

Одебаева Роза

**ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И
ОПТИМИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

14.02.06 – медико-социальная экспертиза и
медико-социальная реабилитация

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2021

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)

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Ачкасов Евгений Евгеньевич

доктор медицинских наук, доцент

Шургая Марина Арсеньевна

Официальные оппоненты:

Полунин Валерий Сократович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «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, Государственное бюджетное учреждение г. Москвы «Научно-практический реабилитационный центр» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, директор.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Защита состоится «13» мая 2021 года в 13 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, г. 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) по адресу: 119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d. 37/1 и на сайте www.sechenov.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук



Конева Елизавета Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Инвалиды – наиболее уязвимый контингент населения, нуждающийся в социальной помощи. Целью социальной политики Российская Федерация, согласно ФЗ № 181 от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в России» и ФЗ №442 от 28.12.2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», является необходимость поддержки людей с ограничением жизнедеятельности вследствие нарушения здоровья. Проблема инвалидности сосуществует с проблемой социально-значимых заболеваний, основным признаком и одновременно ключевой характеристикой которых является массовость. Эпидемический характер распространения и медико-социальное бремя гипертонической болезни (ГБ) обуславливает внесение данной патологии в список социально значимых заболеваний (Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., 2015; Пузин С.Н. с соавт., 2019). Во всем мире гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из основных причин смертности населения, при этом, вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) погибают 4,9 млн. человек, геморрагических и ишемических инсультов – 2,0 млн. и 1,5 млн. человек, соответственно (Лопина Е.А., Душина А.Г., Либис Р., 2019; Пузин С.Н. с соавт., 2019; Ettehad D. et al., 2016).

Несмотря на значительные достижения медицины за последние десятилетия в области диагностики, профилактики и лечения ГБ, тем не менее, уровень нетрудоспособности в расчете по годам жизни увеличился на 40% по сравнению с 1990 г. и в 70% случаев смертность и инвалидность вследствие ГБ была связана с высоким уровнем САД (>140 мм рт.ст.) (Пузин С.Н. с соавт., 2019; Forouzanfar M.H. et al., 2017).

По прогнозам, распространенность ГБ будет расти, достигнув 15-20% (почти 1,5 млрд. человек) в связи с широким присутствием в популяции факторов риска. К факторам риска АГ относятся: избыточная масса тела,

гиподинамия, гиперхолестеринемия, употребление с пищей значительного количества поваренной соли, стресс, злоупотребление алкоголем, курение, старение населения (Кукес В.Г. с соавт., 2015; Стрюк Р.И. с соавт., 2014; Пузин С.Н. с соавт., 2019). Увеличение продолжительности жизни, как правило, связано со старением населения и влечет за собой рост коморбидности и потерю способности к самообслуживанию, что обуславливает повышенную нуждаемость в медико-социальной реабилитации (Ткачева О.Н. с соавт., 2017).

Сохранение у пациентов тех факторов риска, которые являются триггерами АГ и поддерживают ее дальнейшее прогрессирование, неблагоприятно воздействует на приверженность пациентов к лечению и является причиной низкой эффективности антигипертензивной терапии, что обуславливает возникновение и дальнейшее прогрессирование инвалидизирующих осложнений АГ (Пузин С.Н. с соавт., 2019; Williams B. et al., 2018).

Вышесказанное обуславливает актуальность темы настоящего научного исследования.

Степень разработанности темы исследования

Аспекты эпидемиологии, патофизиологии и факторы риска, ассоциированные с артериальной гипертензией (АГ), изучались и освещались многими авторами (Бастриков О.Ю., 2016; Глезер Г.А., 2014; Гринштейн Ю.И., 2014; Панченкова Л. А., 2016; Погосова Н.В., 2018; Свистунов В.В., 2018; Tilea I., 2017; Warren H.R., 2017). Представлена обширная база методов лечения гипертонической болезни (Бойцов С.А., 2013; Гиляревский С.Р., 2017; Остроумова О.Д., 20106; Чазова И.Е., 2019; Gupta P., 2017; Lonn E.M., 2016; Lonnebakken M.T., 2017; Piepoli M.F., 2016; Verdecchia P. 2016; Williams B., 2018).

Вопросы инвалидности вследствие эссенциальной артериальной гипертензии (гипертонической болезни) в Российской Федерации изучала Кондратьева Л.Н. (2011). Ею были определены закономерности

формирования инвалидности вследствие гипертонической болезни в Российской Федерации за период 2005-2009 гг. и разработаны комплексные программы медико-социальной реабилитации.

Формированию социальной политики в России способствовала ратификация в 2012 г. Конвенции о правах инвалидов. Конвенция определила возможности инвалидов, защиту и обеспечение реализации их прав, что полностью соответствует биопсихосоциальной модели инвалидности «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), рассматривающей взаимодействие между статусом здоровья и факторами контекста, в котором происходит функционирование человека. Эта важнейшая классификация призвана стандартизировать и определить рамки для оценки показателей как самого здоровья, так и связанных с ним.

Научные работы, посвященные комплексному изучению проблемы инвалидности вследствие ГБ в России опираются на Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Государственная программа г. Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы («Столичное здравоохранение»)» (в ред. постановления Правительства Москвы от 27 марта 2018 г. №235–ПП) на третьем этапе (01.01.2019 – 31.12.2020) реализации Программы по улучшению здоровья населения г. Москвы определила необходимость обеспечения доступности и повышения качества помощи по медицинской реабилитации в соответствии с заболеваниями, которые обуславливают наибольший вклад в структуру смертности и инвалидизации населения.

Однако, работ по детальному изучению проблемы инвалидности вследствие ГБ, как социально значимой патологии и совершенствованию экспертно-реабилитационной диагностики на уровне первичной медико-санитарной помощи среди населения г. Москвы не достаточно. Не

обнаружено работ, посвящённых мониторингованию структурно-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности инвалидов в медицинских организациях первичного звена на амбулаторно-поликлиническом уровне, в соответствии с принципами МКФ, что необходимо для повышения эффективности медико-социальной реабилитации и преемственности с учреждениями Министерства труда и социальной защиты. Кроме этого, недостаточно изучена нуждаемость инвалидов вследствие ГБ в методах медико-социальной реабилитации и их эффективность

Всё вышеизложенное обусловило актуальность и необходимость проведения данного исследования и определило его цель и задачи.

Цель исследования: совершенствование экспертно-реабилитационной диагностики на уровне первичной медико-санитарной помощи на основании изучения показателей инвалидности населения вследствие гипертонической болезни в г. Москве.

Задачи исследования

1. Рассчитать динамику первичной, повторной и общей инвалидности вследствие гипертонической болезни взрослого населения в г. Москве (2011-2017 гг.).
2. Определить структуру и уровень первичной, повторной и общей инвалидности вследствие гипертонической болезни взрослого населения в г. Москве и провести сравнение с показателями по Российской Федерации (2011-2017 гг.).
3. Изучить особенности клинико-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие ГБ.
4. Изучить нуждаемость инвалидов вследствие гипертонической болезни в методах медико-социальной реабилитации и их эффективность.
5. Изучить эффективность медико-социальной реабилитации и разработать карту формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего гипертонической болезнью, для повышения эффективности реабилитационного процесса.

Научная новизна результатов исследования

Впервые рассчитана и изучена динамика первичной, повторной и общей инвалидности вследствие ГБ взрослого населения в г. Москве (2011-2017 гг.), установлена ее структура и проведено сравнение аналогичных показателей за тот же период с Российской Федерацией.

Проанализированы и представлены особенности клинико-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие ГБ, наблюдаемых в амбулаторных условиях.

В ходе исследования изучена и выявлена потребность инвалидов вследствие ГБ в методах медико-социальной реабилитации и их эффективность.

Представлена научно обоснованная необходимость создания единого информационного пространства с позиций международной классификации функционирования и клинических рекомендаций для обеспечения качества экспертно-реабилитационной диагностики на уровне первичной медико-санитарной помощи, соизмеримой с её проведением при освидетельствовании граждан, страдающих ГБ, в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы (в бюро МСЭ).

По материалам исследования получено Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2019616337 от 22.05.2019 г. «Программа для карты формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего гипертонической болезнью».

Научно-практическая значимость исследования

На основе многоаспектного анализа инвалидности вследствие ГБ взрослого населения г. Москвы впервые сформирован научно-практический банк данных, необходимый для планирования и разработки мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие данной социально значимой патологии.

Впервые выявленные демографические особенности инвалидности вследствие ГБ взрослого населения г. Москвы представляют информационную базу данных для медицинских организаций и учреждений

социальной защиты и обосновывают необходимость учета возрастного аспекта при реализации реабилитационных и профилактических программ.

Впервые разработанная «Карта формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего ГБ», предоставляет возможность динамической оценки структурно-функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности, эффективности коррекции факторов риска, медикаментозной терапии и социальной адаптации пациента. Это позволит формировать медико-социальный статус пациента в полном объеме, ограничения жизнедеятельности и здоровья с учетом МКФ и действующих клинических рекомендаций.

Положения диссертации, выносимые на защиту

1. Определение и изучение динамики показателей первичной, повторной и общей инвалидности среди взрослых категорий населения вследствие ГБ в г. Москве за период 2011-2017 гг. показало уменьшение общего числа инвалидов. Соотношение впервые и повторно освидетельствованных в общем контингенте инвалидов вследствие ГБ за этот период как в г. Москве, так и в Российской Федерации практически не изменялось.
2. В структуре первичной инвалидности вследствие ГБ в г. Москве преобладали ВПИ пожилого возраста, в структуре повторной инвалидности – ППИ среднего возраста. Имела место динамика роста удельного веса ВПИ и ППИ молодого возраста при динамике снижения удельного веса ВПИ и ППИ среднего и пожилого возраста, что соответствовало тенденциям инвалидности населения в Российской Федерации. Уровень инвалидности в г. Москве был ниже по сравнению с интенсивными показателями в Российской Федерации.
3. Спектр структурно-функциональных нарушений, обуславливающих ограничения жизнедеятельности различных видов, определяет структуру инвалидности вследствие ГБ по группам среди взрослого населения в г. Москве; преобладают инвалиды с III группой.

4. Нуждаемость инвалидов вследствие ГБ в медико-социальной реабилитации высокая и требует, наряду с медикаментозной терапией, преодоления ограничений жизнедеятельности методами социальной адаптации.
5. Эффективность медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ГБ в аспекте полного восстановления нарушений функций низкая, что определяет формирование контингента повторно признанных инвалидами вследствие данной социально значимой патологии в г. Москве.
6. Разработанная Карта формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего ГБ, может быть использована на первичном уровне медико-санитарной помощи для формирования и мониторинга динамики структурно-функциональных показателей и степени ограничений жизнедеятельности в соответствии с МКФ.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность результатов исследования подтверждаются обширным материалом государственной статистической отчетности, данными экспертно-реабилитационной диагностики структурно-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, обусловивших инвалидность вследствие ГБ, с позиций МКФ, обоснованным выбором информативных методов исследования (сплошного, сравнительно-сопоставительного и статистического).

Апробация результатов исследования

Диссертация прошла апробацию на совместном заседании кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России и кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, протокол №8 от 20 февраля 2020 г.

Основные положения работы доложены на: III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием и Всероссийской школе: «Социальный работник и пожилой человек» (Москва, 28 октября

2014 г.); Конгрессе Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» (Москва, 30 октября 2017 г.); Конференции Фонда по развитию гражданских инициатив и Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии («ВРОСЭРРИ») «Лица с ограниченными возможностями здоровья в XXI веке: новые перспективы» (Москва, 13 сентября 2018 г.); Международном конгрессе «Медицинская реабилитация в условиях санаторно-курортных организаций» (Москва, 21 марта 2019 г.)

Внедрение результатов диссертационной работы

Результаты диссертационного исследования используются в работе ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр №6 Департамента здравоохранения г. Москвы», в ГБУ г. Москвы «Научно-практический реабилитационный центр» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, ГБУ Ростовской области «Госпиталь ветеранов войн», в учебном процессе на кафедре гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России и кафедре спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 научных работ в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, в том числе 2 статьи в журналах, индексируемых в базе цитирования Scopus. Получено Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2019616337 от 22.05.2019 г.: «Программа для карты формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего гипертонической болезнью».

Личный вклад автора

Автором самостоятельно определены цель и задачи исследования, разработаны методы и программа исследования, первичные учетные документы, выполнена программа исследования, проведено обобщение результатов исследования, разработаны и научно обоснованы мероприятия по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации, научно обоснованы выводы и практические рекомендации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование посвящено многоаспектному изучению инвалидности вследствие ГБ и оптимизации экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений, что соответствует паспорту научной специальности 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация (медицинские науки) (п.п. №4, №5, №6).

Объём и структура диссертации

Диссертация написана в классическом стиле, изложена на 181 странице печатного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, нормативно-правовых документов и 2-х приложений. Список литературы включает 228 наименований, из них 106 – отечественных и 122 – зарубежных. Работа иллюстрирована 40 таблицами, 2 схемами и 35 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость выполненной работы. Изложены основные положения, выносимые на защиту, степень достоверности, апробация и внедрение результатов исследования в практику, публикации, личный вклад автора и соответствие диссертации паспорту научной специальности.

I глава: Представлена обзором литературы, в котором освещена тема инвалидности вследствие ГБ, её классификация, многофакторная этиология

и факторы риска, обуславливающие запуск артериальной гипертензии. Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие ГБ основывается на результатах экспертно-реабилитационной диагностики, оценке реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, определения перечня мероприятий, в том числе с использованием технических средств реабилитации, для восстановления или компенсации нарушенной, или утраченной способности к выполнению профессиональной, бытовой и общественной деятельности. Для решения этих задач, инвалиды вследствие ГБ, нуждаются в пожизненном динамическом наблюдении. При этом, необходимо проводить мониторинг функциональных нарушений и ограничения жизнедеятельности для коррекции реабилитационных мероприятий с целью эффективной реабилитации и предотвращения прогрессирования инвалидности.

II глава: Представлены материалы и методы исследования, предусматривающие последовательное выполнение 5 этапов исследования (рис. 1).

1-й этап: разработаны план, подготовлена учетная документация, ретроспективный анализ первичной, повторной и общей инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в г. Москве. Определена динамика, численность, структура и уровень инвалидности. Общий контингент инвалидов, вследствие ГБ среди взрослого населения, освидетельствованных в БМСЭ (ВПИ + ППИ) за исследуемый период составил 31373 человека, в среднем за год – 4482 инвалида. Динамика структуры общей инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в этот период характеризовалась преобладанием ППИ над ВПИ (в среднем за год 35,3% и 64,7% соответственно).

2-й этап: Проведены выкопировка данных, документальный, статистический, графический, ретроспективный анализ первичной, повторной и общей инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в РФ. Количество инвалидов взрослого населения вследствие ГБ в РФ,

освидетельствованных в БМСЭ (ВПИ+ППИ), за исследуемый период (2011–2017 гг.) составил 324832 человека, в среднем за год – 46405 инвалида. Динамика структуры общей инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в РФ в этот период характеризовалась преобладанием ППИ над ВПИ (в среднем за год 72,0% и 28,0%, соответственно).

3-й этап: изучены особенности клинико-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие ГБ за 2011-2017 гг.

Проведено выборочное исследование в когорте 271 инвалида вследствие ГБ на базе ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр №6 Департамента здравоохранения города Москвы» Филиал №2.

Исследуемые инвалиды относились к возрастной группе ≥ 55 лет, распределились следующим образом: 55–65 лет – 54 инвалида, 66–75 лет – 98, 76–89 лет – 108, ≥ 90 лет – 11 инвалида. В зависимости от тяжести инвалидности пациенты распределены по группам: I группа – 71, II группа – 58, III группа – 142. Из 271 инвалида: первичная инвалидность – 70, повторная инвалидность – 201.

4-й этап: изучена нуждаемость инвалидов вследствие ГБ в методах медико-социальной реабилитации и их эффективность. База исследования ГБУЗ «КДЦ 6 ДЗМ» ФЛ №2, ГП №155, ГБУ «Госпиталь ветеранов войн» Ростовской области (Госпиталь). В результате исследования выявлена высокая нуждаемость пациентов в мерах медико-социальной реабилитации, в том числе медикаментозной и немедикаментозной антигипертензивной терапии (100%), технических средствах реабилитации, в том числе опор, тростей, поручней, костылей, кресел-колясок, адсорбирующего белья установлена у 45,4% инвалидов. На стационарное лечение направлены 74,5% инвалидов. Хирургические методы реваскуляризации миокарда проведены 17,3% больным. Физические методы медицинской реабилитации (массаж, бальнеолечение) использованы у 49,8% инвалидов. На санаторно-курортное лечение направлены 73,8% инвалидов. Обслуживались социальным работником 23,6% инвалидов.



Рис. 1. Схема этапов исследования медико-социального статуса инвалидов вследствие ГБ

Из них 11,4% относились к категории одиноко проживающих. Патронаж на дому организован 47,6% инвалидам. В мероприятиях профессиональной реабилитации (в профессиональной ориентации, содействии в трудоустройстве, оснащении специального рабочего места, постановке на учет в органах занятости) нуждались 52,4% инвалидов.

На 5-м этапе исследования сформулированы подходы к оптимизации медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ГБ с учетом возрастных особенностей структуры как первичной, так и повторной инвалидности вследствие данной социально значимой патологии.

Для динамической оценки структурно-функциональных нарушений и эффективности медикаментозной терапии и социальной адаптации инвалидов была разработана карта формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего ГБ.

Для анализа устойчивости динамики показателей инвалидности произвели оценку уравнений тренда с расчетом коэффициентов аппроксимации R^2 долей дисперсии зависимой переменной, объясняемую рассматриваемой моделью, построенной на основании уравнения линейной регрессии. Устойчивой считали динамику, описываемую линейным регрессионным уравнением с коэффициентом аппроксимации выше 0,7.

III глава: Представлен анализ инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в г. Москве за 2011–2017 гг. Общее число инвалидов вследствие всех болезней составило 429026 человек. Темпы убыли показателей относительно уровня 2011 г. составили для мужчин – 33,3% ($R^2 = 0,823$), для женщин – 28,0% ($R^2 = 0,876$), для обоих полов – 30,9% ($R^2 = 0,852$, $p < 0,001$) (рис. 2).

Общее число инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (БСК) составило ВПИ – 183687, ППИ – 311035.

Удельный вес и уровень ВПИ вследствие ГБ в структуре первичной инвалидности вследствие БСК, также существенно снижался с каждым годом.

Общий контингент инвалидов вследствие ГБ среди взрослого населения в освидетельствованных в БМСЭ (ВПИ+ППИ) за исследуемый период составил – 31373, в среднем за год – 4482 инвалида. За исследуемый период общей инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в г. Москве отмечалось преобладание ППИ (64,7%) над ВПИ (35,3%).

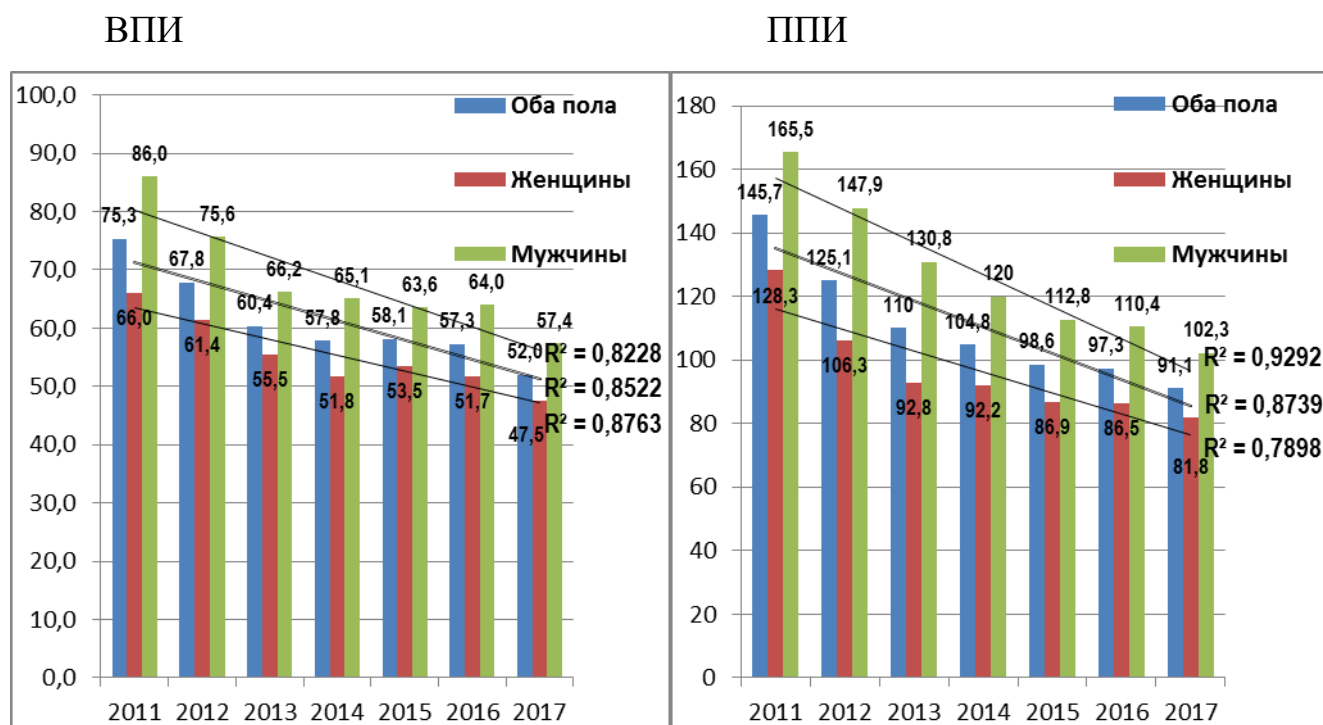
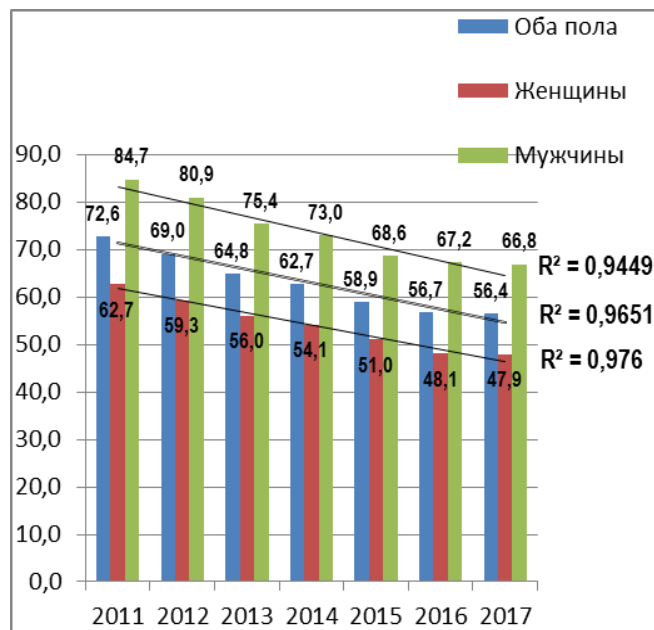


Рисунок 2 – Результаты статистического анализа ВПИ и ППИ инвалидность вследствие ГБ в г. Москве в динамике 2011-2017 гг.

IV глава: Представлен анализ инвалидности взрослого населения (всех болезни и БСК) вследствие ГБ в РФ за 2011-2017 гг. (ВПИ, ППИ, общая инвалидность). Общее число инвалидов вследствие всех болезней в РФ составило 5152440, из них: женщин – 47,1%, мужчин – 52,9%. Темпы убыли показателей относительно уровня 2011 г. составили для мужчин – 21,1% ($R^2 = 0,945\%$), для женщин – 23,6% ($R^2 = 0,976\%$), для обоих полов – 22,3% ($R^2 = 0,965$, $p < 0,001$). Исследуемый период динамика структуры общей инвалидности взрослого населения вследствие ГБ в РФ характеризовалась преобладанием ППИ над ВПИ (в среднем за год 72,0% и 28,0%, соответственно) (рис. 3).

ВПИ



ППИ

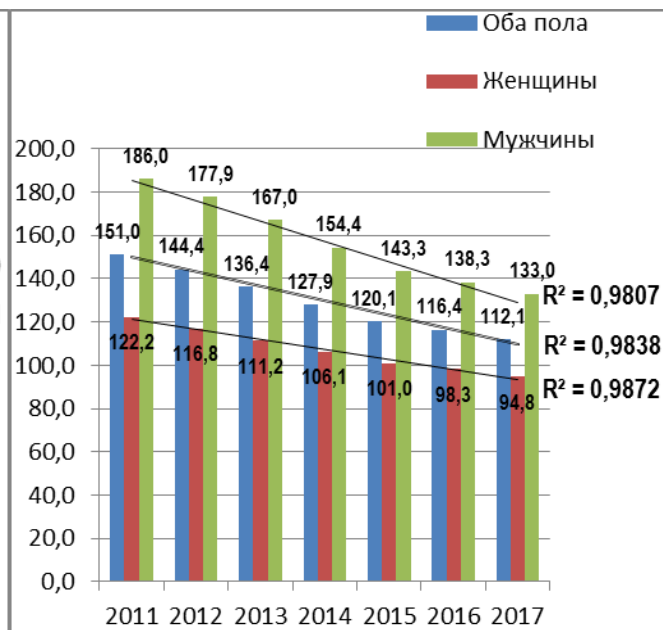


Рисунок 3 – Результаты статистического анализа ВПИ и ППИ инвалидность вследствие ГБ в РФ в динамике 2011-2017 гг.

V глава: Представлена клинико-экспертная характеристика выборочной группы из 271 инвалида (≥ 55 лет) вследствие ГБ, среди которых было 70 (25,8%) человек ВПИ и 201 (74,2%) человек – ППИ.

В результате исследований выделены группы по степени нарушения органов жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций кровообращения и других систем.

I степень: пациент обладает способностью к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств – 52,4%.

II степень: пациент обладает способностью к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств – 21,4%.

III степень: пациент не способен к самообслуживанию, нуждается в постоянной помощи и уходе, полная зависимость от других лиц – 26,2%.

Нуждаемость в мерах медико-социальной реабилитации высокая, в том числе в немедикаментозной и лекарственной антигипертензивной терапии (100%), физиотерапии (49,8%), технических средствах реабилитации (45,4%), лечении в условиях круглосуточного (74,5%) и дневного стационара (35,8%), обслуживании социальным работником (23,6%), патронаже на дому (47,6%), санаторно-курортном лечении (73,8%), профессиональной реабилитации (профессиональной ориентации, содействии в трудоустройстве, оснащении специального рабочего места, постановке на учет в органах занятости нуждались 142 больных (52,4%). Положительный результат реализации ИПРА установлен у 48,3% инвалидов. Показатели социальной адаптации в основном отражали частичное восстановление социального статуса (социально-средового – 32,8%, социально-психологического – 25,5%, социально-бытового – 30,3%, профессионального – 18,1%).

Приоритетными мерами по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации больных и инвалидов вследствие ГБ взрослого населения стали:

- разработка и реализация целевых программ по профилактике заболеваемости и инвалидности среди лиц взрослого населения, инвалидов вследствие гипертонической болезни по г. Москвы и в целом России;
- совершенствование межведомственных взаимодействий в электронном виде органов исполнительной власти, ответственных за проведение реабилитационных мероприятий инвалидам в рамках ИПРА;
- совершенствование системы учета и реализации потребностей инвалидов в реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах реабилитации и протезно-ортопедических изделиях на основе информационных систем ЕМИАС, ЕВИИАС, МСЭ, органов социальной защиты, образования, службы занятости;
- развитие отделений восстановительного лечения, отделений реабилитации на раннем этапе, комплексных реабилитационных мероприятий, в том числе психологической направленности.

Реализация основных направлений и мер по совершенствованию медико-социальной реабилитации будет способствовать снижению инвалидности, повышению качества жизни инвалидов и их интеграции в общество.

ВЫВОДЫ

1. Общее число ВПИ вследствие гипертонической болезни среди взрослого населения в г. Москве составило 11069 человек (2011-2017 гг., в среднем за год 1581 человек), повторно признанных инвалидами (ППИ) – 20304 человек (в среднем за год 2901 человек). Динамика инвалидности характеризовалась уменьшением численности инвалидов. Темп убыли в контингентах ВПИ и ППИ составлял 18,0–44,9% и 24,9–29,5%, соответственно. Соотношение ВПИ и ППИ в общем контингенте инвалидов вследствие ГБ за этот период практически не изменялось – преобладали ППИ (35,3%) ВПИ и 64,7% ППИ в среднем за год.
2. Структура общей инвалидности вследствие гипертонической болезни в г. Москве сопоставима с тенденциями инвалидности в РФ в целом (соотношение ВПИ и ППИ – 28,0% и 72,0%), однако, темп убыли численности инвалидов по стране был меньшим (в контингентах ВПИ и ППИ – 18,7% –12,5% и 22,0% – 14,3% соответственно). Динамика инвалидности вследствие ГБ в г. Москве и в РФ соответствует динамике снижения численности инвалидов вследствие всех классов болезней с темпом убыли контингента ВПИ соответственно 30,9% ($R^2=0,852$, $p<0,001$) и 22,3% ($R^2=0,965$, $p<0,001$), контингента ППИ 37,5% ($R^2=0,874\%$) и 25,8% ($R^2=0,984$, $p<0,001$).
3. В структуре первичной инвалидности вследствие ГБ взрослого населения в г. Москве преобладали ВПИ пожилого возраста, в структуре повторной инвалидности – ППИ среднего возраста
4. В структуре инвалидности по тяжести в г. Москве выявлено увеличение удельного веса ВПИ III группы (до 75,9%), уменьшение удельного веса ВПИ II группы (до 20,3%) при негативной тенденции роста удельного веса ВПИ наиболее тяжелой I группы в 3 раза (с 1,3% до 3,8%). В РФ динамика экстенсивных показателей тяжести первичной инвалидности имела

аналогичную тенденцию. В контингенте ППИ в г. Москве выявлена динамика роста удельного веса инвалидов III группы (с 61,1% до 66,1%) с их преобладанием по сравнению с контингентами ППИ I и II группы, удельный вес которых снизился. В РФ имела место негативная тенденция роста удельного веса ППИ I группы.

5. Показатели инвалидности вследствие гипертонической болезни по г. Москве ниже, чем по РФ. Удельный вес ВПИ вследствие гипертонической болезни в контингенте ВПИ вследствие класса БСК (9,5%) в г. Москве в 2011 году превышал показатель в Российской Федерации (6,7%), однако, в результате последующего снижения выявлено улучшение данного показателя (1,7%) ниже общероссийского значения (3,7%). Среднегодовой показатель (2011-2017 гг.) по г. Москве равнялся 9,0%, по Российской Федерации – 5,2%.
6. В выборочном контингенте инвалидов вследствие гипертонической болезни являлась основным фактором развития структурного поражения органов и нарушения функции кровообращения II ст. у 52,4%, III ст. – у 21,4%, IV ст. – у 26,2% больных. У подавляющего числа больных (90,4%) нарушение функций имело сочетанный характер (нейромышечные, дыхания, речевые, психические и другие) и обуславливало ограничение жизнедеятельности (самообслуживания – 54,6%, передвижения – 27,3%, ориентации в пространстве, контроля поведения и общения – 26,2%, способности к труду – 100%). Дополнительное негативное потенцирующее влияние на прогноз оказывало наличие факторов риска ССС.
7. Нуждаемость в мерах медико-социальной реабилитации высокая, в том числе в немедикаментозной и лекарственной антигипертензивной терапии (100%). Положительный результат реализации ИПРА установлен у 48,3% инвалидов. Показатели социальной адаптации в основном отражали частичное восстановление социального статуса (социально-средового 32,8%, социально-психологического 25,5%, социально-бытового 30,3%, профессионального 18,1%).

8. Разработана «Карта формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего гипертонической болезнью», которая нашла свое функциональное применение в электронном виде и позволила объективно проводить мониторинг структурно-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности инвалидов в медицинских организациях первичного звена на амбулаторно-поликлиническом уровне, в соответствии с принципами МКФ, что необходимо для повышения эффективности медико-социальной реабилитации и преемственности с учреждениями министерства труда и социальной защиты (Бюро МСЭ).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Формирование ЗОЖ, ранняя диагностика факторов риска и поражений органов, обусловленных гипертонией, с последующей своевременной их коррекцией – широкомасштабная профилактическая программа охраны здоровья населения, реализация которой требует активного участия врачей первичного звена здравоохранения (врачей общей практики, профильных специалистов, врачей центров здоровья).
2. Целесообразно в медицинских организациях использовать разработанную «Карту формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента», страдающего гипертонической болезнью, что позволит корректировать ход реабилитационного процесса и отразить динамику структурно-функциональных нарушений и ограничения жизнедеятельности при направлении на первичное/повторное освидетельствование в бюро МСЭ.
3. С целью улучшения профиля факторов сердечно-сосудистого риска, усугубляющих клинический и реабилитационный прогноз больных, страдающих гипертонической болезнью, и повышения приверженности к лечению оправдана стратегия «принуждения к здоровью», которая может быть эффективно реализована на основе просветительских программ в «Школах здоровья».

4. Целесообразен единый подход к повышению эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных программ с целью первичной и вторичной профилактики гипертонической болезни. Подход к ЗОЖ должен быть мультидисциплинарным, включать консультации диетолога и мотивационное консультирование для ранней диагностики факторов риска с последующей своевременной их коррекцией – выполнением широкомасштабной профилактической программы охраны здоровья населения, реализация которой требует активного участия врачей первичного звена здравоохранения (врачей общей практики, профильных специалистов, врачей центров здоровья).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Пузин С.Н., Богова О.Т., **Одебаева Р.**, Потапов В.Н., Чандирли С.А., Шургая М.А., Коршикова Ю.И. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2014. – № 2. – С. 6-9.
2. Пузин С.Н., Шургая М.А., 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.
3. Шургая М.А., Меметов Л.Ю., Балека Л.Ю., Мутева Т.А., **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.
4. Пузин С.Н., Шургая М.А., **Одебаева Р.** Инвалидность граждан пожилого возраста вследствие гипертонической болезни в Российской Федерации // **Успехи геронтологии.** – 2018. – Т.31. – № 1. – С. 32-37.

5. **Одебаева Р., Шургая М.А., Назарян М.Г.** Амбулаторная поликлинический уровень медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие гипертонической болезни // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2019. – № 3. – С. 26-35.
6. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., **Одебаева Р.,** Галь И.Г., Погосян Г.Э., Шаркунов Н.П. Инвалидность вследствие артериальной гипертензии и альтернативные факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск // **Вопросы питания.** – 2019. – Т.88. – № 6. – С. 52-60.
7. Одебаева Р., Ачкасов Е.Е., Шургая М.А. Особенности структуры инвалидности взрослого населения вследствие гипертонической болезни // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2020. – Т.23. – № 2. – С. 46-51.
8. **Одебаева Р., Пузин С.Н., Шургая М.А.** Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2019616337 от 22.05.2019 г. «Программа для карты формирования и мониторинга медико-социального статуса пациента, страдающего гипертонической болезнью».

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
БСК – болезни системы кровообращения
БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы
ВПИ – впервые признанный инвалидом
ГБ – гипертоническая болезнь
ГБС – гепатобилиарная система
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида
КТ – компьютерная томография
МКФ – международная классификация функционирования, ограничение жизнедеятельности и здоровья
МРТ – магнитно-резонансная томография
МСЭ – медико-социальная экспертиза
ОХС – общий холестерин
ППИ – повторно признанный инвалидом
САД – систолическое артериальное давление
СМАД – суточный мониторинг артериального давления
УЗДГ – ультразвуковая доплерография
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХС-ЛПВП – холестерин – липопротеины высокой плотности
ХС-ЛПНП – холестерин – липопротеины низкой плотности
ХМЭКГ – холтеровское мониторирование электрокардиограммы
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭхоКГ – эхокардиография