

**СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Айрат Закиевич Фаррахов<sup>1</sup>, Максум Фасахович Исмагилов<sup>2</sup>, Фарид Ахатович Хабиров<sup>3</sup>,  
Хайдар Вазыхович Иксанов<sup>4</sup>, Валида Адимовна Исанова<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Республики Татарстан, 420101, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», <sup>2</sup> кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, <sup>5</sup> кафедра неврологии, нейрохирургии ФПДО, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: nevrol@kgmu.kcn.ru, ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава», кафедра неврологии и мануальной терапии, 420012, г. Казань, ул. Муштары, 11, <sup>4</sup>ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан», 420111, Казань, ул. Театральная, 13

Реферат. Представлены сведения о динамике инвалидизации населения Республики Татарстан с анализом основных ее причин, а также приоритетных форм заболеваний как источников инвалидизации. Освещен объем основных проводимых в республике мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: инвалидность, причины инвалидизации, медико-социальная реабилитация, раннее восстановительное лечение.

**ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ИНВАЛИДЛАРНЫ  
МЕДИК-СОЦИАЛЬ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ  
ХЕЗМ•ТЕНЕ• ТОРЫШЫ ••М ҮСЕШ  
ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ**

Айрат Закиевич Фаррахов<sup>1</sup>, Максум Фасахович Исмагилов<sup>2</sup>, Фарид Ахатович Хабиров<sup>3</sup>, Хайдар Вазыхович Иксанов<sup>4</sup>, Валида Адимовна Исанова<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Татарстан Республикасы Сәламәтлек саклау министрлыгы, 420101, Татарстан Республикасы, Казан ш.һ.ре, Островский урамы, 11/6 йорт, Казан дәүләт медицина университеты, <sup>2</sup>неврология, нейрохирургия һәм медицина генетикасы кафедрасы, <sup>5</sup>кабат укуы һәм өстәм белем бирү факультетының неврология, нейрохирургия кафедрасы, 420012, Казан ш.һ.ре, Бутлеров урамы, 49, e-mail:nevrol@kgmu.kcn.ru, <sup>3</sup>Казан дәүләт медицина академиясе, неврология һәм мануаль терапия кафедрасы, 420012, Казан ш.һ.ре, Мөштәри урамы, 11, <sup>4</sup>Татарстан Республикасы буенча баш медик-социаль экспертиза бюросы, 420111, Казан ш.һ.ре, Театральная урамы, 13.

Татарстан Республикасы халкы арасында инвалидизациянең сәбәпләре, шулай ук инвалидизациянең нигез (чыганак) булып торучы авырулар өйрәнелә. Инвалидларны медик-социаль реабилитацияләү буенча республикабызда уздырыла торган төп чаралар яктары.

Төп төшенчәләр: инвалидлык, инвалидизация сәбәпләре, медик-социаль реабилитация, авыруның башланган чорында терәкләндерү.

**STATE OF MEDICO-SOCIAL SERVICE FOR INVALID  
REHABILITATION AND PERSPECTIVES OF ITS  
DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN**

Airat Zakievich Farrakhov<sup>1</sup>, Maksum Fasahovich Ismagilov<sup>2</sup>, Farid Ahatovich Khabirov<sup>3</sup>, Haidar Vasihovich Iksanov<sup>4</sup>, Valida Adimovna Isanova<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Health Ministry of the Republic of Tatarstan, 420101, Tatarstan, Kazan, Ostrovsky street, 11/6, Kazan state medical university of the Russian Ministry of Health, <sup>2</sup> chair of neurology, neurosurgery and medical genetics, <sup>5</sup> neurology and neurosurgery chair, 420012, Kazan, Butlerov street, 49, e-mail: nevrol@kgmu.kcn.ru, Kazan state medical academy of the Russian Health Ministry, neurology and manual therapy chair, 420012, Kazan, Mushtari street, 11, <sup>4</sup> Main bureau of medico-social commission of experts in the Republic of Tatarstan, 420111, Kazan, Theatralnaya street, 13

There were presented data about invalidization of population of the Republic of Tatarstan. The main reasons of invalidization, as well as priority disease forms as sources of invalidization were analyzed. There was covered an extent of basic events, conducted in the Republic, on medico-social rehabilitation of invalids.

Key words: invalidity, causes of invalidization, medico-social rehabilitation, early restorative treatment.

**С**остояние здоровья населения Российской Федерации (РФ) в последние годы характеризуется наличием устойчивых негативных тенденций — ростом заболеваемости, инвалидизации и смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Отмечаются резкое ухудшение психического здоровья населения и рост частоты психосоматических расстройств и заболеваний. Увеличение доли недееспособных лиц побуждает общество к переоценке системы

медико-социальной реабилитации в стране, так как этот аспект является важным компонентом государственной системы охраны здоровья населения. Негативное социальное явление общества — инвалидность — не может избежать ни одно государство, которое формирует свою медицинскую, социальную и экономическую политику в отношении этой группы населения. Очень важно напомнить о том, что инвалиды, т.е. лица с ограниченными возможностями, признаются в настоящее время не только как нуждающиеся в материальном обеспечении, но и как полноправные члены общества, способные внести свой вклад в экономическую и социально-политическую жизнь государства. Поэтому исходя из базового закона «О социальной защите инвалидов в РФ» [12] одним из направлений социально-экономического развития Республики Татарстан (РТ) в ближайшие годы является реализация мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов с интеграцией их в общество. Вопросы реабилитации инвалидов в РТ решаются комплексно всеми отраслями социальной сферы: учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты и фонда социального страхования, а также учреждениями культуры и спорта. В соответствии с «Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» в системе здравоохранения и социальной защиты РТ проблема инвалидности решается в трех направлениях [13]: профилактические мероприятия, специализированная медицинская помощь больным, восстановительное лечение больных и медико-социальная реабилитация инвалидов.

Для практического здравоохранения актуальна дифференциация таких понятий, как стационарное лечение, восстановительное лечение и медицинская реабилитация. При стационарном лечении больных все усилия медицинского персонала направлены на устранение причин и симптомов заболевания в остром периоде его развития.

Восстановительное лечение больных — преодоление непосредственных последствий заболевания с регрессом нарушенных функций, влияющих на качество жизни и трудоспособность в восстановительном периоде заболевания, предупреждение (профилактика) инвалидизации. Не следует отождествлять восстановительное лечение с медицинской реабилитацией. Несмотря

на широкое использование термина «реабилитация» в медицинской науке и практике в отношении существа, цели и задач ее до настоящего времени нет единой точки зрения.

По определению комитета экспертов ВОЗ [14], медицинская реабилитация — это активный процесс работы с инвалидами, целью которого является достижение максимального восстановления нарушенных функций или оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида с возможностью наиболее активной интеграции его в общество. Идеология медицинской реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы основой политики в отношении хронических больных и инвалидов были социальная защита и уход за ними, то с 50-х годов стала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в общество, а уже с конца 70-х годов — максимальная адаптация окружающей среды под нужды больных и инвалидов при всесторонней законодательной поддержке в сферах образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. В связи с этим очевидно, что система медицинской реабилитации в большой степени зависит от экономических возможностей общества.

Медицинская реабилитация как самостоятельная область медицины впервые была выделена в Германии в начале XX века и по своему охвату, дифференцированности и контролю качества реабилитации по праву считается основой европейского стандарта. В США медицинская реабилитация как специальность законодательно была определена в 1947 г., во Франции — в 1965 г. В Российской Федерации принят термин «восстановительная медицина» [10]. Штатные нормативы учреждений были регламентированы приказами Минздрава СССР и Минздравсоцразвития РФ [9, 11, 16].

Многолетний опыт работы зарубежных и отечественных клиник определил приоритетные нозологические формы заболеваемости по нуждаемости в восстановительном лечении и реабилитации. На первые места вышли заболевания, повреждения нервной системы и опорно-двигательного аппарата, приводящие к наиболее частым ограничениям функции в двигательной сфере с инвалидизацией. Эксперты Международного банка развития [1] определили общие причины ухудшения состояния здоровья населения РФ:

- ухудшение условий жизни из-за неэффективности экономики вследствие значительных внешних расходов в периоде «холодной войны»;
- недостаточное финансирование здравоохранения;
- низкая эффективность лечебно-профилактических мероприятий по снижению заболеваемости от устранимых причин;
- нерациональное управление кадровыми и материальными ресурсами вследствие жесткого централизованного администрирования.

эффективности лечения в остром периоде заболевания и ранняя восстановительная терапия.

В результате действия этой программы в странах Западной Европы уровень инвалидности через год после перенесенного МИ среди оставшихся в живых варьирует в пределах 25—30%, а в России достигает 85%. Соответственно число лиц, перенесших МИ и возвратившихся к труду, в Европе превышает 60%, а в РФ составляет лишь 15% [2, 4].

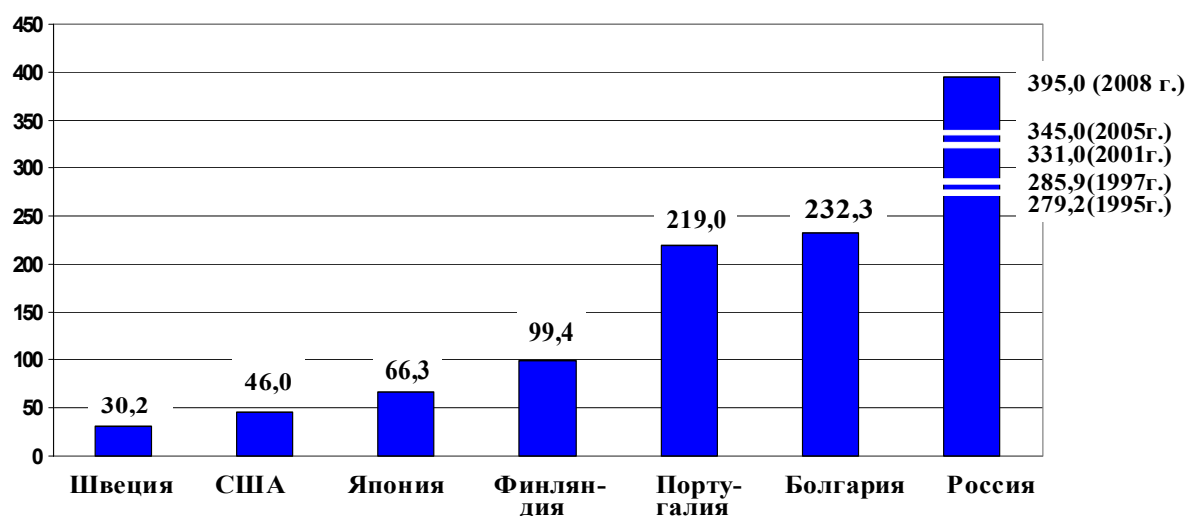


Рис. 1. Заболеваемость мозговым инсультом в различных странах мира (1995 г.) на 100 тысяч населения.

Устранимые причины заболеваний, как показывает зарубежный опыт, — это сердечно-сосудистые заболевания и травматизм. Общеизвестно, что одной из наиболее частых причин утраты человеком здоровья, трудоспособности являются, в первую очередь, сосудисто-мозговые катастрофы — мозговой инсульт (МИ) [2, 4, 5, 15]. Среди европейских и развитых стран Азии и Америки самые высокие показатели роста заболеваемости МИ наблюдаются в России, что наглядно показано на рис. 1. Смертность же от МИ в России выше в 5 раз, чем в Германии, в 8 раз, чем в США, и в 9 раз, чем в Израиле [4, 15].

Существенное снижение заболеваемости, смертности от МИ и инвалидизации в большинстве развитых стран в последние десятилетия связывают с переходом к активной государственной политике в охране здоровья населения — это прежде всего изменение образа жизни, характера питания, отказ от курения, профилактика артериальной гипертонии, атеросклероза, сахарного диабета, повышение

В настоящее время конечные результаты лечения больных МИ в РФ неутешительны, и нет прогноза снижения заболеваемости и инвалидизации.

Частота черепно-мозговой травмы и поражений опорно-двигательного аппарата с нарушением функции движения в РФ составляет 400 случаев на 100 тысяч населения. Тяжелыми инвалидами становятся до 30% пострадавших. Реабилитация двигательных расстройств является самым дорогостоящим видом восстановительного лечения. В целом по РФ ежегодно становятся инвалидами 72—75 человек на 10 тысяч населения. В настоящее время уровень первичной инвалидизации населения в РФ остается наиболее высоким. В 2004—2008 гг. в РФ показатель первичной инвалидизации варьировал от 83 до 226 человек на 10 тысяч населения, а по уровню детской первичной инвалидизации в последние 3 года РФ находилась в первых рядах среди регионов Поволжского Федерального округа РФ — 28-29 новых инвалидов на 10 тысяч детского населения [3]. Всего за пятилетие (2004—2008 гг.) в РФ

впервые стали инвалидами 195 138 человек. Среди инвалидов соотношение городских жителей к сельским составляет 2:1.

В последние три года прослежена возрастающая динамика генеральной совокупности инвалидов-пенсионеров в РТ (рис. 2). На январь 2007 г. число инвалидов составляло 293 300, в том числе 15 400 (5,2%) детей и подростков, на сентябрь 2008 г. — соответственно 328 000 и 15 000 (5,2%), на сентябрь 2009 г. — 377 346 и 15 150 (4,1%) [3].

явление в нашем обществе? В республике сегодня функционируют 130 больничных и 220 амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых оказывается медицинская помощь населению, в том числе специализированная помощь и профилактические мероприятия. Восстановительное лечение больных проводится в Республиканской клинической больнице восстановительного лечения МЗ РТ и 23 отделениях, которые функционируют при

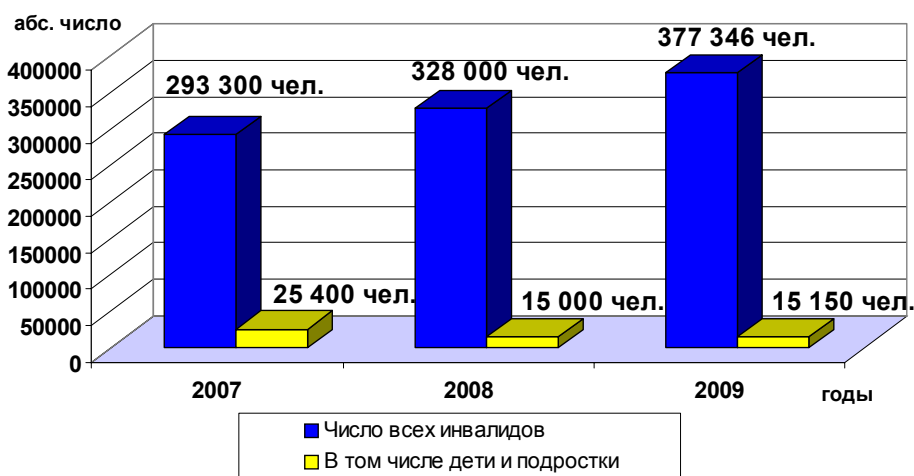


Рис. 2. Динамика генеральной совокупности инвалидов-пенсионеров в РТ за последние три года.

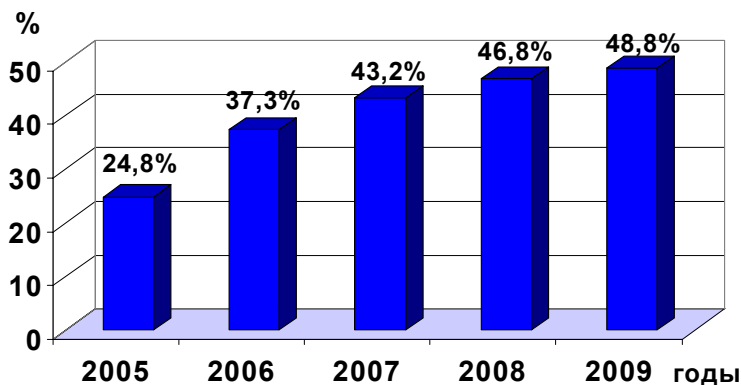


Рис. 3. Динамика доли лиц трудоспособного возраста среди впервые признанных инвалидами.

Особую тревогу вызывает рост доли лиц трудоспособного возраста среди признанных впервые инвалидами в РТ за последние пять лет (2005—2009 гг.). Как видно из рис. 3, темпы увеличения доли инвалидов работоспособного возраста за пятилетие удвоились [3]. Вот таковы неутешительные показатели нашей статистики.

Что же делается в республике по борьбе с инвалидностью? Какими рычагами можно воздействовать на это нежелательное социальное

поликлиниках и больницах республики. Соответствующая помощь оказывается в Центре восстановительного лечения для детей, в Казанском детском психоневрологическом санатории №2 и Республиканском доме ребенка. В республике функционируют относящиеся к Минздраву РТ 9 санаториев для детского населения, а также 13 санаториев Федерации профсоюзов для взрослого и детского населения. Восстановительное лечение за счет средств фонда

социального страхования получают больные (работающий контингент) после острой стадии ОНМК, инфаркта миокарда, холецистэктомии и других оперативных вмешательств. В рамках социально-реабилитационного процесса в республике функционируют 8 центров социальной реабилитации взрослых-инвалидов и 14 — для инвалидов детского и подросткового возраста, услугами которых пользуются ежегодно около 5% от общего числа инвалидов и до 60% от общей численности инвалидов — детей и подростков. Кроме того, социальный реабилитационный процесс проводится в 21 муниципальном районе в составе центров общего социального обслуживания населения. Названные центры занимаются комплексной реабилитацией инвалидов взрослых и детей, включая медико-социальные мероприятия по восстановлению нарушенных двигательных и когнитивных функций, по адаптации обучения инвалидов бытовой и общественной деятельности, обучения членов семьи инвалида навыкам ухода и методам компенсации нарушенных функций в домашних условиях. Подавляющее большинство специалистов центров владеют современными методами реабилитации и ориентированы на достижение конкретных результатов. На площадях ряда учреждений разработаны и внедрены новые медицинские технологии, являющиеся аналогичными известным в международной практике методам нейрореабилитации — PNF и эрготерапии (методы кинезотерапии и кондуктивной терапии) [7].

С целью реализации прав детей-инвалидов на дошкольное воспитание в РТ функционируют 409 дошкольных образовательных учреждений компенсирующего значения либо для детей, нуждающихся в оздоровлении и коррекции нарушений развития. В РТ создано 53 коррекционных учреждения, где по специальным программам обучаются 27% детей и подростков с ограниченными возможностями, 69% детей и подростков школьного возраста с ограниченными возможностями учатся в общеобразовательных школах. Больным детям и детям-инвалидам, не имеющим возможность посещать образовательные учреждения, гарантировано получение образования на дому. Такой формой обучения охвачены 10% детей и подростков (1,5 тыс. человек). Кроме того, на территории РТ функционируют 26 учреждений профессионального образования (ПТУ), в которых в 2008 г.

учились 744 инвалида. В целях реализации прав инвалидов на профессиональную реабилитацию органами службы занятости установлены квоты, и в 2008 г. были трудоустроены 2258 безработных инвалидов из 4391 инвалида, обратившегося в органы службы занятости.

Таблица

**Результаты восстановительного лечения больных мозговым инсультом**

Показатели	Основная группа больных (45 чел.), %	Контрольная группа больных (58 чел.), %
Неврологический дефицит к концу лечения	28,0	76,0
Соматические осложнения	2,2	20,6
Умерли в течение 3 месяцев	2,0	5,0
Бытовая зависимость к концу 3-го месяца	9,0	38,0
Вернулись к труду к концу года	69,0	28,0

Таким образом, в РТ проводится медико-социальная реабилитация инвалидов и тем не менее инвалидность продолжает неуклонно расти. Как быть? Любое нежелательное явление легче предупредить, чем бороться с его последствиями. Профилактика инвалидности — это преодоление непосредственных последствий заболевания в острой стадии его развития с организацией рано начатого восстановительного лечения нарушенных функций. Наш казанский опыт [6] раннего восстановительного лечения больных в острой стадии МИ с привлечением специалистов мультидисциплинарной инсультной бригады (основная группа больных) с последующей реабилитацией в течение 24 дней убедительно предопределяет приведенный тезис. В таблице эти данные сопоставлены с результатами лечения больных МИ, прошедших стационарный курс лечения в условиях обычных неврологических отделений г. Казани (контрольная группа больных). Рано начатое восстановительное лечение больных МИ дает хорошие результаты, потенциально в 2-3 раза снижающие возможность инвалидизации.

Анализ вышеприведенных данных показал высокую и растущую потребность населения РФ и РТ в эффективных профилактических мероприятиях и рациональной медицинской реабилитации при соответствующем уровне финансирования.

В РТ начинает формироваться система восстановительного лечения больных и реабилитации инвалидов. Основные проблемы ее развития обусловлены недостаточным обеспечением специалистами и слабой материально-технической базой восстановительного лечения. В настоящее время в штатных расписаниях большинства ЛПУ РТ отсутствует должность врача восстановительной медицины. За 2007—2008 гг. в республике подготовлен 51 врач по специальности «врач восстановительной медицины», из них штатные должности занимают лишь 14 человек. Целесообразно открыть отделение восстановительной медицины как дневного, так и круглосуточного пребывания больных при каждой ЦРБ и крупных ЛПУ муниципального и республиканского значения.

Исследования, проведенные в 2005 г. в Центральном Федеральном округе РФ, выявили потребность в койках восстановительного лечения различного профиля [8]. По предварительным расчетам, минимальное количество коек на взрослое и детское население РТ для восстановительного лечения составило 2375, из них 634 — медико-социальные койки по уходу, которые следует курировать совместно с Министерством соцзащиты.

Внедрение высоких технологий в диагностику и лечение больных различного профиля в острой стадии заболевания (мозговой инсульт, инфаркт миокарда, черепно-мозговые травмы, перинатальная патология) неизбежно приведет к снижению летальности по некоторым нозологическим формам в 2-3 раза и будет сопровождаться увеличением числа временно нетрудоспособных и инвалидов. Это потребует создания в РТ службы восстановительного лечения больных и медико-социальной реабилитации инвалидов с межведомственным координационным центром. Внедрение в практику именно такой системы наряду с первичной профилактикой в странах Европы позволило существенно (до 25—30%) снизить инвалидизацию при МИ и процент тяжелой инвалидности после травм. Ежегодно РФ несет экономические потери более чем на 23-24 млрд рублей только на одну категорию больных и инвалидов после МИ. Таким образом, необходимость развития восстановительного лечения очевидна и экономически обоснована. Отрадно то, что в настоящее время начата

разработка «Концепции комплексной многопрофильной системы профилактики инвалидизации и оптимизации медико-социальной реабилитации инвалидов в РТ».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Антидор, 2002. — 736 с.
2. Виленский, Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. — СПб, 1999. — 336 с.
3. Информация о деятельности ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан» за 2004—2009 годы.
4. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика [Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова]. — М.: Медпресс-информ, 2008. — 288 с.
5. Исмагилов М.Ф. Заболеваемость мозговым инсультом и смертность от него в РТ // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2004. — №1. — С. 51—53.
6. Исмагилов, М.Ф. Результаты лечения больных мозговым инсультом в условиях неврологического отделения и стационара с инсультным блоком / М.Ф. Исмагилов, Ф.А. Хабиров // Международный неврол. журн. — 2006. — № 5(9). — С. 65—67.
7. Кинезотерапия в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями / Регистрационное удостоверение № ФС — 2006/136 от 20 июня 2006 г.
8. Концепция развития городских стационарных лечебно-профилактических учреждений на 1999—2005 гг. / Распоряжение премьера правительства Москвы № 703 РП от 26.07.1999 г.
9. Номенклатуры учреждения здравоохранения / Приказ Министерства здравоохранения СССР № 1000 от 23.10.1987 г.
10. О врачах восстановительной медицины / Приказ Минздравсоцразвития РФ № 297 от 01.06.2003 г.
11. О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине / Приказ Минздравсоцразвития РФ № 156 от 09.03.2007г.
12. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации / Федеральный закон от 24.11.1995 г.
13. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2009 г. / Постановление Кабинета министров Республики Татарстан от 31.12.2008 г. № 962.
14. Реабилитация / Большая медицинская энциклопедия. Т. 22. Изд. 3. — М., 1984. — С. 30—35.
15. Шевченко, О.П. Артериальная гипертензия и церебральный инсульт / О.П. Шевченко, Е.А. Проскурничий, Яхно Н.Н., Парфенов В.А. . — М., 2001. — 192 с.
16. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь больниц восстановительного лечения / Приказ Министерства здравоохранения СССР от 05.08.1981 г. № 826.

Поступила 20.11.2009.

