

© ШУРГАЯ М.А., 2017

УДК 616-036.86-053.88-036.868

Шургая М.А.

## НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ИНВАЛИДНОСТИ ПОЖИЛОЙ КАТЕГОРИИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Минздрава России, 125993, г. Москва, Россия

*Инвалидность пожилой возрастной категории населения является важнейшей проблемой здравоохранения и социальных служб всех без исключения развитых стран мира. В Российской Федерации отмечается рост численности этого возрастного сегмента, что отражает глобальный процесс старения населения. Целью исследования явился анализ нозологической структуры первичной и повторной инвалидности граждан пожилого возраста в сравнении с основными возрастными категориями взрослого населения в Российской Федерации и оценка мероприятий реабилитации/абилитации инвалидов. В исследование включили 34 840 933 человека в возрасте 18 лет и старше, признанных инвалидами, в том числе инвалидов пожилого возраста – 12 971 062. Предметом специального исследования явилось изучение характера функциональных нарушений, степени ограничения жизнедеятельности, нозологического спектра причин инвалидности граждан пожилого возраста и эффективности проводимых мероприятий медико-социальной реабилитации (реабилитационно-экспертная характеристика). Исследование выборочное, объём выборки составил 370 человек. Результаты исследования показали, что нозологическая структура патологии, связанные с ней виды нарушения функций и характер ограничения жизнедеятельности определяют тяжесть инвалидности у граждан пожилого возраста, сложность формирования и реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалидов. Улучшение качества жизни и интеграция инвалидов в общество были и остаются трудными задачами реабилитационных и абилитационных мероприятий. Наиболее реализуемыми являются медицинская реабилитация и обеспечение техническими средствами реабилитации, в меньшей степени – социальная и профессиональная реабилитация.*

**Ключевые слова:** *пожилой возраст; инвалидность; нозологический спектр; первичная и повторная инвалидность; нарушение функций; ограничение жизнедеятельности; тяжесть инвалидности; реабилитация; абилитация.*

**Для цитирования:** Шургая М.А. Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2017; 20 (3): 136–143. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-3-136-143>

**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](mailto:daremar@mail.ru).

*Shurgaya M.A.*

### NOSOLOGICAL SPECTRUM OF THE DISABILITY IN THE ELDERLY POPULATION OF THE ELDERLY CATEGORY IN THE RUSSIAN FEDERATION AND PECULIARITIES OF REHABILITATION-EXPERT DIAGNOSTICS, REHABILITATION AND ABILITATION

Russian Medical Academy of the Continuous Professional Education, Moscow, 125993, Russian Federation

*Disability of the elderly age group of the population is the most important problem of public health and social services of all developed countries over the world without exception. In the Russian Federation, this age segment is characterized by the gain, reflecting the global process of population aging. The aim of the study was to analyze the nosological structure of the primary and secondary disability in elderly people in comparison with the main age categories of the adult population in the Russian Federation and the evaluation of rehabilitation / rehabilitation activities for disabled people. The volume of the study was 34,840,933 people aged of from 18 years and over; recognized as disabled, including the disabled elderly – 12,971,062. The subject of a special study was the nature of functional disorders, the degree of the disability, the nosological spectrum of causes of the disability of elderly people and the effectiveness of implemented measures of medical and social rehabilitation (rehabilitation and expert characterization). The study was selective, the sample size account of 370 people. The results of the research demonstrate the nosological structure of the pathology, the associated types of impairments and the nature of the disability to determine the severity of the disability in elderly people, the complexity of the formation and implementation of individual programs for the rehabilitation and rehabilitation of disabled people (IPRA). The improvement of the quality of life and integrating disabled people into the society has been and remains a difficult task for rehabilitation and habilitation activities. Rehabilitation and provision of technical means of rehabilitation, to a lesser extent – social and professional rehabilitation are the most feasible for the implementation.*

**Key words:** *elderly age; disability; nosological spectrum; primary; repeated; impaired function; vital activity limitation; severity of disability; rehabilitation; abilitation.*

**For citation:** Shurgaya M.A. Nosological spectrum of the disability in the elderly population of the elderly category in the Russian Federation and peculiarities of rehabilitation-expert diagnostics, rehabilitation and

abilitation. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2017; 20 (3): 136–143. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-3-136-143>

**For correspondence:** Marina A. Shurgaya, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Geriatrics and Medical-Social Expertise, Moscow, 125993, Russian Federation. E-mail: [daremar@mail.ru](mailto:daremar@mail.ru).

**Information about author:**

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

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

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

Received 05 August 2017

Accepted 29 August 2017

Мировое сообщество создало определённую нормативную правовую базу для формирования национального законодательства всех стран в отношении защиты прав людей с ограничением жизнедеятельности<sup>1-3</sup>.

Порядок организации медицинской реабилитации<sup>4</sup> регулирует вопросы организации медицинской реабилитации населения на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов<sup>4</sup>. Это система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности (реабилитация), а также формирование отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности (абилитация)<sup>5</sup>. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Определены три этапа медицинской реабилитации в зависимости от тяжести состояния пациента:

- I этап – оказание помощи в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- II этап – поддержка в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций;
- III этап – помощь в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому.

Мероприятия проводятся при наличии подтверждённой результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают:

- Медицинскую реабилитацию:
  - восстановительную терапию (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);
  - реконструктивную хирургию (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);
  - санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг<sup>3</sup>;
  - протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.
- Профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию.
- Социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию.
- Физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий – *Индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА)*, разработанная на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы, включает в себя следующие разделы: отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и др. реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определённых видов деятельности<sup>6</sup>.

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации. Устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятель-

<sup>1</sup>Конвенция ООН о правах инвалидов (принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 2006 г. № 61/106).

<sup>2</sup>World Health Organisation, World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO; 2011.

<sup>3</sup>International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO, 2001.

<sup>4</sup>Приказ Минздрава РФ «О порядке организации медицинской реабилитации» от 29.12.2012 г. № 1705н.

<sup>5</sup>Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 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>6</sup>Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 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».

ности инвалида, нацелены на создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов<sup>7-9</sup>.

С каждым годом всё актуальнее становится вопрос о предоставлении реабилитационной помощи гражданам пожилого возраста. В Российской Федерации численность этого возрастного сегмента растёт, что отражает глобальный процесс старения населения [1, 2]. У людей пожилого возраста имеются особенности развития и течения патологических процессов на фоне прогрессирующего уменьшения адаптационных возможностей организма, что становится фоном для прогрессирования хронической патологии и возникновения осложнений [3, 4].

Цель исследования – анализ нозологической структуры первичной и повторной инвалидности граждан пожилого возраста в сравнении с основными возрастными категориями взрослого населения в Российской Федерации и оценка мероприятий реабилитации/абилитации инвалидов.

### Материал и методы

Объектом изучения явились данные о первичной и повторной инвалидности по форме государственного статистического наблюдения № 7-собес и утверждённые Росстатом статистические сборники ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России за 2005–2016 гг. [5–7]. Исследование сплошное. Методы исследования: документальный, выкопировка данных, статистический и графический. В исследование включили 34 840 933 человека в возрасте 18 лет и старше, признанных инвалидами, в том числе инвалидов пожилого возраста – 12 971 062. Предметом специального исследования явилось изучение характера функциональных нарушений, степени ограничения жизнедеятельности, нозологического спектра причин инвалидности граждан пожилого возраста и эффективности проводимых мероприятий медико-социальной реабилитации (реабилитационно-экспертная характеристика). Исследование выборочное, объём выборки составил 370 человек. В ходе исследования использованы анкеты оценочного инструментария.

<sup>7</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду».

<sup>8</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 9 декабря 2014 г. № 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» (с изменениями и дополнениями).

<sup>9</sup> ГОСТ Р ИСО 9999-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология (утверждён и введён в действие Приказом Росстандарта от 23.09.2014 № 1177-ст).

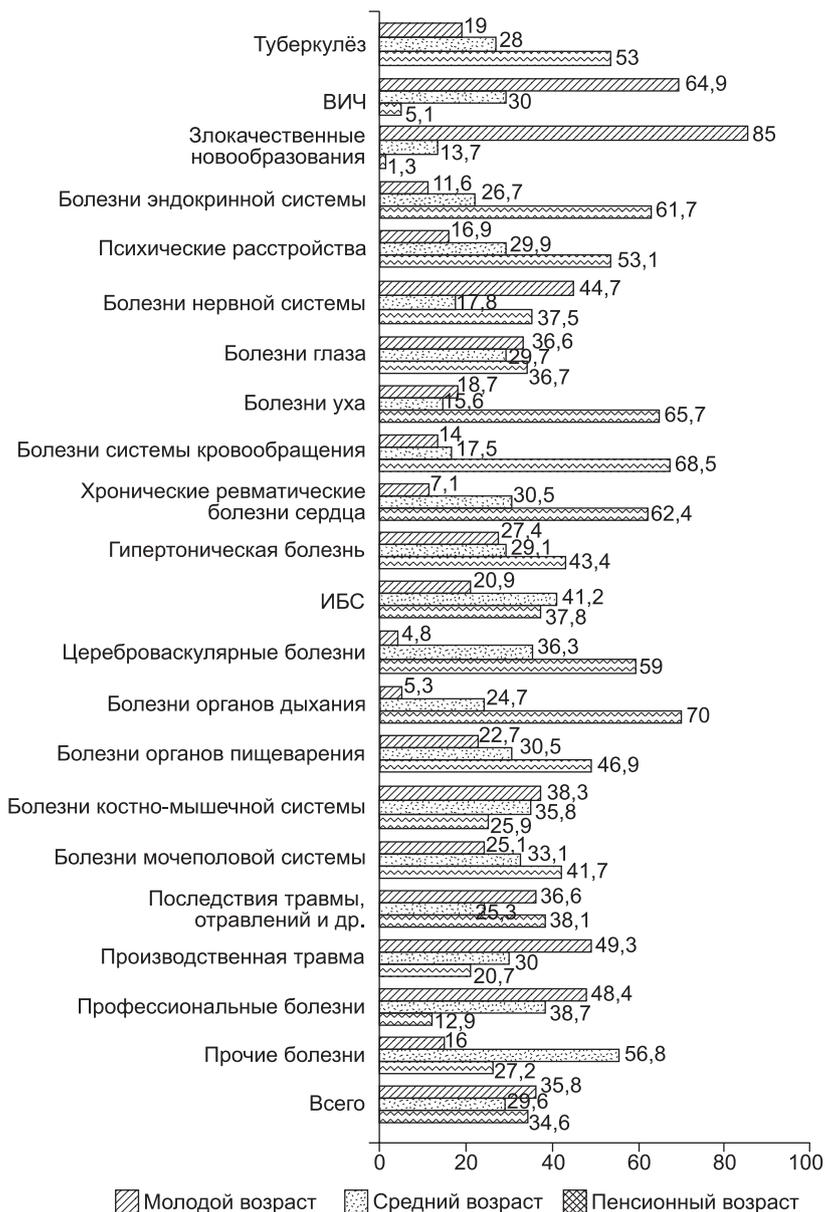


Рис. 1. Структура первичной инвалидности по возрасту с учетом классов болезней в Российской Федерации в 2016 г. (%)

Исследование проведено в 2009–2016 гг. Базы исследования: ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России, филиалы главного бюро медико-социальной экспертизы по Москве (19 филиалов по административным округам Москвы). Общим признаком для данной группы населения являлся возрастная ценз (возраст мужчин – 60 лет и более, женщин – 55 лет и более). В настоящем исследовании термин «пожилой» применяется в качестве базового понятия – аналога иных терминов, применяемых в Российской Федерации (граждане старшего возраста, старшее поколение).

### Результаты и обсуждение

Оценка нозологической структуры первичной инвалидности по возрасту с учётом классов болезней в РФ (за основу взяты показатели 2016 г.) выявила следующее (рис. 1).

Впервые признанные инвалидами (ВПИ) лица пожилого возраста преобладают в структуре первичной инвалидности по следующим классам болезней: злокачественные новообразования (130,9 тыс. человек – 61,7%), болезни системы кровообращения (129,2 тыс. человек – 62,4%), костно-мышечной системы (17,7 тыс. человек – 41,7%), эндокринной системы (6,6 тыс. человек – 53,2%), органов дыхания (6,1 тыс. человек – 46,9%), болезни глаза (13,5 тыс. человек – 65,7%), уха (9,0 тыс. человек – 68,5%), нервной системы (9,5 тыс. человек – 36,7%), мочеполовой системы (3,3 тыс. человек – 38,1%). В структуре первичной инвалидности ВПИ лиц среднего возраста больше, чем инвалидов других возрастов, вследствие профессиональных болезней (696 человек, или 56,8%), тогда как ВПИ лица молодого возраста преобладают в общем числе ВПИ лиц по причине ВИЧ (4,6 тыс. человек, или 85,0%), туберкулёза (10,8 тыс. человек, или 64,9%), психических расстройств (14,7 тыс. человек, или 44,7%), последствий травм, отравлений и др. (12,6 тыс. человек, или 49,3%) и производственной травмы (896 тыс. человек, или 48,4%).

Оценка структуры первичной инвалидности по классам болезней свидетельствует, что контингент ВПИ лиц в РФ формируют инвалиды вследствие следующих классов болезней: злокачественных новообразований (212,2 тыс. человек – 31,8%), болезней системы кровообращения (207,0 тыс. человек – 31,1%), костно-мышечной системы (42,3 тыс. человек – 6,3%), психических расстройств (32,1 тыс. человек – 4,8%), болезней нервной системы (25,8 тыс. человек – 3,9%), последствий травм, отравлений и др. (25,5 тыс. человек – 3,8%), глаза (20,6 тыс. человек – 3,1%), туберкулёза (16,7 тыс. человек – 2,5%), профессиональных болезней (1,2 тыс. человек – 2,5%), болезней органов пищеварения (14,2 тыс. человек – 2,1%), уха (13,2 тыс. человек – 2,0%), органов дыхания (13,0 тыс. человек – 1,9%), эндокринной системы (12,5 тыс. человек – 1,9%), мочеполовой системы (8,7 тыс. человек – 1,3%); удельный вес ВПИ лиц вследствие прочих болезней составил 0,8% (14,2 тыс. человек), и ещё ниже данный показатель по причине производственных травм – 0,3%.

Контингент ВПИ лиц пожилого возраста в основном формируется инвалидами вследствие злокачественных новообразований (1-е ранговое место – 37,1%), классов болезней системы кровообращения (2-е ранговое место – 36,6%), костно-мышечной системы (3-е ранговое место – 5,0%), болезней глаза (4-е ранговое место – 3,8%), психических расстройств (5-е ранговое место – 3,4%), болезней нервной системы (6-е ранговое место – 2,7%), болезней уха (7-е ранговое место – 2,6%), эндокринной системы (8-е ранговое место – 1,9%), органов дыхания (9-е ранговое место – 1,7%), последствий травм, отравлений и других воздействий (10-е ранговое место – 1,5%).

Сводные данные о структуре ВПИ лиц пожилого возраста в РФ по группам инвалидности с учётом классов болезней свидетельствуют, что удельный вес инвалидов I группы составляет 25,4%, II группы – 35,9%, III группы – 38,6%. Анализ показал, что больше всего удельный вес инвалидов I группы в контингенте ВПИ лиц вследствие психических расстройств

– 73,7%, значительное число составляют инвалиды вследствие болезней мочеполовой системы – 32,5%, злокачественных новообразований – 31,0%, болезней глаза – 29,2%, нервной системы – 27,4%, последствий травм и отравлений – 26,7%, болезней системы кровообращения – 21,8%, ВИЧ – 21,4%. Инвалидов II группы больше всего в контингенте ВПИ лиц вследствие туберкулёза – 80,8%, злокачественных новообразований – 46,0%, болезней органов пищеварения – 45,7%, мочеполовой системы – 39,5%, болезней глаза – 37,6%, а также их много в контингенте ВПИ лиц вследствие болезней эндокринной системы – 39,5%, органов дыхания – 24,2%, психических расстройств – 22,8%, последствий травм, отравлений и других воздействий – 33,2%, болезней системы кровообращения – 31,8%, прочих болезней – 31,4%, болезней нервной системы – 31,1%, производственной травмы – 29,0%, болезней костно-мышечной системы – 21,1%. Инвалидов III группы больше всего в контингенте ВПИ лиц вследствие болезней уха – 99,7%, профессиональных болезней – 75,7%, болезней костно-мышечной системы – 74,5%, болезней органов дыхания – 73,7%, производственной травмы – 66,4%, болезней эндокринной системы – 48,3%, системы кровообращения – 46,4%, нервной системы – 41,5%, последствий травм, отравлений и других воздействий – 40,1%, а также вследствие болезней органов пищеварения – 39,3%, болезней глаза – 33,2%, мочеполовой системы – 28,0%.

При анализе уровня первичной инвалидности у лиц пожилого возраста в РФ по группам инвалидности с учётом классов болезней (рис. 2) высокий уровень первичной инвалидности у лиц пожилого возраста отмечен при злокачественных новообразованиях – 36,4 на 10 тыс. населения пожилого возраста, при болезнях системы кровообращения – 35,9 на 10 тыс. населения, при болезнях костно-мышечной системы – 4,9 на 10 тыс. населения. Установлено, что первичная инвалидность II и III группы имеет практически одинаковый уровень у лиц пожилого возраста – соответственно 35,3 и 37,9 на 10 тыс. населения пожилого возраста, что выше распространённости инвалидности I группы (25,0 на 10 тыс. населения пожилого возраста). Наиболее высокий уровень первичной инвалидности I и II группы отмечается по классу злокачественных новообразований, III группы – вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней костно-мышечной системы.

Оценка структуры повторной инвалидности по возрасту с учётом классов болезней в РФ выявила следующее. Инвалиды пожилого возраста преобладают в структуре повторной инвалидности вследствие следующих классов болезней: злокачественных новообразований (182,4 тыс. человек – 61,1%), болезней системы кровообращения (231,7 тыс. человек – 55,6%), костно-мышечной системы (49,6 тыс. человек – 41,4%), болезней глаза (24,7 тыс. человек – 48,4%), уха (8,3 тыс. человек – 43,9%), эндокринной системы (14,8 тыс. человек – 40,8%), органов дыхания (13,1 тыс. человек – 39,2%).

Оценка структуры повторной инвалидности по классам болезней с учётом возраста в РФ свидетель-

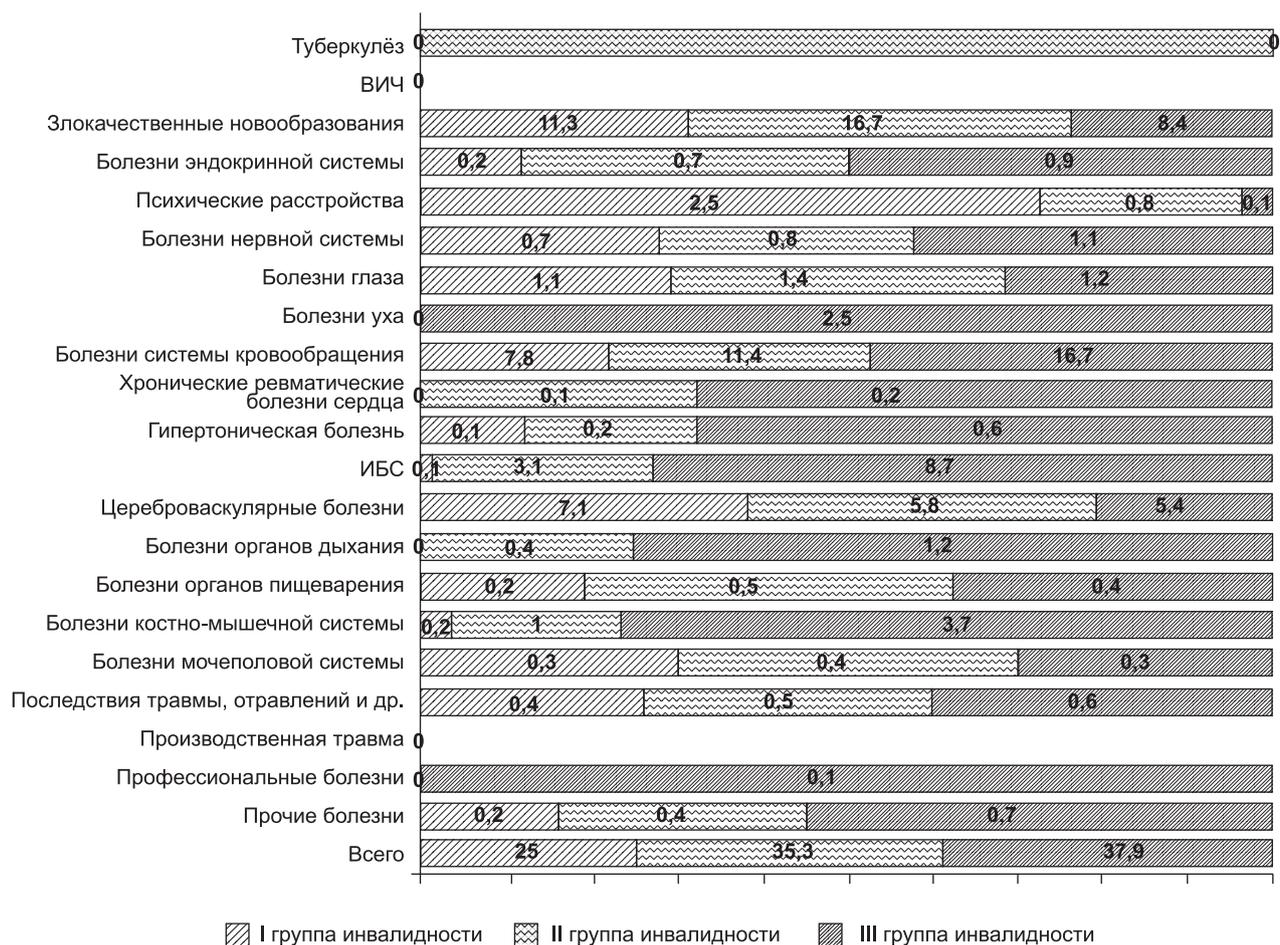


Рис. 2. Уровень первичной инвалидности у лиц пенсионного возраста в РФ по группам инвалидности с учётом класса болезней в 2016 г.

ствует, что контингент повторно признанных инвалидами (ППИ) лиц в основном формируется инвалидами вследствие следующих классов болезней: системы кровообращения (416,9 тыс. человек – 30,5%), злокачественных новообразований (298,7 тыс. человек – 21,8%), болезней костно-мышечной системы (119,7 тыс. человек – 8,8%), психических расстройств (130,1 тыс. человек – 9,5%), болезней нервной системы (68,8 тыс. человек – 5,0%), последствий травм, отравлений и др. (61,2 тыс. человек – 4,5%), болезней глаза (51,1 тыс. человек – 3,7%).

Контингент ППИ лиц пожилого возраста в основном формируется инвалидами классов болезней системы кровообращения (1-е ранговое место – 231,7 тыс. человек, или 38,9%), злокачественных новообразований (2-е ранговое место – 182,4 тыс. человек, или 30,7%), болезней костно-мышечной системы (3-е ранговое место – 49,6 тыс. человек, или 8,3%), болезней глаза (4-е ранговое место – 24,7 тыс. человек, или 4,2%), нервной системы (5-е ранговое место – 18,1 тыс. человек, или 3,0%), психических расстройств (6-е ранговое место – 15,9 тыс. человек, или 2,7%), болезней эндокринной системы (7-е ранговое место – 14,8 тыс. человек, или 2,5%), последствий травм, отравлений и других воздействий (8-е ранговое место – 10,3 тыс. человек, или 1,7%).

Сводные данные о структуре ППИ лиц пожилого возраста в РФ по группам инвалидности с учётом классов болезней свидетельствуют, что удельный вес инвалидов I группы составляет 17,6%, II группы – 33,6%, III группы – 48,8%. Анализ показал, что больше всего удельный вес инвалидов I группы в контингенте ППИ лиц вследствие психических расстройств – 52,5%, болезней мочеполовой системы – 47,1%. Инвалидов II группы больше всего в контингенте ППИ лиц вследствие туберкулёза – 64,7%, ВИЧ – 51,5%, злокачественных новообразований – 44,6%, болезней глаза – 41,4%. Инвалидов III группы больше всего в контингенте ППИ лиц вследствие болезней уха – 98,8%, производственных травм – 68,6%, профессиональных болезней – 78,9%, болезней костно-мышечной системы – 77,2%, органов пищеварения – 51,7%, органов дыхания – 70,3%, системы кровообращения – 52,5%, последствий травм, отравлений и других воздействий – 50,8%, болезней эндокринной системы – 49,9%, нервной системы – 40,7%.

Высокий уровень повторной инвалидности отмечен при болезнях системы кровообращения – 64,4 на 10 тыс. населения, злокачественных новообразованиях – 50,7 на 10 тыс. населения, болезнях костно-мышечной системы – 13,8 на 10 тыс. населения. При анализе уровня повторной инвалидности у лиц пожило-

го возраста в РФ по группам инвалидности с учётом классов болезней установлено, что наиболее высокий уровень инвалидности III группы – 80,7 на 10 тыс. населения пожилого возраста. Распространённость инвалидности II группы ниже – 55,5 на 10 тыс. населения пожилого возраста, а уровень инвалидности I группы составил 29,1 на 10 тыс. населения пожилого возраста.

По результатам анализа выборочного контингента инвалидов пожилого возраста (370 человек) в гендерной структуре исследуемого контингента преобладали женщины – 197 человек (53,2% от общего числа), мужчин – 173 человека (46,8% от общего числа). В возрасте 55–59 лет находилось 50 человек (25,4% от общего числа женщин – 13,5% от общего числа инвалидов), в возрасте 60–74 лет – 119 человек (32,2%), 75–89 лет – 154 человека (41,6%), в возрасте 90 лет и старше – 47 человек (12,7%).

По уровню образования инвалиды пожилого возраста распределились следующим образом: начальное образование имели 59 человек (15,9% от общего числа), среднее (специальное) – 162 человека (43,8%), высшее профессиональное – 149 человек (40,3%). Характер профессиональной деятельности включал широкий перечень занятий физическим (174 человека – 47%) и умственным (196 человек – 53%) трудом.

Больше всего было инвалидов пожилого возраста, проживающих в полной семье – 154 человека (41,6%), в неполной семье (без супруга/супруги с детьми/внуками, другими родственниками) проживали 96 человек (26,0%), одиноко проживали 120 человек (32,4%).

Нозологическая структура причин инвалидности исследуемого контингента включала следующие патологии:

- болезни системы кровообращения (БСК) – 152 человека, или 41,0% из общего числа (гипертоническая болезнь: I10–I13 – 37 человек, или 24,3% из общего числа БСК; ишемическая болезнь сердца: I20–I25.4 – 61 человек, или 40,1%; цереброваскулярная болезнь: I60–I69 – 34 человека, или 22,4%; хроническая артериальная недостаточность, облитерирующий артериит сосудов нижних конечностей – I70.9–I73 – 20 человек, или 13,2%);
- злокачественные новообразования – 92 человека (C18, C22, C24, C33, C34, C50, C54, C61, C64, C82.2, C91 – 24,9%);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) – 51 человек (M05, M06, M32, M34 – 13,8%);
- психические расстройства – 28 человек (F00, F01, F02, F20.04 – 7,6%);
- болезни дыхательной системы – 15 человек (J44.8, J45.8, J47 – 4,1%);
- болезни мочеполовой системы – 12 человек (N11, N18, N40, N39.3, N32.0, R32, Z49, Z93.5 – 3,2%);
- другие болезни – 20 человек (K25, K74, H95, E10.3, E10.5, E10.7 – 5,4%).

Анализ распределения исследуемого контингента инвалидов пожилого возраста в зависимости от степени выраженности стойких нарушений функций свидетельствовал, что имело место сочетание, комплексность нарушений различных функций организма у большинства инвалидов (331 чел. – 89,5%). При

этом имелись незначительные нарушения различных функций организма (I степени в диапазоне 10–30%), в том числе: психических функций (47 человек – 12,7%), языковых и речевых (4 человека – 1,1%), сенсорных (8 человек – 2,2%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) (37 человек – 10%), кровообращения (35 человек – 9,5%), дыхания (30 человек – 8,1%), пищеварения (15 человек – 4,1%), эндокринной системы (29 человек – 7,8%), метаболизма (29 человек – 7,8%), системы крови и иммунной системы (26 человек – 7,0%), мочевыделительной системы (10 человек – 2,7%). Эти нарушения являлись сопутствующими нарушением здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений различных функций организма. Имели место умеренные нарушения (II степени в диапазоне 40–60%): психических функций (29 человек – 7,8%), языковых и речевых (12 человек – 3,2%), сенсорных (6 человек – 1,6%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) (29 человек – 7,8%), кровообращения (102 человека – 67,1%), дыхания (16 человек – 4,3%), пищеварения (11 человек – 3,0%), эндокринной системы (14 человек – 3,8%), метаболизма (12 человек – 3,2%), системы кровообращения и иммунной (19 человек – 5,1%), мочевыделительной системы (25 человек – 6,8%). Отмечалось наличие выраженных нарушений (III степени в диапазоне 70–80%): психических функций (17 человек – 4,6%), языковых и речевых (5 человек – 1,4%), сенсорных (4 человека – 1,1%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) (18 человек – 4,9%), системы кровообращения (41 человек – 27%), дыхания (13 человек – 3,5%), пищеварения (7 человек – 1,9%), эндокринной системы (9 человек – 2,4%), метаболизма (4 человека – 1,1%), кровеносной и иммунной систем (5 человек – 1,4%), мочевыделительной системы (21 человек – 5,7%). Также имели место значительно выраженные нарушения функций (IV степени в диапазоне 90–100%): психических (15 человек – 4,1%), сенсорных (4 человека – 1,1%), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) (9 человек – 2,4%), системы кровообращения (9 человек – 5,9%), мочевыделительной системы (6 человек – 1,6%), органов дыхания (2 человека – 0,5%), пищеварения (6 человек – 1,6%), эндокринной системы (1 человек – 0,2%), системы крови и иммунной (2 человека – 0,5%).

В исследуемом контингенте инвалидов выраженные и значительно выраженные нарушения (III–IV степени) выявлялись: при злокачественных новообразованиях – у 51 инвалида (соответственно у 41,3 и 15,2%), психических расстройствах – у 25 инвалидов (48 и 42,6%), болезнях системы кровообращения – у 68 инвалидов (25,9 и 19,1%), болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани – у 9 инвалидов (15,5 и 2,8%), болезнях мочеполовой системы – у 10 инвалидов (22,6 и 57,9%). Умеренно выраженные нарушения функций выявлялись: при злокачественных новообразованиях – у 40 инвалидов (43,9%), психических расстройствах – у 3 инвалидов (9,4%), болезнях системы кровообращения – у 84 инвалидов (55,0%), болезнях костно-мышечной системы и со-

единительной ткани – у 42 инвалидов (81,7%), болезнях мочеполовой системы – у 2 инвалидов (19,5%).

Анализ степени выраженности стойких ограничений жизнедеятельности, которая имелась в исследуемом контингенте пожилых инвалидов, отражает полиморбидность и связанное со сложным переплетением нарушений различных функций сочетание различных видов ограничения жизнедеятельности, в том числе: самообслуживания (1-й степени – 112 человек, или 30,3%; 2-й степени – 98 человек, или 26,5%; 3-й степени – 64 человека, или 17,3%), передвижения (1-й степени – 49 человек, или 13,2%; 2-й степени – 39 человек, или 10,5%; 3-й степени – 11 человек, или 3,0%), трудовой деятельности (1-й степени – 161 человек, или 43,5%; 2-й степени – 137 человек, или 37,0%; 3-й степени – 72 человека, или 19,5%), ориентации в пространстве (1-й степени – 16 человек, или 4,3%; 2-й степени – 10 человек, или 2,7%; 3-й степени – 8 человек, или 2,2%), контроля поведения (1-й степени – 5 человек, или 1,4%; 2-й степени – 10 человек, или 2,7%; 3-й степени – 13 человек, или 3,5%), общения (1-й степени – 29 человек, или 7,8%; 2-й степени – 32 человека, или 8,6%; 3-й степени – 13 человек, или 3,5%). Таким образом, основными ограничениями жизнедеятельности в данном контингенте инвалидов были ограничение самообслуживания (74,1%), передвижения (26,8%) и трудовой деятельности (100%).

В контингенте первично признанных инвалидами (139 человек – 37,6% от общего числа) I группу имели 32 человека (23,0%), II группу – 58 человек (41,7%), III группу – 49 человек (35,3%) со сроком установления группы инвалидности на 1 год – 78 человек (56,1%), на 2 года – 22 человека (15,8%), бессрочно – 39 человек (28,1%). В контингенте повторно признанных инвалидами (231 человек – 62,4%) I группу имели 40 человек (17,3%), II группу – 79 человек (34,2%), III группу – 112 человек (48,5%), при этом число лиц, которым группа инвалидности установлена на 1 год – 86 человек (37,2%), на 2 года – 32 человека (13,9%), бессрочно – 113 человек (48,9%). Таким образом, преобладали инвалиды III группы – 161 человек (43,5%), меньше было признанных инвалидами II группы – 137 человек (37,0%) и инвалидами I группы – 72 человека (19,5%). В контингенте инвалидов, имевших I группу инвалидности, преобладали инвалиды с нарушением функции кровообращения и психическими расстройствами. В контингенте мужчин было несколько больше инвалидов II группы – 69 человек (39,9%), меньше инвалидов III группы – 64 человека (37,0%) и инвалидов I группы – 40 человек (23,1%). В контингенте женщин отмечались различия следующего характера – было больше инвалидов III группы – 97 человек (49,2%), меньше инвалидов II группы – 68 человек (34,5%) и инвалидов I группы – 32 человека (16,3%).

Результаты анализа индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПР/ИПРА) инвалидов в исследуемом контингенте лиц пожилого возраста свидетельствуют, что охват реабилитационными программами

ми был полным. Всем инвалидам рекомендована медицинская реабилитация, направленная на восстановление нарушенных функций организма. В лекарственной терапии нуждались все инвалиды. Санаторно-курортное лечение рекомендовано 8,4% инвалидов. Высокой оказалась потребность инвалидов пожилого возраста в стационарном лечении (82,3%). Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), рекомендована 3 инвалидам (0,8%). Необходимость в содействии в трудоустройстве рекомендована 14,2% инвалидов, а в профессиональной ориентации – 3,2% инвалидов. Мероприятия по социальной реабилитации рекомендованы всего 56,2% инвалидов, в том числе реабилитация социально-средовой – 19,7%, социально-психологическая – 48,6%, социокультурная – 51,6%, социально-бытовая – 35,2%. Нуждаемость в технических средствах реабилитации установлена у 47,5% инвалидов. Наиболее высока нуждаемость в опорных тростях, протезах, абсорбирующем белье, креслах-колясках. Физкультурно-оздоровительные мероприятия рекомендованы 13,4% инвалидов.

Анализ установленных при переосвидетельствовании результатов реабилитации инвалидов, выполнивших ИПР/ИПРА, свидетельствует, что положительные результаты были достигнуты у 55,3% инвалидов, из них: полная компенсация утраченных функций – у 6,2% инвалидов, частичная компенсация – у 28,3% инвалидов. Полностью восстановлены нарушенные функции у 3,8%, частично – у 21,5% инвалидов. Созданы необходимые условия для трудовой деятельности 2,4% инвалидов. Частично восстановлена способность к самообслуживанию у 29,3% инвалидов, полностью – у 3,2% инвалидов. Частично восстановлены навыки бытовой деятельности у 13,8% инвалидов, полностью – у 11,4% инвалидов. Восстановлен социально-средовой статус у 21,3% инвалидов частично, полностью – у 8,3% инвалидов. Утяжеление инвалидности отмечено у 10,8%, при стабильности группы инвалидности у 84,6% инвалидов. Снижение группы инвалидности при переосвидетельствовании имело место у 3,1% инвалидов, а снятие группы инвалидности – у 1 инвалида (1,5% от общего числа прошедших повторное освидетельствование).

Таким образом, улучшение качества жизни и интеграция инвалидов в общество были и остаются трудными задачами реабилитационных и абилитационных мероприятий. Наиболее реализуемыми являются медицинская реабилитация и обеспечение техническими средствами реабилитации, в меньшей степени – социальная и профессиональная реабилитация. Наблюдаемая ситуация противоречит положению «Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов», согласно которым «все инвалиды, в том числе с высокой степенью инвалидности и/или множественной инвалидностью, нуждающиеся в реабилитации, должны иметь доступ к ней»<sup>10</sup>. Следовательно, осложняется достижение всеми инвалидами оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и его поддержка, необходимые для расширения рамок независимости и обеспечения достойной жизни в старости.

<sup>10</sup> Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1993 г. № 48/96 «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов».

## Заключение

Инвалидность пожилой возрастной категории населения является важнейшей проблемой здравоохранения и социальных служб всех без исключения развитых стран мира [8–12]. Нозологическая структура патологий, связанные с ней виды нарушения функций и характер ограничения жизнедеятельности определяют тяжесть инвалидности этого многочисленного возрастного сегмента населения, сложность формирования и реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов (ИПРА).

Показатели реабилитации характеризуют особенности и интенсивность положительных изменений в состоянии здоровья и трудоспособности инвалидов, а также отсутствие их, и являются критериями оценки деятельности учреждений медико-социальной экспертизы, органов здравоохранения, учреждений социального обслуживания населения и других ведомств по выполнению индивидуальной программы реабилитации.

Проблема реабилитации граждан пожилого возраста представляется серьезной как с позиций реализации прав инвалидов на реабилитацию и обеспечение их самостоятельности, так и с точки зрения эффективности расходования трудовых и финансовых ресурсов на разработку ИПРА.

С учётом вышеизложенного в рамках повышения результативности деятельности по всем планируемым направлениям государственной политики в области реабилитации инвалидов представляется целесообразным внедрение методических требований/рекомендаций и/или стандартов, регламентирующих организацию и реализацию реабилитации инвалидов пожилого возраста. Также представляется первоочередной задачей обучение и повышение квалификации кадров организаций/учреждений, предоставляющих реабилитационные услуги, с учётом гериатрических особенностей заболеваемости, инвалидности и адаптационных возможностей стареющего организма. Решение этой задачи требует предоставления единых, унифицированных учебных и методических материалов, пособий на базе системы непрерывного профессионального образования.

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

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. World report on ageing and health. World Health Organization. 2015.
2. Соколовская Т.А. Демографические проблемы и состояние здоровья населения пожилого возраста. *Геронтология*. 2013; 1: 60–71.
3. Шляфер С.И. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2014; 1: 15–28.

4. Spahni S., Morselli D., Perrig-Chiello P., Bennett K.M. Patterns of Psychological Adaptation to Spousal Bereavement in Old Age. *Gerontology*. 2015; 61 (5): 456–68. DOI: 10.1159/000371444
5. Россия' 2015. Стат. справочник. М.: Росстат; 2014.
6. Здравоохранение в России. 2015. Статистический сборник. М.: Росстат, 2015.
7. Основные показатели первичной и повторной инвалидности взрослого населения Российской Федерации. Статистические сборники. М.: ФГБУ «ФБ МСЭ»; 2006–2015 гг.
8. Ткачева О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2016; 4: 31–5.
9. Свинцов А.А. Организационно-правовые основания деятельности реабилитационных учреждений в системе социального обслуживания населения. *Социальное и пенсионное право*. 2012; (2): 17.
10. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Лаптева А.Е. Демографические и медико-социальные аспекты инвалидности в пожилом возрасте. *Мед.-соц. эксперт. и реабил.* 2015; 18 (3): 46–9.
11. World Health Organisation. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage, 2010. WHO Press, World Health Organization Geneva.
12. World Health Organisation, World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO; 2011.

## REFERENCES

1. World report on aging and health. World Health Organization. 2015.
2. Sokolovskaya T.A. Demographic problems and the state of health of the elderly population. *Gerontologiya*. 2013; 1: 60–71. (in Russian)
3. Shlyafers S.I. Morbidity of the population over the able-bodied age of the Russian Federation. *Sovremennye problemy zdoravookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2014; 1: 15–28. (in Russian)
4. Spahni S., Morselli D., Perrig-Chiello P., Bennett K. M. Patterns of Psychological Adaptation to Spousal Bereavement in Old Age. *Gerontology*. 2015; 61 (5): 456–68. DOI: 10.1159/000371444
5. Russia' 2015. Stat. directory. Moscow: Rosstat; 2014. (in Russian)
6. Healthcare in Russia. 2015. Statistical collection. Moscow: Rosstat; 2015. (in Russian)
7. Main indicators of primary and secondary disability of the adult population of the Russian Federation. Statistical collections. Moscow: FGBU "FB ITU"; 2006–2015. (in Russian)
8. Tkacheva O.N. The modern concept of the development of geriatric care in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016; 4: 31–5. (in Russian)
9. Svintsov A.A. Organizational and legal foundations of the activity of rehabilitation institutions in the system of social services of the population. *Sotsial'noe i pensionnoe pravo*. 2012; (2): 17. (in Russian)
10. Puzin S.N., Shurgaya M.A., Memetov S.S., Lapteva A.E. Demographic and medico-social aspects of disability in old age. *Med.-sots. ekspert. i rehabil.* 2015; 18 (3): 46–9. (in Russian)
11. World Health Organization. The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage, 2010. WHO Press, World Health Organization Geneva.
12. World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO; 2011.

Поступила 05.08.17

Принята к печати 29.08.17