реабилитацию, в зависимости от возраста и состояния здоровья. Представлены позиции ученых по актуальности проблемы реабилитации инвалидов вследствие ЦВБ в Российской Федерации, необходимости научной поддержки при оценке дифференцированных потребностей этой категории инвалидов в реабилитационных мероприятиях, внутриведомственном и межведомственном взаимодействии специалистов учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы и социальной сферы. В публикациях подчеркнута необходимость преемственности на всех этапах медико-социальной реабилитации с вовлечением в этот процесс самого инвалида и его окружения.

**Во второй главе** представлены материалы и методы исследования, предусматривающие последовательное выполнение четырех этапов.

На начальном этапе изучена доступная отечественная и зарубежная литература, разработан план и программа исследования, подготовлена учетная документация, представлена рабочая схема проведения исследования.

Первый этап посвящен изучению социально-гигиенических особенностей контингента инвалидов с последствиями ЦВБ. Проведен сравнительный анализ численности контингента, уровня и структуры первичной и повторной инвалидности вследствие ЦВБ населения г. Москвы за 2014-2018 годы. 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. Для проверки различий между двумя независимыми выборками по годам использован U-критерий Манна-Уитни, который был рассчитан для полей «Пол», «Группа инвалидности» и «Возраст». Оценка достоверности средних показателей определялась показателем средней ошибки этих величин.

Второй этап – клинико-экспертный и социально-психологический, посвящен оценке состояния функций организма у инвалидов вследствие ЦВБ, а также психологических особенностей этой категории инвалидов для определения оптимальных программ комплексной медико-социальной реабилитации. Объем исследования определялся по формуле А.М. Меркова и составил 214 человек. Для оценки психологических особенностей использовались 16-факторный опросник Кеттела и тест «Биограф», для определения толерантности к предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей использовался тест Розенцвейга, также использовались тесты Люшера, Куна, шкалы депрессии HADS, Гамильтона. Период наблюдения – с 2014 по 2018 год.

Третий 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. Для оценки психологического статуса инвалида вследствие ЦВБ и оценки удовлетворённости инвалида объемом и качеством реабилитационных мероприятий проводились социологическое исследование с опросом по разработанным оригинальным анкетам.

В третьей главе представлено комплексное социально-гигиеническое исследование особенностей первичной и повторной инвалидности вследствие ЦВБ жителей г. Москвы за 2014-2018 годы (n=209,4 тыс.) с целью выявления особенностей формирования инвалидности у данного контингента.

Было установлено, что среди лиц, признанных инвалидами, женщины на протяжении всего исследуемого периода преобладали над мужчинами (рисунок 1).

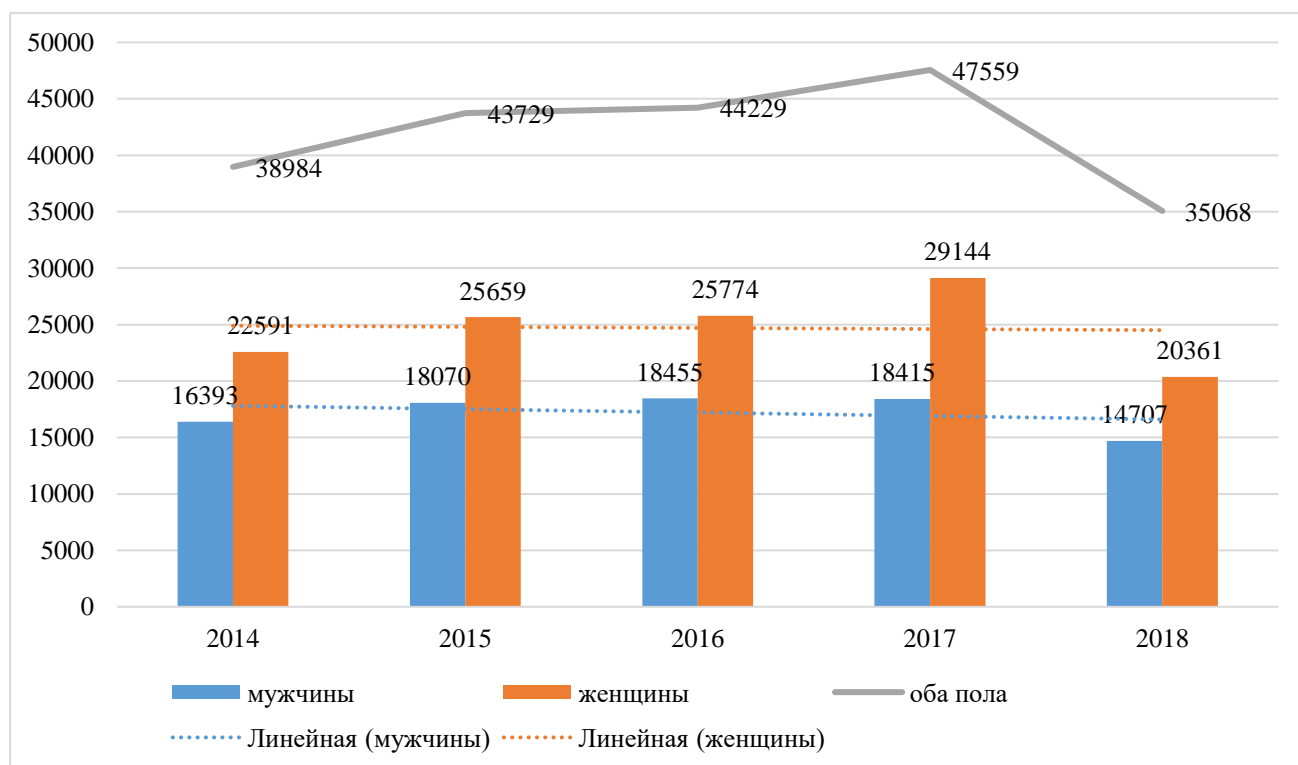


Рисунок 1 – Распределение по полу лиц, признанных инвалидами по последствиям цереброваскулярных болезней за 2014-2018 гг. в г. Москве

Проведено изучение показателей тяжести инвалидности населения Москвы. Установлено, что среди впервые признанных инвалидами по последствиям ЦВБ за 2014-2018 годы в Москве

доля лиц с I группой инвалидности колебалась от 16,5% в 2015 году до 18,7% в 2018 году, доля лиц с II группой инвалидности колебалась от 31,1% в 2018 году до 33,3% в 2014 году, доля лиц с III группой инвалидности от 49,9% в 2014 году до 51,5% в 2016 году (рисунок 2).

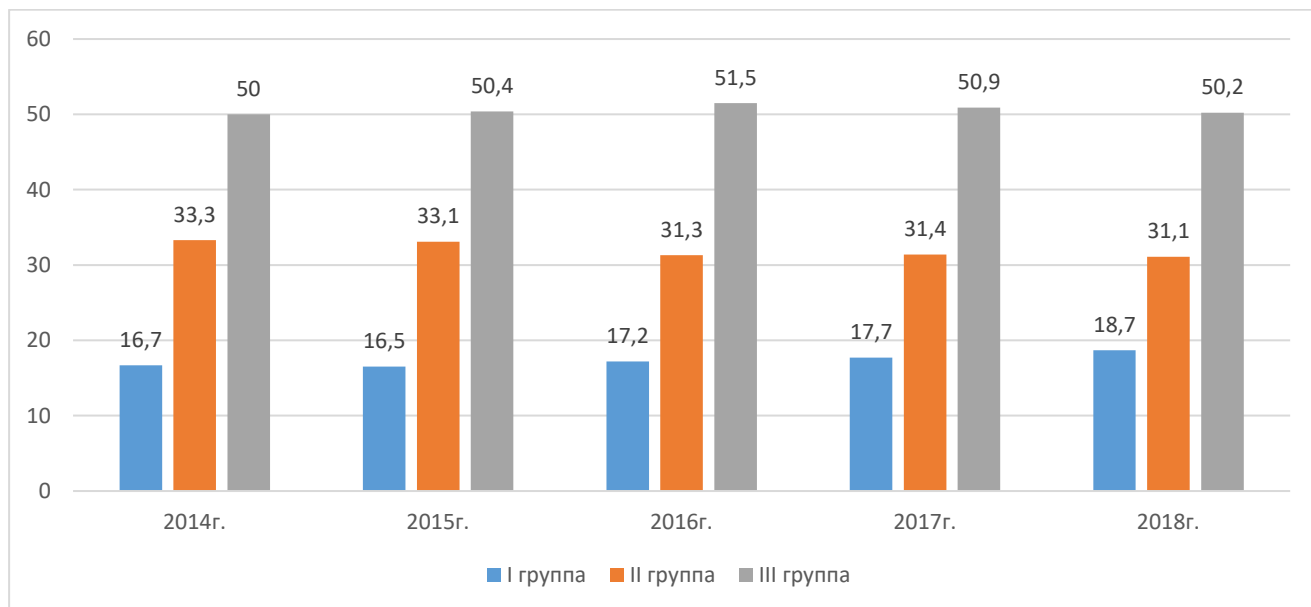


Рисунок 2 – Структура впервые признанных инвалидами по группам инвалидности среди взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (%)

Достаточно высокий удельный вес инвалидов III группы в общей структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ свидетельствует о высокой потребности изучаемого контингента в реабилитационных мероприятиях.

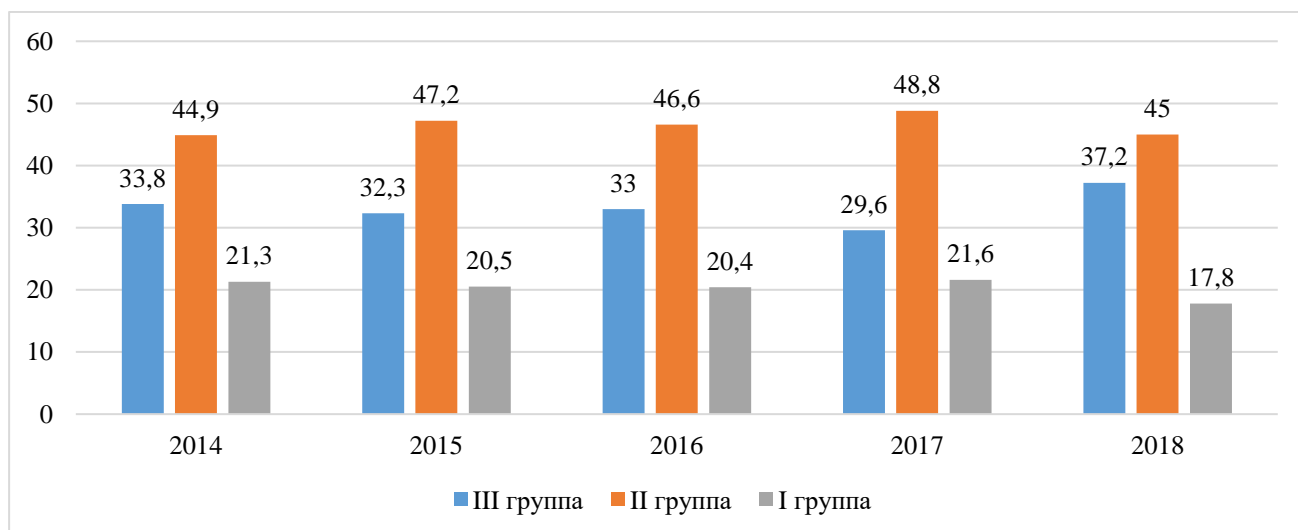


Рисунок 3 – Структура повторно признанных инвалидами среди взрослого населения вследствие цереброваскулярных болезней по группам инвалидности в г. Москве за 2014 - 2018 гг. (%)

Среди повторно признанных инвалидами на 1 место по численности выходили инвалиды II группы, их удельный вес в среднем составлял в среднем 46,8% от общего количества повторно признанных инвалидами вследствие ЦВБ и колебался от 44,9% в 2014 и 2018 годах до 48,8% в 2017 году, удельный вес инвалидов I группы колебался от 17,8 в 2018 году до 21,6% в 2017 году, в среднем за исследуемый период составил 20,4%. Удельный вес инвалидов III группы среди повторно признанных инвалидами колебался от 29,6% в 2017 году до 37,2% - в 2018 году и в среднем составлял 32,8% (рисунок 3).

Таблица 1 – Распределение по возрасту и по полу лиц, признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней в учреждениях медико-социальной экспертизы в г. Москве за 2014 - 2018 гг. ( %)

Возрастная группа, лет	Пол \ Год	Удельный вес, %				
		2014	2015	2016	2017	2018
18-30	Мужчины	0,70	0,69	0,71	0,42	0,33
	Женщины	0,37	0,30	0,27	0,51	0,21
	Оба пола	0,51	0,46	0,45	0,48	0,26
31-40	Мужчины	2,60	2,59	2,36	2,03	2,13
	Женщины	1,38	1,45	1,46	1,17	1,09
	Оба пола	1,89	1,92	1,84	1,50	1,53
41-50	Мужчины	10,88	10,89	10,35	8,98	8,49
	Женщины	6,87	6,77	6,79	4,75	5,04
	Оба пола	8,55	8,47	8,28	6,39	6,49
51-60	Мужчины	33,40	32,02	30,54	28,18	29,30
	Женщины	16,33	13,84	12,73	10,04	10,63
	Оба пола	23,51	21,35	20,16	17,07	18,46
61-70	Мужчины	23,28	24,39	26,26	27,01	28,92
	Женщины	19,38	19,91	21,20	20,28	21,74
	Оба пола	21,02	21,76	23,31	22,89	24,75
71-80	Мужчины	18,82	18,46	18,85	20,06	20,30
	Женщины	28,64	28,72	28,52	30,49	30,64
	Оба пола	24,51	24,48	24,48	26,45	26,30
81-90	Мужчины	8,83	9,22	8,88	10,72	8,80
	Женщины	22,18	23,43	22,91	25,67	24,38
	Оба пола	16,56	17,56	17,05	19,88	17,85
91 и старше	Мужчины	1,49	1,75	2,04	2,60	1,73
	Женщины	4,85	5,58	6,13	7,09	6,27
	Оба пола	3,44	4,00	4,42	5,35	4,37
ВСЕГО	Мужчины	42,1	41,3	41,7	38,8	41,9
	Женщины	57,9	58,7	58,3	61,2	58,1

Анализ возрастно-половой структуры инвалидности вследствие ЦВБ показал, что в трудоспособном возрасте и в возрастной группе от 61-70 лет в общем количестве инвалидов преобладали мужчины. В возрасте 71 год и старше преобладали женщины. У мужчин 1-е место занимала возрастная группа 61-70 лет, у женщин возрастная группа 71-80 лет, то есть инвалиды вследствие ЦВБ преобладали лица пенсионного возраста. Вместе с тем, примерно в 30% случаев признавались инвалидами лица трудоспособного возраста (таблица 1).

При оценке динамики инвалидности за период с 2014 по 2018 годы максимальное число признанных инвалидами регистрировалось в 2017 год: 13433 человек, ВПИ и 34048 человек, ППИ, 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 наименьшая численность – 22898 человек в 2018 году с показателем наглядности (85,3%).

Среди лиц, ВПИ с 2014 по 2017 год, отмечается ежегодный рост численности инвалидов с темпами прироста (+9,22%; +0,18%; +1,21%) 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).

Проведено исследование структуры континента инвалидов по нозологическим формам МКБ-10, которое 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 цереброваскулярным болезням (I60; I61; I62; I64; I65; I66; I68) приходилось 1,3% (рисунок 4).



Рисунок 4 – Распределение контингента инвалидов с последствиями ЦВБ в соответствии с рубриками МКБ-10.

В структуре контингента инвалидов вследствие других цереброваскулярных болезней (I67) женщины составляли 64,5%, мужчины 35,5%, тогда как по последствиям цереброваскулярных болезней (I69) женщины – 48,4%, мужчины – 51,6%; вследствие инфаркта мозга (I63) также преобладали мужчины: женщины – 43,1%, мужчины – 56,9% (рисунок 5).

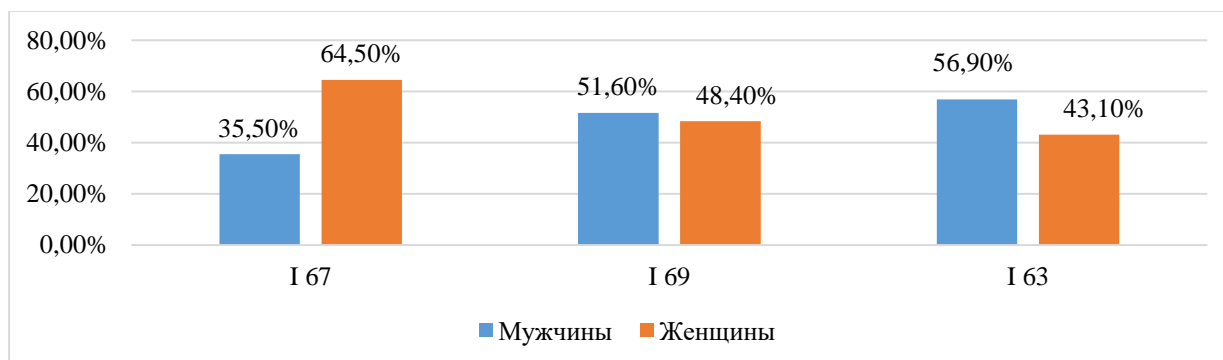


Рисунок 5 – Распределение по полу впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ по наиболее распространенным рубрикам МКБ-10 за 2014-2018 гг. в г. Москве.

Анализ социально-гигиенической характеристики контингента инвалидов вследствие ЦВБ за 2014-2018 годы в г. Москве показал достаточно высокий уровень первичной инвалидности (более 12 на 10 тыс. населения). Более 30% из числа лиц, впервые признанных инвалидами, составляли лица трудоспособного возраста, при этом в трудоспособном возрасте мужчины преобладали над женщинами примерно в два раза, в то же время среди лиц пенсионного возраста женщины преобладали над мужчинами примерно в 1,5 раза. В общем контингенте лиц с ЦВБ за исследуемый период женщины преобладали над мужчинами (59% и 41% соответственно).

**В четвертой главе** представлены результаты изучения психологических особенностей инвалидов с последствиями ЦВБ на индивидуально-психологическом уровне для чего был использован следующие методики: 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. При решении экспертных вопросов проводили традиционное патопсихологическое исследование оценки умственной работоспособности. С целью изучения психологического статуса инвалидов вследствие ЦВБ проведено анкетирование исследуемого контингента, которое выявило существенные изменения психики у лиц, признанных инвалидами вследствие ЦВБ. Особое значение придавалось самооценке инвалида, а также ее изменениям в динамике, до болезни и после установления группы инвалидности.

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, приводит к негативным изменениям статуса пациента.

Весь комплекс причин формирует у инвалидов с последствиями ЦВБ психологическое неблагополучие, которое, в свою очередь, способствует формированию неудовлетворительной субъективной оценки 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 с последствиями ЦВБ нередко носят деструктивный характер и требуют учета при планировании реабилитационных мероприятий.

Психологическая помощь инвалидам вследствие ЦВБ, имеющим социально-психологические проблемы, должна быть обязательной и осуществляться 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 с последствиями 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 ЦВБ.

**В пятой главе** представлены результаты комплексного клинико-экспертного обследования 214 больных, проходивших лечение и реабилитацию на базе неврологического отделения Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в 2014-2018 годах.

По полу исследуемый контингент распределился следующим образом: мужчины – 103 человек (48,2%), женщины – 111 человек (51,8%). Лица трудоспособного возраста – 95 человек (44,5%), пенсионного возраста – 119 человек (55,5%). По локализации очага поражения головного мозга респонденты распределились следующим образом: вертебробазиллярный бассейн - 89 человек (41,5%), бассейн правой средней мозговой артерии – 68 человек (31,8%), бассейн левой средней мозговой артерии – 29 человек (13,5%), бассейн задней мозговой артерии – 15 человек (7%), бассейн левой средней мозговой артерии – 13 человек (6,2%). Согласно полученным данным наибольшее количество сосудистых катастроф отмечается в вертебробазиллярном бассейне (41,5%). По группам инвалидности респонденты распределились следующим образом: I группа – 27 человек (12,6%), II группа – 131 человек (61,2%), III группа – 55 человек (26,2%).

Изучена потребность исследуемого контингента в различных мероприятиях по медико-социальной реабилитации, с целью восстановления личностного статуса и достижения инвалидами материальной независимости, в том числе определен комплекс и объем мероприятий



по медицинской реабилитации, определены сроки и условия ее оказания. Определена потребность в профориентации, переобучении и рациональном трудоустройстве, определены меры социальной защиты и поддержки.

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 с последствиями 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.

Обращает на себя внимание высокая потребность в психотерапии (I группа – 30,8%, II группа – 42,7%, III группа – 19,3%) и психологической коррекции (I группа – 30,8%, II группа – 42,0%, III группа – 17,5%). Без учета психологических особенностей пациента рассчитывать на положительный результат реабилитационных мероприятий не приходится.

Решение проблем профессиональной реабилитации начинают с профессиональной ориентации, которая среди исследуемого контингента составила во II группе 10,7% и в III группе 12,4%. На следующем этапе решается вопрос об обучении и переобучении для приобретения новой профессии, показанной по состоянию здоровья пациента. Проведенные исследования показали, что в профессиональном обучении нуждались 15,8% инвалидов III группы, 12,2% инвалидов II группы.

Важным разделом 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.

Реальное положение дел свидетельствует о достаточно низкой трудоустроенности инвалидов с последствиями ЦВБ. Среди инвалидов II группы этот показатель в пределах 2%, а среди инвалидов III группы рационально трудоустроено примерно 50,5% респондентов.

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, обращала внимание на достаточно высокая потребность изучаемого контингента в социально-бытовой адаптации, которая среди инвалидов I группы составила 65,4%, а среди инвалидов II группы – 16,0%, в постоянном постороннем уходе нуждалось 7,7% инвалидов I группы, в периодическом постороннем уходе – 57,7% инвалидов I группы и 15,3% инвалидов II группы, что свидетельствовало 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 церебрального инсульта. Потребность в устройствах и приспособлениях для адаптации жилья среди лиц с инвалидностью I группы была 65,4%, II группы – 9,9%. Установлено, что во вспомогательных технических средствах реабилитации для быта потребность среди инвалидов I группы была 42,3%, II группы – 7,6%.

В улучшении жилищно-бытовых условий нуждались 7,7% инвалидов I группы, 12,2% – II группы, 12,3% – III группы; в материальной помощи нуждались 11,5% инвалидов I группы, 11,5% – II группы, 3,5% – III группы; в натуральной помощи нуждались 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 среде следует рассчитывать их потребность в приспособлениях для самообслуживания, в том числе приготовления пищи.

У лиц с инвалидностью вследствие ЦВБ выявлена достаточно большая потребность в обслуживании на дому: у инвалидов I группы – 19,2%, а II группы – 8,2%. Наиболее востребованными видами надомного обслуживания являлись 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 с последствиями ЦВБ особое значение имеют меры по социально-психологической адаптации. В социально-психологической адаптации среди инвалидов I группы нуждались 30,8%, инвалидов II группы – 26,7%, инвалидов 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 была нужна 11,5% инвалидов I группы, 12,2% – II группы, 3,5% – III группы.

Результаты исследования указывают на дифференцированную потребность инвалидов с последствиями ЦВБ в различных видах реабилитационной помощи, что необходимо принимать во внимание 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, в результате которого установлено то, что только 42% респондентов удовлетворены объемом и качеством проводимых реабилитационных мероприятий. Установлено, что в отдельных случаях нарушается этапность и преемственность реабилитационных мероприятий на различных ее этапах. Недостаточно доступна реабилитация в современных специализированных реабилитационных центрах, которые в основном оказывают услуги на возмездной основе. Зачастую (в 34%) отсутствие психологической коррекции на всех этапах реабилитации. Программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, не обеспечивает всей потребности инвалидов в реабилитационной помощи. Приведенные данные свидетельствуют о дифференцированной потребности инвалидов

вследствие ЦВБ в различных видах реабилитации, которая должна учитываться при разработке индивидуально-ориентированной программы реабилитации и абилитации инвалида.

Таблица 2 – Алгоритм комплексной индивидуально-ориентированной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней

<b>Медицинская реабилитация</b>				
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	
<b>Социальная реабилитация</b>				
Психологическая коррекция	Социально-бытовая адаптация	Социально-средовая адаптация	Социокультурная реабилитация	Юридическая поддержка
<b>Профессиональная реабилитация</b>				
Профессиональная ориентация	Восстановление трудовых функций	Профессиональное обучение	Адаптация рабочего места	Рациональное трудоустройство
<b>Психокоррекционная работа на всех этапах медицинской реабилитации</b>				

Проведенное исследование по проблеме инвалидности вследствие ЦВБ позволило и разработать алгоритм (таблица 2) построения комплексных индивидуально-ориентированных реабилитационных программ инвалидов и основные мероприятия по совершенствованию медико-социальной реабилитации.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проведенное исследование позволило выявить как потребность, так фактическую удовлетворенность в мерах комплексной медико-социальной реабилитации у инвалидов вследствие ЦВБ Москвы.

Важным результатом исследования является разнонаправленная тенденция уровня нуждаемости в реабилитационных мероприятиях в зависимости от возраста инвалида, степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности. В связи со значительным нарушением здоровья и медико-социального статуса инвалидов с последствиями ЦВБ для многих из них необходимым является проведение не только реабилитационных

мероприятий, но и одновременное проведение мероприятий по социальной поддержке и психокоррекционной работе. Необходима разработка методических рекомендаций по комплексу реабилитационных мероприятий в отношении данной категории инвалидов.

Целесообразно в индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида в разделе рекомендованных мероприятий по медицинской реабилитации указывать объем и сроки исполнения реабилитационных мероприятий в соответствии с методическими рекомендациями.

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 учреждениях.

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, впервые признанных инвалидами за 5 лет – 30,7%, повторно признанных инвалидами – 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.

#### **СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. 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. [ВАК]
2. 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. [ВАК]
3. **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. [ВАК]

4. 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.
5. **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. [ВАК]
6. 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 [ВАК]
7. 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. [ВАК]
8. 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]

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВПИ – впервые признанные инвалидами

МКБ – международная классификация болезней

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ППИ – повторно признанные инвалидами

ЦВБ – цереброваскулярные болезни