

На правах рукописи

ШУРГАЯ МАРИНА АРСЕНЬЕВНА

**ИНВАЛИДНОСТЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И НАУЧНОЕ
ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и
медико-социальная реабилитация

Автореферат

на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН

Пузин Сергей Никифорович

доктор медицинских наук, профессор

Ачкасов Евгений Евгеньевич

Официальные оппоненты:

Карасаева Людмила Алексеевна, доктор медицинских наук, доцент, ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, кафедра организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, заведующий кафедрой

Полунин Валерий Сократович, доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета, профессор кафедры

Сырникова Бэла Алихановна, доктор медицинских наук, профессор, ГБУ г. Москвы «Научно-практический реабилитационный центр» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, директор

Ведущая организация: ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации

Защита состоится: «__»_____2018 года в 10.00 часов на заседании Диссертационного совета Д. 208.040.16.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1 и на сайт организации www.sechenov.ru

Автореферат разослан «__»_____2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Машковский Евгений Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность избранной темы

Масштаб и характер инвалидности меняется на протяжении времени. Одним из главных факторов, который оказывает влияние на данный важнейший показатель здоровья населения, является демографический [Пузин С.Н., с соавт., 2017, World report on ageing and health, WHO, 2015].

В XXI веке сложилась демографическая ситуация, которая характеризуется старением населения многих стран мира. Прогнозные расчеты, изложенные в докладе ООН о мировых тенденциях старения населения, свидетельствуют о перспективе роста численности людей пожилого возраста (старше 60 лет) к 2050 г. до 2,5млрд. человек [World population prospects: the 2017 revision, UN Department of Economic and Social Affairs, 2017].

Доля граждан старше трудоспособного возраста в Российской Федерации (РФ) по среднему варианту прогноза Федеральной службы государственной статистики в период с 2016 года по 2025 год увеличится с 24,6% до 27% и составит 39,9 млн. человек. Люди старшего поколения (около 80%) страдают множественной хронической патологией. У одного пациента пожилого возраста старше 60 лет в среднем выявляется четыре-пять различных хронических заболеваний. Накопление нарушений функций органов и систем, способствует снижению адаптационных возможностей организма, и ассоциируется с ограничением жизнедеятельности, что влечет рост рисков инвалидности в пожилом возрасте и обуславливает нуждаемость в медико-социальной реабилитации [Государственный доклад «О реализации государственной политики в сфере охраны здоровья», 2016 г., Дымочка М.А. с соавт., 2017, Коробов М.В., Хорькова О.В., 2015, Стародубов В.И. 2013, Ткачева О.Н. с соавт., 2017, Чукаева И.И., Ларина В.Н., 2017, Шляфер С.И., 2014, Barreto P. S. et al., 2012, Chatterji S., et al., 2014, Gerino E., Marino E., 2015, Herman I.M., 2012, Nabavi S.F. et al., 2015, Roehr S., et al., 2016, Spahni S., et al., 2015].

Россия подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов [принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи 13 декабря 2006 г.] и ратифицировала ее в 2012 г., продемонстрировав готовность следовать основным принципам международной

политики в отношении инвалидов [Федеральный закон от 03.05.2012г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»].

В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [ред. от 07.03.2018 г.], Федеральным законом от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [ред. от 07.03.2018 г., с изм. и доп., вступ. в силу с 01.05.2018)] деятельность службы реабилитации лиц с ограниченными возможностями выступает важнейшим индикатором здоровья населения и эффективности системы здравоохранения.

Граждане пожилого возраста составляют подавляющее большинство пациентов учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы и социального обслуживания. Приоритетами Стратегии национальной безопасности РФ до 2020 года [Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. N 537] и Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 №164-р] являются увеличение продолжительности жизни, снижение уровня инвалидности, развитие социальной поддержки отдельных категорий граждан, продление активного периода жизни граждан пожилого возраста.

Данные официальной отчетности один из важнейших источников получения информации, однако, приведенная в них совокупность данных ограничена внесенными в соответствующие отчетные формы сведениями и, следовательно, содержит далеко не весь материал, характеризующий проблему инвалидности. В связи с этим очевидна необходимость проведения специальных исследований.

Степень разработанности темы исследования

Результаты научного исследования проблем инвалидности пожилого возраста в РФ были представлены в 2003 году [Пузин С.Н., Гришина Л.П., Храмов И.С., 2003]. В последующие годы в научной медицинской литературе были представлены работы, посвященные исследованию проблем инвалидности в молодом возрасте [Пугиев Л.И., 2008, Соловьева Н.Н., 2013] и вследствие отдельных классов болезней [Болтенко Ж.В., 2015, Губская Т.Г., 2015, Дымочка М.А. с соавт., 2014, Кантемирова

Р.К., 2014, Разумов А.Н., 2012, Чикинова Л.Н., Кондратьева Л.Н., 2010]. Исследователями констатировалась низкая эффективность медико-социальной реабилитации инвалидов. Научные работы, посвященные комплексному многоаспектному анализу медико-социальных проблем в пожилом возрасте, в доступной научной литературе отсутствуют. С учетом вышеизложенного подходы к проведению медико-социальной реабилитации в РФ требуют дальнейшего совершенствования с целью повышения эффективности медико-социальных услуг, объемы, виды и качество которых, наряду с поддержанием и сохранением здоровья, должны обеспечивать социальную поддержку старшего поколения.

Цель работы: на основе комплексного многоаспектного анализа инвалидности в пожилом возрасте в РФ сформировать научно-обоснованную стратегию совершенствования медико-социальной реабилитации.

Для достижения поставленной цели определены следующие **задачи**:

1. Провести комплексный, многоаспектный анализ структуры и динамики первичной и повторной инвалидности взрослого населения в РФ за 12 лет (2005-2016 гг.) с учетом трех основных возрастных групп, принятых в системе социальной защиты;
2. Выделить контингент впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан пожилого возраста в РФ и изучить закономерности формирования первичной инвалидности по полу, классам болезней и по тяжести за 12 лет (2005-2016 гг.);
3. Выделить контингент повторно признанных инвалидами (ППИ) граждан пожилого возраста в РФ и изучить закономерности формирования повторной инвалидности по полу, классам болезней и по тяжести за 12 лет (2005-2016 гг.);
4. Изучить динамику за длительный период первичной (1971-2016 гг.) и общей (1988-2016 гг.) инвалидности и соотношение ВПИ и ППИ в структуре общей инвалидности (2005-2016 гг.) в РФ. Исследовать в сравнительном аспекте тенденции заболеваемости и инвалидности населения пожилого возраста в РФ. Провести анализ институциональных факторов периодизации инвалидности в РФ;

5. На основе базовых динамических рядов инвалидности за длительный период рассчитать прогноз вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в РФ до 2025 года;

6. Определить медико-социальный портрет инвалида пожилого возраста на основе изучения особенностей нарушения функций, ограничений жизнедеятельности и потребности в различных технологиях медико-социальной реабилитации;

7. Разработать методику оценки медико-социального статуса инвалидов пожилого возраста и анкету опроса для мониторинга эффективности медико-социальной реабилитации в деятельности медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена и учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации;

8. Провести анализ эффективности медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в РФ и изучить в сравнительном аспекте показатели реабилитации инвалидов пожилого возраста в медицинских организациях здравоохранения и в стационарном учреждении социального обслуживания.

9. Сформировать модель приоритетных направлений стратегии совершенствования медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста в РФ.

Научная новизна результатов исследования

Впервые в рамках современной концепции инвалидности изучена структура и динамика первичной и повторной инвалидности взрослого населения в РФ с учетом возраста и по всем классам болезней за длительный период (2005-2016 гг.).

Впервые выделен общий контингент инвалидов пожилого возраста и изучена структура и закономерности формирования первичной и повторной инвалидности в динамике в период 2005-2016 гг.

Впервые определен уровень первичной и повторной инвалидности граждан пожилого возраста с учетом классов болезней и тяжести инвалидности по всем округам и субъектам РФ.

Впервые проведено ранжирование субъектов РФ по уровню первичной и повторной инвалидности вследствие лидирующих в нозологической структуре

причин инвалидности (злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани) и определена их ранговая дифференциация. Определен прогноз вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в РФ до 2025 г. на основе анализа динамики первичной и общей инвалидности населения, представлены трендовые модели. Сформирован медико-социальный портрет инвалида пожилого возраста.

Дана оценка эффективности медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в РФ и выявлена потребность инвалидов пожилого возраста в различных методах компенсации нарушенных функций и преодоления ограничений жизнедеятельности.

Научно обоснована стратегия совершенствования медико-социальной реабилитации в РФ на различных уровнях системы здравоохранения и социальной защиты (федеральный уровень, региональный уровень субъекта Российской Федерации, муниципальный уровень).

Научно-практическая значимость работы определяется выявленными тенденциями и обширной характеристикой инвалидности граждан пожилого возраста в РФ, определением медико-социального портрета инвалида пожилого возраста, разработкой методики оценки медико-социального статуса инвалидов для использования в деятельности медицинских организаций и учреждений медико-социальной реабилитации, формированием банка данных по проблеме инвалидности граждан пожилого возраста в округах и субъектах РФ для проведения мониторинга уровня инвалидности и стратификации нуждаемости в реабилитационных и абилитационных мероприятиях на территориях страны, определением приоритетных направлений совершенствования медико-социальной реабилитации в РФ. Сформирован прогноз вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в РФ до 2025 гг. Результаты исследования актуальны для медицинских организаций, учреждений социального обслуживания и госпиталей ветеранов войн.

Положения диссертации, выносимые на защиту

1. Результаты комплексного многоаспектного научного анализа инвалидности взрослого населения в РФ за длительный период (2005-2016 гг.) свидетельствуют о

высоком удельном весе инвалидов пожилого возраста в структуре инвалидности взрослого населения по возрасту.

2. Основные закономерности формирования первичной инвалидности граждан пожилого возраста в РФ по гендерной сегментации, по классам болезней, уровню и тяжести инвалидности в динамике определяют особенности структуры первичной инвалидности взрослого населения в РФ.

3. Основные закономерности формирования повторной инвалидности граждан пожилого возраста в РФ по гендерной сегментации, по классам болезней, уровню и тяжести инвалидности в динамике определяют особенности структуры повторной инвалидности в РФ.

4. Субъекты РФ дифференцируются по уровню первичной и повторной инвалидности населения пожилого возраста, что позволяет выделить территории с негативной и позитивной динамикой данного важнейшего показателя здоровья пожилого возрастного контингента населения.

5. Субъекты РФ дифференцируются по распространенности среди населения пожилого возраста первичной и повторной инвалидности вследствие лидирующих нозологических причин (классов болезней кровообращения, злокачественных новообразований, болезней костно–мышечной системы и соединительной ткани).

6. Рассчитанный прогноз вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в РФ до 2025 года: среди лиц пожилого возраста ожидается продолжение снижения численности ВПИ (оптимистичный прогноз), однако рост первичной заболеваемости как общей, так и по отдельным классам болезней и изменение законодательной базы (порядка и условий признания лица инвалидом) в связи с возможными негативными социально-демографическими тенденциями могут обусловить рост инвалидности и разворот тренда (пессимистичный прогноз).

7. Многочисленный контингент инвалидов пожилого возраста в РФ формируют лица с различной степенью ограничений жизнедеятельности, обусловленных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма различной степени выраженности, нуждающиеся в мерах социальной защиты, среди которых преобладают в контингенте ВПИ – инвалиды вследствие злокачественных

новообразований, а в контингенте ППИ – инвалиды вследствие болезней системы кровообращения.

8. В РФ сохраняется низкий уровень реабилитации и абилитации инвалидов, а эффективность восстановления/компенсации нарушенных функций и преодоления ограничений жизнедеятельности при прохождении реабилитации в условиях медицинской организации выше по сравнению со стационарным учреждением социального обслуживания, где преобладают инвалиды со значительно выраженной степенью нарушений функций и ограничений жизнедеятельности;

9. Стратегическим подходом к совершенствованию медико-социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста является обеспечение на различных уровнях системы здравоохранения и социальной защиты в РФ перманентного проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, развитие патронажной службы и осуществление профилактики инвалидности на основе стратификации нуждаемости в них с учетом особенностей эпидемиологии инвалидности населения пожилого возраста в субъектах Российской Федерации.

Степень достоверности результатов исследования

Степень достоверности результатов исследования обеспечивается научной постановкой корректной цели и задач исследования, значительным числом наблюдений, обоснованным выбором информативных методов исследования – сплошного, общенаучного (сравнительно-сопоставительного) и частно-научного (статистического, прогностического), что позволяет получить достоверные результаты и оценить реальные закономерности формирования первичной, повторной и общей инвалидности населения в РФ и определить научно обоснованные подходы к совершенствованию медико-социальной реабилитации с акцентом на многочисленную категорию пожилых граждан.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на XII Всероссийском конгрессе «Профессия и здоровье» (Москва, 2013 г.), III Всероссийском конгрессе с международным участием «Медицина для спорта» (Москва, 2013 г.), III Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием «Социальный работник и пожилой человек»: Факторы риска социально-значимых заболеваний у пожилого контингента населения (Москва, 2014 г.), 3-ем Международном междисциплинарном конгрессе «Экология мозга»: Инвалидность как стресс: современные технологии социокультурной реабилитации (Москва, 2015г.), Всероссийской научно-практической междисциплинарной конференции с международным участием «Реабилитация и профилактика-2016» (Москва, 2016 г.), XIX Международной научно-практической конференции: «Тенденции развития естественных наук в современном мире (Москва, 2016 г.), Конгрессе национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения»: Инвалидность в Российской Федерации: динамика, причины, сравнение со странами мира (Москва, 2017 г.), Научно-практической конференции «Инновационные российские технологии в геронтологии и гериатрии» (Санкт-Петербург, 2017 г.), на заседании Бюро секции профилактической медицины Отделения медицинских наук РАН: Старшее поколение: Медико-социальные проблемы и пути их преодоления (Москва, 2018 г.).

Апробация работы состоялась «28» июня 2017г. на расширенном заседании научной межотделенческой конференции ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (протокол №1).

Внедрение результатов работы в практику

Результаты диссертационного исследования внедрены в работу федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве», ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации), ГБУ «Пансионат для ветеранов труда №17» Департамента социальной защиты населения города Москвы, ГБУ Ростовской области «Госпиталь ветеранов войн», а также в педагогическую практику непрерывного профессионального образования врачей на кафедре гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 57 научных работ, в том числе 45 статей в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России (из них: 21 статья с результатами собственных исследований) и 4 статьи в журналах, индексируемых в международной базе данных Scopus, руководство «Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации»: Том I. Междисциплинарная структура реабилитологии; Том II. Внутродисциплинарная структура реабилитологии; Том III. Реабилитационно-диагностические и медицинские аспекты реабилитологии.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно определено направление исследования, сформулированы его цели и задачи, выполнен контент-анализ и аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы и нормативно-правовых актов по изучаемой проблеме, разработана программа и методология исследования, составлены анкеты оценки медико-социального статуса и инструментарий опроса. Осуществлен сбор материала, формирование баз данных, анализ, обобщение и интерпретация полученных результатов научного исследования. Сформулированы основные положения, выносимые на защиту, научная новизна и практические рекомендации по совершенствованию подходов к медико-социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста. Изложение результатов научного исследования в виде публикаций автором выполнено лично. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном выполнении всех этапов научного исследования.

Соответствие диссертации паспорту специальности. Область диссертационного исследования включает комплексный многоаспектный анализ закономерностей формирования инвалидности пожилого контингента населения и научно обоснованное определение стратегии совершенствования многоцелевой реабилитации этой многочисленной популяции населения с оценкой прогноза вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в Российской Федерации, что соответствует пунктам 1, 2, 4, 5, 6, 10 паспорта специальности 14.02.06 – «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация».

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 411 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и заключения, изложенных в 6 главах, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и нормативно-правовых документов, и 3-х приложений. Библиографический указатель включает 337 источников (219 – отечественных и 118 – зарубежных). Работа содержит 88 таблиц, 2 схемы и иллюстрирована 141 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение содержит обоснование актуальности темы, определение целей и задач исследования, его научную новизну и научно-практическую значимость. Представлены методология и методы исследования, положения, выносимые на защиту, степень достоверности, апробация и внедрение результатов исследования в практику, публикации, личный вклад автора и соответствие диссертации паспорту научной специальности.

В первой главе представлен обзор литературы и нормативно-правовых документов, который позволил освятить медико-социальные проблемы глобального старения населения и современные тенденции инвалидности граждан пожилого возраста в аспекте утраты здоровья населения. Основные положения Конвенции ООН о правах инвалидов и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) обусловили смену парадигмы в отношении инвалидов и определили современную модель инвалидности и медико-социальной поддержки. Представлен анализ программно-целевой стратегии в отношении старшего поколения и в сфере социальной защиты инвалидов в Российской Федерации.

Во второй главе «объем, методы и организация исследования» представлены этапы исследования (Схема 1). Исследование является комплексным.

Комплексное, многоаспектное исследование закономерностей формирования инвалидности населения пожилого возраста и разработка стратегии совершенствования медико-социальной реабилитации в Российской Федерации

I этап – выделен общий контингент ВПИ пожилого возраста в РФ

II этап – выделен общий контингент ППИ пожилого возраста в РФ

III этап – Рассчитан прогноз вариантной динамики инвалидности населения с учетом возраста в РФ до 2025 гг.

IV этап – Изучена медико - социальная характеристика выборочного контингента инвалидов пожилого возраста - 1078 инвалидов

V этап – Анализ эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов в РФ и в выборочном контингенте инвалидов пожилого возраста (678 инвалидов)

VI этап - Разработана структурно – организационная модель медико-социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста

I – II этапы: Анализ динамики первичной и повторной инвалидности вследствие всех классов болезней взрослого населения в РФ (2005 – 2016 гг.)

Число наблюдений:
34 840 933 инвалидов 18 лет и старше в РФ: ВПИ 11 658 285, в т. ч. инвалидов пожилого возраста – 6 625 920; ППИ 23 182 648, в т. ч. инвалидов пожилого возраста – 6 345 142.
ВСЕГО ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА -12 971 062

I – II этапы:
 Ранжирование субъектов РФ по удельному весу инвалидов пожилого возраста в структуре общей инвалидности населения
(89 субъектов)

III этап: Оценка динамики первичной (1971 – 2016 гг. гг.) и общей инвалидности в РФ (1988 – 2016 гг.); Анализ институциональных факторов периодизации инвалидности в РФ

Документальный
 Аналитический
 Выкопировка

Экспертная оценка
 Статистический
 Графический

Метод экстраполяции тренда, наименьших квадратов

Социологический
 Анкетирование

Монографический
 Моделирование

Объект изучения: данные о первичной и повторной инвалидности по форме государственного статистического наблюдения 7 (собес), утвержденные Росстатом России (2005 – 2016 гг.), статистические сборники ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России за 2005 – 2015 гг. Период наблюдения - 12 лет (2005 - 2016 гг.).

Предмет исследования:
 Динамика, распространенность, гендерная характеристика, нозологическая структура, тяжесть и региональная дифференциация первичной и повторной инвалидности граждан пожилого возраста в РФ
 Эффективность медико-социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста
 Медико - социальный портрет инвалида пожилого возраста (авторская карта оценки экспертно-реабилитационного статуса инвалида, авторская анкета опроса инвалида)

Базы исследования: ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России, Филиалы главного бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве общего и специализированного профиля (2009 – 2016 гг.), Стационарное учреждение социального обслуживания (ПВТ №17)

Источники литературы и нормативно-правовые документы:
 337 источников (219 отечественных, 118 – зарубежных)

Схема 1. Программа и методика исследования

Единицы наблюдения: ВПИ и ППИ. Объект исследования – совокупность ВПИ и ППИ молодого, среднего и пожилого возраста в РФ и ее субъектах. Объем исследования составил 34 840 933 человек 18 лет и старше, признанных инвалидами (11 658 285 ВПИ и 23 182 648 ППИ), в том числе инвалидов пожилого возраста – 12 971 062 (6 625 920 ВПИ и 6 345 142 ППИ). Период наблюдения 12 лет (2005-2016 гг.).

Для статистической обработки данных использовались компьютерные программы Microsoft Office Excel 2010, IBM SPSS 20.0. Описательная статистика представлена в виде относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов. Для частот встречаемости признаков, рассчитанных на 100 единиц наблюдения, рассчитывались ошибки репрезентативности. Статистическая обработка результатов клинико-экспертной диагностики, исследования нуждаемости инвалидов в технологиях реабилитации и ее эффективности проводилась с расчетом средних величин и их ошибок. Принимали величину уровня значимости p меньше 0,05, что соответствует критериям, принятым в медико-биологических исследованиях. Подбор параметров прогноза вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в РФ до 2025 г. осуществлялся на основе линейных уравнений регрессии, оценку точности модели проводили на основе линейной аппроксимации. Для анализа динамики показателей инвалидности производили оценку линейных и полиномиальных уравнений тренда, с расчетом коэффициентов аппроксимации R^2 , показывающих долю дисперсии зависимой переменной, объясняемую рассматриваемой моделью. Использовались линейные регрессионные уравнения следующего вида: $y = a + bx$, где y – прогнозируемое значение показателя инвалидности; x – порядковый номер года наблюдения, начиная с начальной точки отсчета; a – константа; b – коэффициент, отражающий среднее изменение y при увеличении x на одну единицу. В случае нелинейной зависимости для построения трендов использовали полиномиальные модели. Корреляционные связи между показателями оценивались при помощи рангового коэффициента корреляции Спирмена. Для межгрупповых сравнений по качественным признакам использовался критерий χ^2 Пирсона с поправкой на непрерывность, рассчитанный

для таблиц 2x2, при ожидаемых значениях для одной из сравниваемых частот менее 5 – точный критерий Фишера.

В третьей главе «Результаты комплексного многоаспектного исследования инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации» представлен анализ эпидемиологии возрастных особенностей первичной и повторной инвалидности взрослого населения в РФ. Выделен контингент пожилого возраста, определены динамика, структура по классам болезней, тяжесть, уровень и региональные особенности распространения первичной и повторной инвалидности данного возрастного контингента населения в субъектах РФ. Сравнительный анализ динамики первичной инвалидности взрослого населения в РФ с учетом принадлежности к одной из трех возрастных групп (молодой возраст (18 – 44 лет), средний (для мужчин – 45-59 лет и для женщин - 45-54 лет) и пожилой возраст (60 лет и старше для мужчин и 55 и старше для женщин) выявил устойчивые тенденции снижения показателя в каждой из них. уровень первичной инвалидности наиболее высокий в контингенте лиц пожилого возраста (Рисунок 1), составляя в 2005 г. 422,5 на 10 тыс. соответствующего населения, снижается в 2015 - 2016 гг. до 105,2 - 98,2, при этом превосходя показатели распространенности первичной инвалидности в молодом (в динамике 39,9 – 22,2) и в среднем возрасте (в динамике 151,5 – 76,3).

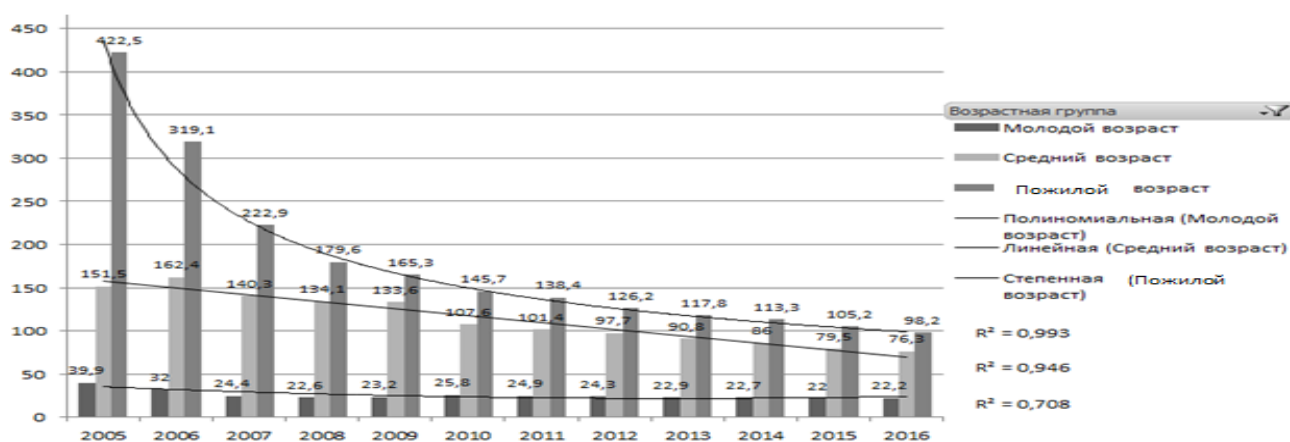


Рисунок 1 – Уровень первичной инвалидности взрослого населения в РФ с учетом основных возрастных групп в динамике в период 2005-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

В исследуемый период первично инвалидами признано 6,6 млн. человек пожилого возраста (56,8 % от общего числа инвалидов), в среднем – 552,2 тыс. человек за год (56,8%). Особенно высокие показатели ВПИ в данной возрастной категории отмечались в 2005-2006 гг. (соответственно 1,2 млн. и 928,7 тыс. человек), когда удельный вес лиц пожилого возраста был максимальным – составлял 68,5% и 63,0% соответственно. В 2013 – 2014 гг. наметилась тенденция к увеличению численности ВПИ пожилого возраста, их удельный вес составлял 51,7% – 52,6%, в 2015 г. – 53,2% и практически не изменился в 2016 г. (53,0%). В абсолютных числах количество ВПИ женщин (56,5%) превышало количество ВПИ мужчин. На протяжении анализируемого периода уровень первичной инвалидности среди мужчин был выше (246,7 на 10 тыс. населения пожилого возраста в среднем за год), чем среди женщин (153,1). ВПИ пожилого возраста преобладали в структуре первичной инвалидности вследствие следующих классов болезней: системы кровообращения (БСК: 129,2 тыс. человек – 62,4%), костно-мышечной системы (БКМС: 17,7 тыс. человек – 41,7%), эндокринной системы (6,6 тыс. человек – 53,2%), органов дыхания (6,1 тыс. человек – 46,9%), глаза (13,5 тыс. человек – 65,7%), уха (9,0 тыс. человек – 68,5%), нервной системы (9,5 тыс. человек – 36,7%), мочеполовой системы (3,3 тыс. человек – 38,1%), злокачественных новообразований (ЗНО) - 130,9 тыс. человек, 61,7% (Рисунок 2).

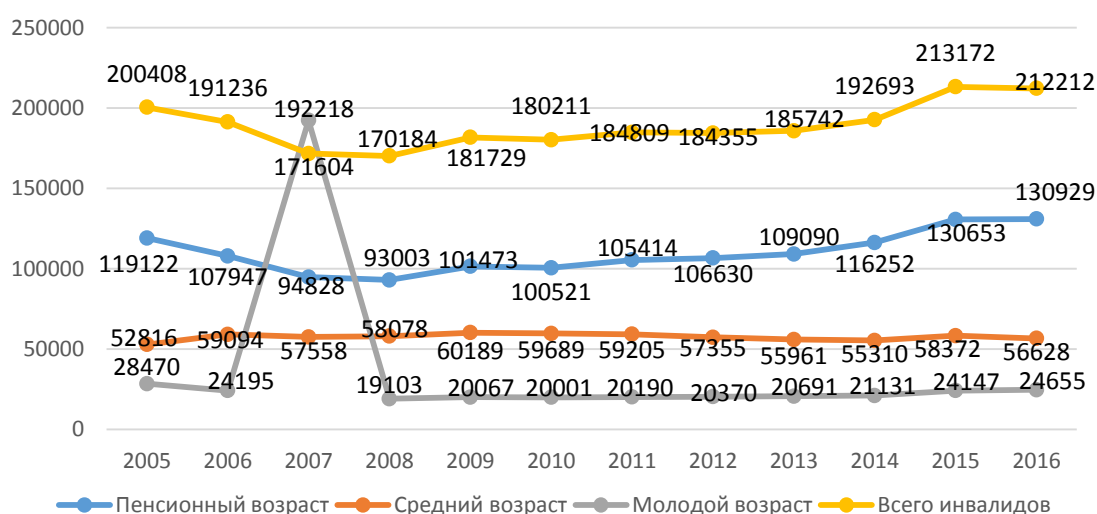


Рисунок 2 – Контингент ВПИ вследствие ЗНО в РФ с учетом возраста в динамике (2005-2016 гг., абс. число)

Оценка динамики показателя наглядности уровня первичной инвалидности в РФ у лиц пожилого возраста с учетом группы инвалидности показала наиболее существенный характер снижения показателя первичной инвалидности второй группы – до 13% от уровня 2005 г. Больше всего удельный вес инвалидов I группы в контингенте ВПИ вследствие психических расстройств – 73,7%, инвалидов II группы – в контингенте ВПИ вследствие туберкулеза – 80,8%, инвалидов III группы – в контингенте ВПИ вследствие болезней уха – 99,7 %, профессиональных болезней – 75,7%, болезней костно-мышечной системы – 74,5%. Анализируя динамику первичной инвалидности вследствие лидирующих нозологических причин можно констатировать, что выявлено снижение уровня первичной инвалидности вследствие БСК во всех возрастных группах, но наибольшее – среди лиц пожилого возраста – на 87,0% ($R^2=0,989$). В контингенте ВПИ вследствие БКМС также выраженное снижение показателя произошло среди лиц пожилого возраста – на 81,7% ($R^2=0,656$). Подобная тенденция имела место и в контингенте инвалидов вследствие ЗНО в период до 2010 г., однако, в последующий период сменилась ростом на 11% ($R^2=0,674$, полиномиальный характер тренда). Динамика первичной инвалидности в РФ, ее федеральных округах (ФО) и отдельных субъектах на протяжении 2010-2016 г. характеризуется устойчивой тенденцией снижения (Рисунок 3).

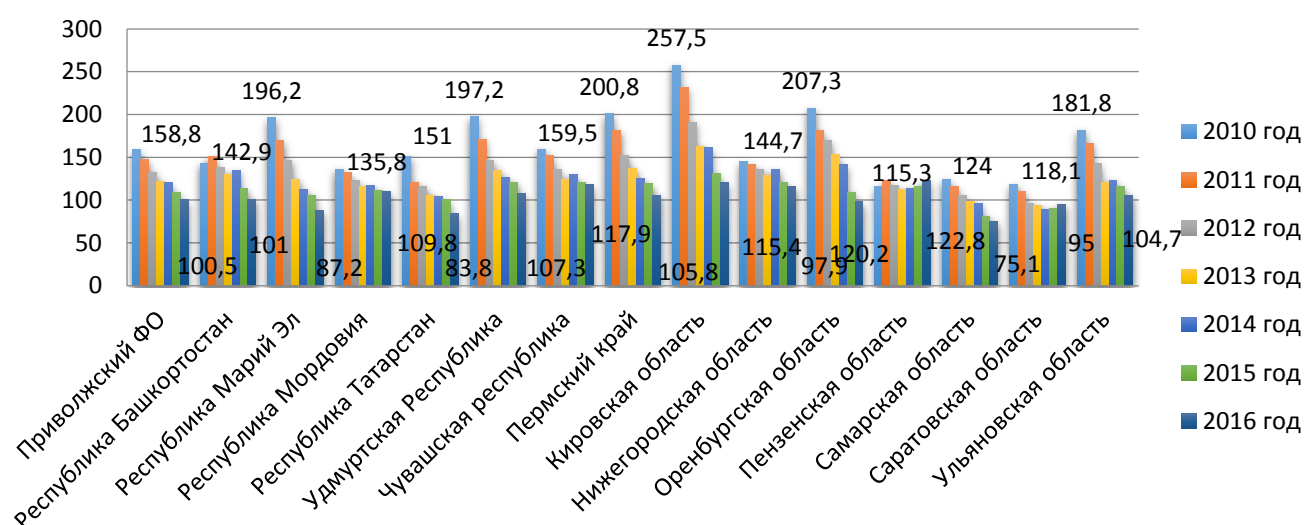


Рисунок 3 – Уровень первичной инвалидности в Приволжском ФО и его субъектах (в 2010 – 2016 гг., %)

В 2016 г. отмечено уменьшение уровня первичной инвалидности на 32,6% относительно 2010 г. Для данных по ФО получена статистически значимая сильная обратная связь: $r = -0,870$ ($p < 0,001$), что в полной мере отражает уменьшение показателя (Рисунок 4) каждый следующий год в исследуемом периоде в подавляющем большинстве ФО, за редким исключением (Южный ФО).

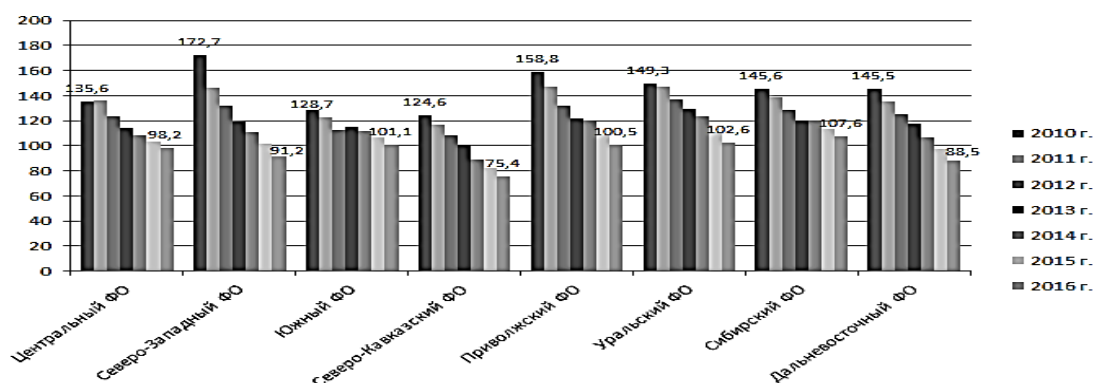


Рисунок 4 – Динамика уровня первичной инвалидности лиц пожилого возраста в субъектах РФ в 2010-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

По результатам ранжирования всех субъектов РФ по уровню первичной инвалидности граждан пожилого возраста в 2016 г. выделено 81 ранговое место, среди которых в 41 субъектах показатель превышал среднероссийский (98,2 на 10 тыс. соответствующего населения). При анализе данных по всем субъектам РФ получена статистически значимая обратная связь: $r = -0,524$ ($p < 0,001$). Средняя сила корреляционной связи отражает в данном случае больший, по сравнению с суммарными данными по федеральным округам, разброс значений показателя уровня первичной инвалидности лиц пожилого возраста и менее плавную динамику его снижения в отдельных регионах.

Анализ показателей уровня повторной инвалидности у лиц пожилого возраста по сравнению с контингентом трудоспособного возраста выявил противоположную динамику: снижение данного показателя в контингенте трудоспособного населения (в 1,6 раза) и увеличение – в контингенте граждан пожилого возраста (в 3,6 раза). В отличие от пожилого возраста, среди трудоспособного населения можно отметить устойчивый нисходящий тренд с коэффициентом аппроксимации 0,949 (Рисунок 5).

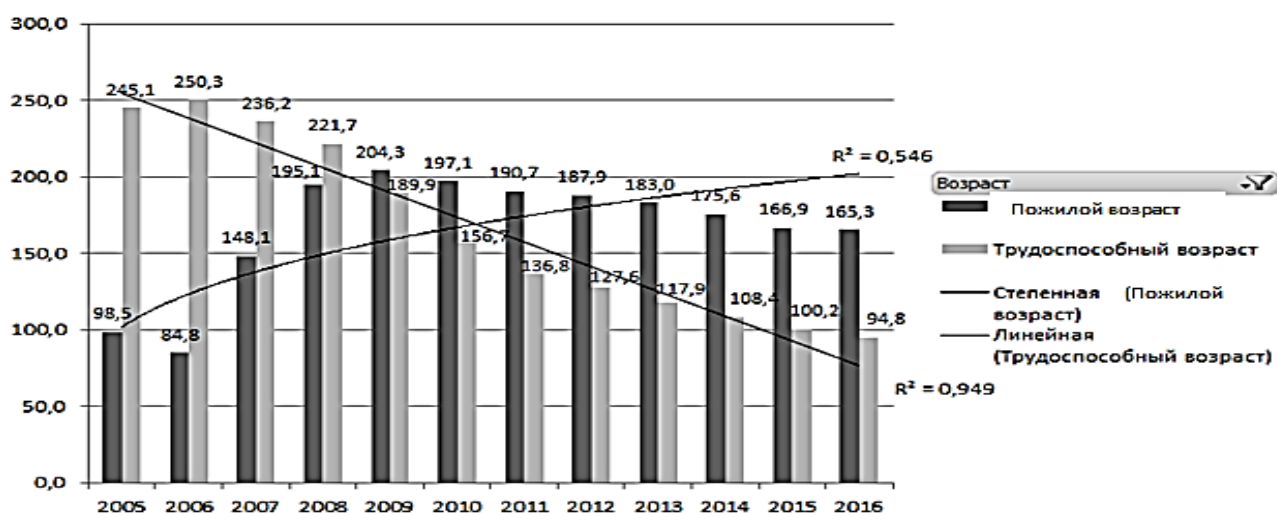


Рисунок 5 – Уровень повторной инвалидности лиц трудоспособного и пожилого возраста в РФ в 2005-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Для динамики показателей уровня повторной инвалидности лиц пожилого возраста с учетом половой принадлежности отсутствуют устойчивые тенденции (Рисунок 6).

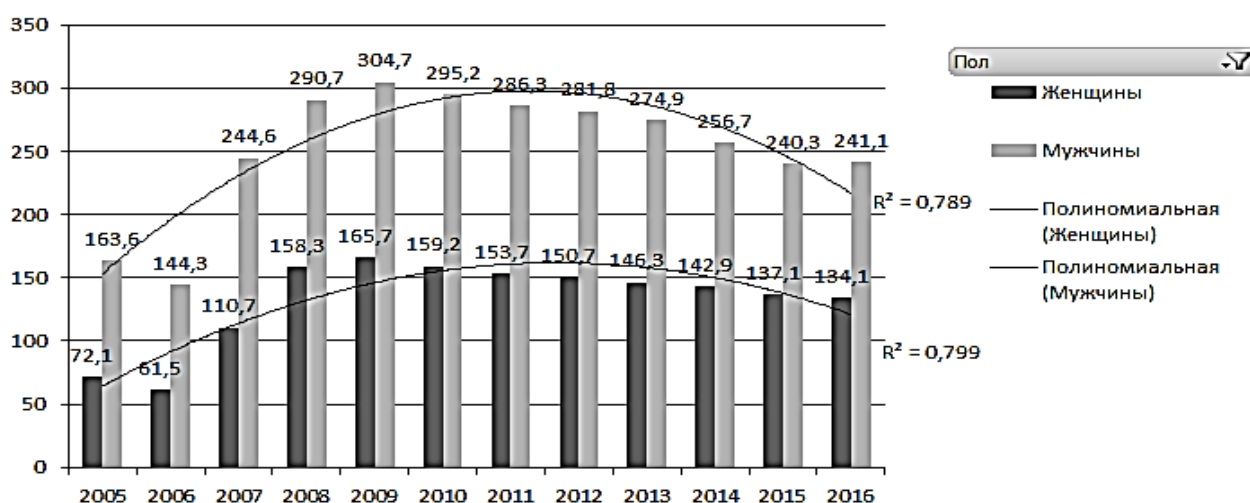


Рисунок 6 – Динамика уровня повторной инвалидности лиц пожилого возраста по гендерному признаку в РФ (на 10 тыс. соответствующего населения)

Вариация данных за исследуемый период может быть в достаточной мере объяснена только при помощи полиномиального уравнения тренда – на 78,9% для мужчин и на 79,9% для женщин. Об устойчивости тенденции снижения показателя повторной инвалидности для обоих полов можно говорить, начиная с 2009 г. В 2016 г. отмечено снижение показателя относительно 2009 г. для мужчин на 20,9% ($R^2=0,964$) и для женщин на 19,1% ($R^2=0,991$). К 2016 г. доля ППИ женщин

увеличилась с 52,0% до 57,5%. Контингент ППИ пожилого возраста в основном формируется (Рисунок 7) инвалидами вследствие БСК (1 ранговое место – 38,9%), ЗНО (2 ранговое место – 38,9%), БКМС (3 ранговое место – 8,3%).

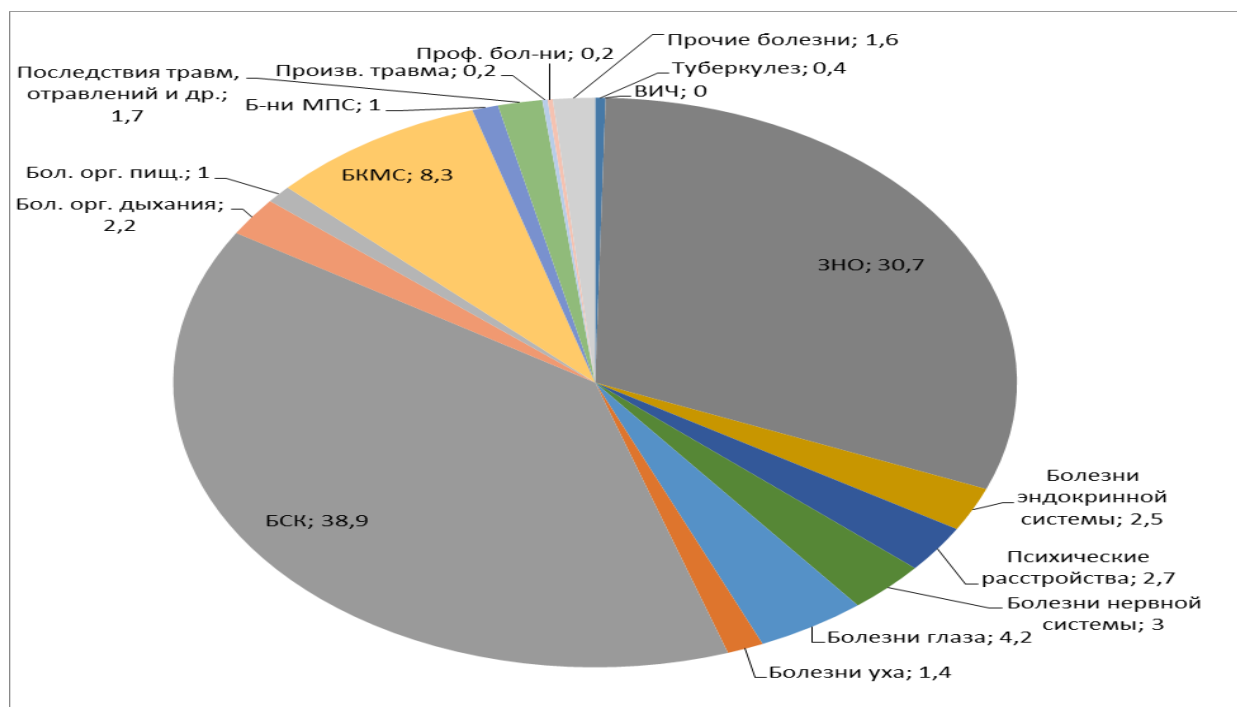
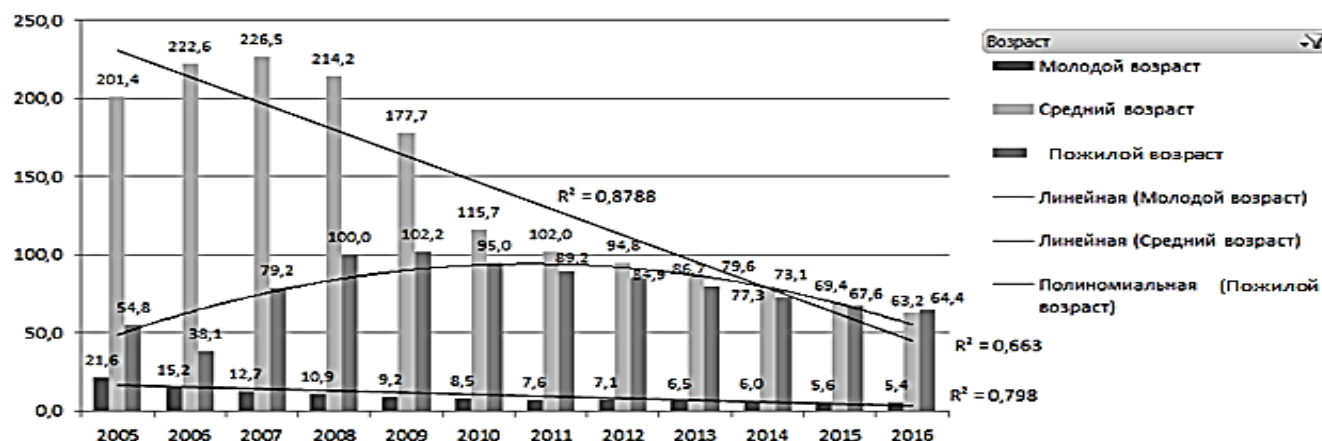


Рисунок 7 – Структура контингента ППИ пожилого возраста по классам болезней в РФ в 2016 г. (%)

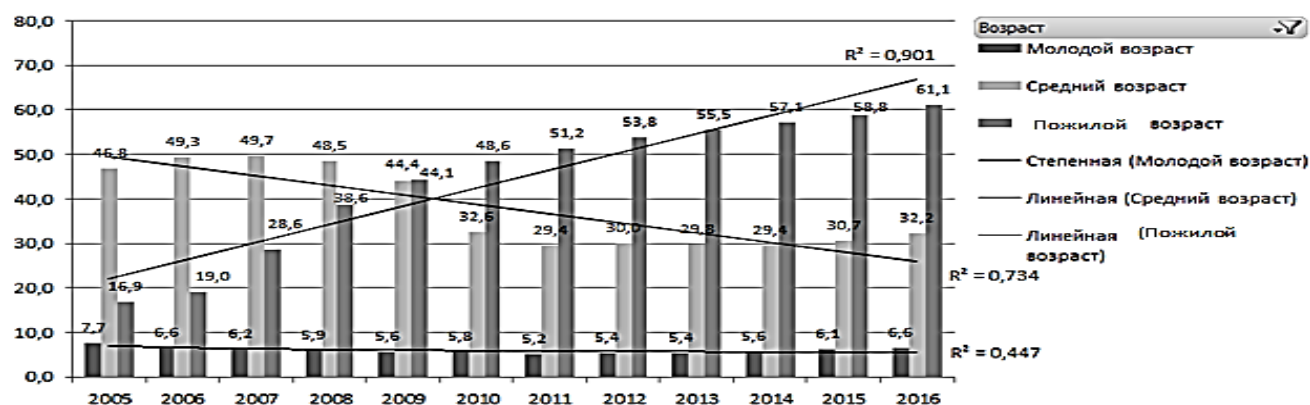
Результаты анализа уровня повторной инвалидности лиц пожилого возраста в РФ по группам инвалидности с учетом классов болезней свидетельствуют, что наиболее высокий уровень инвалидности III группы – 85,9 на 10 тыс. населения пожилого возраста (II группы ниже – 57,8, а I группы – 31,9 на 10 тыс. населения пожилого возраста). За анализируемый период выявлены различия в динамике трех групп повторной инвалидности. Начиная с 2010 г. наиболее часто повторно устанавливаемой группой инвалидности становится третья группа, доля которой увеличилась с 12% до 48,8, при отсутствии устойчивой тенденции изменения показателя для инвалидности первой группы (полиномиальное уравнение тренда на 43,6%).

Изучение динамики уровня повторной инвалидности вследствие лидирующих нозологических причин выявило разнонаправленность тенденций в распространенности инвалидности среди основных возрастных групп взрослого населения (Рисунок 8).

А.



Б.



В.

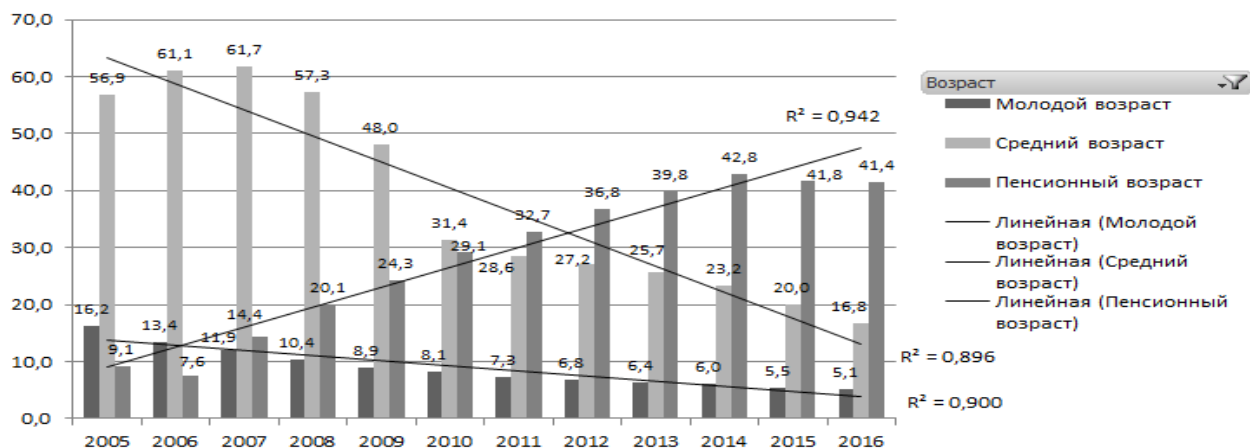


Рисунок 8 – Динамика уровня повторной инвалидности вследствие: А – БСК, Б – ЗНО, В – БКМС в РФ с учетом возраста за 2005-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего взрослого населения)

По результатам ранжирования всех субъектов Российской Федерации по уровню повторной инвалидности граждан пожилого возраста в 2016 г. выделено

79 ранговых мест, среди которых в 45 субъектах показатель превышал среднероссийский (165,3 на 10 тыс. соответствующего населения). Отмечен неоднородный характер изменения уровня инвалидности в динамике ($r = -0,216$; $p < 0,001$) на фоне общей тенденции снижения распространения повторной инвалидности среди населения пожилого возраста в ФО и в отдельных субъектах РФ (рисунок 9).

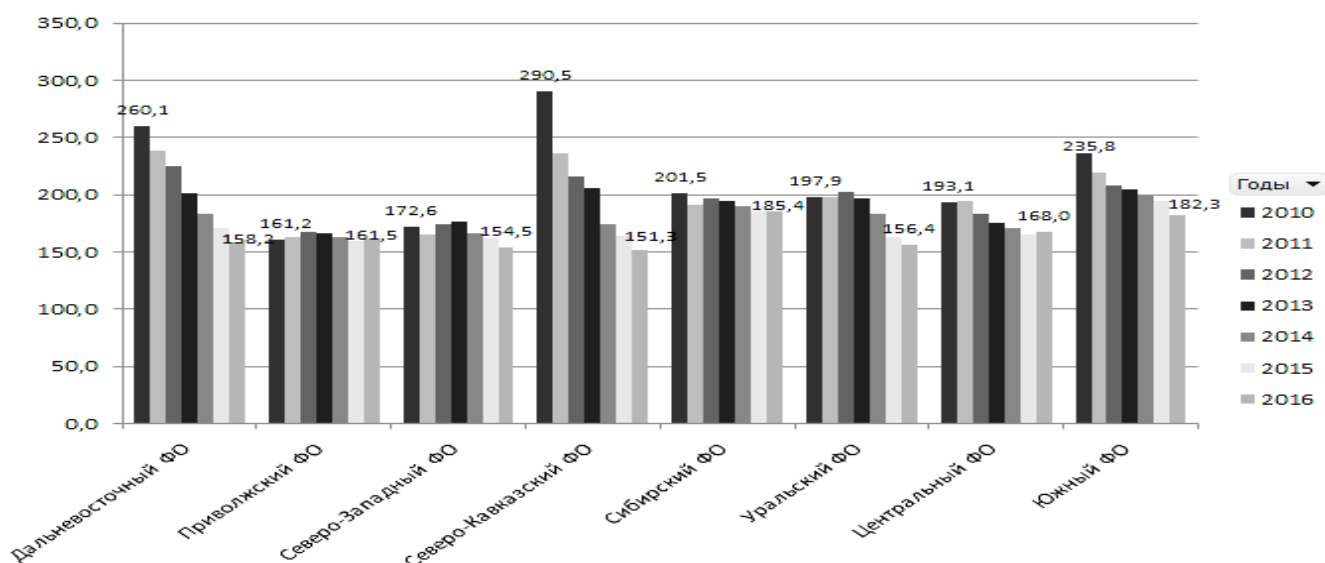


Рисунок 9 – Динамика уровня повторной инвалидности лиц пожилого возраста в субъектах РФ в 2010-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

В четвертой главе «Результаты анализа периодизации динамики инвалидности в Российской Федерации в контексте социальной парадигмы государства. Прогноз инвалидности» представлен анализ общего контингента инвалидов пожилого возраста в динамике в период 2005 – 2016 гг., который выявил изменение соотношения численности граждан впервые и повторно признанных инвалидами. Если в 2005 г. имело место подавляющее превышение численности ВПИ (81,1%) над ППИ (18,9%), то в 2016 г. преобладали ППИ (62,7%).

Динамика показателей первичной инвалидности и первичной заболеваемости населения характеризуется разными тенденциями. Так, Анализ показателя наглядности этих двух важнейших характеристик здоровья населения показывает аппроксимацию тенденции снижения первичной инвалидности линейным уравнением тренда на 98,4%, при отсутствии устойчивой тенденции для первичной

заболеваемости ($r = -0,143$, $p = 0,787$). Регионами, входящими в первые 10 ранговых мест и по уровню первичной заболеваемости и по уровню первичной инвалидности являются Ненецкий автономный округ и Республика Карелия.

Результаты проведенного расчета прогноза инвалидности на основе оценки за длительный период времени динамики первичной (1971 – 2016 гг.) и общей инвалидности в РФ (1988 – 2016 гг.) указывают на перспективу снижения численности ВПИ среди лиц пожилого возраста, однако темп снижения будет уменьшаться (Рисунок 10).

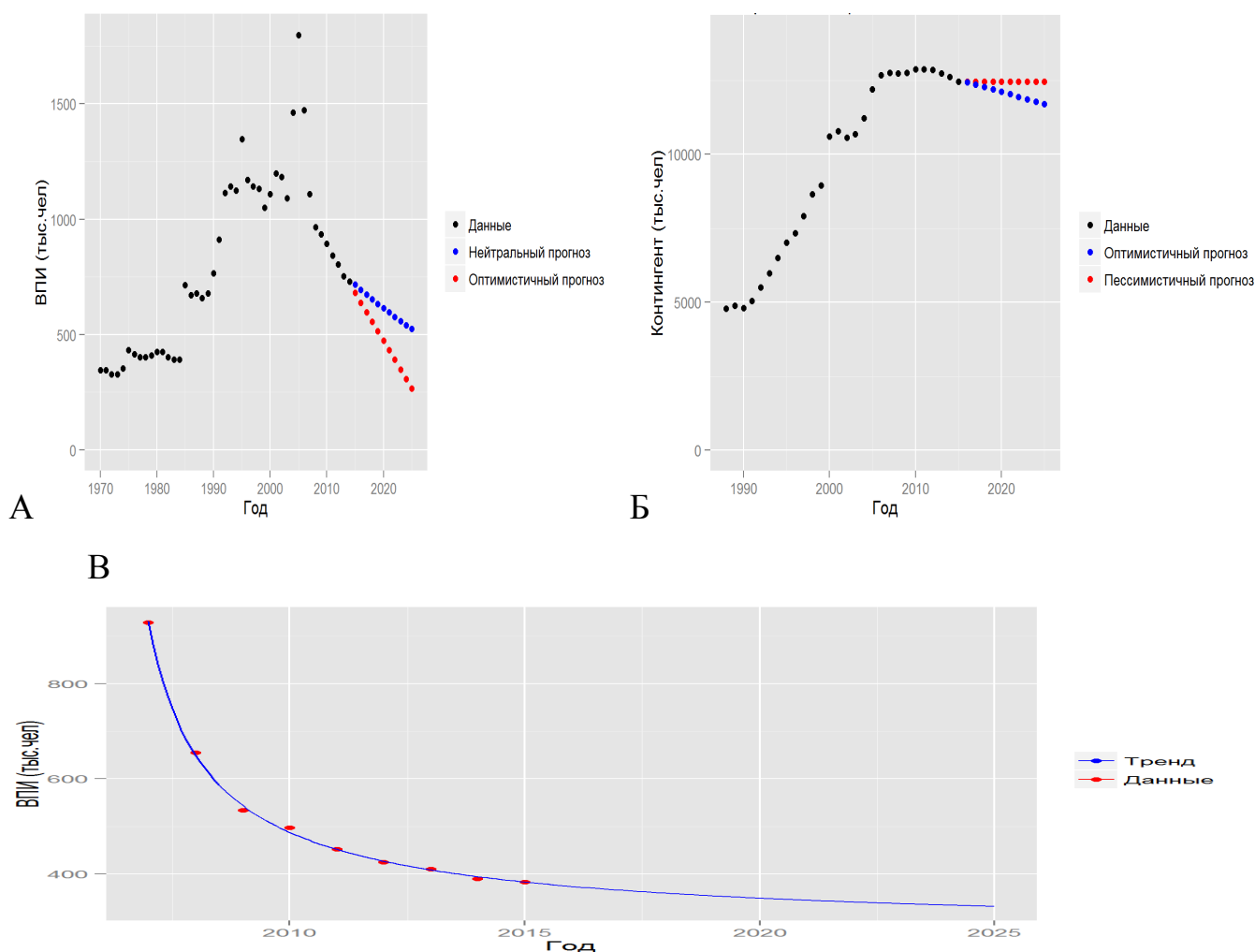


Рисунок 10 – Прогноз инвалидности в РФ (тыс. человек): А – ВПИ среди взрослого населения, Б – Общий контингент инвалидов (взрослое население), В – Линия тренда прогноза численности ВПИ пожилого возраста

При нейтральном развитии ситуации, в ближайшие годы общий контингент инвалидов в РФ не изменится, при благоприятном – будет наблюдаться

равномерное уменьшение (оптимистичный вариант). Однако на основе анализа институциональных факторов периодизации инвалидности в РФ можно предположить вероятность появления непредвиденного фактора (изменения законодательной базы), что, наряду с продолжением негативной тенденции роста заболеваемости неинфекционными хроническими болезнями, может обусловить разворот тренда и рост инвалидности в перспективе (пессимистичный прогноз).

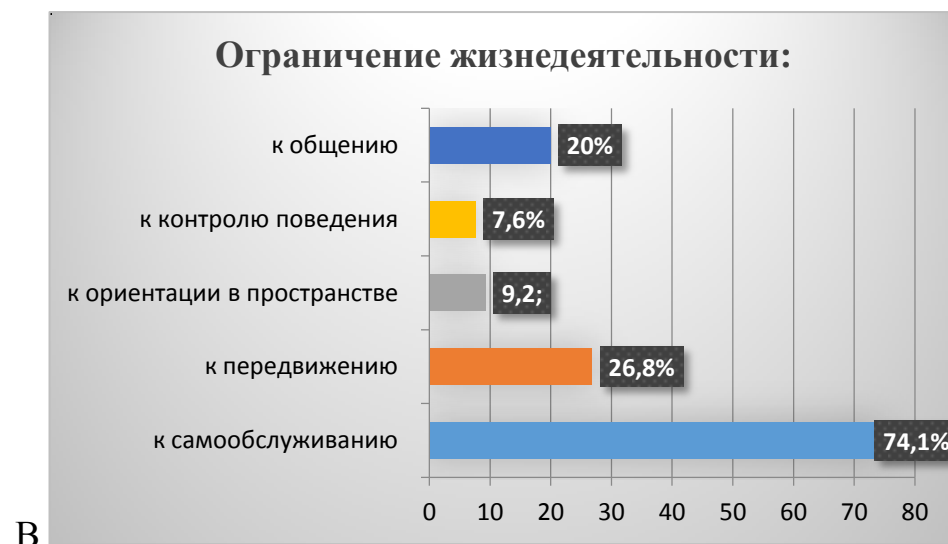
В пятой главе «Результаты клинико-экспертной диагностики и оценки потребности в различных технологиях медико-социальной реабилитации (Медико-социальный портрет инвалида пожилого возраста)» представлены (Рисунок 11) результаты изучения клинико-экспертной характеристики выборочно включенных в исследование инвалидов пожилого возраста (678 инвалидов). Среди освидетельствованных в БМСЭ преобладали женщины ($53,2 \pm 2,6\%$), инвалиды занимавшиеся ранее умственным трудом ($53,0 \pm 2,6\%$), имевшие полную семью ($41,6 \pm 2,6\%$). В нозологической структуре инвалидности преобладали БСК ($41,0 \pm 2,6\%$) и ЗНО ($24,9 \pm 2,2\%$). У большинства инвалидов имело место сочетание нарушений различных функций. Выраженные и значительно выраженные нарушения (III – IV степени) выявлялись у $56,5 \pm 2,6\%$ инвалидов. На фоне ограничения способности к трудовой деятельности, имевшейся у всех инвалидов пожилого возраста, наиболее частым ограничением жизнедеятельности было ограничение самообслуживания ($74,1 \pm 2,3\%$). Среди получавших медико-социальную помощь в условиях Пансионата преобладали инвалиды в возрасте 75 – 89 лет ($51,9 \pm 2,8\%$), женщины ($59,7 \pm 2,8\%$). В общем контингенте по тяжести инвалидизирующей патологии инвалиды распределились следующим образом: инвалиды третьей группы - $43,5 \pm 2,6\%$, второй группы - $37,0 \pm 2,5\%$ и инвалиды первой группы - $19,5 \pm 2,1\%$. В контингенте мужчин было несколько больше инвалидов второй группы ($39,9 \pm 3,7\%$), меньше инвалидов третьей группы ($37,0 \pm 3,7\%$) и инвалидов первой группы ($23,1 \pm 3,2\%$). В контингенте женщин было больше инвалидов третьей группы ($49,2 \pm 3,6\%$), меньше инвалидов второй группы – ($34,5 \pm 3,4\%$) и инвалидов первой группы – ($16,3 \pm 2,6\%$).



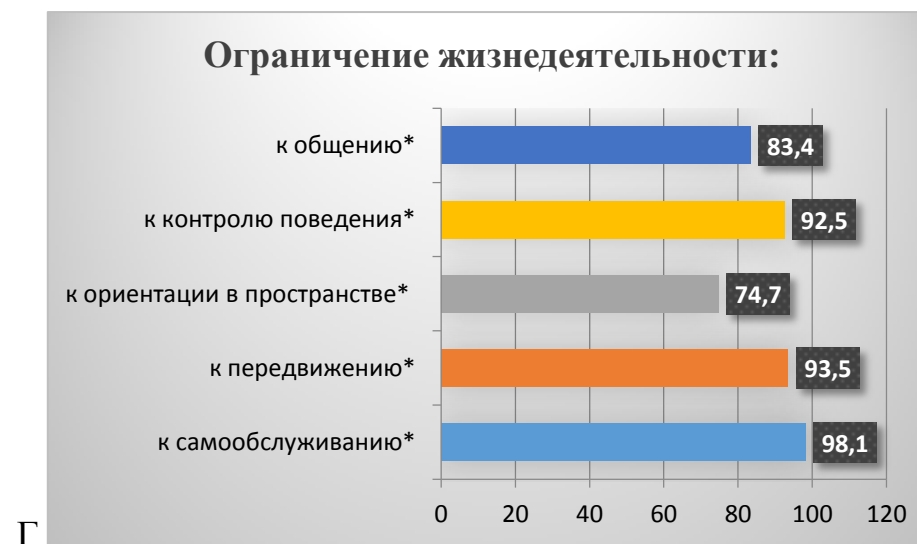
А



Б



В



Г

Рисунок 11 – Клинико-экспертная характеристика инвалидов пожилого возраста, освидетельствованных в БМСЭ (рис. А и В) и проходивших медико – социальную реабилитацию в условиях Пансионата (рис. Б и Г); различия по соответствующим позициям статистически достоверны ($p < 0,001$)

В контингенте находящихся в Пансионате инвалидов преобладали выраженные и значительно выраженные нарушения функций (III – IV степени) – у $99,7 \pm 0,3\%$ инвалидов. Нозологическая структура патологии, определившей инвалидность, включала психические расстройства ($70,8 \pm 2,6\%$) и БСК ($50,3 \pm 2,8\%$), а также широкий перечень сопутствующей патологии. Инвалидами первой группы являлись почти половина находящихся в Пансионате инвалидов ($48,7 \pm 2,8\%$), инвалидами второй группы – $51,0 \pm 2,8\%$ инвалидов. Наличие у пожилых инвалидов грубых дефектов в самообслуживании, передвижении и ориентации в пространстве, нарушение контроля за своим поведением, выраженный дефект общения определяли необходимость в постоянном уходе – 150 инвалидов ($48,7 \pm 2,8\%$). Большинству инвалидов группа инвалидности была установлена бессрочно ($96,4 \pm 1,1\%$).

По результатам опроса инвалидов пожилого возраста (400 человек), среди которых преобладающим возрастным контингентом были лица в возрасте 60 – 79 лет ($68,8\%$), а преобладающей гендерной когортой – женщины ($54,0\%$), одиноко проживали 30% инвалидов. Среди респондентов состояние своего здоровья оценили как удовлетворительное $55,8\%$ от опрошенных, как «плохое» – $32,7\%$, как «очень плохое» – $8,5\%$. Наибольшее число респондентов ($52,1\%$ от общего числа) отметило наличие третьей группы инвалидности, наличие второй группы – $39,5\%$, первой группы – $8,5\%$. Почти половина респондентов отметили отсутствие материальной (49%) и моральной помощи (47%).

В числе важнейших проблем, существующих у пожилых людей респонденты назвали (Рисунок 12) проблемы со здоровьем ($98,0\%$), доступность медицинской помощи ($30,5\%$) и лекарственное обеспечение ($43,3\%$). Подавляющее число респондентов ответили положительно на вопрос «Оказываете ли Вы поддержку своим детям (физическую/моральную)?» – $73,0\%$ от общего числа (среди мужчин – $71,7\%$ и $74,1\%$ – среди женщин).

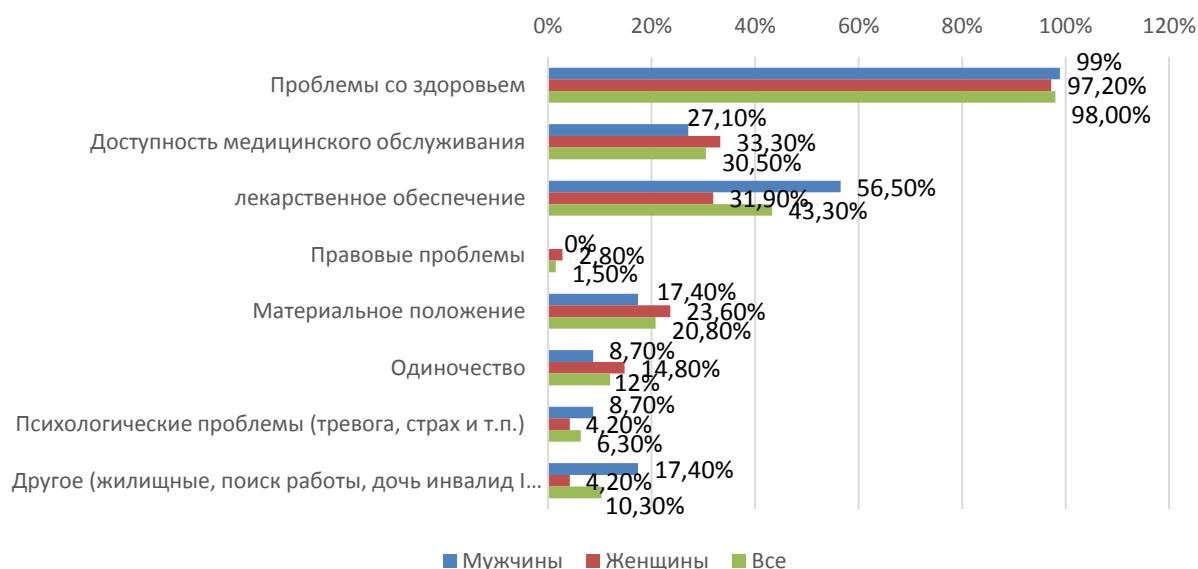


Рисунок 12 – Наиболее значимые медико-социальные проблемы для личности инвалида пожилого возраста (%)

При оценке уровня просвещенности об учреждениях и организациях, помогающим пожилым людям в решении их проблем, 24,3% респондентов указали Министерство здравоохранения, 10,0% – Министерство труда и социальной защиты, 55,0% – Пенсионный Фонд (клиентская служба), а 59,8% указали Центр социального обслуживания. В этом контексте Общественные организации респондентами не были отмечены.

В шестой главе «Медико-социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста, как основа их активного долголетия» представлены результаты исследования нуждаемости инвалидов пожилого возраста в различных методах реабилитации и абилитации и показатели эффективности реализации ИПРА в РФ. Установлено, что в выборочном контингенте инвалидов пожилого возраста (370 инвалидов) по результатам освидетельствования в БМСЭ имела место высокая нуждаемость в лекарственной терапии (100%) и стационарном лечении ($82,4 \pm 2,0\%$) при крайне низком числе рекомендаций о нуждаемости в реконструктивной хирургии ($0,8 \pm 0,5\%$) и в санаторно-курортном лечении ($8,4 \pm 1,4\%$), что коррелирует с данными по РФ (Рисунок 13).

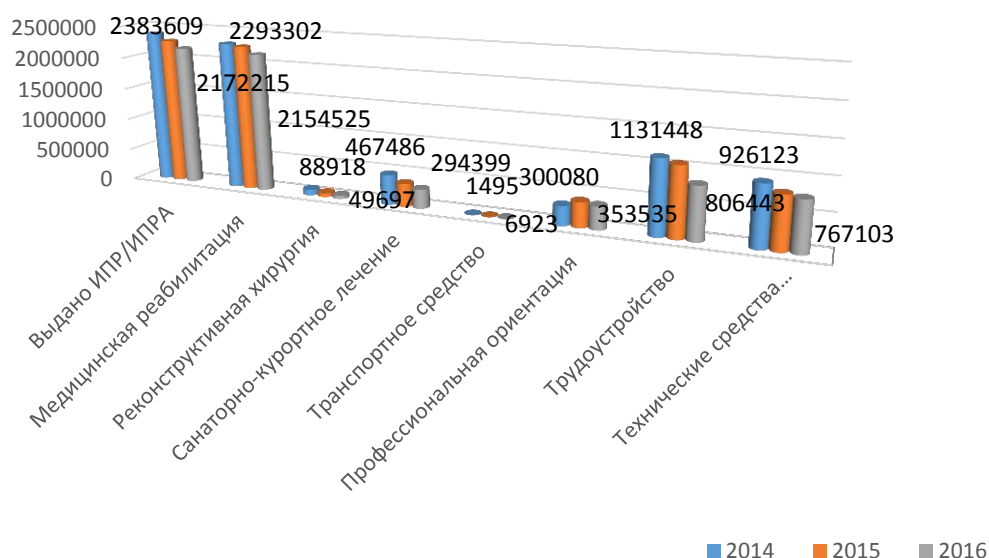


Рисунок 13 – Рекомендации по реабилитации и абилитации инвалидов (ИПРА), за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (2016 г.)

Констатирована высокая потребность в мероприятиях социокультурной ($51,6 \pm 2,6\%$ инвалидов), социально-психологической ($48,6 \pm 2,6\%$) и социально-бытовой ($35,1 \pm 2,5\%$) реабилитации, при меньшем числе инвалидов, которым были рекомендованы технологии профессиональной ($17,6 \pm 2,0\%$) и социально-средовой ($19,7 \pm 2,1\%$) реабилитации, а также использование средств адаптивной физической культуры ($13,5 \pm 1,8\%$ инвалидов). Значительному числу инвалидов установлена нуждаемость в технических средствах реабилитации ($61,6 \pm 2,5\%$). В контингенте инвалидов, находящихся в Пансионате (308 инвалидов), наиболее высокая нуждаемость была в лекарственной терапии (100%), в методах лечебной физкультуры ($99,4 \pm 0,5\%$), физиотерапевтического лечения ($89,6 \pm 1,7\%$), социально-бытовой ($92,9 \pm 1,5\%$), социально-психологической ($68,5 \pm 2,6\%$) и социокультурной ($63,3 \pm 2,7\%$) реабилитации, тогда как меньшее число инвалидов нуждалось в мерах спортивно-оздоровительного характера ($23,7 \pm 2,4\%$), методах социально-средовой ($16,9 \pm 2,1\%$) реабилитации и трудотерапии ($14,6 \pm 2,0\%$). В компенсации нарушенных функций техническими средствами реабилитации нуждалось подавляющее большинство инвалидов ($92,9 \pm 1,5\%$).

В выборочном контингенте инвалидов, прошедших переосвидетельствование в БМСЭ, был достигнут положительный результат медико-социальной реабилитации у $55,4 \pm 3,3\%$ инвалидов, из них у наибольшего числа инвалидов нарушенные функции частично компенсированы ($28,1 \pm 3,0\%$) или восстановлены ($21,6 \pm 2,7\%$), частично восстановлена способность к самообслуживанию ($29,4 \pm 3,0\%$), навыки бытовой деятельности ($13,9 \pm 2,3\%$) и социально-средовой статус ($21,2 \pm 2,7\%$). У значительно меньшего числа инвалидов достигнуто полное восстановление ($3,9 \pm 1,3\%$) или компенсация ($6,1 \pm 1,6\%$) нарушенных функций, восстановление навыков бытовой деятельности ($11,3 \pm 2,1\%$), способности к самообслуживанию ($3,0 \pm 1,1\%$), социально-средового статуса ($8,2 \pm 1,8\%$), созданы необходимые условия для трудовой деятельности ($2,6 \pm 1,0\%$). Снижение группы инвалидности имело место у $3,5 \pm 1,2\%$ инвалидов, а снятие группы инвалидности – у $1,3 \pm 0,7\%$ инвалидов. В контингенте инвалидов, находящихся в Пансионате, в результате проведения комплекса реабилитационных мероприятий положительный результат был достигнут у $44,2 \pm 2,8\%$ инвалидов. При этом у $99,7 \pm 0,3\%$ инвалидов оснований для изменения тяжелой группы инвалидности (I или II) не было. У одного инвалида в связи с утяжелением медико-социального статуса группа инвалидности была усилена.

В целом в РФ положительные результаты реализации ИПРА за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (в 2016 г.), были достигнуты у $48,4\%$ инвалидов, из них достигнута полная компенсация утраченных функций – у 4% , частичная – у $24,3\%$, восстановлены нарушенные функции полностью – у $2,8\%$, частично – у 18% , подобрано подходящее рабочее место – у $1,8\%$, обеспечена занятость /созданы условия для трудовой деятельности – у $2,2\%$, достигнута производственная адаптация – у $7,8\%$. Отмечены крайне низкие показатели по реализации рекомендаций по получению профессии ($0,3\%$), повышению квалификации ($0,04\%$) и созданию специального

рабочего места для трудоустройства (0,2%). В контингенте пострадавших на производстве в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания положительные результаты реабилитации были достигнуты у 63,8% инвалидов, из них наиболее значимые показатели отмечены по частичной компенсации утраченных функций (41,7%).

Заключение

Результаты нашего исследования позволяют сформировать медико-социальный портрет инвалидов пожилого возраста – это многочисленный пожилой контингент граждан, обладающих различной степенью способности к самообслуживанию, возможностями к адаптации и компенсации нарушенных функций, к овладению новыми или к восстановлению прежних навыков, что должно быть основанием для стратификации подходов к проведению медико-социальной реабилитации и прогнозированию достижения оптимального уровня участия в социуме. Повышение эффективности реабилитационных и абилитационных мероприятий в контингенте инвалидов пожилого возраста требует систематического наблюдения за динамикой функциональных нарушений и ассоциированных с ними ограничений жизнедеятельности, перманентного проведения восстановительных, оздоровительных и профилактических мероприятий. Необходима стратификация предоставляемых мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста на основе учета особенностей эпидемиологии инвалидности этого возрастного контингента населения в субъектах Российской Федерации.

На основе выше представленных данных, объединив результаты проведенного многоаспектного научного исследования представляется возможным сформулировать совокупность приоритетных направлений совершенствования медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста в Российской Федерации (схема 2):



ВЫВОДЫ

1. Установлено, что закономерностью эпидемиологии инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в течение 12 лет (2005-2016 гг.) является преобладание во все года инвалидов пожилого возраста, доля которых в структуре ВПИ в динамике составляла 68,5% – 53% (ВПИ среднего возраста 17% – 28%, молодого возраста 14,5% – 19% от общего числа ВПИ), а в контингенте ППИ отмечался рост удельного веса инвалидов пожилого возраста с 12,1% – до 43,5% и уменьшение удельного веса инвалидов других возрастных категорий (ППИ среднего возраста 43,3% – 30,7%, молодого возраста 44,6% – 25,8% от общего числа ППИ). Уровень первичной инвалидности у граждан пожилого возраста (98,2) в 2,6 раза выше, чем в контингенте трудоспособного возраста (соответственно 38,4 на 10 тыс. соответствующего населения). При первичном освидетельствовании за 12 лет инвалидность установлена 6,6 млн. граждан пожилого возраста, при общей численности ВПИ 11,7 млн. человек.

2. Выявлена выраженная тенденция к росту распространенности повторной инвалидности среди граждан пожилого возраста с 98,5 на 10 тыс. соответствующего населения в 2005 г. до 165,3 в 2016 г. (на 74,5%, $R^2=0,546$). Уровень повторной инвалидности у граждан других возрастных категорий взрослого населения ежегодно уменьшался с 162,9 до 61,8 в 2016 г. в контингенте ППИ молодого возраста (уменьшение на 93,4%, $R^2=0,934$), а в контингенте ППИ среднего возраста – с 509,9 в 2005 г. до 171,9 в 2016 г. (на 60%, $R^2=0,873$). В структуре повторной инвалидности, в отличие от пожилого возраста, среди трудоспособного населения в целом можно отметить устойчивый нисходящий тренд (коэффициент аппроксимации 0,949). Численность ППИ граждан пожилого возраста за этот период составила 6,3 млн. человек при общей численности ППИ 23,2 млн. человек.

3. Выявлена диспропорция гендерной структуры первичной и повторной инвалидности пожилого контингента населения в Российской Федерации. Преобладают женщины инвалиды (ВПИ – 56,5%, ППИ – 57,2%),

однако, имеет место различный характер динамики структуры первичной и повторной инвалидности по полу. В когорте ВПИ возрастает удельный вес мужчин с 33,9% в 2005 г. до 43,5% в 2016 г., а в когорте ППИ – удельный вес женщин (с 52,0% в 2005 г. до 57,5% в 2016 г.). Уровень первичной инвалидности во все года анализируемого периода у мужчин выше по сравнению с женщинами со схожей тенденцией снижения среди мужчин с 496,0 до 146,5 ($R^2=0,768$), а у женщин - с 392,6 до 78,3 на 10 тыс. соответствующего населения ($R^2=0,714$). В контингенте ППИ, в отличие от ВПИ, выявлена динамика роста интенсивного показателя у мужчин с 163,6 в 2005 г. до 241,1 в 2016 г., а у женщин с 72,1 до 134,1. В тоже время начиная с 2009 г. имеет место устойчивая тенденция снижения уровня повторной инвалидности среди мужского населения на 20,9% ($R^2=0,964$) и на 19,1% среди женского населения ($R^2=0,991$).

4. Выявлено изменение соотношения между впервые и повторно установленными случаями инвалидности в контингенте пожилого населения в Российской Федерации за период 2005-2016 гг. Если в 2005 г. имело место подавляющее превышение численности ВПИ – 81,1% против 18,9% ППИ, то в 2016 г. в общем контингенте освидетельствованных преобладали инвалиды с повторно установленной инвалидностью – 62,7% против 37,3% случаев первично установленной инвалидности. Прогнозные варианты динамики инвалидности: среди лиц пожилого возраста ожидается продолжение снижения численности ВПИ (оптимистичный прогноз), однако рост первичной заболеваемости как общей, так и по отдельным классам болезней и изменение законодательной базы (порядка и условий признания лица инвалидом) в связи с возможными негативными социально-демографическими тенденциями могут обусловить рост инвалидности и разворот тренда (пессимистичный прогноз).

5. Установлено, что контингент как ВПИ, так и ППИ граждан пожилого возраста формируют инвалиды вследствие классов БСК (2 – 1 ранговое место), ЗНО (1 – 2 ранговое место), БКМС (3 ранговое место), болезней глаза

(4 ранговое место), психических расстройств (5 – 6 ранговое место), болезней нервной системы (6 – 5 ранговое место), болезней уха (7 – 10 ранговое место), болезней эндокринной системы (8 – 7 ранговое место), болезней органов дыхания (9 – 8 ранговое место). Это определяет особенности нозологической структуры инвалидности с учетом возраста в Российской Федерации. В частности, удельный вес инвалидов пожилого возраста преобладает в структуре как первичной, так и повторной инвалидности вследствие БСК (62,4% и 55,6%), ЗНО (61,7% и 61,1%), БКМС (41,7% и 41,4%), класса болезней уха (68,5% и 43,9%), глаза (65,7,% и 48,4%), эндокринной системы (53,2% и 40,8%), органов дыхания (46,9% и 39,2%). Установлено, что инвалиды первой группы преобладают в контингентах ВПИ и ППИ пожилого возраста вследствие психических расстройств – соответственно 73,7% и 52,5%, ЦВБ – 38,6% и 36,6%, БМПС – 32,5% и 47,1%).

6. Установлено, что динамика тяжести первичной и повторной инвалидности в Российской Федерации имеет разнонаправленный характер. В частности, в контингенте ВПИ за 12-летний период выявлен рост удельного веса ВПИ первой группы (с 12,5% до 25,4%), существенное сокращение ВПИ второй группы (с 64,3% до 35,9%) и рост ВПИ третьей группы (с 23,2% до 38,7%), которая с 2014 г. начинает занимать первое ранговое место в структуре первичной инвалидности по тяжести. При этом произошло снижение уровня первичной инвалидности второй группы относительно 2005 г. в 7,7 раза ($R^2 = 0,992$), а уровня третьей группы – в 2,5 раза ($R^2 = 0,777$), тогда как тенденция снижения уровня первой группы имела менее устойчивую динамику ($R^2 = 0,621$). В контингенте ППИ начиная с 2010 г. в связи с устойчивой тенденцией роста показателя ($R^2 = 0,640$) наиболее часто повторно устанавливаемой группой инвалидности становится третья группа (показатель наглядности по отношению к уровню 2005 г. – 678,2%), однако распространенность наиболее тяжелых групп первой и второй

практически не изменилась по отношению к уровню в 2005 г. (показатель наглядности 100% и 96,4% соответственно).

7. Выявлена региональная дифференциация распространенности инвалидности среди населения на территориях ФО и субъектов Российской Федерации (в 2010-2016 гг.). Стабильно высокий уровень повторной инвалидности, превосходящий среднероссийский показатель, регистрировался в Курской, Тамбовской, Калужской, Ульяновской и Иркутской областях, Красноярском крае, Республиках Тыва, Калмыкия, Саха (Якутия), Чувашской республике, Ямало – Ненецком АО и Еврейской автономной области. Негативная ситуация роста уровня первичной инвалидности имела место в Чукотском АО, Пензенской области, а повторной – в Республиках Мордовия, Коми, Карелия, Алтай, Удмуртской Республике, Курганской, Смоленской, Архангельской и особенно в Пензенской областях. Однако, в большинстве ФО в контингенте ВПИ имело место уменьшение интенсивного показателя ($r = -0,870$; $p < 0,001$) как в контингенте ВПИ, так и в контингенте ППИ ($r = -0,598$; $p < 0,001$). Аналогичная тенденция выявлена и во всех субъектах Российской Федерации (ВПИ: $r = -0,524$; $p < 0,001$; ППИ: $r = -0,216$; $p < 0,001$). Позитивная динамика значительного снижения уровня первичной инвалидности имела место в Ивановской, Кировской и Ярославской областях, в Республиках Карелия и Ингушетия, в Камчатском крае, в Чеченской Республике.

8. Результаты сравнительного анализа нарушений функций у выборочного контингента инвалидов пожилого возраста, освидетельствованных в БМСЭ (370 инвалидов), и контингента инвалидов, проходивших медико-социальную реабилитацию в условиях стационара социального обслуживания (Пансионат, 308 инвалидов), свидетельствуют о достоверно более высокой частоте ($p < 0,001$) различных нарушений функций в контингенте инвалидов Пансионата, что отражает полиморбидный характер инвалидизирующей патологии у инвалидов, находящихся в условиях стационарной формы медико-социальной реабилитации. В этом контингенте

пожилых инвалидов также достоверно чаще имели место различные виды ограничений жизнедеятельности ($p < 0,001$), которые у большинства инвалидов носили множественный характер. При этом нарушения психических функций, языковых и речевых, кровообращения, сенсорных, скелетных и связанных с движением (статодинамических), нейромышечных и выделения высокой степени градации (III – IV степени) обуславливали выраженные ограничения жизнедеятельности (2 – 3 степени) у $99,7 \pm 0,3\%$ инвалидов и определяли необходимость в постоянном уходе ($48,7 \pm 2,8\%$ инвалидов).

9. Установлено, что нуждаемость инвалидов пожилого возраста в медико-социальной реабилитации высокая. По результатам освидетельствования в БМСЭ восстановительная терапия рекомендована всем инвалидам (100%), при этом констатирована высокая нуждаемость в лекарственной терапии (100%) и стационарном лечении ($82,4 \pm 2,0\%$) при значительно меньшей доле выданных рекомендаций о нужде в реконструктивной хирургии ($0,8 \pm 0,5\%$) и в санаторно-курортном лечении ($8,4 \pm 1,4\%$), в методах социальной реабилитации ($56,2 \pm 2,6\%$), а также в реабилитации средствами адаптивной физической культуры (рекомендована $13,5 \pm 1,8\%$ инвалидам). В Пансионате нуждаемость инвалидов в лекарственной терапии также составляла 100%, в методах лечебной физкультуры - $99,4 \pm 0,5\%$, достоверно выше была нуждаемость в методах социальной реабилитации ($93,8 \pm 1,4\%$, $p < 0,001$). Нуждаемость в технических средствах реабилитации для компенсации нарушений функций и преодоления ограничений жизнедеятельности в когортах инвалидов пожилого возраста составляла $61,6 \pm 2,5\%$ и $92,9 \pm 1,5\%$ соответственно ($p < 0,001$).

10. Показано, что в настоящее время сохраняется низкий уровень реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации. Положительные результаты реализации ИПРА инвалидов из числа взрослого населения были достигнуты у $48,4\%$ инвалидов, за исключением

пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в контингенте которых положительные результаты реабилитации были достигнуты у 63,8% инвалидов (в 2016 г.). Сравнительный анализ эффективности медико-социальной реабилитации выборочного контингента инвалидов пожилого возраста (678 инвалидов) свидетельствует, что по сравнению с когортой инвалидов, находящихся на медико-социальной реабилитации в Пансионате, в когорте инвалидов, реализующих ИПРА в медицинских организациях, достоверно выше показатели достижения компенсации и восстановления нарушенных функций, а также восстановления способности к самообслуживанию ($p < 0,001$). В то же время в этом контингенте имели место случаи утяжеления инвалидности ($10,8 \pm 2,0\%$), доля которых превысила случаи снижения или снятия группы инвалидности (соответственно $3,5 \pm 1,2\%$ и $1,3 \pm 0,7\%$). В когорте инвалидов, находящихся в Пансионате, стабильность тяжелых групп инвалидности имела место у $99,7 \pm 0,3\%$ инвалидов ($p < 0,001$).

11. При проведении анкетирования с использованием разработанного инструментария большинство опрошенных граждан пожилого возраста основными проблемами называли проблемы со здоровьем и доступность медицинской помощи, при этом отмечали высокий уровень тревожности; занимали активную жизненную позицию, оказывали физическую и моральную поддержку своим детям и принимали участие в воспитании внуков; имели низкий уровень просвещенности о перечне государственных учреждений и общественных организаций, осуществляющих деятельность в области социальной защиты, адаптации и поддержки людей пожилого возраста, в том числе в решении медико-социальных проблем инвалидов.

12. В соответствии с ключевым направлением социальной политики Российской Федерации по оптимизации использования потенциала старшего поколения как для самореализации, так и для роста ресурсного потенциала государства, приоритетными направлениями стратегии совершенствования медико-социальной реабилитации инвалидов из числа этой многочисленной

социально-демографической категории населения в Российской Федерации является повышение доступности и качества, а также обеспечение комплексности и непрерывности восстановительных и профилактических технологий на всех уровнях медико-социальной реабилитации для сохранения здоровья и достоинства старшего поколения, активного долголетия и интеграции в общество.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Созданную в результате проведенного исследования базу данных об особенностях возрастной структуры инвалидности взрослого населения в Российской Федерации, эпидемиологическую картину инвалидности граждан пожилого возраста, характер гендерной сегментации инвалидности, особенности нозологической структуры ведущих этиологических причин и данные о региональной дифференциации распространенности инвалидности этого многочисленного контингента населения в субъектах Российской Федерации целесообразно использовать при планировании мероприятий, направленных на поддержку старшего поколения, что обеспечит целевое использование ресурсов здравоохранения, оптимальное перераспределение и экономию бюджетных средств.

2. Приоритетными направлениями повышения эффективности медико-социальной реабилитации необходимо считать развитие медико-социальных центров (отделений) на базе территориальных поликлиник для осуществления патронажа инвалидов со значительным ограничением способности к самообслуживанию и маломобильных. В этом аспекте расширение обеспечения инвалидов современными техническими средствами реабилитации и обучение их использованию для восстановления/компенсации нарушенных функций позволит минимизировать зависимость от посторонней помощи (достижение автономности в среде жизнедеятельности).

3. В целях повышения эффективности реабилитации инвалидов в Российской Федерации считаем необходимым разработку единой системы

контроля за осуществлением технологий восстановительного лечения и социализации в рамках единого непрерывного процесса медико-социальной реабилитации на всех уровнях ее осуществления на межведомственной основе. Считаем целесообразным внедрение в работу медицинских организаций основополагающих принципов клинико-экспертной диагностики в соответствии с требованиями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с целью обеспечения преемственности с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, что требует изменения (актуализации) Формы N 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

4. Целесообразно в медицинских организациях использовать при осуществлении клинико-экспертной диагностики в ходе динамического контроля реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида разработанную нами карту оценки медико-социального статуса инвалида (Приложение Б).

5. Считаем необходимым подготовку квалифицированных специалистов (врачей, медсестер) способных предоставить безопасную и качественную медико-социальную помощь населению пожилого возраста с учетом особых потребностей данной категории граждан. В этом аспекте прикладное значение имеют разработанные нами и утвержденные ФГАУ «Федеральный институт развития образования» (ФГАУ ФИРО) учебные пособия «Клинические аспекты формирования клинико-экспертного диагноза» и «Технические средства в реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности» для подготовки кадров уровня высшей квалификации.

6. Актуально формирование оптимальной среды жизнедеятельности путем преодоления неудовлетворенного спроса граждан пожилого возраста на стационарное социальное обслуживание (различные формы дневного и постоянного пребывания), а также повышение ответственности трудоспособных членов семьи за содержание и уход за лицами пожилого

возраста с ограничением жизнедеятельности, вовлечение их в обучающие программы и психологические тренинги. Актуально мотивирование и привлечение волонтеров к реализации реабилитационных и абилитационных мероприятий.

7. С целью стимулирования активного долголетия считаем целесообразным реализацию мероприятий содействия занятости населения пожилого возраста, в том числе инвалидов, в рамках программ, демпфирующих сокращение спроса на рабочую силу старшего поколения и осуществление профориентационных мероприятий по вовлечению в образовательные программы, профессиональную подготовку и переподготовку.

8. Рекомендуются с целью повышения эффективности реабилитационных и абилитационных мероприятий проведение мониторингов медико-социальных проблем, существующих у инвалидов пожилого возраста, уровня их информированности и удовлетворенности мероприятиями медико-социальной реабилитации. При осуществлении мониторингов целесообразно использовать разработанный нами инструментальный опрос (Приложение В).

Перспективой дальнейшей разработки диссертационной темы является дальнейшее изучение факторов, инициирующих инвалидность населения пожилого возраста в Российской Федерации, разработка подходов к профилактике инвалидизирующих осложнений социально-значимых заболеваний и вопросов оптимизации применения интегральных здоровьесберегающих технологий восстановительной терапии, в том числе адаптивной физической культуры, для повышения качества жизни в пожилом возрасте.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Чукаева И.И., Шургая М.А. Лечение артериальной гипертензии у женщин в постменопаузальном периоде. // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. – 2006. – Т.1 – №2. – С. 29-32.
2. Чукаева И.И., Шургая М.А., Кашежева А.З., Хачирова А.И. Вопросы ранней диагностики и профилактики заболеваний. Формирование здорового образа жизни. // Лечебное дело – 2011. – №3. – С. 25-32.
3. Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Чандирли С.А., Балека Л.Ю., Беличенко В.В., Огай Д.С. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2013. – №3. – С. 3-10.
4. Пузин С.Н., Шургая М.А., Чандирли С.А., Поляничко В.В., Балека Л.Ю. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2014. – №3. – С.4-10.
5. Пузин С.Н., Шургая М.А., Чандирли С. А., Поляничко В.В., Балека Л.Ю. Хроническая сердечная недостаточность: алгоритм успешной диагностики. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2014. – №4. – С. 4-10.
6. Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М., Кузнецова Е.А. Медико-социальные аспекты болезни Альцгеймера. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2014. – №3. – С. 6-14.
7. Пузин С.Н., Шургая М.А., Чандирли С. А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Таиров Г.М. Аспекты медико-социальной реабилитации больных при гипертонической болезни. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2014. – №1. – С.10-15.
8. Бодрова Р.А., Иксанов Х.В., Плеханова Г.М., Шургая М.А., Белеченко В.В. Особенности реабилитации инвалидов, пользующихся техническими средствами передвижения. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2014. – №4. – С. 6-8.
9. Лебедев А.А., Пузин С.Н., Потапов В.Н., Шургая М.А. От геронтологии - к медицине антистарения. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2014. – №2. – С. 4-6.

10. Пузин С.Н., Шургая М.А., Кузнецова Е.А., Мутева Т.А. Гериатрические аспекты инвалидности в Российской Федерации // Сборник IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социальная геронтология». Москва, 2015. — С. 130-136.
11. Шургая М.А. Динамика первичной инвалидности по классам болезней с учетом возраста в Российской Федерации за 2005-2014 гг. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2015. — №3. — С. 34-39.
12. Шургая М.А. Показатели первичной инвалидности лиц пенсионного возраста в Российской Федерации за 2005-2014 гг. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2015. — №3. — С. 68-72
13. Шургая М.А. Анализ повторной инвалидности взрослого населения с учетом возраста в Российской Федерации в динамике за 2005-2014 гг. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2015. — №4. — 34-39.
14. Шургая М.А. Динамика повторной инвалидности по классам болезней с учетом возраста в Российской Федерации за 2005-2014 гг. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2015. — №4. — С.44-49.
15. Шургая М.А., Пузин С.Н., Бойко Ю.П., Мутева Т.А., Сумеди И.Р., Одебаева Р. Гендерные особенности повторной инвалидности лиц пенсионного возраста. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2015. — №4. — С. 25-32.
16. Шургая М.А. Уровень повторной инвалидности граждан пенсионного возраста в Российской Федерации. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2015. — №4. — С. 44-48.
17. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Лаптева А.Е. Демографические и медико-социальные аспекты инвалидности в пожилом возрасте. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2015. — №3. — С.46-49.
18. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Лаптева А.Е., Кузнецова Е.А. Качество медико-социальной экспертизы: современные аспекты формирования клинико-функционального диагноза реабилитации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2015. — №3. — С.4-6.

19. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Мутева Т.А., Сумеди И.Р., Кузнецова Е.А. Возрастная структура и уровень повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований взрослого населения в Российской Федерации в динамике за 2005-2014 гг. // **Российский онкологический журнал.** – 2015. – Т.20. – №6. – С. 34-37.
20. Сертакова О.В., Родоман Г.В., Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Коршикова Ю.И., Короткевич В.Ю. Особенности организации экспертизы временной нетрудоспособности в условиях многопрофильного стационара. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2015. – №1. – С. 6-12.
21. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2015. – №1. – С.4-9.
22. Родоман Г.В., Пузин С.Н., Сертакова О.В., **Шургая М.А.**, Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Коршикова Ю. И., Огай Д.С., Романова В.А. Научно-практические аспекты экспертизы трудоспособности в современных условиях. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2015. – №2. – С. 4-7.
23. Меметов С.С., Кузнецова Е.А., **Шургая М.А.**, Беличенко В.В., Таиров Г.М. Аспекты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2015. – №2. – С. 44-47.
24. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Коршикова Ю.И., Кузнецова Е.А., Лапина Е.Ю. Медико-социальные аспекты профилактики инвалидности и повышения качества жизни в пожилом возрасте. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2015. – №2. – С. 5-9.
25. Пузин С.Н., Меметов С.С., **Шургая М.А.**, Балека Л.Ю. Особенности организации государственной службы медико-социальной экспертизы на современном этапе. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2016. – №3. – С. 159-163.
26. **Шургая М.А.** Методика оценки медико-социального статуса инвалидов пожилого возраста. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2016. – №3. – С. 164-167.
27. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Шкурко М.А., Красноясова И.А., Христофоров С.Н., Меметов С.С. Аспекты реабилитации инвалидов

пожилого возраста в Российской Федерации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №3. — С.116 – 122.

28. Пузин С.Н., Меметов С.С., **Шургая М.А.**, Балека Л.Ю., Кузнецова Е.А., Мутева Т.А. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №1. — С. 4-7.

29. **Шургая М.А.** Региональные тенденции первичной инвалидности граждан пенсионного возраста в Российской Федерации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №1. — С. 28-32.

30. Пузин С.Н., Меметов С.С., **Шургая М.А.**, Балека Л.Ю., Сумеди И.Р., Мутева Т.А. Реабилитация участников боевых действий: посттравматический стрессовый синдром. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №2. — С. 60-63.

31. **Шургая М.А.** Современные тенденции повторной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани граждан пбнсионного возраста а Российской Федерации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №2. — С. 89-95.

32. Пузин С.Н., Меметов С.С., **Шургая М.А.**, Галь И.Г. Организация медицинской реабилитации ветеранов войн в контексте социальной поддержки старшего поколения в России. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №4. — С. 172-177.

33. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Меметов С.С., Богова О.Т., Галь И.Г. Возможности термальных вод Мостовского района Краснодарского края в комплексной системе оздоровления и медико-социальной реабилитации // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2016. — №4. — С. 172-177.

34. **Шургая М.А.** Злокачественные новообразования: Возрастные особенности эпидемиологии первичной инвалидности в Российской федерации. // **Российский онкологический журнал.** — 2016. — №6. — С. 319-324.

35. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Мутева Т.А., Сумеди И.Р. Актуальные вопросы первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Российской Федерации // Сборник статей XX Международной научно-практической конференции: «Теоретические и практические аспекты развития научной мысли». — Москва: МНО Интер-Медикал, 2016 г. — С. 71-75.

36. Храпылина Л.П., Исаков Э.В., Винокуров А.С., Стороженков Д.В., **Шургая М.А.** Пути повышения результативности мер по развитию инклюзивной среды в интересах инвалидов. // **Вестник Всероссийского**

общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2016. — №1. — С. 18-24.

37. **Шургая М.А.** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани как причина первичного выхода на инвалидность граждан пенсионного возраста в Российской Федерации. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2016. — №2. — С. 66-78.

38. **Шургая М.А.,** Меметов С.С., Балека Л.Ю., Мутева Л.Ю., Одебаева Р. Оценка стойких нарушений функций сердечно-сосудистой системы при гипертонической болезни. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2016. — №2. — С. 85-92.

39. Шевченко С.Б., Пузин С.Н., **Шургая М.А.,** Осадчук М.А. Социально значимые заболевания в нозологической структуре инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации. // **Сеченовский вестник.** — 2016. — №3 (25). — С.4-11.

40. **Шургая М.А.** Возрастные особенности первичной инвалидности взрослого населения в Федеральных округах и субъектах Российской Федерации. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2016. — № 4. — С. 23-30.

41. Пузин С.Н., **Шургая М.А.,** Меметов С.С., Свириденко А.В. Современные тенденции региональной дифференциации инвалидности вследствие болезней системы кровообращения у граждан пожилого возраста в Российской Федерации. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** — 2017. — №1. — С. 33-41.

42. **Шургая М.А.** Инвалидность вследствие класса болезней органов дыхания у граждан пожилого возраста. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2017. — №2. — С. 69-74.

43. **Шургая М.А.,** Меметов С.С., Силенко Л.В. Старшее поколение: Медико-социальные проблемы. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2017. — №2. — С. 86-88.

44. Пузин С.Н., **Шургая М.А.,** Меметов С.С., Шевченко С.Б., Смольников Е.В., Гончарова О.В. Принципы формирования врачебного заключения. Клинический диагноз. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** — 2017. — №1. — С. 46-49.

45. Пузин С.Н., **Шургая М.А.,** Сычев Д.А., Меметов С.С., Потапов В.Н., Чандирли С.А., Коршикова Ю.И., Дмитриева Н.В., Смольников Е.В.

Клинические аспекты формирования клинико-экспертного диагноза: учебное пособие (Рекомендовано ФГАУ ФИРО) – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 138 с.

46. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Чандирли С.А., Меметов С.С., Сумеди И.Р., Дмитриева Н.В., Гигинеишвили Д.Н., Смольников Е.В., Кузнецова Е.А., Саблин К.С. Технические средства в реабилитации граждан с ограничениями жизнедеятельности: учебное пособие (Рекомендовано ФГАУ ФИРО) – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 225 с.

47. **Шургая М.А.** Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2017. – №3. – С. 136-143.

48. **Шургая М.А.** Динамика общей инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2017. – №3. – С. 21-25.

49. Ачкасов Е.Е., Богова О.Т., Гончарова О.В., Гроздова Т.Ю., Данилов О.И., Лазарева И.А., Машковский Е.В., Осадчих А.И., Осадчих В.Г., Потапов В.Н., Пузин С.Н., Султанова О.А., Фетисов Г.П., Чандирли С.А., **Шургая М.А.** Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: руководство в 5 томах. Т. I. Междисциплинарная структура реабилитологии. – М.: Литтерра, 2017. 336 с.

50. Ачкасов Е.Е., Богова О.Т., Веселова Л.В., Гроздова Т.Ю., Данилов О.И., Добровольский О.Б., Красавина Т.В., Машковский Е.В., Осадчих А.И., Осадчих В.Г., Потапов В.Н., Пузин С.Н., Фетисов Г.П., Чандирли С.А., Шевченко С.Б., **Шургая М.А.** Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: руководство в 5 томах. Т. II. Внутридисциплинарная структура реабилитологии. – М.: Литтерра, 2017. 768с.

51. **Шургая М.А.**, Меметов С.С., Иванова Т.А., Караева А.Ф., Лялина И.В. Медико-социальные аспекты демографической ситуации в России. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2017. – №4. – С. 214-220.

52. **Шургая М.А.** Инвалидность граждан пожилого возраста в Российской Федерации. // **Здравоохранение Российской Федерации.** – 2017. – Т.61. – №6. С. 292-299.

53. **Шургая М.А.** Критерии тяжести инвалидности при стойких нарушениях функций кровообращения. // **Клиническая медицина.** – 2017. – №2(95). – С. 158-162.

54. Puzin S.N., Shevchenko S.B., Gridin L.A., **Shurgaya M.A.**, Goncharova O.V. On the issue of the examination of working capacity in Russia in the 20th century. **History of Medicine**. – 2017. – Vol. 4. – № 1. pp. 33–42.
55. Ачкасов Е.Е., Безуглов Э.Н., Богова О.Т., Гончарова О.В., Гридин Л.А., Гроздова Т.Ю., Данилов О.И., Мандрик Л.В., Машковский Е.В., Медведев И.Б., Осадчих А.И., Осадчих В.Г., Осадчук М.А., Потапов В.Н., Пузин С.Н., Руненко С.Д., Сафоничева О.Г., Суворов В.Г., Фетисов Г.П., Чандирли С.А., Шелехова Т.Ю., **Шургая М.А.** Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: руководство в 5 томах. Т. III. Реабилитационно-диагностические и медицинские аспекты реабилитологии. – М.: Литтерра, 2018. 573 с.
56. Пузин С.Н., **Шургая М.А.**, Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Рукодажный О.В., Потапов В.Н., Говорушкина Н.С., Миненко И.А. Совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого возраста. Принципы формирования врачебного заключения. Клинический диагноз. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии**. – 2018. – №1. – С. 25-28.
57. Puzin S.N., **Shurgaya M.A.**, Odebaeva R.O. Disability in Elderly People due to Hypertensive Disease in the Russian Federation. // **Uspekhi Gerontologii**. – 2018. – Vol. 31. – No. 1. – pp. 32–38.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БСК – болезни системы кровообращения

БКМС – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы

ВПИ – впервые признанный инвалидом

ЗНО – злокачественные новообразования

ИПРА– индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида

МКБ – международная классификация болезней

МКФ – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МПС – мочеполовая система

ООН – Организация объединенных наций

ППИ – повторно признанный инвалидом

РФ – Российская Федерация

ФО – федеральный округ