

© Л.Р.Бадрутдинова¹, О.А. Манерова¹, Е.В. Костенко²¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Медико-социальная характеристика пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходящих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях

Обоснование. В структуре причин смерти населения Российской Федерации болезни системы кровообращения занимают стабильно первое место. Выявление основных тенденций, характерных для динамики состояния здоровья пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), позволяет проводить обоснованные медико-реабилитационные мероприятия по улучшению здоровья и качества жизни данной категории лиц с наибольшей экономической эффективностью, что в условиях хронического ограничения финансирования медико-социальной отрасли представляется необходимым и актуальным. **Цель исследования** — провести оценку медико-социальной характеристики пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходящих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях. **Методы.** Выполнено ретроспективное исследование; объектом исследования были пациенты, перенесшие ОНМК и получавшие медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях в период 2011–2015 гг. Данные получены с помощью сбора информации из медицинских карт амбулаторного больного (форма 025/у). Методы анализа и обработки материала — аналитический и статистический. **Результаты.** В рамках исследования было проанализировано 400 карт пациентов, проходивших медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях. На основе объединенных данных был сформирован медико-социальный «портрет» среднестатистического пациента, проходящего медицинскую реабилитацию: это пациенты трудоспособного возраста, впервые перенесшие ОНМК и не имеющие установленной группы инвалидности, у которых в анамнезе имеется сочетанная сопутствующая патология, а трудовая деятельность связана с интеллектуальным трудом и высокой степенью ответственности. **Заключение.** Определение медико-социальной характеристики пациента играет важную роль в формировании адресных программ профилактических и реабилитационных мероприятий.

157

Ключевые слова: медицинская реабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения, амбулаторные условия.

(Для цитирования: Бадрутдинова Л.Р., Манерова О.А., Костенко Е.В. Медико-социальная характеристика пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходящих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях. Вестник РАМН. 2018;73(3):157–163. doi: 10.15690/vramn925)

Обоснование

В структуре причин смерти населения Российской Федерации в последние годы стабильно первое место занимают болезни системы кровообращения (50,07%, или 653,9 на 100 тыс. населения в 2015 г.) [1].

Выявление основных тенденций, характерных для динамики состояния здоровья пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), позволяет составлять обоснованные медико-реабилитационные мероприятия по улучшению здоровья и качества жизни данной категории лиц с наибольшей экономической эффективностью, что в условиях хронического ограничения финансирования медико-социальной отрасли представляется необходимым и актуальным.

Реабилитация является главным звеном для возврата данной группы пациентов к максимально возможной социальной и трудовой деятельности после инсульта. В связи с повреждением головного мозга вследствие инсульта нередко утрачиваются частично или полностью навыки, которые необходимо восстанавливать или компенсировать. С помощью реабилитационных программ

и динамического контроля можно научить пациента новым способам выполнения задач (эффективному функционированию), чтобы адаптировать его к окружающей среде или компенсировать нарушенные функции. Специалисты в области медицинской реабилитации пришли к мнению, что важнейшим элементом любой реабилитационной программы является тщательно реализуемая, целенаправленная, повторяющаяся практика, к которой необходимо приступать в максимально короткие сроки после патологического события [2].

Цель исследования — оценить медико-социальную характеристику пациента, перенесшего ОНМК и прошедшего медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях.

Методы

Дизайн исследования

Данное исследование является одноцентровым, выборочным, ретроспективным. Метод отбора амбулаторных карт пациентов и формирования выборочной совокупности — случайный.

Объектом исследования явилась первичная медицинская документация — Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у).

Критерии соответствия

Критерии включения карт пациентов в исследование:

- возраст пациента более 18 лет;
- диагноз «Инфаркт головного мозга» (код I63 по МКБ-10) или «Транзиторная ишемическая атака» (код G45 по МКБ-10) с проведением реабилитационных мероприятий в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

Критерии невключения карт пациентов в исследование:

- возраст пациента менее 18 лет;
- очаговые поражения головного мозга, развившиеся вследствие иных, не связанных с ОНМК, причин;
- отсутствие данных о проведении реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

Критерии исключения карт пациентов из исследования:

- некорректно заполненная или поврежденная документация, затрудняющая чтение записи в карте.

Условия проведения

Набор данных для исследования проводился на базе филиала № 7 Государственного автономного учреждения здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГАУЗ «МНПЦ МРВСМ ДЗМ»).

Продолжительность исследования

Исследование проведено в 2017 г.: изучены за пятилетний период медицинские карты больных, проходивших восстановительный период в рамках третьего этапа медицинской реабилитации в связи с перенесенным ОНМК.

Описание медицинского вмешательства

Ретроспективное исследование не предполагало медицинского вмешательства.

Исходы исследования и методы регистрации

Данные для анализа были получены путем их сбора из первичной медицинской документации (Медицинская карта амбулаторного больного — форма 025/у) 400 пациентов и включали перечисленные ниже учетные признаки.

1. *Паспортная часть* (пол; дата рождения; профессия). В данном разделе учитывались возраст, а также распределение пациентов по половой принадлежности. Для оценки структуры пациентов трудоспособного возраста и пациентов-пенсионеров, но продолжающих трудовую деятельность, дифференциация проводилась в соответствии с их профессией.
2. *Дата развития ОНМК*: дата развития первичного ОНМК, дата развития повторного ОНМК. При обработке данных была учтена информация о дате развития ОНМК, а также о случаях повторных ОНМК.
3. *Клинический диагноз*. С целью дифференцированного подхода в карты выкопировки вносились данные о диагнозе в соответствии с кодами МКБ-10 (I63; G 45).
4. *Сопутствующие заболевания*. В карты выкопировки вносились данные о распространенности сопутствующих патологий, кодировка заболеваний осуществлялась в соответствии с кодами МКБ-10.
5. *Наличие и группа инвалидности*. Учитывались дата установления и доля первичной или повторной инвалидности среди пациентов и взаимосвязь инвалидности с перенесенным инсультом.
6. *Сроки временной нетрудоспособности* по данному случаю. Регистрация данных осуществлялась по одному законченному случаю и записи о закрытом листе временной нетрудоспособности.
7. *Наличие ограничения жизнедеятельности*. Оценка наличия или отсутствия у пациентов нарушений способности к общению, обучению, самостоятельному передвижению, ориентации, самообслуживанию, трудовой деятельности проводилась по шкале Бартела путем выставления балловых значений, которые были внесены в медицинскую документацию.

158

© L.R. Badrutdinova¹, O.A. Manerova², E.V. Kostenko²

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Medical and Social Characteristics of Post-Stroke Patients Undergoing Medical Rehabilitation in Outpatient Settings

Background: According to the statistics of death rates in the Russian Federation in recent years, diseases of the circulatory system are regarded as the leading cause of mortality (50.07%, or 653.9 per 100 thousand in 2015). Identification of the main trends specific to the dynamics of the health state of post-stroke patient provides an opportunity to conduct substantiated medical and rehabilitation measures focused on the improvement of health status and life quality of this category of people with the greatest economic efficiency which is essential and relevant under the conditions of permanent financial limitation in medical and social care. **Aims:** To assess the medical and social characteristics of patients who had acute cerebrovascular accidents and underwent medical rehabilitation in outpatient settings. **Materials and methods:** A retrospective research was performed; the subject of the study is post-stroke patients who received medical rehabilitation in outpatient settings in the period 2011–2015. The data was obtained by collecting information from the outpatient’s medical documents and processed by statistical and analytical methods of investigation. **Results:** The study analyzed 400 records of post-stroke patients who underwent medical rehabilitation in outpatient settings. The investigated data revealed some medical and social characteristics of the “typical” patient undergoing medical rehabilitation: working-age patient with first stroke who had no defined disability category but had comorbid pathology in past medical history and high-stress intellectual profession. **Conclusions:** The analysis allows selecting the priority areas of medical and preventive work aimed at improving the quality of life and health of the population. Specification of the patient’s medical and social characteristics is the key element in the formation of targeted programs of preventive and rehabilitation measures.

Key words: post-stroke patients, stroke rehabilitation.

(For citation: Badrutdinova LR, Manerova OA, Kostenko EV. Medical and Social Characteristics of Post-Stroke Patients Undergoing Medical Rehabilitation in Outpatient Settings. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2018;73(3):157–163. doi: 10.15690/vramn925)

8. Сведения о профессионально-трудовом прогнозе. В карты выкопировки вносились данные о профессии, стаже, роде занятий (отношение рода деятельности к физическому или интеллектуальному труду).
9. Организация реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях. Внесение данных о начале проведения реабилитации (третий этап) и длительности проведения реабилитационных мероприятий.

Анализ в подгруппах

При проведении ретроспективного исследования и анализа данных пациентов, перенесших ОНМК, оценивались случаи обращения за медицинской реабилитацией в амбулаторных условиях. Исследуемые случаи обращения за медицинской реабилитацией после перенесенного ОНМК позволили разделить данную группу пациентов на подгруппы по следующим учетным признакам (выборка случаев соответствует стандартному нормальному распределению Гаусса):

- 1) на основании пола — мужской/женский;
- 2) на основании возраста:
 - до 60 лет;
 - 61–70 лет;
 - старше 71 года;
- 3) на основании трудового анамнеза:
 - 1-я группа — лица, занимающие руководящие должности;
 - 2-я группа — лица, занятые на производстве;
 - 3-я группа — лица, занятые в сфере обслуживания (во второй и третьей группе проходило распределение на категории пациентов по роду деятельности: лица, занимающиеся интеллектуальной деятельностью, или лица, занимающиеся физическим трудом);
- 4) в соответствии с установленной группой инвалидности (I, II или III);
- 5) на основании перенесенного первичного или повторного ОНМК;
- 6) в соответствии с сопутствующей патологией:
 - лица, страдающие от гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, атеросклероза сосудов головного мозга, сахарного диабета, миопии;
 - лица с сочетанной сопутствующей патологией (наличие нескольких сопутствующих патологий одновременно).

Наличие установленной группы инвалидности и/или сопутствующих сочетанных патологий оказывают существенное влияние на прогноз медицинской реабилитации [3].

Этическая экспертиза

Этическая экспертиза проведена в ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) на заседании Локального этического комитета (протокол № 10-15 от 16.11.2015).

Статистический анализ

Принципы расчета размера выборки

Для анализа медицинской документации, содержащей номинальные и порядковые признаки, минимальное число единиц наблюдения было рассчитано по формуле:

$$n = \frac{p \times q \times t^2}{\Delta^2},$$

где n — число единиц наблюдения в выборочной совокупности, по результатам вычисления составившее 384; p — частота появления признака в выборочной совокупности (в нашем случае — частота предоставления медицинской

q -услуги); q — показатель, альтернативный p ($q=1-p$): с учетом максимально возможного значения (и, соответственно, числа наблюдений), было выбрано $p \times q=0,5 \times 0,5$, или 0,25; t — доверительный коэффициент (1,96 для 95% статистической значимости результатов); Δ — предельная ошибка выборки (0,05 при ошибке не более 5%).

Методы статистического анализа данных

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программ Microsoft Excel и SPSS (v. 23.0). Выбор метода статистической обработки определяли видом изучаемых признаков (номинальные, порядковые, количественные) и характером решаемой задачи. Данные представляли в виде $M \pm m$ и $P \pm m$, где M — средняя величина, P — относительная величина (доля), m — ошибка величины. Критический уровень статистической значимости (p) был установлен на уровне 0,05, поскольку 95% статистическая значимость (вероятность ошибки менее 5%, т.е. 0,05) признана достаточной для медико-социальных исследований.

Результаты

Объекты (участники) исследования

В исследование было включено 400 карт амбулаторных больных, у которых по данным первичной медицинской документации в анамнезе присутствовал диагноз «Инфаркт головного мозга» (код I63 по МКБ-10), первичный или повторный, или «Транзиторная ишемическая атака» (код G45 по МКБ-10); средний возраст пациента находился в пределах трудоспособного — $55,5 \pm 2,4$ года. В подавляющем большинстве (80,6 ± 1,9%) пациенты установленной группы инвалидности не имели. Распределение по группам инвалидности: I группа — $6,2 \pm 1,2\%$, II группа — $6,7 \pm 1,2\%$, III группа — $6,5 \pm 1,2\%$. Также важным аспектом был учет трудового анамнеза (число работающих лиц — $54 \pm 2,4\%$), который необходим при составлении программ реабилитации и профилактики.

Основные результаты исследования

При распределении пациентов по полу в динамике за 5 лет выявлено, что доля женщин, проходивших медицинскую реабилитацию и имеющих в анамнезе ОНМК, преобладала над долей мужчин (в 2012, 2014 и 2015 гг.) и составляла в среднем $52,1 \pm 2,4\%$ (рис. 1), а в 2011 и 2013 гг. преобладала доля мужчин. Таким образом, эти показатели за период 2011–2015 гг. были стабильными, и в структуре пролеченных пациентов преобладали женщины.

Средний возраст пациента, проходившего медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, составлял $54,07 \pm 0,65$ года. На долю лиц трудоспособного возраста приходилось $50,2 \pm 1,8\%$.

Дифференцированный подход к анализу предполагал распределение пациентов по полу и возрасту и группировку их в соответствующие возрастные интервалы. Показатели рассчитывались внутри каждого возрастного промежутка с учетом пола. Анализ показал, что в 2011–2015 гг. за медицинской реабилитацией в амбулаторных условиях чаще обращались женщины в возрасте до 60 лет ($38,2 \pm 2,4\%$) и мужчины до 60 лет ($23,7 \pm 2,1\%$) (рис. 2). Также высока частота обращений мужчин в возрастной категории 61–70 лет ($13 \pm 1,6\%$).

При оценке возрастных показателей был изучен средний возраст пациентов, проходивших медицинскую реабилитацию. Если средний возраст женщин в 2011 г. составлял



Рис. 1. Распределение пациентов, проходивших медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, по полу (2011–2015 гг.)

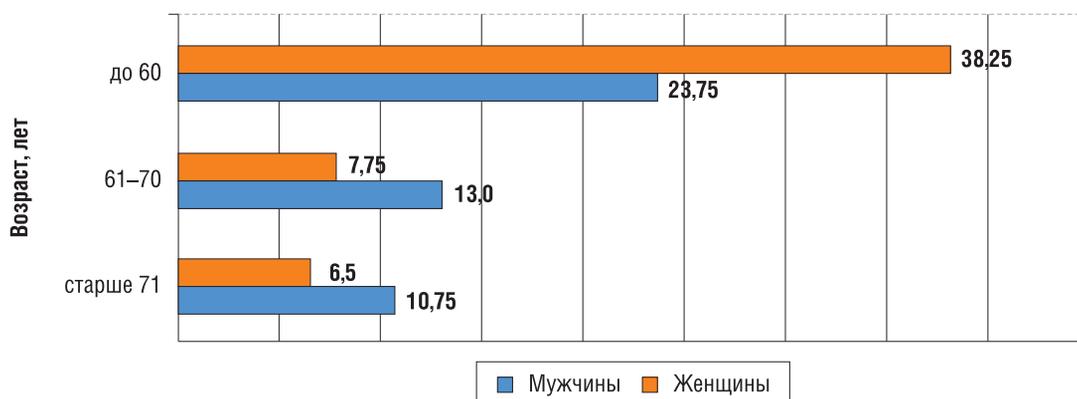


Рис. 2. Распределение пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по половозрастным признакам, в % (2011–2015 гг.)

61,2±2,4 года, то в 2015 —уже 54,7±2,4. Средний возраст мужчин в 2011 г. составил 77,7±2,0 года, а в 2015 — всего лишь 55,5±2,4. Таким образом, средний возраст пациентов, перенесших ОНМК, уменьшался с 2012 г. и находился в пределах трудоспособного (рис. 3).

В процессе исследования было изучено наличие у данной категории больных группы инвалидности. Средний возраст больных, имеющих группу инвалидности, составил 65,2±0,75 года. Распределение по группам инвалидности показало следующее: I группа — 6,2±1,2%, II груп-

па — 6,7±1,2%, III группа — 6,5±1,2%. В подавляющем большинстве (80,6±1,9%) пациенты инвалидности не имели.

Более половины (68,7±2,5%) больных перенесли ОНМК впервые. Доля пациентов с повторными ОНМК составила 31,3±2,5%.

За изучаемый промежуток времени среди пациентов преобладала доля работающих лиц, которая в среднем составляла 54±2,4% и увеличилась с 44,7±2,4% в 2014 г. до 68±2,3% в 2015. На втором месте — пенсионеры,

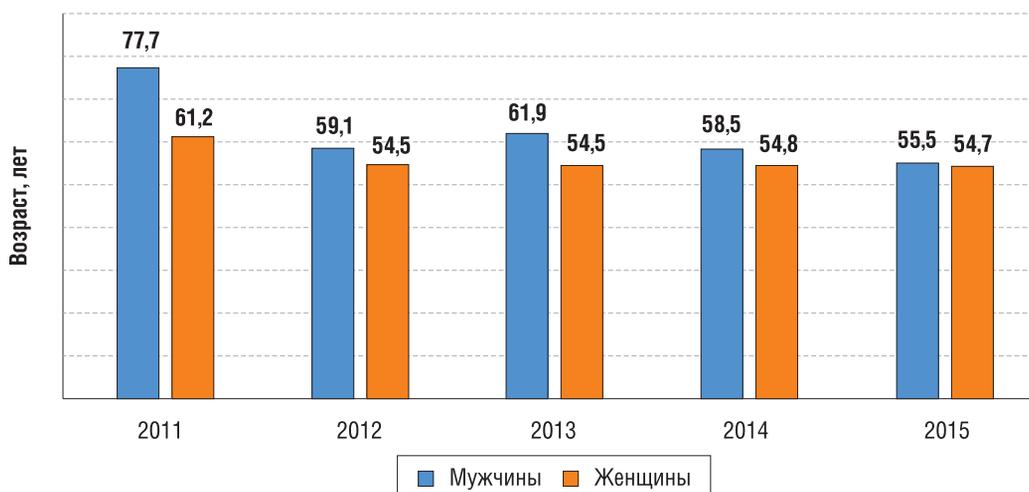


Рис. 3. Динамика среднего возраста пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (2011–2015 гг.)

Таблица. Распределение пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходивших медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, по профессии (на 100 лиц)

№ п/п	Профессия	Мужчины	Женщины	Итого	
I	<i>Руководящая должность</i>				
		10,2±2,0	6,5±1,6	16,7±2,5	
II	<i>Лица, работающие на производстве</i>				
	1	Лица, занимающиеся интеллектуальной деятельностью	11,1±2,0	12,9±2,2	24±2,9
	2	Лица, занимающиеся физическим трудом	12±2,0	2,4±1,0	14,4±2,3
III	<i>Лица, работающие в сфере обслуживания</i>				
	3	Лица, занимающиеся интеллектуальной деятельностью	13,8±2,3	16,6±2,5	30,4±3,0
	4	Лица, занимающиеся физическим трудом	5,7±1,5	8,8±1,9	14,5±2,3

доля которых была наибольшей в 2014 г. — $44\pm 2,4\%$, а наименьшей в 2015 — $21,8\pm 2,0\%$. Минимальную долю составляли неработающие пациенты (в среднем $11,2\pm 1,5\%$), и доля эта была наибольшей в 2013 г. — $21,8\pm 2,0\%$, наименьшей (отсутствие данной категории пациентов) — в 2011.

Для дифференцированного подхода к изучению контингента лиц, получающих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, работающие пациенты были разделены на 3 группы по особенностям профессионально-трудовой деятельности:

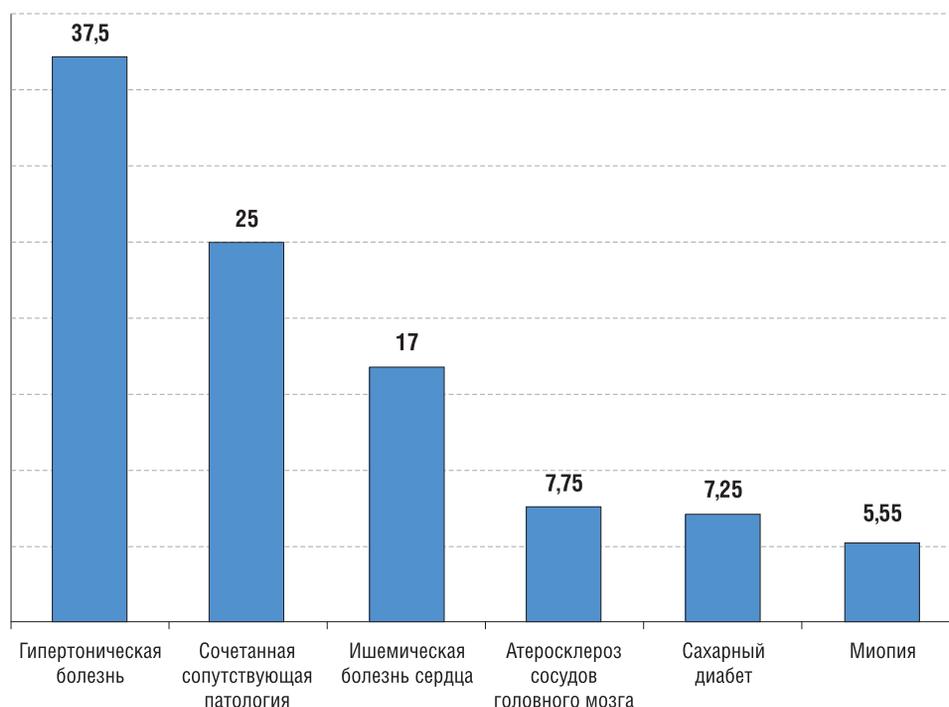
- I группа — лица, занимающие руководящие должности (данная группа вынесена отдельно в связи с наличием высокой степени ответственности и, соответственно, дополнительных факторов стресса, которые могут привести к возникновению острого состояния: сюда вошли руководящие работники всех трех групп);
- II группа — лица, занятые на производстве (группа разделена на две категории: лица, занимающиеся интеллектуальной деятельностью, и лица, занимающиеся физическим трудом);
- III группа — лица, занятые в сфере обслуживания (группа разделена на такие же категории: лица, зани-

мающиеся интеллектуальной деятельностью, и лица, занимающиеся физическим трудом; табл.).

Неблагоприятные факторы оказывают существенное влияние на развитие, клиническое течение ОНМК, степень восстановления утраченных больными неврологических функций и исходы болезни. По данным исследования В. Линькова и соавт. [4], причиной летального исхода, как правило, является основное заболевание, но стоит отметить, что также присутствуют случаи смерти вследствие декомпенсации сопутствующей патологии (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность и т.д.).

Анализ медицинских карт пациентов, перенесших ОНМК, позволил выявить частоту сопутствующей патологии. На первом месте — гипертоническая болезнь ($37,5\pm 2,4\%$), на втором — ишемическая болезнь сердца ($17\pm 1,8\%$). В $7,75\pm 1,3\%$ случаев отмечается атеросклероз сосудов головного мозга; $7,25\pm 1,2\%$ приходится на сахарный диабет и в $5,55\pm 1,1\%$ развивается миопия разной степени выраженности. Вместе с тем каждый четвертый пациент имел сочетанную сопутствующую патологию (рис. 4).

Наличие сопутствующей патологии среди пациентов, проходивших медицинскую реабилитацию, предполагает

**Рис. 4.** Распределение выявленных сопутствующих заболеваний среди пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в %

разработку особого комплекса мероприятий по проведению терапии и реабилитации с учетом комплексной оценки состояния здоровья, характера и объема сопутствующих заболеваний. Из данных литературы следует, что существующие медико-экономические стандарты оказания медицинской реабилитации больным не соответствуют в полной мере специфике клинических и социально-гигиенических характеристик пациентов, поэтому не могут быть использованы в качестве инструментария для оценки полноты и качества оказанной помощи [5].

Нежелательные явления

Нежелательных явлений не отмечено.

Обсуждение

Резюме основного результата исследования

Анализ 400 карт пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходивших медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, позволил сформировать медико-социальную характеристику пациента: это люди трудоспособного возраста, впервые перенесшие ОНМК и не имеющие установленной группы инвалидности, у которых в анамнезе имеется сочетанная сопутствующая патология, а трудовая деятельность связана с интеллектуальным трудом и высокой степенью ответственности.

Обсуждение основного результата исследования

Медико-социальная характеристика пациента играет важную роль в практике врачей [6].

При изучении половозрастного распределения пациентов, проходящих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, отмечено преобладание женщин с наименьшей численностью в 2011 г. — 34,7±2,3% и пиком в 2014 — 57,9±2,4%.

Особого внимания заслуживает и то, что среди пациентов исследуемой категории преобладают лица трудоспособного возраста. Анализ показал, что в изучаемом интервале за медицинской реабилитацией в амбулаторных условиях чаще обращались мужчины до 60 лет (23,7±2,1%). Исходя из полученных данных, средний возраст пациентов, перенесших ОНМК, уменьшался с 2012 г. и находился в пределах трудоспособного.

Анализ трудового анамнеза пациентов до развития у них ОНМК показал, что среди пациентов преобладают лица, занимающиеся интеллектуальной деятельностью. При этом из данных анализа видно, что значительно реже (28,9±6%) среди пациентов II и III групп, перенесших ОНМК, медицинскую реабилитацию получали лица, занимающиеся физическим трудом ($p < 0,05$). Это дает возможность предположить, что данная группа пациентов обращается в медицинские организации уже с признаками стойкой утраты трудоспособности за оформлением инвалидности вследствие перенесенного ОНМК в поздний восстановительный период или период резидуальных явлений. Учитывая, что реабилитационные мероприятия для восстановления или компенсации утраченных функций вследствие ОНМК наиболее эффективны в ранний восстановительный период, позднее начало медицинской реабилитации приводит к снижению возможностей нивелирования сформировавшегося неврологического дефицита и снижению вероятности возвращения пациента к прежней социально-трудовой деятельности. Таким об-

разом, приступать к лечению и реабилитационным мероприятиям необходимо в максимально короткие сроки от момента развития ОНМК.

Важным аспектом при осуществлении медицинской реабилитации, составлении индивидуальных программ является наличие установленной группы инвалидности. На основании полученных статистических данных можно сказать, что в подавляющем большинстве пациенты установленной группы инвалидности не имели (80,6±1,9%). Распределение по группам инвалидности показало следующее: I группа — 6,2±1,2%, II группа — 6,7±1,2%, III группа — 6,5±1,2%.

Восстановление утраченных функций во многом зависит от особенностей клинико-неврологических, эмоциональных и когнитивных расстройств у пациентов с впервые и повторно развившимся инсультом. Ассоциированность указанных аспектов с независимостью в повседневной жизни позволяет провести комплексную оценку тяжести состояния пациентов и в соответствии с этим разработать комплекс персонализированных медицинских и организационных мероприятий по медицинской реабилитации пациентов, перенесших ОНМК [3]. Именно поэтому была проведена статистическая оценка медицинской документации пациентов на предмет отметки о впервые или повторно развившемся ОНМК. Согласно полученным данным, более половины (68,7±2,5%) больных перенесли ОНМК впервые, доля пациентов с повторными ОНМК составила 31,3±2,5%.

Данные можно применять для разработки превентивных мероприятий среди населения. Также рекомендуется учитывать результаты исследования при разработке индивидуальных программ реабилитации.

Заключение

Определение медико-социального «портрета» пациента играет важную роль в формировании адресных программ профилактических и реабилитационных мероприятий. При этом анализ результатов изучения особенностей медико-социальных характеристик пациентов, имеющих в анамнезе ОНМК и проходивших по этому поводу медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, позволяет выделить наиболее типичные признаки для исследуемой категории лиц:

- социальные: пациенты преимущественно женского пола, в возрастном интервале от 18 до 60 лет, трудоспособного возраста, трудовая деятельность которых связана с интеллектуальным трудом и высокой степенью ответственности;
- медицинские: пациенты, впервые перенесшие ОНМК и не имеющие установленной группы инвалидности, у которых в анамнезе имеется сочетанная сопутствующая патология.

Выявленные типичные медико-социальные характеристики имеют практическое значение в работе врачей для своевременной диагностики и формирования групп риска, что позволит проводить превентивные мероприятия среди лиц, угрожаемых по развитию ОНМК, и планировать индивидуальные медико-реабилитационные программы.

Источник финансирования

Исследование проведено на личные средства авторского коллектива.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Участие авторов

Сбор и первичная статистическая обработка данных из карт амбулаторного больного, написание текста —

Л.Р. Бадрутдинова; научное руководство, контроль за обработкой данных и проверка первичной документации и статистических показателей — О.А. Манерова; участие в проведении исследования, разработка программы исследования и карт выкопировки данных, научное консультирование по клиническому профилю — Е.В. Костенко. Все авторы внесли существенный вклад в проведение работы и подготовку публикации, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России. — М.; 2015. [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki (Rosstat). Zdravookhraneniye v Rossii. Moscow; 2015. p. 174. (In Russ).] Доступно по: http://www.gks.ru/bgd/regl/B15_34/Main.htm. Ссылка активна на 12.03.2018.
2. Know stroke. Post Stroke rehabilitation [Internet]. New York: National Institute of Health; 2014 [updated 2014 Sep 21; cited 2017 Nov 17]. Available from: <https://stroke.nih.gov/materials/rehabilitation.htm>.
3. Костенко Е.В. Дифференцированный подход к реабилитации пациентов с первичным и повторным инсультом // *Медицинский алфавит*. — 2016. — Т.3. — №22 — С. 40–46. [Kostenko EV. Differentiated approach to rehabilitation of patients with primary and recurrent stroke. *Meditsinskii alfavit*. 2016;3(22):40–47. (In Russ).]
4. Линьков В.В., Завалий Л.Б., Гаранина Е.С. Прогнозирование неблагоприятных исходов ишемических и геморрагических инсультов при сахарном диабете 2 типа / II Межрегиональная конференция с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации больных»; Ноябрь 17–18, 2014; Иваново. — С. 55–57. [Lin'kov VV, Zavaliiy LB, Garanina YeS. Prognozirovanie neblagopriyatnykh iskhodov ishemicheskikh i gemorragicheskikh insul'tov pri sakharnom diabete 2 tipa. (Conference proceedings) II Mezhtseynonal'naya konferentsiya s mezhdunarochnym uchastiem «Aktual'nye problemy meditsinskoj reabilitatsii bol'nykh»; 2014 nov 17–18; Ivanovo. pp. 55–57. (In Russ).]
5. Алексеев Н.А. Анализ эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2004. — №5 — С. 8–10. [Alekseyev NA. Analyzing the efficiency of activities of therapeutic-and-prophylactic institutions. *Zdravookhr Ross Fed*. 2004;(5):8–10. (In Russ).]
6. Полунина Н.В., Костенко Е.В. Влияние уровня образования и медицинской грамотности на эффективность реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инсульт // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2017. — Т.117. — №3–2 — С. 48–54. [Polunina NV, Kostenko EV. An effect of education and health literacy on the efficacy of rehabilitation of post-stroke patients. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(3–2):48–54. (In Russ).] doi: 10.17116/jnevro20171173248-54.

163

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Бадрутдинова Лилия Рамилевна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России
Адрес: 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, **e-mail:** lili-019@mail.ru, **SPIN-код:** 9128-4632, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-0525-7249>

Манерова Ольга Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России
Адрес: 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, **e-mail:** omanerova@mail.ru, **SPIN-код:** 6991-3622, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-1660-9414>

Костенко Елена Владимировна, доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, **e-mail:** ekostenko58@mail.ru, **SPIN-код:** 1343-0947, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0001-7288-9396>