

різних видів реабілітації, в тому числі забезпечення предметами медичного призначення, технічними та іншими засобами медичної реабілітації та ін.

Найбільша кількість оглянутих учасників АТО та визнаних інвалідами спостерігалася в Житомирській (230 та 44 особи відповідно), Львівській (161 та 15 осіб), Дніпропетровській областях (118 та 16 осіб) та м. Київ (110 та 28 осіб). Це відповідає статистичним даним щодо загальної кількості постраждалих учасників АТО в цих регіонах та зумовлюється особливостями дислокації військових формувань – у даних регіонах традиційно спостерігається значна концентрація військових угруповань та частин.

Серед реабілітаційних заходів, які потребували учасники АТО, найчастіше поставала потреба у відновній терапії (214 осіб); 34 особи потребували проведення реконструктивних хірургічних втручань, 6 осіб потребували ортезування.

Значна кількість учасників АТО потребувала рекомендацій з соціальної реабілітації, забезпечення технічними допоміжними засобами (96 осіб), допоміжними засобами пересування (117 осіб), отримання крісла-візка (12 осіб), автомобіля (8 осіб), санаторно-курортного лікування (153 особи). Протезування верхніх кінцівок було необхідне 4 особам, нижніх кінцівок – 24 особам, очні протези – 4.

Отже, сьогодні охорона здоров'я у світі розглядається як система державних і громадських заходів правового, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, організаційно-технічного, санітарно-гігієнічного та медичного характеру, що спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, продовження тривалості активного життя людей. Здоров'я кожної людини – невід'ємна складова людського благополуччя, а здоров'я населення

загалом є запорукою успішного розвитку суспільства, економічного зростання, соціальної захищеності і політичної стабільності.

Враховуючи стратегію державної політики у сфері охорони здоров'я, вважаємо обґрунтованими такі завдання галузі медико-соціальної експертизи на 2015 рік:

- покращити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення відповідно до вимог Конвенції;

- реалізувати Концепцію реформування охорони здоров'я в Україні шляхом наближення медико-експертної допомоги до населення, особливо сільського, за рахунок раціональних форм організації мережі МСЕК;

- удосконалити спільну роботу МСЕК із громадськими організаціями інвалідів;

- брати активну участь у виконанні заходів національних програм, спрямованих на профілактику захворюваності та інвалідності, удосконалення медико-соціального обслуговування інвалідів, професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями та ін.;

- удосконалити облік інвалідів шляхом застосування в роботі МСЕК електронних облікових форм;

- розробити інноваційні підходи до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, з урахуванням положень МКФ;

- забезпечити фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.



УДК 616.831-005.1:614.4

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ: КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ

**В. А. Голик, Н. А. Гондуленко, Е. Н. Мороз, Д. Д. Богуславский,
В. А. Погорелова, А. П. Пивнык, Н. Э. Мадюкова**

ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск, Украина

Заболевания нервной системы представляют существенную социальную и экономическую проблему во всем мире [1, 2]. Это обусловлено возрастающей распространенностью патологии нервной системы и большими экономическими затратами,

связанными с высокой инвалидизацией вследствие этой патологии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире 25 % функциональных расстройств обусловлено заболеваниями нервной системы, увеличившись в 2,5 раза

по сравнению с данными 1996 года [2, 3]. В Европе болезни нервной системы ответственны за 35 % общего бремени болезней и 50 % лет, утраченных вследствие неврологических расстройств, ведущих к различным ограничениям жизнедеятельности [2]. Инсульт, деменция, эпилепсия, и болезнь Паркинсона являются наиболее важными заболеваниями, определяющими смертность и заболеваемость населения земного шара [1, 2, 4]. Анализ исследований по экономическим аспектам болезней мозга в Европе, опубликованный Европейским Советом Мозга в 2005-м, представил ожидаемую цену заболеваний мозга в Европе в 2004 г., как 386 миллиардов евро [5].

В Украине данная проблема не менее актуальна, что обусловлено низким технологическим уровнем диагностики заболеваний мозга, особенно используемым в рутинной неврологической практике на этапе первичной неврологической помощи, несовершенством системы последиplomного образования, зачастую дистанцирующей основную массу практикующих неврологов от первичных информационных источников мировой и европейской неврологии, организации стационарной и амбулаторной неврологической помощи (обеспеченность неврологическими койками в мире составляет 0,36 на 10 000 населения, в Европе – 0,53, в Украине – 6,01, количество неврологов на 10 000 населения в мире – 0,91, в Европе – 0,48 и в Украине – 1,47 [1, 5, 6]), несовершенством системы нейрореабилитации, связанным с её фармакологическим уклоном и фактическим отсутствием в медицинском поле специалистов физической реабилитации (нет в номенклатуре медицинских специальностей Украины) и эрготерапевтов (специалистов, занимающихся восстановлением функций повседневной жизненной активности – нет в номенклатуре специальностей в Украине вообще). Также абсолютно непонятным для большинства неврологов, несмотря на активные образовательные шаги медицинских профессиональных общественных организаций, является принцип оказания реабилитационной помощи в рамках мультидисциплинарной команды, объединяющей равноправных специалистов – медиков, в том числе и врачей, взаимодополняющих функционирование друг друга. Фактической азбукой реабилитации вне зависимости от профиля (в том числе и неврологической), является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, обеспечивающая пошаговое планирование процесса реабилитации с учетом потребностей пациента, фактических его нарушений и возможностей их регресса, аспектов окружающей среды. В отличие от МКБ, о существовании этой азбуки в настоящее время не подозревают подавляющее количество украинских неврологов.

Оказание медицинской помощи и оценка её эффективности (в том числе степень инвалидизации пациентов и возможность восстановления развившихся функциональных расстройств), в первую очередь, зависят от наличия современной нормативной базы, регламентирующей соответствующий

алгоритм действий с учетом данных доказательной медицины, т. е. унифицированных протоколов оказания соответствующей помощи. Касаемо неврологической патологии в настоящее время разработаны и являются действующими унифицированные клинические протоколы по оказанию медицинской помощи при ишемическом инсульте, геморрагическом инсульте, эпилепсии и детском церебральном параличе (www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html), медицинская помощь при других нозологиях осуществляется согласно нормативным документам (Приказ МЗО Украины от 27.07.1998 г. № 226 с изменениями), которые фактически не отвечают современным требованиям. Существует необходимость разработки соответствующих нормативных документов, касающихся оказания медицинской и реабилитационной помощи при наиболее распространенных неврологических заболеваниях и состояниях: рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, травмы центральной нервной системы, травмы спинного мозга и позвоночника, болезнь Альцгеймера и др., которые формируют основное бремя инвалидизации вследствие болезней неврологического профиля.

Динамическое исследование и сопоставление показателей клинической (заболеваемости и распространенности) и экспертной (первичная и накопленная инвалидность) неврологической эпидемиологии являются принципиально важным для понимания масштабов проблемы в Украине, косвенного анализа диагностических и лечебных ошибок и последующего использования управленческих рычагов с целью её решения.

Методология. На протяжении многих десятков лет централизованным сбором ежегодной статистической информации по показателям инвалидности вследствие различных заболеваний и состояний занимается ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», на протяжении более 35 лет ежегодно выпускается аналитико-информационный справочник «Основные показатели инвалидности и деятельности медико-социальных экспертных комиссий Украины» [7]. Объем собираемых данных, регламентируемый формой № 14, утвержденной Центром медицинской статистики МЗО Украины [8], обеспечивает лишь ограниченный перечень данных по первичной инвалидности (экспертный эпидемиологический аналог показателя «заболеваемость»). По неврологической патологии имеется информация только по заболеваниям нервной системы в классе VI (заболевания нервной системы), а именно: «эпилепсия» и «заболевания периферической нервной системы», в классе IX (заболевания системы кровообращения), а именно: «цереброваскулярные заболевания» без какой-либо детализации, и в классе XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) – «остеохондроз позвоночника». С 2002 года по настоящее время путем запросов областных центров медико-социальной экспертизы (МСЭ) и центральных городских медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) городов Киева и Севастополя (до 2013 г.), нами собирается детализованная

информация, касающаяся первичной инвалидности вследствие основных неврологических заболеваний. МСЭК было предложено представить совокупную статистическую информацию в соответствии с кодами МКБ X: цереброваскулярная патология: инсульт (I 60–I 64), геморрагический инсульт (I 60, I 61, I 62), ишемический инсульт (I 63, I 64), последствия инсульта (I 69), транзиторные ишемические атаки (G 45), «дисциркуляторная энцефалопатия» (I 67.2, I 67.3, I 67.4, I 67.8, I 67.9), демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы: рассеянный склероз (G 35), рассеянный энцефаломиелит (G 36, G 37), болезнь Паркинсона и синдром Паркинсона (G 20, G 21), эпилепсия и эписиндромы (G 40, G 41), а также арахноидиты различной этиологии и их последствия. Полученные данные сопоставлены с официальной клинической статистикой МЗО Украины (ГУ «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины», директор – профессор М. В. Голубчиков), собираемой в рамках статистической формы № 12, регламентированной тем же Приказом МЗО [8]. Для упрощения сравнения клинической и экспертной эпидемиологической информации все показатели представлены в формате «количество случаев на 100 000 населения». Ввиду отсутствия контроля за рядом территорий Украины в 2014 году, статистические данные за этот период представлены в разрезе показателей с территориями, подконтрольных Украине.

Полученные результаты

Согласно существующей в Украине нормативной базы по вопросам медико-социальной экспертизы [8], последняя проводится лицам, *которые обращаются для установления инвалидности по направлениям лечебно-профилактических учреждений после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных о необратимости нарушения функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и вызывающими ограничения жизнедеятельности*. Т. е., контакт пациента с системой МСЭ происходит после установления диагноза, проведения всех возможных видов лечения при

констатации куратором – неврологом и врачебно-контрольной комиссией соответствующего медицинского учреждения факта необратимости функциональных изменений. Иными словами, клинические неврологические диагнозы МСЭК может корректировать только в части степени выраженности функциональных нарушений и следующих за ними ограничений жизнедеятельности. Ответом на традиционный вопрос, исходящий от врача-невролога: «А сколько должен пациент «пролежать» за год в стационаре перед МСЭК?» является законодательная норма, свидетельствующая, что пациент попадает в поле зрения МСЭК исключительно «...после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных о необратимости нарушения функций организма ...», что свидетельствует о наличии исключительной НЕОБРАТИМОСТИ функциональных расстройств.

Неврологическая патология в целом

На протяжении последнего десятилетия (2004–2014 годы) наблюдается постепенный рост распространенности заболеваний нервной системы (G00–G99) среди взрослого населения с незначительным снижением показателя на протяжении последних 4 лет (4325,6–4358,2–4445,2–4502,4–4553,9–4574,7–4594,7–4600,6–4588,0–4521,7–4454,7 случая на 100 000). При этом показатель заболеваемости претерпевает нерезкие колебания с тенденцией в сторону роста за последние 3 года с некоторым снижением его в 2014 году и составил 1485,1–1488,2–1523,2–1499,6–1506,6–1518,7–1516,9–1502,4–1477,8–1479,3–1435,3 случаев соответственно (рис. 1). В то же время, за последние 5 лет наблюдается постепенное снижение первичной инвалидности взрослого населения вследствие неврологической патологии (соответственно 31–32–26–29–27–29–24–24–23–22–22 случаев в 2003–2012 годах). Фактически среди популяции взрослых пациентов общего неврологического профиля (без цереброваскулярной патологии) на протяжении 2003–2012 гг. от 0,50 до 0,73 % первично признавались инвалидами.

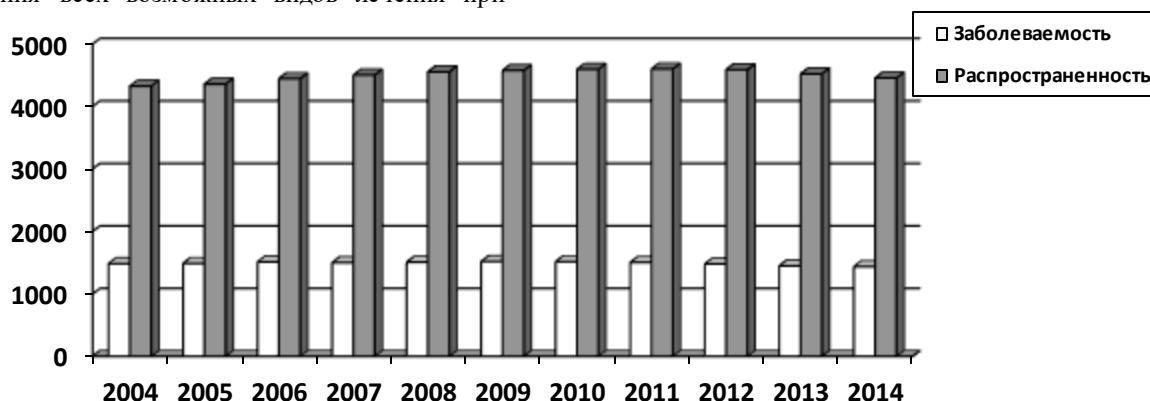


Рис. 1. Динамика заболеваемости и распространенности заболеваний нервной системы

Цереброваскулярная патология. Согласно данным мировой статистики, главной причиной неврологической инвалидности является инсульт.

Из 4 млн. жителей США, живущих с последствиями инсульта, треть требует посторонней помощи, более 15 % ввиду выраженных перманентных

функциональных расстройств находятся в учреждениях сестринского ухода. Большая часть пострадавших от инсульта имеет те или иные ограничения трудоспособности, спустя 7 лет. Рассмотрим ситуацию с данной группой заболеваний в Украине.

На протяжении 10 лет (2004–2014 гг.), несмотря на внедрение государственных программ первичной профилактики цереброваскулярной и сердечно-сосудистой патологии, наблюдается постепенный рост распространенности цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). За эти годы указанный показатель соответственно составлял 7873,8–8082,4–8131,7–8219,3–8369,6–8432,9–8482,6–8439,0–8458,6–8354,2–7243,5 случая на 100 000 взрослого населения. В то же время, обращает на себя внима-

ние относительная стабилизация с тенденцией к снижению показателя заболеваемости ЦВЗ за изучаемый период (1009,6–991,2–1000,1–984,8–991,7–978,2–979,1–962,8–937,6–933,3–873,0), при росте заболеваемости всеми видами инсультов за последние 3 года со снижением его в 2014 году (256,2–269,8–281,2–278,2–282,9–280,2–282,3–294,6–297,8–299,5–266,5 случая) и транзиторными ишемическими атаками (60,5–72,8–80,6–86,0–92,5–97,9–100,9–97,7–99,2–95,8 случая) (рис. 2). При этом следует отметить рост доли инсультов (с 26,2 % в 2003 году до 32,1 %–30,5 % в 2013 и 2014 годах соответственно) в общей заболеваемости ЦВЗ, что, безусловно, приближает нас к показателям мировой неврологической статистики, характеризующей цереброваскулярную патологию.

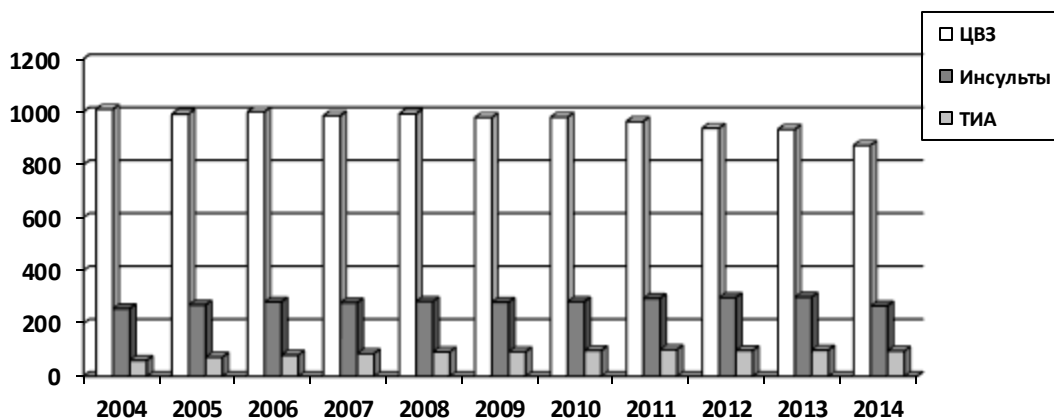


Рис. 2. Динамика заболеваемости цереброваскулярной патологией

Таковы данные клинической эпидемиологии. Показатель первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии для взрослого населения на протяжении последнего десятилетия после резкого подъема в 2004 году (70 случаев на 100 000 взрослого населения, аналогично пику заболеваемости ЦВЗ – 1009,6 случая) постепенно снижается (70–63–56–59–49–46–47–48–46–42–41). При этом также отмечается постепенное снижение инвалидности вследствие инсультов за последние 5 лет при росте показателя в 2014 году (соответственно за 2004–2013 годы 25,5–25,4–22,5–23,7–20,6–22,1–21,6–21,3–21,7–20,8–23,0 случая).

При сопоставлении показателей заболеваемости и первичной инвалидности (рис. 3) вследствие инсультов для взрослого населения в разрезе регионов Украины нами получены интересные данные. В 2014 году лидерами заболеваемости инсультами являются Волынская (380,7 случая), Запорожская (377,1 случая), Киевская (369,7 случая) и Винницкая (369,0 случая) области. По первичной инвалидности вследствие инсультов также в 2014-м лидируют Запорожская (37,0 случаев) и Львовская (34,1 случая) области. Данная ситуация требует дальнейшего изучения как со стороны оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях, так и корректности данных медицинской статистики, предоставляемых структурами медико-социальной

экспертизы. Доля пациентов, заболевших инсультом (общеевропейские данные), которые впоследствии стали инвалидами, составила за период с 2004 по 2014 год соответственно 9,9–9,4–8,0–8,5–7,3–7,9–7,6–7,2–7,3–6,9–8,6 %, т. е. наблюдается постепенное снижение данного показателя со скачком в 2014 году.

Обращаясь к данным мировой статистики, заболеваемость инсультом превышает таковую для острых коронарных синдромов [3] и исходы пациентов выглядят следующим образом: из 2400 инсультов, случающихся на 1 млн. населения (белое) ежегодно 700 (29 %) погибают, 600 (25 %) становятся инвалидами (зависимыми от окружающих), 1100 (46 %) являются независимыми от окружающих в повседневной жизни. Вышеуказанная процентная украинская статистика исходов инсультов с учетом реальных возможностей оказания помощи и постинсультной реабилитации заставляет задуматься.

Детализованная оценка вышеобозначенных данных и тенденций с учетом доступных показателей смертности (2006–2010 годы) вследствие инсульта показала несколько другую картину. При оценке показателей первичных событий вследствие инсульта (заболеваемость и первичная инвалидность) нами получены следующие данные. Заболеваемость инсультом (все виды) среди взрослого населения за 2006–2010 годы составила соответ-

ственно 281,2–278,2–282,9–280,2–282,3, первичная инвалидность вследствие инсульта (все формы) за аналогичный период составила 22,5–23,7–20,6–22,1–21,6 случая, а показатель смертности взрослого населения от инсульта в Украине составил соответственно 95,2–91,3–91,8–91,6–91,8 случая.

Таким образом, в 2006–2010 годах из числа заболевших инсультом (всеми формами) 33,8–32,8–32,4–32,7–32,5 % погибло, 8,0–8,5–7,3–7,9–7,6 % стали инвалидами (имеющими те или иные ограничения жизнедеятельности вследствие патологии).

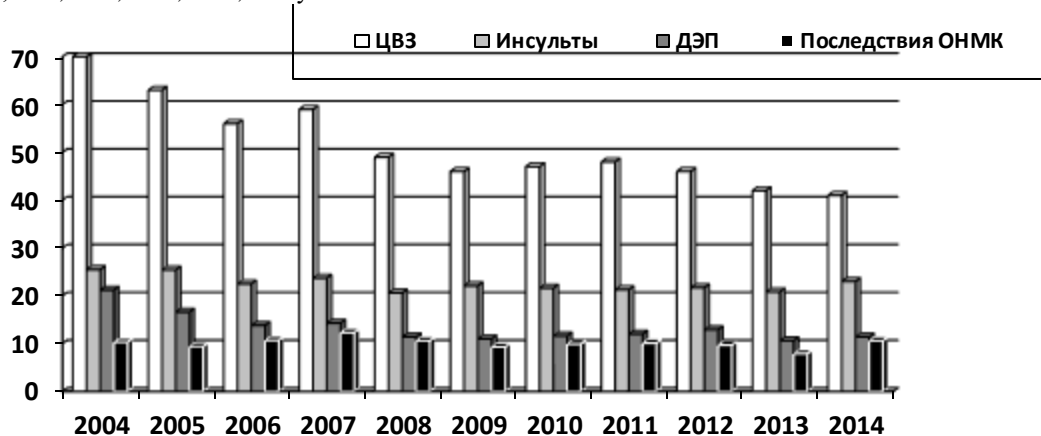


Рис. 3. Динамика первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии

Получается, что оставшиеся соответственно 58,2–58,7–60,3–59,4–59,9 % восстановили свои функции в такой степени, что не попали в поле зрения системы медико-социальной экспертизы. Доступная статистика смертности вследствие цереброваскулярной патологии за 2004–2013 годы (218,7–222,9–221,6–220,6–223,1–218,6–221,4–209,7–204,5–207,8) позволяет провести аналогичные сопоставления для всей группы цереброваскулярных заболеваний. Погибли вследствие цереброваскулярной патоло-

гии 2,7–2,7–2,7–2,6–2,6–2,6–2,6–2,4–2,5–2,4–2,8 % пациентов. Указанная ситуация также требует дальнейшего уточнения по части корректности формулирования и кодирования диагнозов соответствующей нозологической группы.

Структура первичной инвалидности вследствие инсультов (геморрагические и ишемические) отражает фактическое соотношение данных форм инсульта в клинической практике (рис. 4).

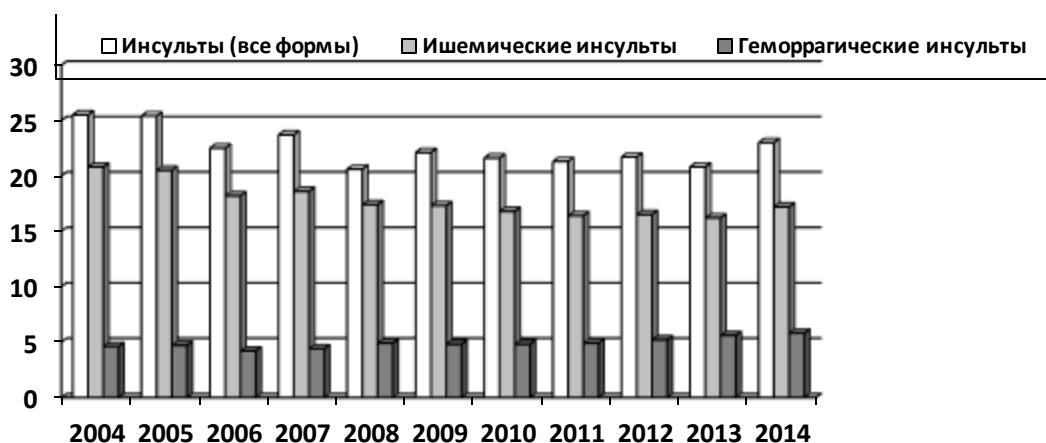


Рис. 4. Структура первичной инвалидности вследствие инсультов

Последствия инсульта явились причиной первичной инвалидности в 2004–2014 гг. в Украине соответственно у 10,3–94,0–10,7–12,3–10,6–93,0–99,0–10,1–97,0–79,0–10,6 лиц на 100 000 взрослого населения. Следует обратить внимание, что данная категория инвалидов предполагает (согласно квалификации состояния, как «последствия») первичное их обращение во МСЭК спустя 12 месяцев с момента развития инсульта. При этом, максимально возможная длительность временной утраты

трудоспособности до момента первичного обращения на МСЭК по одному заболеванию составляет 4 месяца без, или 5 месяцев с перерывом, на протяжении 12 месяцев. Т. е., речь в данном случае идет не о первичном обращении пациента на МСЭК после только что перенесенного инсульта, а освидетельствовании, спустя определенное время, или в случае, когда в процессе повторного освидетельствования МСЭК инвалида с ранее установленным диагнозом «инсульт», диагноз меняется на «по-

следствия инсульта». Второй вариант предполагает более высокие показатели, чем представленные на основании имеющихся данных.

Уникальным явлением в отечественной экспертной практике является инвалидность вследствие транзиторных ишемических атак. Общеизвестно, что данная нозология, относясь к преходящим нарушениям мозгового кровообращения, является состоянием краткосрочным по своей продолжительности (в большинстве случаев до нескольких десятков минут) и априори не оставляющим после себя каких-либо морфологических следов. В то же время, транзиторные атаки являются предшественниками инсультов и по факту своего возникновения требуют реализации стандартного протокола оказания медицинской помощи при инсульте и скрининга факторов риска развития инсульта с инициацией плановых мероприятий вторичной (ввиду свершившегося сосудистого события) профилактики. При всем этом имеется статистика инвалидности вследствие транзиторных ишемических атак (за 2004–2014 годы соответственно 0,4–0,3–0,3–0,4–0,6–0,5–1,1–1,0–0,2–0,4–0,3 случая на 100 000 взрослого населения). По состоянию на 2014 год наивысшие показатели данного вида первичной инвалидности показали Киевская (2,0), Одесская (1,1) и Черниговская (1,4) области. С одной стороны, данная группа заболеваний требует четкой дифференциальной диагностики с вариантами доброкачественного позиционного головокружения – нозологии, практически неизвестной неврологам и специалистам МСЭК, но фактически широко распространенной и являющейся глобальной причиной ложноположительной диагностики транзиторных ишемических атак и инсультов в вертебробазилярном бассейне на основании моносимптома «головокружение» без томографической верификации. С другой стороны, различные пароксизмальные состояния с изменением сознания, начиная от вариантов эпилептических приступов и синкопальных состояний, и заканчивая психовегетативными пароксизмами с гипервентиляционным компонентом, также могут быть ошибочно трактованы как «транзиторные ишемические атаки» в аналогичном сосудистом бассейне. Так или иначе, данная нозология не может быть поводом для стойкого ограничения жизнедеятельности ввиду отсутствия морфологической базы, в противном случае наличие «регулярно повторяющихся сосудистых эпизодов» на протяжении месяцев и лет противоречит основным принципам клинической неврологии или является результатом хронической некорректной диагностики нозологий, не относящихся к категории цереброваскулярных заболеваний.

Характерным для украинской неврологии является высокая доля среди цереброваскулярных заболеваний нозологии, традиционно именуемой «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭП). Обращаясь к данным клинической статистики [10, 11], до 95 % в структуре распространенности ЦВП занимают хронические, медленно прогрессирующие формы. Это привело к тому, что в Украине 6,1% населения страдает от «дисциркуляторной энцефа-

лопатии» [10, 11]. Данные клинической эпидемиологии в рамках форм официальной статистической отчетности по этому состоянию не собираются, но нами получена сводная статистика по первичной инвалидности вследствие данной патологии путем сбора информации по кодам МКБ X, традиционно используемым для этой цели (I67.2, I67.3, I67.4, I67.8, I67.9). В общеукраинском масштабе первичная инвалидность вследствие ДЭП за 2004–2014 годы составила соответственно 21,2–16,6–13,8–14,3–11,4–11–11,6–12,0–12,9–10,6–11,4 случая на 100 000 взрослого населения, формируя от 23,2 до 41,6 % первичной инвалидности вследствие ЦВЗ в аналогичной демографической группе (рис. 3). После падения в 2013 году отмечается рост данного показателя в 2014 году (11,4 случая на 100 000 взрослого населения и 27,8 % от первичной инвалидности вследствие ЦВП). В 2014 году (средний показатель по Украине составил 25 %) лидерами по первичной инвалидности вследствие ДЭП в группе цереброваскулярной патологии (% доля) являлись Полтавская (61,8 %), Черниговская (40,7 %) и Хмельницкая (42,2 %) области. Наиболее эффективно борющимися с данным явлением в 2014 году оказались Днепропетровская (5,0 %), Херсонская (9,6 %) и Закарпатская (13,3 %) области.

С синдромологической точки зрения, основными клиническими проявлениями, являющимися формальным основанием ложноположительной диагностики «хронической ишемии мозга» («дисциркуляторной энцефалопатии»), являются проявления когнитивных расстройств различной степени выраженности («сосудистая деменция», либо психорганический синдром, ввиду сосудистого поражения головного мозга), экстрапирамидные расстройства («сосудистый паркинсонизм»), постральные нарушения («центральный вестибулярный синдром»), либо совокупная трактовка последствий повторных перенесенных мозговых инсультов без кодирования, как «последствие цереброваскулярной болезни» (I69.0–I69.8). Ввиду этого, всегда требует уточнения соответствия актуальным критериям диагноз «сосудистая деменция». Говоря о «дисциркуляторной энцефалопатии с паркинсоновским синдромом» следует принять во внимание данные мировой и корректной отечественной статистики «сосудистого паркинсонизма», которые характеризуют его долю в спектре паркинсоновских расстройств, всего лишь как 2,1–3,5 % [12, 13, 14]. В настоящее время корректность диагностики значительной части случаев рецидивирующего центрального вестибулярного синдрома, как следствия влияния сосудистых факторов (хроническая дисциркуляция в вертебробазилярном бассейне), также ставится под сомнение ввиду широкого недоучета практическими неврологами клинических проявлений периферических рецидивирующих вестибулярных расстройств (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера) [15, 16]. Данные традиционные ошибки дифференциальной диагностики являются принципиально важными для последующего

правильного кодирования нозологической формы согласно МКБ X пересмотра с целью получения корректной статистической информации.

Отдельно нужно отметить категорию инвалидов вследствие заболеваний, находящихся в причинной связи с действием факторов, связанных с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС, перечень которых регламентирован Приказом № 150 (от 17.05.1997) с последующими изменениями [17], в частности, раздел 5, касающийся острых и хронических нарушений мозгового и спинального кровообращения (группа 3 Переліку хвороб, за яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників у дорослого населення, яке постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС ... розділ 5.3. Хронічні прогресуючі порушення мозкового та спинального кровообігу (дисциркуляторні енцефалопатія та мієлопатія) (437.0, 437.2, 437.8, 336.1, 348.3)). Ввиду жесткого формулирования в рамках законодательного документа эти диагнозы не могут быть скорректированы клиническим путем, а только путем внесения изменений в соответствующую нормативно-правовую базу.

Болезнь Паркинсона. Заболевание характеризуется возрастзависимой эпидемиологией (с увеличением возраста населения, после достижения 60 лет распространенность и заболеваемость экспоненциально растут), прогрессирующим характером течения и прямой взаимосвязью степени накопления функциональных неврологических расстройств (двигательных и недвигательных) с качеством и адекватностью, постоянно принимаемой специфической медикаментозной терапии [18]. Ввиду преобладания среди пациентов с данной патологией лиц старше 60 лет (т. е. достигших официального пенсионного возраста в Украине) целесообразным с точки зрения инвалидности является рассмотрение вопроса в разрезе взрослого населения.

За последнее десятилетие (2004–2014) ввиду распространения информации о клинике, диагностике и лечении болезни Паркинсона наблюдается рост показателя распространенности нозологии с приближением его к ожидаемым мировым статистическим позициям (соответственно для взрослого

населения 48,1–50,5–51,2–54,1–56,0–58,1–59,6–61,4–63,7–65,0–63,0 случаев на 100 000). Традиционными лидерами в этом направлении являлись регионы с функционирующими специализированными центрами оказания помощи пациентам с данной патологией. По состоянию на 2014 год это: Винницкая область (126,1), город Киев (111,6), Львовская (109,5), Киевская (102,4), Черкасская (90,0) области при общеукраинском показателе 63,0 случаев на 100 000 взрослого населения. При активном постоянном росте показателя в областях-лидерах отмечается минимум двукратная первичная гиподиагностика заболевания глобально на территории Украины по отношению к ожидаемым эпидемиологическим показателям [12, 13, 14], а также практика гипердиагностики сосудистого паркинсонизма с некорректным рассмотрением данной группы пациентов, как относящихся к цереброваскулярным заболеваниям и отсутствием соответствующего специфического подхода к медикаментозной коррекции имеющихся функциональных расстройств.

В то же время (2004–2014 гг.) показатель первичной инвалидности для населения Украины претерпевал разносторонние колебания (рис. 5): 2,0–1,9–1,5–1,7–1,5–1,4–1,3–1,3–1,4–1,3–1,2 с колебаниями по регионам по состоянию на 2014 в пределах 0,5–2,5. Максимальные показатели (на 2014 год) отмечались в Черниговской области (2,5), городе Киеве (2,1) и Запорожской (1,8) области, минимальные значения показателя отмечались в Херсонской (0,2 случая), Хмельницкой (0,5) и Волынской (0,6 случая) областях.

Законодательные изменения в системе медико-социальной экспертизы 2015 года (Постановление Кабинета Министров Украины от 21.01.2015 № 10, где болезнь Паркинсона внесена в перечень анатомических дефектов, т. е. состояний, при которых установление группы инвалидности осуществляется без необходимости повторного переосвидетельствования), способствовавшие, в том числе, более пристальному вниманию к проблеме болезни Паркинсона и паркинсонизма в целом, по видимому, результируются в закономерном всплеске показателя первичной инвалидности в ближайшие годы.

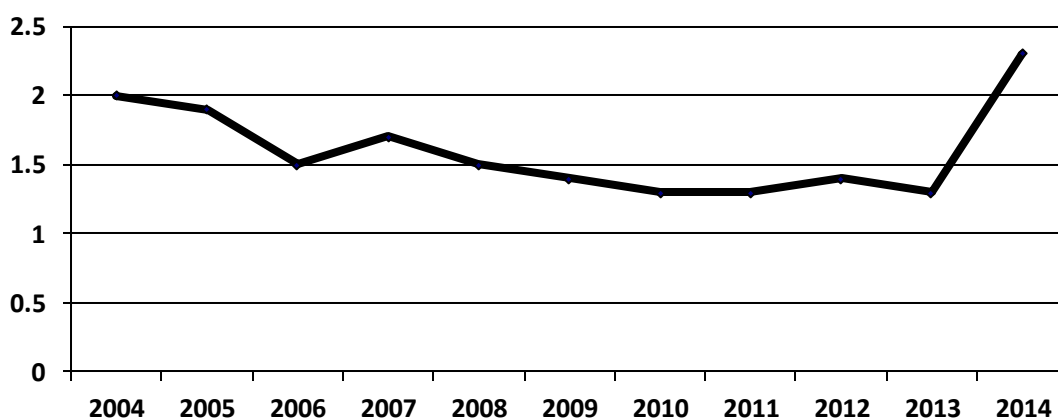


Рис. 5. Динамика первичной инвалидности вследствие болезни Паркинсона

Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы

Рассеянный склероз, как аутоиммунное воспалительное и нейродегенеративное заболевание ЦНС, несмотря на значительно меньшую распространенность, тем не менее, имеет существенное социально-экономическое значение ввиду своего хронического прогрессирующего течения, приводящего к неизбежной инвалидизации, и поражения преимущественно лиц молодого и социально активного возраста. В Украине на протяжении последних лет функционирует программа МЗО по оказанию адекватной медикаментозной помощи данной категории пациентов, в рамках которой происходит обеспечение пациентов препаратами терапии, модифицирующей течение болезни, и контрастными веществами для магнитно-резонансной томографии. В рамках действующего нор-

мативно-правового поля и мировой неврологической концепции критериев диагностики и системы оценки функциональных нарушений при рассеянном склерозе изданы соответствующие методические рекомендации для службы медико-социальной экспертизы. За последнее десятилетие (2004–2014 гг.) отмечается прогрессивный рост распространенности данного заболевания в Украине: 47,8–48,4–49,1–50,0–50,1–50,9–51,6–52,9–54,6–55,3–54,1 случая на 100 000 взрослого населения с вариациями в 2014 году от 97,0 (Волынская область) до 13,0 (Донецкая область) случаев. Аналогичная тенденция отмечается и для первичной инвалидности (рис. 6), где динамика общеукраинского показателя составляет за аналогичный период 2,4–2,6–2,7–2,6–2,5–2,6–2,9–3,0–3,1–3,2–2,9 случая на 100 000 взрослого населения.

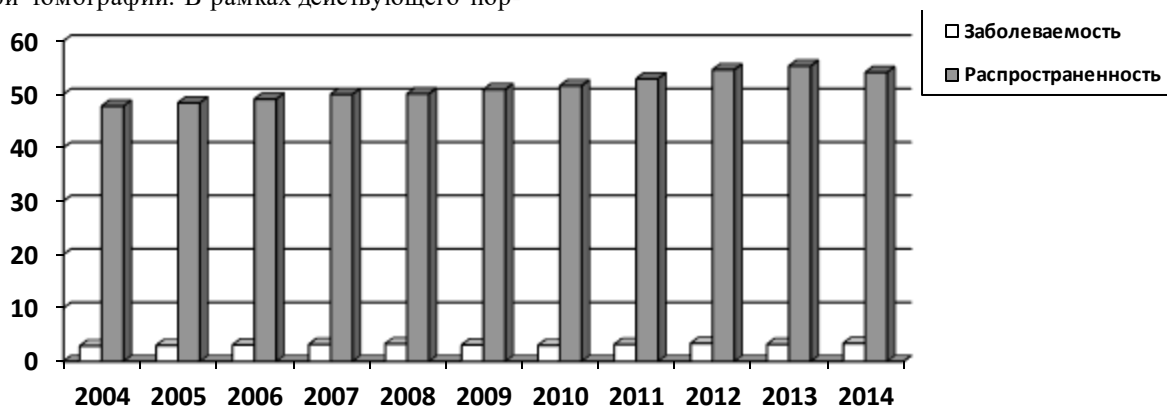


Рис. 6. Динамика заболеваемости и распространенности рассеянного склероза для взрослого населения

По состоянию на 2014 г. значение показателя первичной инвалидности варьирует в пределах 6,4–0,7 случая на 100 000 в различных регионах Украины. Дальнейший мониторинг состояния клинической и экспертной статистики рассеянного склероза позволит обеспечить более эффективную оценку всеукраинских организационных мероприятий, направленных на оказание современной медицинской помощи и улучшение качества жизни данной специфической группы пациентов.

Институтом на протяжении последних лет выполняется колоссальная работа по сбору данных о состоянии накопленной инвалидности (показатель, аналогичный распространенности в клинической эпидемиологии), который никогда широко не исследовался в масштабах страны. Ввиду наличия этой информации, авторским коллективом, представляющим ДУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», и Всеукраинским обществом нейрореабилитации планируется издание аналитико-информационного справочника, обобщающего клиническую и экспертную эпидемиологию неврологических заболеваний. Наши дальнейшие усилия будут направлены на продолжение мониторинга блока статистических данных деятельности клинической и экспертной неврологических служб с проведением углубленной оценки качества экс-

пертно-реабилитационной диагностики пациентов неврологического профиля с соответствующими клиническими сопоставлениями.

Литература

1. Atlas country resources for neurological disorders. Geneva, World Health Organization, 2004, 60p.
2. Olesen J., Baker M., Freud T. et al. Consensus document on European brain research // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – Vol.77 (Suppl I). – P.11–i49.
3. Murray C. J., Lopez A. D. eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.I).
4. Голик В. А. Организация неврологической службы в мире // Нейрон-ревю. – 2008. – № 2. – С. 4–8.
5. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H-U. et al. Costs of disorders of the brain in Europe // Europ. J. Neurol. – 2005. – Vol.12 (suppl.1). – P.1–24.
6. Особенности эпидемиологии инвалидности при заболеваниях нервной системы в Украине / Н. К. Хобзей, Т. С. Мищенко, В. А. Голик, Н. А. Гондуленко // Международный неврологический журнал – 2011. – № 5 (43). – С. 15–19.

7. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2013 рік: Аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін. // За ред. директора Департаменту реформ та розвитку мед. допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2014. – 175 с.

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. – С. 32–65.

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. – 32 с.

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. – 32 с.

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, за 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.



РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ, ПОКАЗНИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

А. В. Іпатов, О. М. Мороз, Н. О. Гондуленко

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Кінець минулого та початок теперішнього століття ознаменувалися зростанням захворюваності та інвалідності внаслідок низки хвороб та травм, що обумовлено прискоренням темпу життя, урбанізацією, погіршенням екологічних умов, нестабільністю політично-економічної ситуації та збільшенням тривалості життя. Таким чином, перед охороною здоров'я постають завдання не тільки щодо вдосконалення лікувально-профілактичної допомоги, а й створення ефективної системи медико-соціальної реабілітації. Тому статистичні показники інвалідності, в тому числі й показники реабілітації інвалідів, необхідно враховувати як одні з найважливіших показників здоров'я населення.

Щодо пільг і компенсацій для інвалідів законодавство різних країн, як правило, забезпечує доходи для двох укрупнених категорій інвалідів:

1) тих, хто має трудову історію, але втратили здатність до праці; 2) тих, хто отримав інвалідність від народження або в дитинстві. Для першої категорії виплати здійснюються в рамках системи соціального страхування інвалідності, або в рамках програм компенсацій, установлених працедавцем, або відповідно до загального законодавства про допомогу малозабезпеченим. Система соціального страхування, очевидно, не поширюється на інвалідів, які не мають трудової історії, тому інваліди цієї групи отримують або спеціально встановлені соціальні виплати, або їм надається особлива медична страховка. Ще одним розповсюдженим видом допомоги є надання податкових пільг.

За законодавчо встановленим переліком пільг, компенсацій, які надають інвалідам, Україну слід віднести до країн, які детально враховують потреби інвалідів. У цій сфері Україна має давнішні тра-