

в Україні // *Международный неврологический журнал* – 2011. – № 5(43). – С. 15–19.

7. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2012 рік: Аналітико-інформаційний довідник / Черняк С. І., Іпатов А. В., Мороз О. М. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2013. – 149с.

8. Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми звітності № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20\_\_ рік»: Наказ МОЗ № 378 від 10.07.2007.

9. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» // *Офіційний вісник України*. – 2009. – № 95. – Ст. 3265.

10. Стан неврологічної служби України в 2009 році / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко // *Статистично-аналітичний довідник*. – Харків: – 2010. – 32с.

11. Стан неврологічної служби України в 2008 році / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко // *Статистично-аналітичний довідник*. – Харків: – 2009. – 32с.

12. Московко Сергій Петрович. Клініко-епідеміологічна характеристика хвороби Паркінсона і синдрому паркінсонізму в Подільському регіоні України: дис. д-ра мед. наук: 14.01.15 / Київська

медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2006.

13. Fitzgerald P. M., Jankovic J. Lower body Parkinsonism: evidence for a vascular aetiology // *Mov. Disord.* – 1999. – Vol.4. – P. 249–260.

14. Winikates J, Jankovic J. Clinical correlates of vascular Parkinsonism // *Arch. Neurol.* – 1999. – Vol. 56. – P. 98–99.

15. Von Brevern M., Radtke A., Lezius F. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 78(7). – P. 710–715.

16. Fife D., Fitzgerald J. E. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice. // *Int. J. Audiol.* – 2005. – Vol. 44(1). – P. 50–57.

17. Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: наказ МОЗ України № 150 від 17.05.97 // *Офіційний вісник України* від 20.10.1997 – 1997. – № 40. – С. 57.

18. De Lau L. M., Breteler M. M. Epidemiology of Parkinson's disease. // *Lancet Neurology.* – 2006. – Vol. 5. – P. 525–535.



УДК 616.831-005.1-07:572.025

## Принципи медико-соціальної експертизи при неврологічній патології

В. А. Голик, О. М. Мороз, Д. Д. Богуславський

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ

Медико-соціальна експертиза хворих та інвалідів базується на результатах проведення експертно-реабілітаційної діагностики. Клініко-функціональна діагностика, як найбільш важливий її аспект, забезпечує об'єктивну характеристику стану основних функцій організму, що визначають обмеження життєдіяльності та ступінь інвалідизації хворих.

Первинна експертно-реабілітаційна діагностика будується на визначенні ступенів обмеження різних видів життєдіяльності. В теперішній час методологічною базою для цієї діяльності в Україні є Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» та Наказ МОЗ України від 05.09.2011 № 561 «Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності». Наявна законодавча база

орієнтована на прийняту ВООЗ Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (ВООЗ, 2001). Основні види обмежень життєдіяльності – здатність до самообслуговування, переміщення, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, здатність вести домашнє господарство, здатність до повсякденної активності, взаємодії з навколишнім середовищем, можливості до навчання та трудової діяльності.

Донині функціонування медико-соціальної експертизи базувалось на трибальній оцінці вираженості функціональних розладів (грубі, помірні та легкі). На жаль, використання в рутинній неврологічній (як клінічній, так і експертній) практиці стандартизованих бальних шкал оцінки функціонального стану неврологічних хворих відсутнє, або не є системним. Технології, що використовувались

для градації обмеження життєдіяльності упродовж останніх 10 років, не віддзеркалюють усього спектра оцінок стану здоров'я та патології.

Нижче наведені клініко-функціональні критерії оцінки ступеня вираженості основних доменів обмеження життєдіяльності.

*Обмеження здатності до самообслуговування*

I ступінь – помірний геміпарез. Клініко-функціональні показники: помірне обмеження амплітуди активних рухів у суглобах: плечовому (25,6–41,8°), ліктьовому (30–46°), помірне зниження м'язової сили (3 бали); електроміографічні показники: помірне зниження амплітуди біоелектричної активності м'язів кінцівок – більш ніж 25 %, але менш ніж 70 % від норми; збільшення частоти коливань потенціалу.

II ступінь – виражений геміпарез. Клініко-функціональні показники: виражене обмеження амплітуди активних рухів у всіх суглобах: у плечовому (13–19°), ліктьовому (16–20°), виражене зниження м'язової сили (близько 2 балів); електроміографічні показники: виражене зниження амплітуди біоелектричної активності (II тип електроміограми) з реєстрацією низькочастотних потенціалів типу «фасцикуляцій» із частотою потенціалів від 5 до 50 коливань за секунду.

III ступінь – геміплегія, значно виражений геміпарез. Клініко-функціональні показники: мінімальний об'єм амплітуди активних рухів у всіх суглобах: у плечовому (5,5–10°), ліктьовому (4,3–7,7°), значно виражене зниження м'язової сили (близько 1 бала); електроміографічні показники: III тип електроміограми – часті коливання потенціалу в спокої, спотворення нормальних структур електроміограми «залпами» частих осциляцій; IV тип електроміограми – повне біоелектричне мовчання при усіх функціональних навантаженнях.

*Обмеження здатності до пересування*

I ступінь – помірний парез кінцівок, незначні або помірні вестибулярні та мозочкові порушення. Клініко-функціональні показники: помірне обмеження амплітуди активних рухів у суглобах, помірне зниження м'язової сили (3 бали); помірне підвищення м'язового тону за спастичного типу; спастична хода з використанням допоміжної опори при ходьбі (милиця); запаморочення при різких змінах положення голови, тулуба, їзді у транспорті (при помірних порушеннях), або виникають епізодично (1–2 рази на рік) при незначних порушеннях; спонтанний ністагм I або I–II ступенів, незначні (нестійкість у позі Ромберга) або помірні (похитування в позі Ромберга, при ході, промахування при колінно-п'ятковій пробі) статокінетичні порушення. Електроміографічні показники: помірне зниження амплітуди біоелектричної активності м'язів кінцівок більш ніж 25 %, але менш ніж 70 % від норми; збільшення частоти коливань потенціалу. Біомеханічні показники: незначне (близько 150–160) або помірне (близько 170–190) збільшення кількості кроків при ході 100 м (у нормі 80–120 кроків); незначне (близько 1,5–1,7 с) або помірне (близько 2–3 с) збільшення тривалості подвійного кроку (за норми 1–1,3); незначне (близько 64–70

кроків) або помірне (близько 50–60 кроків) зменшення темпу ходи за хвилину (за норми 80–100 кроків).

II ступінь – виражений парез кінцівок, виражені помірні вестибулярні та мозочкові порушення. Клініко-функціональні показники: виражене обмеження амплітуди активних рухів у всіх суглобах, виражене зниження м'язової сили (близько 2 балів), виражене підвищення м'язового тону за спастичним типом; спастична хода з використанням допоміжної опори при ходьбі (милиця); запаморочення у спокої, часті (4 рази за місяць) і тяжкі приступи запаморочення; спонтанний ністагм II–III ступенів, виражені порушення статки та координації рухів. Електроміографічні показники: виражене зниження амплітуди біоелектричної активності (II тип електроміограми) з реєстрацією низькочастотних потенціалів типу «фасцикуляцій» з частотою потенціалів від 5 до 50 коливань за секунду. Біомеханічні показники: виражене збільшення кількості кроків – близько 200–215 при ходьбі на 100 метрів, виражене збільшення тривалості подвійного кроку – близько 3,1–4 с, виражене зменшення темпу ходи – близько 32–49 кроків за хвилину.

III ступінь – геміплегія з відсутністю рухів у всіх суглобах кінцівок, значно виражений геміпарез, значно виражені помірні вестибулярні та мозочкові порушення, значно виражена статична атаксія, значно виражена динамічна атаксія. Клініко-функціональні показники: мінімальний об'єм амплітуди активних рухів у всіх суглобах, значно виражене зниження м'язової сили (до 1 бала); значне підвищення м'язового тону за спастичним типом, неможливість самостійно пересуватися. Електроміографічні показники: III тип електроміограми – часті коливання потенціалу в спокої, спотворення нормальних структур електроміограми «залпами» частих осциляцій; IV тип електроміограми – повне біоелектричне мовчання при всіх функціональних навантаженнях. Біомеханічні показники: значне збільшення кількості кроків – близько 230–242 при ході на 100 метрів, значно виражене збільшення тривалості подвійного кроку – до 4,1–5,5 с, значно виражене зменшення темпу ходи – близько 9–14 кроків за хвилину.

*Обмеження здатності до спілкування*

I ступінь – клініко-функціональні показники: незначні елементи моторної афазії, що виявляються при вимовлянні складних слів, речень. Психологічні показники: елементи моторної та амнестичної афазії. Порушення слуху: помірне зниження слуху (сприймання розмовної мови від 2 до 3 м, шепітної мови – від 0 до 0,5 м).

II ступінь – клініко-діагностичні показники: виражена моторна афазія, виражена амнестична афазія, виражене зниження слуху (сприймання розмовної мови від 0,5 до 1,5 м, шепітної мови – 0 м). Психологічні показники: виражена моторна афазія (спонтанна мова обмежена, хворий відповідає на запитання окремими словами).

III ступінь – клініко-функціональні показники: психоорганічні порушення із значним зниженням мнестико-інтелектуальної діяльності з відсутністю

критики, тотальна афазія (моторна, сенсорна, амнестична). Психологічні показники: значно виражене порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальні порушення, деградація особистості до слабоумства, відсутність критики); тотальна афазія.

*Обмеження здатності до навчання*

I ступінь – клініко-функціональні показники, помірне зниження слуху на обидва вуха, помірне порушення психічних функцій з мнестико-інтелектуальним зниженням: помірна або незначна моторна, амнестична афазія. Психологічні показники: помірна, незначна моторна та амнестична афазія, помірне порушення психічних функцій із мнестико-інтелектуальним зниженням. Офтальмологічні показники: помірне зорове порушення єдиного або краще зрячого ока (концентричне звуження поля зору менше  $40^\circ$ , але більше  $20^\circ$ , зниження гостроти зору до 0,1–0,3); показники електрофізіологічного дослідження відповідають помірному ступеню порушення зорових функцій.

II ступінь – клініко-функціональні показники: виражене порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження); виражена моторна афазія, виражена дизартрія, виражене або значно виражене зниження слуху. Психологічні показники: виражене порушення мови, виражене мнестико-інтелектуальне порушення. Офтальмологічні показники: концентричне звуження поля зору менше  $11-20^\circ$ , зниження гостроти зору до 0,05; показники електрофізіологічного дослідження відповідають вираженому ступеню порушення зорових функцій.

III ступінь – клініко-функціональні показники: психоорганічні порушення із значним зниженням мнестико-інтелектуальної діяльності з відсутністю критики, тотальна афазія (моторна, сенсорна, амнестична). Психологічні показники: значно виражене порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальні порушення, деградація особистості до слабоумства, відсутність критики); тотальна афазія. Офтальмологічні показники: концентричне звуження поля зору до  $0-10^\circ$ , зниження гостроти зору до 0,04–0; показники електрофізіологічного дослідження відповідають практичній або абсолютній сліпоті.

*Обмеження здатності до орієнтації*

I ступінь – клініко-функціональні показники: пароксизми з короткочасними відключеннями свідомості (фокальні та генералізовані судоми, середньої частоти – 1–3 за місяць). Офтальмологічні показники: помірне зорове порушення єдиного або краще зрячого ока (концентричне звуження поля зору менше  $40^\circ$ , але більше  $20^\circ$ , зниження гостроти зору до 0,1–0,3); показники електрофізіологічного дослідження, відповідають помірному ступеню порушення зорових функцій.

II ступінь – клініко-функціональні показники: часті епілептиформні пароксизми (4 рази за місяць і більше) з короткочасним виключенням свідомості, виражене порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження). Офтальмологічні показники: концентричне звуження поля зору менше  $11-20^\circ$ , зниження гостроти зору до 0,05; показ-

ники електрофізіологічного дослідження відповідають вираженому ступеню порушення зорових функцій.

III ступінь – клініко-функціональні показники: значно виражене порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальні порушення, деградація особистості до слабоумства, відсутність критики); тотальна афазія. Офтальмологічні показники: концентричне звуження поля зору до  $0-10^\circ$ , зниження гостроти зору до 0,04–0; показники електрофізіологічного дослідження відповідають практичній або абсолютній сліпоті.

*Обмеження здатності до трудової діяльності*

I ступінь – помірні або незначні статодинамічні порушення (геміпарез, вестибуло-мозочкові порушення); помірні або незначні сенсорні порушення (зорові, слухові); помірні або незначні психічні розлади (мнестико-інтелектуальне зниження, моторна, амнестична афазія, фокальні та генералізовані судомні пароксизми рідкісні або середньої частоти); тазові порушення.

II ступінь – виражені статодинамічні порушення (геміпарез, вестибуло-мозочкові порушення); виражені сенсорні порушення (зорові, слухові); виражені психічні розлади (мнестико-інтелектуальне зниження, моторна, амнестична афазія, часті судомні пароксизми); тазові порушення.

III ступінь – значно виражені статодинамічні порушення (геміплегія, вестибуло-мозочкові порушення); виражені сенсорні порушення (зорові, слухові); значно виражені психічні розлади (мнестико-інтелектуальне зниження з відсутністю критики).

*Обмеження здатності до контролю за своєю поведінкою*

I ступінь – клінічні критерії: синкопальні пароксизми з короткочасним виключенням свідомості; епілептиформні пароксизми. Електрофізіологічні показники: пароксизмальна активність ЕЕГ – високовольтні загострені електричні потенціали тета-, дельта-, і альфа-діапазону, іноді швидкі пароксизмальні ритми 14–16 за секунду, піки, гострі хвилі, комплекси спайк-хвиля.

II ступінь – клініко-функціональні показники: виражені психічні розлади (мислення, пам'ять, інтелект, свідомість). Психологічні показники: виражені психічні розлади зі зниженням інтелектуально-мнестичних процесів.

III ступінь – клініко-функціональні показники: значно виражені психічні розлади з мнестико-інтелектуальним зниженням, відсутність критики.

При мозкових інсультах наявність тих чи інших обмежень життєдіяльності залежала від синдромології ураженого судинного басейну.

Так, при ураженнях у каротидному басейні актуальним для проведення медико-соціальної експертизи є наявність: розладів рухів за гемітипом (порушення здатності до самообслуговування, пересування, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, навчання, праці), мовних розладів та порушень вищих коркових функцій (апраксії, афазії, агнозії, психоорганічних розладів) (порушення здатності до самообслуговування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, повсякден-

ною діяльністю, взаємодією з навколишнім середовищем, навчання, праці), зорових розладів (порушення здатності до навчання, праці, орієнтації), гіперкінетичний синдром (порушення здатності до пересування, навчання, праці), розладів функцій тазових органів (порушення здатності до праці).

Так, при ураженнях у басейні хребцевих артерій актуальним для проведення медико-соціальної експертизи є наявність: окорухових (порушення здатності до орієнтації, навчання, праці), артикуляційних розладів (порушення здатності до спілкування, навчання, праці), розладів ковтання (порушення здатності до навчання, спілкування), гіперкінетичного синдрому (порушення здатності до пересування, праці, навчання), атаксії (порушення здатності до самообслуговування, пересування, праці).

Суттєвим складовим визначення ступеня обмеження життєдіяльності згідно з відповідними функціональними порушеннями є рутинне використання даних стандартизованих шкал бальної оцінки стану хворих та інвалідів унаслідок мозкового інсульту. Найбільш доступними та чутливими до вимірюваних показників для оцінки стану хворих із цереброваскулярною патологією (насамперед інсультами) є: шкала загальної функціональної активності – Barthel Index, шкала European Stroke Scale (блок функціональної активності верхньої та нижньої кінцівок), шкали Bohannon та Berg, що визначають стан рівноваги хворих. Для демієлінізуючих захворювань (насамперед розсіяного склерозу) основною шкалою бальної функціональної оцінки є шкала EDSS.

Критерієм для встановлення *першої А групи інвалідності* є потреба в повній постійній зовнішній допомозі та наявність різко вираженого обмеження декількох критеріїв життєдіяльності: здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, до ведення домашнього господарства, до виконання функцій повсякденної активності, до взаємодії з навколишнім середовищем, до навчання та до праці 3-го ступеня. Клінічними синдромами, які дають право на встановлення ІА групи інвалідності, є: стійкі, значно виражені психопатологічні синдроми (деменція; олігофренія: ідіотія, імбецильність; слабоумство внаслідок шизофренії та епілепсії), незворотні, значно виражені порушення рухових, мовних тазових функцій (тетра- або триплегія, виражена атаксія, виражений паркінсонівський та гіперкінетичний синдроми з неможливістю стояти та ходити, верхня або нижня параплегія в поєднанні з вираженим порушенням тазових органів, виражені бульбарні порушення з тотальною афазією, повною сліпотою або концентричним звуженням полів зору до 10 град. від точки фіксації на обидва ока).

Критерієм для встановлення *першої Б групи інвалідності* є потреба в постійній зовнішній допомозі та наявність різко вираженого обмеження одного або декількох критеріїв життєдіяльності: здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, до ведення домашнього господарств, до виконання фун-

кцій повсякденної активності, до взаємодії з навколишнім середовищем, до навчання та до праці 3-го ступеня, по шкалі European Stroke Scale (від  $27,3 \pm 3,3$  до  $36,2 \pm 2,1$ ), Barthel Index (від  $25,8 \pm 1,5$  до  $35,1 \pm 1,1$ ), Bohanon ( $2,7 \pm 0,5$  до  $4,0 \pm 0,5$ ), Berg ( $36,6 \pm 4,5$  до  $41,2 \pm 4,7$ ), EDSS 7,5–8,0 балів. Клінічними синдромами, які дають право на встановлення ІБ групи інвалідності є: геміплегія, грубий геміпарез, грубі моторна, сенсорна афазія, груба атаксія, грубий психоорганічний синдром (до ступеня деменції).

Критерієм призначення *другої групи інвалідності* є потреба в періодичній зовнішній допомозі та наявність вираженого обмеження одного або декількох критеріїв життєдіяльності: здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, до ведення домашнього господарства, до виконання функцій повсякденної активності, до взаємодії з навколишнім середовищем, до навчання та до праці 2-го ступеня, по шкалі European Stroke Scale (від  $36,2 \pm 2,1$  до  $42,6 \pm 3,9$ ), Barthel Index (від  $55,1 \pm 1,1$  до  $60,6 \pm 2,8$ ), Bohanon (від  $4,0 \pm 0,5$  до  $4,6 \pm 0,6$ ), Berg ( $41,2 \pm 4,7$  до  $42,8 \pm 2,3$ ), EDSS 5,5–7,0 балів. Клінічними синдромами, які дають право на встановлення ІІ групи інвалідності: виражений геміпарез, виражені моторна, сенсорна афазія, виражена атаксія, виражений психоорганічний синдром, виражена дисфагія, виражене порушення функцій тазових органів, виражені порушення вищих коркових функцій (апраксія, агнозія, алексія, акалькулія).

Критерієм встановлення *третьої групи інвалідності* є наявність помірно вираженого обмеження одного або декількох критеріїв життєдіяльності: здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, до ведення домашнього господарства, до виконання функцій повсякденної активності, до взаємодії з навколишнім середовищем, до навчання та до праці 1-го ступеня, по шкалі European Stroke Scale (від  $42,6 \pm 3,9$  до  $43,7 \pm 4,0$ ), Barthel Index (від  $80,6 \pm 2,8$  до  $91,7 \pm 3,3$ ), Bohanon (від  $4,6 \pm 0,6$  до  $5,0 \pm 0,4$ ), Berg (від  $42,8 \pm 2,3$  до  $44,7 \pm 3,2$ ), EDSS 3,5–5,0 балів. Клінічними синдромами, які дають право на встановлення ІІІ групи інвалідності, є: помірний геміпарез, помірні моторна, сенсорна афазія, помірна атаксія, помірний психоорганічний синдром, помірна дисфагія, помірне порушення функцій тазових органів, помірні порушення вищих коркових функцій (апраксія, агнозія, алексія, акалькулія). Третя група інвалідності встановлюється при помірному обмеженні життєдіяльності, що призводить до значного зниження соціальної адаптації, неможливості утримувати вимушену робочу позу, порушення пересування, трудової діяльності, внаслідок чого значно зменшується об'єм виробничої діяльності.

У випадку наявності обмежень життєдіяльності легкого ступеня пацієнтам з цереброваскулярною патологією група інвалідності не встановлюється.

У випадку наявності обмежень життєдіяльності легкого ступеня пацієнтам із демієлінізуючими захворюваннями центральної нервової системи (ро-

зсіяний склероз, дебют, клінічно ізольований синдром, розсіяний енцефаломієліт) група інвалідності не встановлюється.

Для хворих із мозковими інсультами у кожному конкретному випадку здійснюється врахування професії (фізична праця, інтелектуальна праця, праця, що потребує тонкої координації рухів та ін.). Протягом відновного періоду мозкового інсульту (близько 12 місяців з моменту розвитку інсульту) можливе встановлення другої групи інвалідності при наявності обмежень життєдіяльності I-го ступеня на період активного лікування (оперативного втручання з метою вторинної профілактики, відновної терапії для корекції дози гіпотензивних, антиаритмічних, антикоагулянтних препаратів, проведення активної фізичної реабілітації).

При демієлінізуючих захворюваннях центральної нервової системи наявність тих чи інших обмежень життєдіяльності залежить від синдромології ураження. При домінуючій гемісимптоматиці актуальною для проведення медико-соціальної експертизи повинна бути наявність: рухових, координаторних розладів (порушення здатності до пересування, праці, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, навчання, самообслуговування), зорових розладів (порушення здатності до орієнтації, навчання, праці, повсякденної діяльності, взаємодії з навколишнім середовищем, самообслуговування), розладів функції тазових органів (порушення здатності до повсякденної діяльності, взаємодії з навколишнім середовищем, навчання, праці). Так, при домінуючій симптоматиці у вигляді уражень стовбура мозку та мозочка актуальною для проведення медико-соціальної експертизи буде наявність: окорухових розладів (порушення здатності до орієнтації, навчання, праці, повсякденної діяльності, взаємодії з навколишнім середовищем, самообслуговування), артикуляційних розладів (порушення здатності до спілкування, контролю за поведінкою, повсякденною діяльністю, взаємодією з навколишнім середовищем, навчання), розладів ковтання (порушення здатності до самообслуговування, повсякденною діяльністю, взаємодією з навколишнім середовищем), гіперкінетичний син-

дром (порушення здатності до самообслуговування, пересування, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, навчання, взаємодії з навколишнім середовищем), атаксії (порушення здатності до самообслуговування, пересування, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, праці).

Необхідно враховувати професію хворого (фізична праця, інтелектуальна праця, праця, що потребує тонкої координації рухів). У випадку повного або практично повного відновлення функціонального дефіциту після закінчення атаки захворювання (до 12 місяців із моменту розвитку останньої атаки) можливе встановлення другої групи інвалідності при наявності обмежень життєдіяльності I ступеня «*на період реабілітації*». У разі погіршення стану хворого в період між оглядами МСЕК (виникнення нових атак або збільшення їх кількості, трансформація перебігу захворювання з ремітуючого на вторинно – прогресуючий тип) з виникненням додаткового неврологічного дефіциту, або погіршення існуючого, хворого потрібно позачергово скерувати до МСЕК (з відповідною супровідною медичною документацією) для динамічної оцінки наявних обмежень життєдіяльності та перегляду експертного рішення.

Наявна нормативна база щодо встановлення груп інвалідності та сучасні класифікації обмежень життєдіяльності не передбачають урахування морфологічної картини демієлінізуючого процесу (за даними МРТ) *в процесі динамічного експертно-реабілітаційного обстеження хворого* на розсіяний склероз та *прийняття рішення про групу інвалідності*. Безумовно, дані МРТ є обов'язковими при первинному визначенні діагнозу та первинному огляді хворого МСЕК (оцінка відповідності діагнозу критеріям McDonald 2005 р.). Враховуючи прогресуючий перебіг захворювання та кумуляцію обмежень життєдіяльності внаслідок накопичення додаткового неврологічного дефіциту, заклади медико-соціальної експертизи повинні оцінювати якість надання медичної та реабілітаційної допомоги цій категорії пацієнтів згідно з сучасними стандартами та повідомляти про це заклади охорони здоров'я.

