

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 641.2:616-036.868-056.266

Пузин С.Н.<sup>1</sup>, Шургая М.А.<sup>1</sup>, Меметов С.С.<sup>2</sup>, Ачкасов Е.Е.<sup>3</sup>, Погосян Г.Э.<sup>4</sup>, Лялина И.В.<sup>5</sup>, Омаров С.А.<sup>6</sup>, Пузин С.С.<sup>3</sup>, Гигинеишвили Д.Н.<sup>7</sup>

## **ИНВАЛИДНОСТЬ В XXI ВЕКЕ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»

Минздрава России, 125993, г. Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119435, г. Москва, Россия;

<sup>4</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница №70 Департамента здравоохранения города Москвы», 111399, г. Москва, Россия;

<sup>5</sup>ФКУЗ «Главный клинический центр медицинской и социальной реабилитации Федеральной службы исполнения наказаний», 109428, г. Москва, Россия;

<sup>6</sup>ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, филиал № 43, 103109, г. Москва, Россия;

<sup>7</sup>Московская глазная клиника, 107023, г. Москва, Россия

*Инвалидность среди населения – одна из важнейших медико-социальных проблем глобального значения. В статье представлены данные по эпидемиологии инвалидности в странах мира. 110–190 млн взрослых людей имеют значительные трудности в функционировании – значительную степень ограничения в различных сферах жизни. Детская инвалидность составляет 95 млн. детей, из которых 13 млн имеют «тяжелую» форму инвалидности. В тех странах, где предполагаемая продолжительность жизни превышает 70 лет, в среднем около 8 лет, что составляет 11,5 % от общей продолжительности жизни, приходится на годы, связанные с инвалидностью. В большинстве стран демографическая ситуация старения населения обуславливает рост инвалидности среди лиц пожилого возраста – две трети инвалидов относятся к этой возрастной категории населения. В общей численности населения России доля инвалидов составляет 9,3% – 12,3 млн человек, в том числе инвалидов трудоспособного возраста 3 млн 801 тыс. человек (менее трети – 30%), инвалидов пожилого возраста – 8 млн 2665 тыс. человек. (две трети от общей численности инвалидов – 65,2%), детей-инвалидов 636 тыс. (4,8%). Отмечается выраженная тенденция к снижению показателей первичной и повторной инвалидности взрослого (в 2000–2016 гг.) и детского (2000–2014 гг.) населения, однако в 2015–2016 гг. наметилась тенденция к росту основных показателей первичной и повторной инвалидности у детей (абсолютное число инвалидов, уровень инвалидности). Анализ индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов (ИПРА) свидетельствует о том, что наибольшее число рекомендаций дано о нуждаемости инвалидов в технологиях медицинской и социальной реабилитации и абилитации. По данным переосвидетельствования инвалидов в 2016 г. положительные результаты реализации ИПРА инвалидов были достигнуты у 48,4% инвалидов (среди пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний – у 63,8% инвалидов). Отмечены низкие показатели полной компенсации и полного восстановления утраченных функций (4–7% и 2,8 – 1% соответственно) и крайне низкие показатели по реализации рекомендаций получения профессии, в том числе новой, повышения квалификации, уровня общего (профессионального) образования и создания специального рабочего места для трудоустройства (0,2–0,8%). Решение задачи повышения эффективности реабилитационных и абилитационных мероприятий требует единого комплексного подхода к определению целей реабилитационного процесса в каждом конкретном случае в зависимости от причины инвалидности и тесного межведомственного сотрудничества при реализации ИПРА инвалидов. Целесообразно учитывать региональную дифференциацию субъектов Российской Федерации по распространенности инвалидности, а также возрастные и гендерные особенности контингентов инвалидов.*

**Ключевые слова:** инвалидность; первичная; повторная; нарушение функций; ограничение жизнедеятельности; реабилитация; абилитация.

**Для цитирования:** Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Ачкасов Е.Е., Погосян Г.Э., Лялина И.В., Омаров С.А., Пузин С.С., Гигинеишвили Д.Н. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2017; 21 (1–2): 10–17. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-21-1-10-17>  
**Для корреспонденции:** Шургая Марина Арсеньевна, канд. мед. наук, доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы; 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. E-mail: daremar@mail.ru

*Puzin S.N.<sup>1</sup>, Shurgaya M.A.<sup>1</sup>, Memetov S.S.<sup>2</sup>, Achkasov E.E.<sup>3</sup>, Pogosyan G.E.<sup>4</sup>, Lyalina I.V.<sup>5</sup>, Omarov S.A.<sup>6</sup>, Puzin S.S.<sup>3</sup>, Giginishvili D.N.<sup>7</sup>*

**DISABILITY IN THE XXI CENTURY. THE STATE OF THE PROBLEM OF MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN CONTEMPORARY RUSSIA**

<sup>1</sup>Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; Moscow, 123995, Russian Federation;

<sup>2</sup>Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation;

<sup>3</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119435, Russian Federation;

<sup>4</sup>City Clinical Hospital №70 of the Department of Health of Moscow City, Moscow, 111399, Russian Federation;

<sup>5</sup>The Main Clinical Centre of Medical and Social Rehabilitation of the Federal Service of Execution of Punishments, Moscow, 109428, Russian Federation;

<sup>6</sup>Main Bureau of Medico-Social Expertise for Moscow, Moscow, branch No 43, 103109, Russian Federation

<sup>7</sup>Moscow Eye Clinic, Moscow, 107023, Russian Federation

*The disability among the population is one of the most important medical and social problems of the global significance. The article presents data on the epidemiology of the disability in the countries of the world. 110–190 million adults have significant difficulties in functioning – a significant degree of restriction in various spheres of life. The child's disability accounts for 95 million children, out of which 13 million children have a “severe” form of the disability. In countries where the life expectancy exceeds 70 years, an average of about 8 years, representing 11.5 percent of total life expectancy, falls on years associated with the disability. In most countries, the demographic situation of aging of the population causes an increase in the disability among the elderly – two-thirds of the disabled belong to this age group of the population. In the total population of Russia, the share of disabled people is 9.3% – 12.3 million people, including disabled people of the working age accounting for 3 million 801 thousand people (less than a third – 30%), disabled elderly – 8 million 2,665 thousand people. (two-thirds of the total number of disabled people – 65.2%), children with disabilities include 636 thousand people (4.8%). There is noted a tendency to the decline in the primary and secondary disability of an adult (in 2000–2016) and children (2000–2014) population, but in 2015–2016 there was emerging a tendency to the gain in basic indices of the primary and repeated disability in children (the absolute number of disabled people, the level of disability). The analysis of individual programs for rehabilitation and habilitation (IPRH) of disabled people shows the greatest number of recommendations to be given about the needs of disabled people in technologies for medical and social rehabilitation and habilitation. According to the results of the reassessment of disabled persons in 2016, positive results of the implementation of the IPRH for disabled people were achieved in 48.4% of the disabled cases (among the victims of occupational accidents and occupational diseases – 63.8% of the disabled). There were noted low indices of the complete compensation and full recovery of lost functions (4–7% and 2.8–1%, respectively) and extremely low indices – for implementation recommendations for the acquisition of a profession, including new, advanced training, education and creation of a special workplace for the employment (0.2–0.8%). The solution of the problem of increasing the effectiveness of rehabilitation and habilitation activities requires a consistent integrated approach to the determination goals of the rehabilitation process in each case, depending on the cause of disability and close interagency cooperation in the implementation of IPRH for disabled persons. It is advisable to take into account the regional differentiation of the subjects of the Russian Federation in terms of the prevalence of the disability, as well as the age and gender features of the contingents of the disabled persons.*

**Key words:** *disability; primary; repeated; impaired function; limitation of the vital activity; rehabilitation; habilitation.*

**For citation:** Puzin S.N., Shurgaya M.A., Memetov S.S., Achkasov E.E., Pogosyan G.E., Lyalina I.V., Omarov S.A. Puzin S.S., Gigineishvili D.N. Disability in the XXI century. The state of the problem of medical-social rehabilitation and habilitation of disabled people in contemporary Russia. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2018; 21 (1–2): 10–17. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-1-10-17>

**For correspondence:** Marina A. Shurgaya, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Geriatrics and Medical and Social Evaluation; Moscow, 123995, Russian Federation. E-mail: [daremar@mail.ru](mailto:daremar@mail.ru)

**Information about author:**

Shurgaya M. A., <http://orcid.org/0000-0003-3856-893X>

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

Received 13 January 2018

Accepted 27 January 2018

Инвалидность среди населения – одна из важнейших медико-социальных проблем. Это критерий для оценки общественного здоровья и трудоспособности населения, качества жизни [1–4]. Экономические аспекты инвалидности:

- прекращение труда при установлении инвалидности в трудоспособном возрасте обуславливает экономические потери для самих граждан и наносит серьёзный экономический ущерб государству;
- государство несёт большие расходы по социальной защите инвалидов [5].

Более 1 млрд человек в мире являются инвалидами, что составляет 15% населения мира. 110–190 млн взрослых людей имеют значительные трудности в функционировании – значительную степень ограничения в различных сферах жизни [4, 6, 7]. Инвалидность, являясь глобальным медико-социальным феноменом, представляет собой особую проблему в развивающихся странах (рис. 1). В некоторых из этих стран доля инвалидов среди населения составляет

20%, что может негативно сказываться на 50% населения, если учитывать их семьи и родственников [8, 9]. Детская инвалидность составляет 95 млн детей, из которых 13 млн. имеют «тяжелую» форму инвалидности [10].

В странах, где предполагаемая продолжительность жизни превышает 70 лет, в среднем около 8 лет, что составляет 11,5% от общей продолжительности жизни, приходится на годы, связанные с инвалидностью (рис. 2). Женщины имеют более высокий уровень инвалидности, чем мужчины. В большинстве стран демографическая ситуация старения населения обуславливает рост инвалидности среди лиц пожилого возраста – две трети инвалидов принадлежат к этой возрастной категории населения, что требует иных форм реабилитации и профилактики по сравнению с трудоспособным контингентом [1, 4].

Отмечается дальнейший устойчивый рост показателей инвалидности. Причины этого заключаются в следующем [4]:

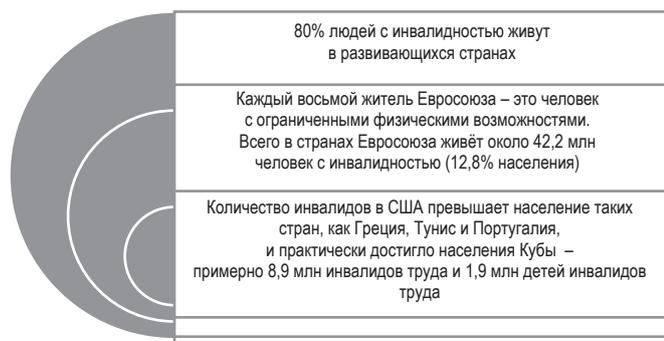


Рис. 1. Эпидемиология инвалидности в мире.



Рис. 2. Доля инвалидов (в %) в странах мира.

- болезни, в том числе вызванные ВИЧ, и другие причины, такие как стрессы, злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- увеличение продолжительности жизни и численности пожилых людей, у многих из них имеются различные нарушения функционирования органов и систем организма;
- увеличение численности детей-инвалидов, особенно в развивающихся странах, из-за недоедания, болезней, эксплуатации детского труда;
- рост числа вооруженных конфликтов и случаев насилия. На каждого ребенка, погибшего в ходе вооруженных конфликтов, приходится трое раненых, которые приобретают постоянную форму инвалидности;
- рост численности населения;
- достижения медицинской науки и системы здравоохранения.

Основные принципы международной политики в отношении инвалидов изложены в Конвенции ООН о правах инвалидов, принятой резолюцией Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 г.<sup>1</sup>

Модель инвалидности, сформулированная в Конвенции, закреплена в единой концептуальной модели «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)<sup>2</sup>, которая является инструментом мониторинга выполнения положений Конвенции. МКФ вместе с МКБ является основной в семействе международных классификаций ВОЗ. Ключевое понятие МКФ – функционирование на трех уровнях: организм – человек – общество. Этим уровням функционирования соответствуют:

- функции и структуры организма,
- активность (выполнение задач и действий),
- участие (вовлечение в жизненную ситуацию, инклюзия).

Функционирование является общим термином для констатации положительного или нейтрального аспекта функций организма, активности и участия. Степень нарушения функций – универсальный изме-

ритель эффективности реабилитации на всех уровнях (оценка до и после реабилитации). Наряду с этим ко всем нарушениям, ограничениям активности и возможности участия относится термин ограничения жизнедеятельности. Кроме того, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. Ограничение жизнедеятельности является следствием не только изменения здоровья и нарушений, но и ограничений в результате барьеров окружающей среды (вместо термина «социальная недостаточность» – «уничтожительный»). Барьеры окружающей среды могут быть решающим фактором в формировании инвалидности, а снятие барьеров может предупредить инвалидность или привести к реабилитации при одном и том же нарушении здоровья!

Россия подписала Конвенцию о правах инвалидов в 2006 г. и ратифицировала в 2012 г. Это обусловило создание нормативно–правового обеспечения стратегии социальной поддержки граждан и совершенствование государственной службы медико – социальной экспертизы и реабилитации<sup>3–12</sup>

<sup>3</sup>Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

<sup>4</sup>Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

<sup>5</sup>Федеральный закон №442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

<sup>6</sup>Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».

<sup>7</sup>Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. NN № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Глава III. Реабилитация и абилитация инвалидов. Статья 9. Понятие реабилитации и абилитации инвалидов.

<sup>8</sup>Приказ Минздрава РФ «О порядке организации медицинской реабилитации» № 1705н от 29.12.2012 г.

<sup>9</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 №1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы».

<sup>10</sup>Приказ Минтруда России от 31.07.2015 NN № 528н (ред. от 27.01.2016) и от 13 июня 2017 г. N № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

<sup>11</sup>Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

<sup>12</sup>Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изменениями на 10.08.2016 г.)

<sup>1</sup>Конвенция ООН о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи 13 декабря 2006 г.).

<sup>2</sup>International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO, 2001.

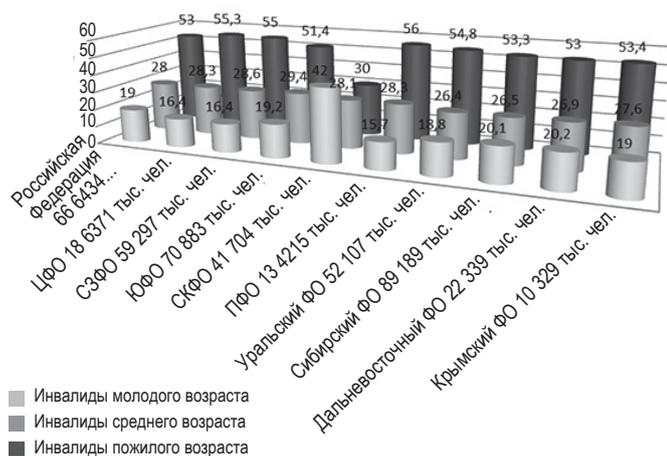


Рис. 3. Региональная дифференциация субъектов Российской Федерации по первичной инвалидности взрослого населения по возрасту (%).

Анализ данных Минтруда России о первичной и повторной инвалидности (по форме государственного статистического наблюдения № 7-(собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» и № 7-Д (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет») свидетельствует о том, что в общей численности населения России доля инвалидов составляет 9,3–12,3 млн человек (на 1 января 2017 г.), в том числе инвалидов трудоспособного возраста 3 млн 801 тыс. (менее трети – 30%), инвалидов пожилого возраста – 8 млн 2665 тыс. (две трети от общей численности инвалидов – 65,2%), детей-инвалидов 636 тыс. (4,8%). Имеет место региональная дифференциация субъектов страны по показателям инвалидности населения (рис. 3).

Отмечается выраженная тенденция к снижению показателей первичной и повторной инвалидности взрослого (в 2000–2016 гг.) и детского (2000–2014 гг.) населения – абсолютного числа инвалидов в динамике (за исключением абсолютного числа повторно признанных инвалидами из числа детского контингента) и уровня инвалидности (взрослых в 2005–2016 гг., детей в 2005–2014 гг.). Среди взрослого населения наиболее высокий уровень первичной инвалидности отмечался в 2005 г. 157,0, повторной – в 2007 и 2008 гг. – 213,8 и 214,8 на 10 тыс. взрослого населения.

В детском контингенте наиболее высокий уровень первичной инвалидности отмечался в 2006 и 2010 гг. – 28,9 и 28,2, повторной инвалидности – в 2007 и 2008 гг. – 113,9 и 114,3 на 10 тыс. детского населения. Уровень первичной инвалидности детского населения в 2014 г. составил 263,2 на 10 тыс. детского населения. Необходимо подчеркнуть тенденцию к росту основных показателей первичной и повторной инвалидности у детей (абсолютное число инвалидов, уровень инвалидности) в период 2015–2016 гг. Рост распространённости первичной инвалидности у детей в 2016 г. регистрировался во всех федеральных округах за исключением Центрального и Северо-Кавказского федеральных округов. Среди субъектов с высокими показателями уровня инвалидности выделяются Республика Калмыкия и Республики Северо-Кавказ-

ского федерального округа (в Чеченской Республике 89,783,6, в Республике Ингушетия 66,557,9 на 10 тыс. детского населения). Уровень инвалидности по другим субъектам регистрировался в пределах 20–26 на 10 тыс. детского населения при наиболее низких показателях в Приволжском федеральном округе. В нозологической структуре детской инвалидности первые ранговые места занимают психические расстройства и расстройства поведения (23% от общего числа детей инвалидов), с негативной тенденцией к росту инвалидности по этой причине, а также врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (21%), болезни нервной системы (20%).

Лидирующая причина инвалидности взрослого населения в России – общее заболевание (95–99% от общего числа) [11, 12]. В структуре инвалидности лидируют болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно – мышечной системы и соединительной ткани.

Высокие значения показателей инвалидности пострадавших в результате несчастного случая на производстве или профессионально заболевания регистрировались в Южном, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах; среди субъектов выделялись Липецкая, Ростовская, Ульяновская области, Карачаево-Черкесская Республика, Красноярский край и Республика Саха (Якутия). В Северо-Кавказском и Северо-Западном федеральных округах, а также Калининградской области, городах Санкт-Петербурге и Севастополе, Республиках Дагестан и Северная Осетия – Алания регистрировались высокие показатели инвалидности в контингенте военнослужащих (удельный вес и уровень инвалидности). В Северо-Кавказском федеральном округе, Чеченской и Карачаево-Черкесской Республиках, а также Республиках Северная Осетия – Алания и Дагестан регистрировались наиболее высокие показатели инвалидности вследствие военной травмы. Максимальные значения удельного веса и уровня инвалидности с детства регистрировались в Крымском федеральном округе.

Важными элементами системы обеспечения инвалидам условий для преодоления ограничений жизнедеятельности, направленными на создание им равных возможностей для участия в жизни общества, являются медико-социальная экспертиза, реабилитация и абилитация. Программа реабилитации и абилитации преследует 3 цели [2, 13, 15]:

- восстановление функций (полное или частичное);
- восстановление социально-бытовой активности (повседневной деятельности);
- восстановление профессиональной деятельности (у детей – способности к обучению). Детскому контингенту инвалидов в 2016 г. выданы индивидуальные программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) – всего 339 382, из них с заключениями о нуждаемости: в медицинской реабилитации – 99,6%, в реконструктивной хирургии – 5,3%, в санаторно-курортном лечении – 23%, в условиях организации обучения – 68,4%, в психологической помощи в образовательной организации – 56,8%, в профессиональной ориентации в образовательной организации – 7,7% и в органе службы занятости – 1,4%, в со-

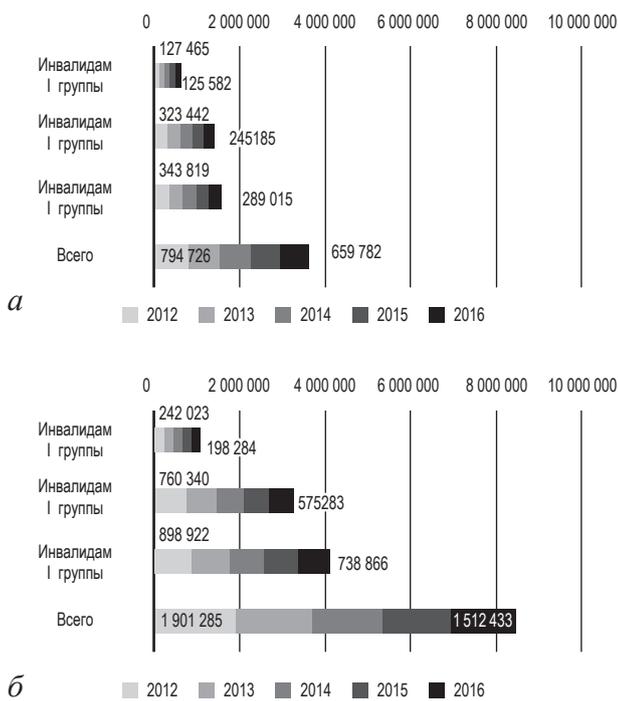


Рис. 4. Динамика выдачи бюро медико-социальной экспертизы рекомендаций по реабилитации и абилитации (ИПР/ИПРА) гражданам (взрослое население), признанным при первичном (а) и повторном освидетельствовании (б) инвалидами, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (2012–2016 гг.).

действию в трудоустройстве – 1%, в предоставлении технических средств реабилитации – 24,2%. При переосвидетельствовании детей-инвалидов выдано заключений о выполнении ИПРА ребенка-инвалида 249 334, из них с положительными результатами реабилитации или абилитации – 64%. Достигнута полная компенсация утраченных функций у 2,5% инвалидов, частичная – у 29,3%, восстановлены нарушенные функции полностью у 2%, частично – у 24,8%, созданы необходимые условия для обучения у 25,4%, осуществлена профессиональная ориентация в образовательной организации у 12%, восстановлена (сформирована) способность к самообслуживанию частично у 27,6%, полностью – у 6,5%, восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности частично – у 21,6%, полностью – у 4,1%, восстановлен (сформирован) социально-средовой статус частично у 33,2%, полностью – у 4,2% инвалидов. Данные показатели отражают негативные тенденции уменьшения показателей достижения полной компенсации (в динамике по сравнению с 2010 г. уменьшение на 47,5%) и полного восстановления утраченных функций (уменьшение в 2 раза), при положительном тренде на увеличение показателей достижения частичной компенсации (увеличение на 49,9%) и частичного восстановления утраченных функций в контингенте детей-инвалидов (увеличение на 66,5%).

Данные, представленные на рис. 4, отражают тенденцию к снижению числа выданных ИПР/ИПРА при первичном (рис. 4, а) и повторном освидетельствовании (рис. 4, б) граждан из числа взрослого населения, признанных инвалидами, что ассоциируется со снижением инвалидности (как первичной, так и вторичной) в этом возрастном сегменте. Необходимо отметить изменение структуры первичной инвалидности по группы инвалидности – наметившуюся тенденцию к росту численности инвалидов первой группы (11 9895 – 12 5582 человек в 2014 – 2015 гг.).

Оценка ИПРА инвалидов (из числа взрослого населения) свидетельствует о том, что наибольшее число рекомендаций касается нуждемости в медицинской реабилитации и технологиях социальной реабилитации. В 2016 г. всего было выдано 217 2215 ИПРА гражданам, признанным инвалидами, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и имеющих профессиональные заболевания. Практически все инвалиды (99,2%) нуждаются в медицинской реабилитации. Нуждемость в реконструктивной хирургии составила 2,3%. Удельный вес заключений о нуждемости в санаторно-курортном лечении составлял 13,6%, что обусловлено действующим порядком закрепления за медицинскими организациями (а не бюро медико-социальной экспертизы) компетенции по направлению пациентов на данный вид восстановительного лечения (рис. 5).

Потребность инвалидов в профессиональной ориентации составляла 16,3%, а в содействии в трудоустройстве – 37,1%. Доля рекомендаций по условиям организации труда составила 53,5%, в специально созданных условиях труда и на дому – 37%, а на специальном рабочем месте, оснащённом (оборудованном) с учётом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалида, – 1,7%. Нуждемость

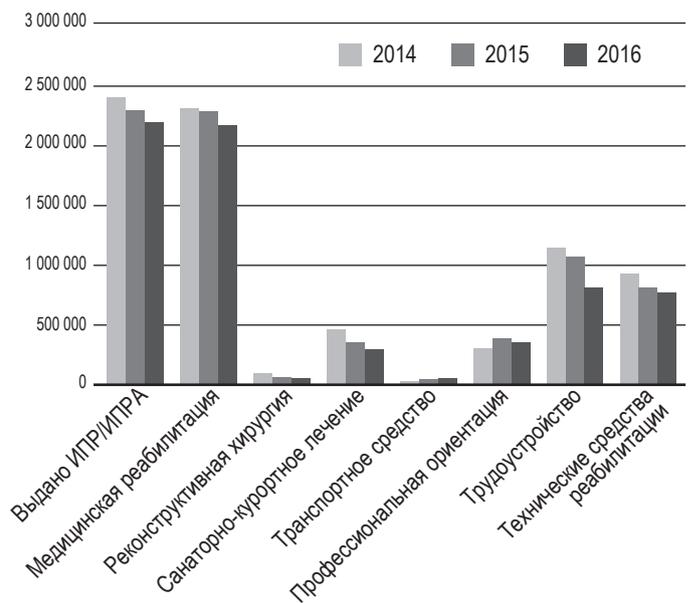


Рис. 5. Рекомендации по реабилитации и абилитации граждан (ИПРА), признанных инвалидами, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и имеющих профессиональные заболевания (2016 г.).

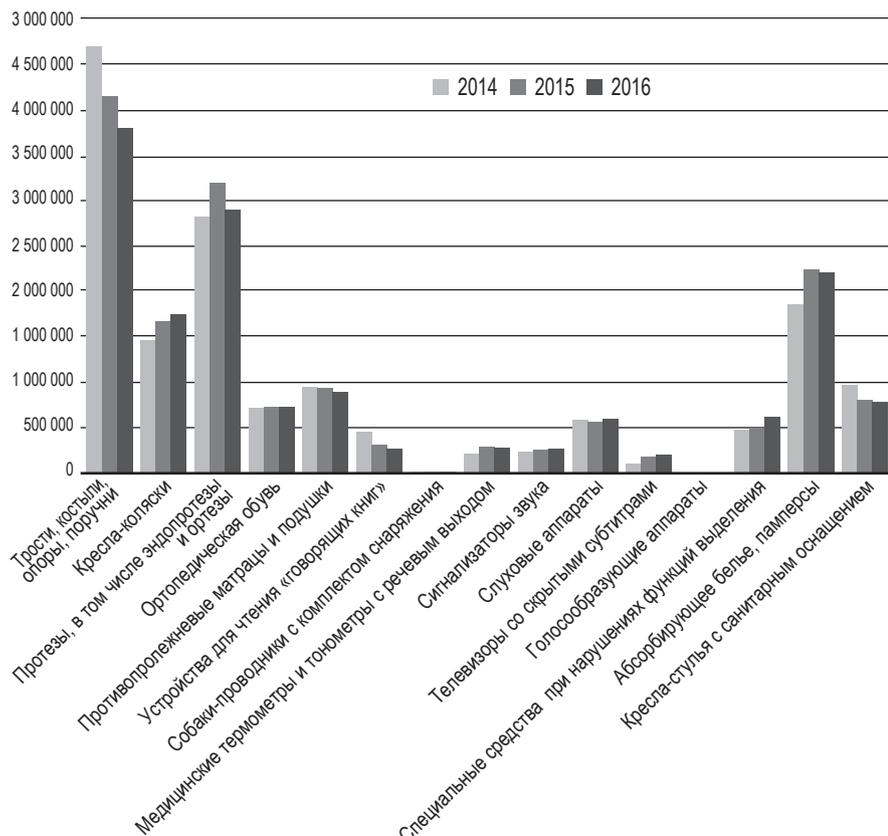


Рис. 6. Технические средства реабилитации, рекомендованные (ИПРА) гражданам, признанным инвалидами, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и имеющих профессиональные заболевания (2016 г.).

инвалидов в технических средствах реабилитации высокая (35,3%). Наибольшее число рекомендаций было дано по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) с целью компенсации нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) и сенсорных функций, а также специальными средствами компенсации нарушений функций выделения, средствами по уходу за стомой и абсорбирующим бельем (рис. 6).

Результаты анализа рекомендаций по реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (2016 г.) свидетельствуют о том, что всего было выдано 127 229 программ реабилитации, из них с заключением о нуждаемости в лекарственных средствах всего 83,2%, в изделиях медицинского назначения и индивидуального ухода – 24,6%, в постороннем медицинском уходе – 1%, в постороннем бытовом уходе – 3%, в санаторно-курортном лечении – 86,2%, в профессиональ-

#### Данные о выполнении программ реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и имеющего профессиональное заболевание в Российской Федерации

Заключение о выполнении программы при переосвидетельствовании	2014		2015		2016	
	абс	%	абс	%	абс	%
Выдано заключений о выполнении ИПР/ИПРА при переосвидетельствовании	111 520		108 950		108 878	
В том числе						
с положительными результатами реабилитации:	70 991	63,7	67 367	61,8	69 514	63,8
- достигнута полная компенсация утраченных функций	6 037	8,5	5 037	4,6	5 093	4,7
- достигнута частичная компенсация утраченных функций	44 985	63,4	43 933	40,3	45 332	41,7
- восстановлены нарушенные функции полностью	3 043	4,3	1 274	1,2	1 121	1
- восстановлены нарушенные функции частично	15 538	21,9	19 732	18,1	17 695	16,3
- получена профессия (специальность), в том числе новая			31	0,03	1	0,0009
- повышена квалификация	1 096	1,5	883	0,8	785	0,7
- повышен уровень общего (профессионального) образования	266	0,4	87	0,08	90	0,08
- подобрано подходящее рабочее место	8 802	12,4	7 876	7,2	8 478	7,8
- создано специальное рабочее место для трудоустройства	2 547	3,6	83	0,08	87	0,08
- обеспечена занятость /созданы условия для трудовой деятельности	7 921	11,2	392	0,4	24	0,02
- достигнута производственная адаптация			1 113	1	256	0,2
- достигнута способность к самообслуживанию частично	15 866	22,3	23 172	21,3	24 199	22
- достигнута способность к самообслуживанию полностью	16 233	22,9	13 331	12,2	16 689	15,3
- достигнута возможность самостоятельного проживания			2 164	2	1 219	1,1
- восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности частично	28 835	40,6				
- восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности полностью			818	0,8	522	0,5
- обеспечена интеграция в семью и общество						
- восстановлен (сформирован) социально-средовой статус частично	26 406	37,2	4 536	4,2	2 989	2,7
-восстановлен (сформирован) социально-средовой статус полностью			1 479	1,4	1 242	1,1

ном обучении (переобучении) – 0,8%, в трудоустройстве – 64,4%, в приобретении ТСР – 17,6% (всего), в том числе тростей, костылей, опор, поручней – 42,7%, протезов (в том числе эндопротезов и ортезов) – 49%, ортопедической обуви – 24,2%, слуховых аппаратов – 15,3%, специальных транспортных средств – 9,8%, абсорбирующего белья – 7,8%, кресла-колясок – 6,2%.

Положительные результаты реализации ИПРА инвалидов, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (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%,
- достигнута способность к самообслуживанию частично у 24,7%, полностью – у 7%, восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности частично у 21%, полностью – у 6,7%,
- восстановлен (сформирован) социально-средовой статус частично у 29,3%, полностью – у 6%.

Отмечены крайне низкие показатели по реализации рекомендаций по получению профессии (новая специальность), в том числе новой (0,3%), повышению квалификации (0,04%) и уровня общего (профессионального) образования (0,79%) и созданию специального рабочего места для трудоустройства (0,2%).

При переосвидетельствовании инвалидов, пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, положительные результаты реабилитации были достигнуты у 63,8% инвалидов, из них наиболее значимые показатели по частичной компенсации утраченных функций (41,7%) и восстановлению нарушенных функций (16,3%), а также по достижению способности к самообслуживанию (частично – 22%, полностью – 15,3%) (см. таблицу). Отмечены крайне низкие показатели профессиональной реабилитации (0,02–0,7%), за исключением реализации рекомендации подбора подходящего рабочего места (7,8%). Проблема профессиональной реабилитации крайне актуальна и в контингенте инвалидов пожилого возраста, среди которых потенциально активные («трудонаправленные») лица могут продолжать трудовую деятельность [16, 17], что улучшит их инклюзию и социальную адаптацию. Персонализированный подход с учётом имеющихся у инвалидов ограничений жизнедеятельности позволяет в модели комплексной реабилитации в условиях межведомственного взаимодействия препятствовать труднедостаточности [18].

## Заключение

Показатели инвалидности являются отражением как уровня здоровья и качества лечебно-профилактических мероприятий, так и состояния социальной защиты человека с дефектом здоровья.

Одним из приоритетных направлений государственной политики Российской Федерации в области обеспечения соблюдения прав инвалидов является

формирование активного образа жизни граждан с нарушением здоровья, их инклюзии в социальную жизнь.

Ратификация Конвенции о правах инвалидов явилась стимулом к формированию правовой базы в области реабилитации инвалидов в Российской Федерации. Это обусловило совершенствование государственной службы медико-социальной экспертизы и порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида.

Универсальность МКФ, предлагающей разнообразные инструменты объективизации имеющихся у инвалида нарушений функций и ограничения жизнедеятельности, позволяет разрабатывать мероприятия по их компенсации или восстановлению, а также проводить мониторинг эффективности реабилитации и абилитации.

В настоящее время сохраняется низкий уровень реабилитации и абилитации инвалидов. Решение задачи повышения эффективности реабилитационных и абилитационных мероприятий требует единого комплексного подхода к определению целей реабилитационного процесса в каждом конкретном случае в зависимости от причины инвалидности и тесного межведомственного сотрудничества. При разработке мероприятий по медико-социальной реабилитации и их реализации целесообразно учитывать региональную дифференциацию субъектов Российской Федерации по распространённости инвалидности, а также возрастные и гендерные особенности инвалидности.

Необходимо уделить особое внимание совершенствованию технологий профессиональной реабилитации, использованию персонализированного подхода и осуществлению профотбора в ходе профориентационных мероприятий в комплексной системе реабилитации инвалидов для наиболее полной их социальной адаптации.

Доступность и высокое качество реабилитационных мероприятий для всех категорий инвалидов с учётом степени нарушений функций организма, обусловленных ими ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала, необходимое условие повышения эффективности комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization and The World Bank, World report on disability. WHO Press, Geneva, Switzerland; 2011.
2. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Балека Л.Ю., Кузнецова Е.А., Мутева Т.А. Пузин С.Н. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016;19(1): 4-7.
3. Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Колюка О.Е. Результаты мониторинга эффективности выполнения индивидуальных программ реабилитации (абилитации) в Российской Федерации. В сб.: *Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. I Национальный Конгресс с международным участием*. Санкт-Петербург; 14-16 сентября 2017: 23 – 4.

4. Global Status Report on Disability and Development | 2015 United Nations New York; 2015.
5. Disability and the Millennium Development Goals. A Review of the MDG Process and Strategies for Inclusion of Disability Issues in Millennium Development Goals Efforts. United Nations. New York; 2011. <http://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/centrepublishations/workingpapers/raiy>.
6. Hassounch D., Nguyen T., Chen Z., & NcNeff, E. Healing pathways: a program for women with physical disabilities and depression. *Rehabilitation Research and Practice*. 2013. doi: 10.1155/2013/649875.
7. Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T., Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158
8. Lange R., M. Kett R., Lang J. Trani, and N. Bailey (August 2010). “The Potential Impact of the Global Economic Downturn on People with Disabilities in Developing Countries”. October 2009. <http://www.ucl.ac.uk/>
9. Mwendwa T., Murangira A., and Lang. R. (2009), Mainstreaming the rights of people with disabilities in national development frameworks. *Journal of International Development*. 2009; 21(5): 662-72.
10. Halfon N., Houtrow A., Larson K., Newacheck P. W. The Changing Landscape of Disability in Childhood. *Children with Disabilities*. SPRING 2012; 22 (1): 13 – 42.
11. Дымочка М.А., Гришина Л.П., Волкова З.М. Особенности динамики показателей инвалидности среди взрослого и детского населения Российской Федерации // *Медико – социальные проблемы инвалидности*. 2017;(3): 8-16.
12. Шургая М.А. Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации (статья) печатная. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017; 20(3): 136 – 43.
13. World Health Organization. Rehabilitation in health systems, Geneva, Switzerland. WHO Press, 2017.
14. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. *Consillium Medicum*. 2016; 13: 9-13.
15. World Health Organization. global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with a disability. [A67/16 – 4 April 2014]. WHO Press, Geneva, Switzerland.
16. Коробов М.В., Хорькова О.В. Медико-социальная характеристика граждан пенсионного возраста Санкт-Петербурга, впервые признанных инвалидами. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016;19(3): 64 – 70.
17. 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. *Вопросы организации медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2016; (1): 18-24.
18. Карасаева Л.А., Лучкевич В.С., Каличава А.Ш. Организационные этапы и алгоритм трудоустройства инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей в модели межведомственного взаимодействия. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2016;18 (2-3), 692 – 6.
- habilitation of disabled people at the present stage. *Med.-Sots. Ekspert. i Rehabil.* 2016;19(1): 4-7. (in Russian)
3. Shestakov V.P., Svintsov A.A., Chernyakina T.S., Kolyuka O.E. Results of monitoring the effectiveness of the implementation of individual rehabilitation programs (habilitation) in the Russian Federation. In: *Rehabilitation – XXI century: traditions and innovations. I National Congress with international participation*. St. Petersburg; 14-16 September 2017: 23–4. (in Russian)
4. Global Status Report on Disability and Development | 2015 United Nations New York; 2015.
5. Disability and the Millennium Development Goals. A Review of the MDG Process and Strategies for Inclusion of Disability Issues in Millennium Development Goals Efforts. United Nations. New York; 2011. <http://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/centrepublishations/workingpapers/raiy>.
6. Hassounch D., Nguyen T., Chen Z., & NcNeff E. Healing pathways: a program for women with physical disabilities and depression. *Rehabilitation Research and Practice*. 2013. doi:10.1155/2013/649875.
7. Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T., Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158
8. Lange R., M. Kett R., Lang J. Trani and N. Bailey (August 2010). “The Potential Impact of the Global Economic Downturn on People with Disabilities in Developing Countries”. October 2009. <http://www.ucl.ac.uk/>
9. Mwendwa T., Murangira A., and Lang. R. (2009), Mainstreaming the rights of people with disabilities in national development frameworks. *Journal of International Development*. 2009; 21(5): 662-72.
10. Halfon N., Houtrow A., Larson K., Newacheck P. W. The Changing Landscape of Disability in Childhood. *Children with Disabilities*. SPRING 2012; 22 (1): 13 – 42.
11. Dymochka M.A., Grishina L.P., Volkova Z.M. Peculiarities of dynamics of indices of disability among adult and children population of the Russian Federation. *Medical and social problems of disability*. 2017; (3): 8-16. (in Russian)
12. Shurgay M.A. Nosological spectrum of disability of the elderly population in the Russian Federation and features of rehabilitation expert examination, rehabilitation and habilitation (article) printed. *Med.-Sots. Ekspert. i Rehabil.* 2017; 20(3): 136-43. (in Russian)
13. World Health Organization. Rehabilitation in health systems, Geneva, Switzerland. WHO Press, 2017.
14. Ivanova G.E. Medical rehabilitation in Russia. Prospect of development. *Consillium Medicum*. 2016; 13: 9-13. (in Russian)
15. World Health Organization. global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with a disability. [A67/16 – 4 April 2014]. WHO Press, Geneva, Switzerland.
16. Korobov M.V., Khorkova O.V. Medico-social characteristics of citizens of the retirement age of St. Petersburg, first recognized as disabled. *Med.-Sots. Ekspert. i Rehabil.* 2016; 19(3): 64-70. (in Russian)
17. Khrapylina L.P., Isakov E.V., Vinokurov A.S., Storozhenkov D.V., Shurgaya M.A. Ways to improve the effectiveness of measures to develop an inclusive environment in the interests of people with disabilities. *Issues of organization of medical and social expertise and comprehensive rehabilitation and rehabilitation industry*. 2016; (1): 18-24. (in Russian)
18. Karasaeva L.A., Luchkevich V.S., Kalichava A.Sh. Organizational stages and algorithm for the employment of disabled people due to obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower limbs in the model of interagency interaction. *Izvestiya of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 2016;18(2-3), 692-6. (in Russian)

## REFERENCES

1. World Health Organization and The World Bank, World report on disability. WHO Press. Geneva, Switzerland; 2011.
2. Puzin S.N., Memetov S.S., Shurgaya M.A., Baleka L. Yu., Kuznetsova E.A., Muteva T.A. Aspects of rehabilitation and

Поступила 13.02.18  
Принята к печати 27.02.18

### К ст. С.Н. Пузина и соавт.



Ранжирование показателей заболеваемости на 100 тыс. населения в возрасте старше 18 лет.

### К ст. И.Г. Бакулина и соавт.



Рис. 6. Частота осложнений БК у пациентов Регистра.

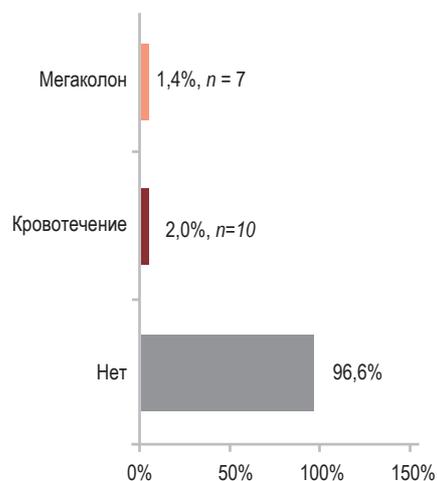


Рис. 7. Частота осложнений ЯК у пациентов Регистра.