

А. В. Русина

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности (Днепропетровск)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Медико-социальная экспертиза инвалидов, перенесших мозговую инсульт, является важной проблемой из-за распространенности данной патологии, высокого уровня инвалидизации населения Украины. Инсульт — частая причина первичной инвалидности и временной и (или) стойкой утраты трудоспособности. Инвалидность после перенесенного инсульта составляет 3,2 на 10 тыс. населения, занимая первое место среди причин первичной инвалидности. По данным официальной статистики первичная инвалидность трудоспособного населения вследствие цереброваскулярной патологии за период 2002–2004 гг. по Украине составила 3,9–3,7–3,6 случаев на 10 тыс. населения, по Днепропетровской области за этот же период — соответственно 3,2–3,6–3,7 случаев. Отмечается тенденция роста показателей инвалидности у населения трудоспособного возраста, в связи с чем эта проблема имеет большое социально-экономическое значение [1–3]. По данным отечественных авторов к трудовой деятельности возвращается не более 15 %, а 20–25 % больных до конца жизни нуждаются в посторонней помощи [4], что оказывает негативное влияние на социально-экономическое состояние пациентов и их семей. По данным зарубежных авторов, ежегодные финансовые затраты на лечение и реабилитационные мероприятия постинсультных больных в странах Западной Европы составляют от 55 до 73 млн долларов США [5, 6]. Непрямые затраты, связанные с потерей трудовой активности трудоспособного населения и уменьшением валового национального продукта, не поддаются подсчетам [7].

Цель работы: провести анализ ограничения жизнедеятельности больных трудоспособного возраста, перенесших мозговую инсульт в зависимости от пола, возраста, образования, профессии; выявить причины, приводящие к инвалидизации больных.

В основу работы положен анализ материалов медико-экспертной документации больных, перенесших мозговую инсульт (документация лечебно-профилактических учреждений — форма 88у, индивидуальные программы реабилитации, составленные медико-социальными экспертными комиссиями); данные клинико-функционального исследования 110 больных трудоспособного возраста, перенесших мозговую инсульт и находившихся в неврологической клинике Института. Из них 70 — мужчин (63,6 %), средний возраст $53,1 \pm 3,0$ года, 40 — женщин (36,4 %), средний возраст $54,0 \pm 3,4$ года, освидетельствованные в медико-социальных экспертных комиссиях (МСЭК) Днепропетровской области в 2000–2003 гг.

Разделение больных на клинические группы было проведено с учетом локализации очага поражения в головном мозге, обуславливающего неврологический дефицит и неизбежно приводящего к нарушению структур и функций головного мозга, которые в свою очередь, приводят к формированию ограничения активности и возможности участия больных в повседневных житейских ситуациях.

Таким образом, клинические группы представлены:

— группа I — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в правом каротидном бассейне — 34 человека (30,9 %);

— группа II — ОНМК в левом каротидном бассейне — 46 человека (41,9 %);

— группа III — ОНМК в вертебробазилярном бассейне — 15 человек (13,6 %);

— группа IV — ОНМК с сочетанным поражением нескольких бассейнов — 15 человек (13,6 %).

Проведен анализ распределения больных по полу, возрасту, образованию, профессиональному маршруту, характеристике степени тяжести выполняемого труда больными — классам труда (в соответствии с «Гигиенической классификацией труда по показаниям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести, и напряженности трудового процесса» [8]). Для определения нарушения жизнедеятельности по степени выраженности за основу нами была взята «Інструкція про встановлення груп інвалідності» [9]. Для оценки вида и степени выраженности ограничения жизнедеятельности применяли также «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», (МКФ, 2001 г.) [10].

Бальная оценка функционального состояния пациентов проводилась с использованием стандартизованных шкал: European Stroke Scale (ESS), которая характеризует выраженность двигательных нарушений у больных, перенесших мозговую инсульт; состояние равновесия Bohannon Modified Scale (BMS), Berg Balance Scale (BBS), характеризующие выраженность статико-динамических нарушений, общую повседневную функциональную активность; Barthel Index (BI), отражающий способность больного к самообслуживанию и передвижению [11, 12].

Для всех больных критериями включения в исследование были: верифицированный томографически диагноз острого нарушения мозгового кровообращения; срок после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения до 3 лет (на основании временных особенностей патоморфологических характеристик течения мозгового инсульта); наличие группы инвалидности вследствие мозгового инсульта; трудоспособный возраст больного на момент включения в исследование. Диагноз был верифицирован на основании рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Состояние экстра- и интракраниальных артерий оценивалось с помощью дуплексной ультразвуковой доплерографии. Нами оценивались наличие и адекватность оказания специализированной медицинской помощи в период до направления пациентов на МСЭК, согласно существующих стандартов, основанных на данных доказательной медицины [13].

Статистическая обработка результатов исследования была проведена с использованием параметрических и непараметрических методов.

Анализ балльной оценки функционального состояния больных в клинических группах

Клинические группы	Шкалы			
	ESS	BMS	BBS	BI
I	36,1 ± 2,25	3,3 ± 0,5	42,4 ± 2,4	70,4 ± 1,3
II	43,4 ± 4,4	4,7 ± 0,4	44,3 ± 3,0	80,9 ± 2,9
III	42,3 ± 3,6	3,9 ± 0,9	41,4 ± 4,4	86,1 ± 3,0
IV	27,4 ± 3,4	3,3 ± 0,4	36,6 ± 5,0	79,7 ± 5,4

Основная часть больных была в возрасте 50–59 лет (65,4 %), преобладали мужчины (64,5 %). Образование больных на момент поступления в клинику: высшее — у 29 инвалидов (26,3 %), среднее специальное — у 47 пациентов (42,7 %).

В зависимости от классов условий труда, выполняемого пациентами до наступления заболевания, были выделены следующие группы: I — работавшие в оптимальных условиях труда (I), II — в допустимых (II), III — во вредных (III.1, III.2, III.3, III.4), IV — в опасных (экстремальных — IV) (табл. 1).

Таблиця 1

Распределение больных по классам условий труда в зависимости от пола (% больных)

Функциональные классы	I	II	III				IV	Всего	
			III.1	III.2	III.3	III.4			
Пол	мужчины	—	11,2	31,4	7,1	3,7	3,6	—	57,2
	женщины	—	36,0	4,7	2,1	—	—	—	42,8
Всего	—	47,2	36,1	9,2	3,7	3,6	—	100	

Характеристика распределения инвалидов по полу показала преобладание тяжелых условий труда для лиц мужского пола (41,8 %), женщины занимались преимущественно легким и умственным трудом (38,2 %).

Проведен анализ зависимости наступления инвалидности от тяжести выполняемого пациентами труда, трудового стажа, вида выполняемого трудового процесса, характера труда. Полученные данные свидетельствуют о том, что ограничение жизнедеятельности наступает у пациентов занимавшихся физическим трудом (41,8 % мужчин, 15,4 % женщин), имеющих стаж работы более 26 лет (56,3 %). Большинство больных были заняты квалифицированным трудом (87,2 %), неквалифицированным трудом были заняты только мужчины (12,3 %). Основными классами труда до инвалидности были II и III.1 класс (47,2 % и 36,1 % случаев соответственно). После определения группы инвалидности среди работающих анализ распределения пациентов согласно классам труда выявил преобладание II класса (12,3 %).

Анализ клинических синдромов в клинических группах выявил следующие особенности: в I группе преобладали гемипарезы (легкие у 29,4 % и умеренные — у 64,7 % пациентов) и атаксии (66,7 %); во II группе — афатический синдром у 26 %, гемипарезы (умеренные — 50,0 %, выраженные у 23,7 % пациентов) и атаксии у 65,3 %; в III клинической группе преобладали атаксии (вестибулярная — 53,3 %, мозжечковая — у 20,0 % пациентов). Для пациентов IV клинической группы были характерны расстройства высшей нервной деятельности (апраксия — 26,7 %, агнозия — 40,0 %, акалькулия — 13,3 %), координаторные нарушения (мозжечковая атаксия — 20,0 %).

При анализе балльной оценки функционального состояния больных в клинических группах получены следующие результаты: для пациентов I клинической группы были характерны следующие показатели по шкалам: ESS 36,1 ± 2,25, BMS — 3,3 ± 0,5, BBS — 42,4 ± 2,4, BI 70,4 ± 1,3; у больных II клинической группы — ESS 43,4 ± 4,4, BMS 4,7 ± 0,4, BBS 44,3 ± 3,0, BI 80,9 ± 2,9; у пациентов III группы — ESS 42,3 ± 3,6, BMS 3,9 ± 0,9, BBS 41,4 ± 4,4, BI 86,1 ± 3,0 и у больных IV группы — ESS 27,4 ± 3,4, BMS 3,3 ± 0,4, BBS 36,6 ± 5,0, BI 79,7 ± 5,4 соответственно.

Перед первичным направлением на МСЭК 89,4 % обследованных больных получили первичную медицинскую и специализированную стационарную помощь (неврологическая бригада скорой помощи, неврологический стационар, цереброваскулярный стационар); 10,6 % проходили лечение в отделениях общетерапевтического профиля. Из пролеченных больных 79,3 % не получали адекватную терапию. Это свидетельствует о невозможности оказания патогенетически обоснованной помощи с сохранением тканей мозга от необратимых повреждений менее 3 часов (в случае ишемии мозга) в большинстве случаев.

Анализ количественных показателей степени ограничения жизнедеятельности согласно МКФ в клинических группах выявил следующие особенности:

— для пациентов I клинической группы ограничение самообслуживания 2,48 ± 0,3 баллов, перемещения 4,6 ± 0,2 баллов, ориентации 1,6 ± 0,2 баллов, общения 2,7 ± 0,2 баллов, контроль поведения 2,7 ± 0,2 баллов, способности вести домашнее хозяйство 2,9 ± 0,3 баллов, повседневная активность 2,5 ± 0,3 баллов, взаимодействие с окружающей средой 2,8 ± 0,1 баллов, способность к обучению и трудовой деятельности 1,8 ± 0,1 баллов;

— для больных II клинической группы ограничение самообслуживания 2,24 ± 0,3, перемещения 2,9 ± 0,2, ориентации 1,7 ± 0,3, общения 2,5 ± 0,3, контроль поведения 2,5 ± 0,2, способности вести домашнее хозяйство 3,0 ± 0,3, повседневная активность 2,4 ± 0,2, взаимосвязь с окружающей средой 3,0 ± 0,2, способность к обучению и трудовой деятельности 1,7 ± 0,2;

— для пациентов III клинической группы ограничение самообслуживания 2,24 ± 0,4, перемещения 2,6 ± 0,4, ориентации 1,9 ± 0,2, общения 1,5 ± 0,2, контроль поведения 2,6 ± 0,3, способности вести домашнее хозяйство 2,3 ± 0,2, повседневная активность 2,4 ± 0,4, взаимодействие с окружающей средой 1,9 ± 0,4, способности к обучению и трудовой деятельности 1,6 ± 0,1;

— для больных IV клинической группы ограничение самообслуживания 2,2 ± 0,3, перемещения 2,8 ± 0,2, ориентации 1,4 ± 0,2, общения 1,4 ± 0,1, контроль поведения 2,7 ± 0,3, способность вести домашнее хозяйство 2,0 ± 0,2, повседневная активность 2,3 ± 0,4, взаимосвязь с окружающей средой 2,3 ± 0,5, способность к обучению и трудовой деятельности 1,5 ± 0,3.

По степени ограничения жизнедеятельности больные распределились следующим образом: инвалиды I группы отсутствовали, лица со II группой инвалидности составили 46,2 %, III группы — 53,8 %.

Анализ количественных показателей ограничения жизнедеятельности в клинических группах

Клинические группы	Балльная оценка ограничения жизнедеятельности в клинических группах, $M \pm t$									
	Само обслуживание	перемещение	ориентация	общение	контроль поведения	ведение домашнего хозяйства	повседневная активность	взаимодействие с окружающей средой	Способность к обучению	способность к трудовой деятельности
I	2,28 ± 0,3	4,6 ± 0,2	1,6 ± 0,2	2,7 ± 0,2	2,7 ± 0,2	2,9 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,8 ± 0,1	1,8 ± 0,1	1,8 ± 0,1
II	2,24 ± 0,3	2,9 ± 0,2	1,7 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,5 ± 0,2	3,0 ± 0,5	2,4 ± 0,2	3,0 ± 0,2	1,7 ± 0,2	1,7 ± 0,2
III	2,24 ± 0,4	2,6 ± 0,3	1,9 ± 0,2	1,5 ± 0,2	2,6 ± 0,3	2,3 ± 0,2	2,4 ± 0,4	1,9 ± 0,2	1,6 ± 0,1	1,6 ± 0,1
IV	2,2 ± 0,3	2,8 ± 0,2	1,4 ± 0,2	1,4 ± 0,1	2,7 ± 0,3	2,0 ± 0,2	2,3 ± 0,4	2,3 ± 0,5	1,5 ± 0,3	1,5 ± 0,3

Выводы

1. Среди лиц трудоспособного возраста средний возраст развития остро-го нарушения мозгового кровообращения составил для женщин $54,0 \pm 3,4$, для мужчин $53,1 \pm 3,0$.

2. Распределение пациентов до инвалидности по основным классам труда показало преобладание II и III.1 классов (соответственно 47,2 % и 36,1 % случаев). После инвалидности преобладает II класс труда (12,3 %).

3. После проведенного исследования достоверной разницы между показателями по количественной балльной оценке (шкала European Stroke Scale, Bohanon, Berg, Barthel Index) и МКФ в зависимости от клинических групп не установлено. Степень ограничения жизнедеятельности зависит от степени выраженности функциональных нарушений.

4. В структуре инвалидности вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения преобладают инвалиды третьей группы (53,8 %).

Список литературы

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2003 рік (аналітично-інформаційний довідник) / Уклад. Маруніч В. В., Іпатов А. В., Сергієні О. В. та ін. — Дніпропетровськ: Пороги, 2004. — 95 с.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2004 рік (аналітично-інформаційний

довідник) / Уклад. Маруніч В. В., Іпатов А. В., Сергієні О. В. та ін. — Дніпропетровськ: Пороги, 2005. — 97 с.

3. Мищенко Т. С. Лечение больных ишемическим инсультом // Здоров'я України. — 2004. — № 19 (104). — С. 40–41.

4. Кузнецова С. М. Факторы риска и профилактика инсульта // Doctor. — 2002. — Вып. 5. — С. 35–39.

5. Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. Publ. Hlth. — 1998; 112: 103–112.

6. Isard P. A., Forbes I. F. The cost of stroke to the National Health Service in Scotland // Cerebrovasc. dis. — 1992. — Vol. 2. — P. 47–50.

7. American Heart Association. Economic Cost of Cardiovascular Diseases. Available at: <http://www.americanheart.org/statistics/10econom.htm>. Accessed September 2000.

8. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу: Наказ МОЗ України № 382 від 31.12.1997 р.

9. Інструкція про встановлення груп інвалідності: Наказ МОЗ України від 07.04.2004 № 183.

10. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья. — ВОЗ, Женева, 2001. — С. 342.

11. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. — М., 2004. — 432 с.

12. Post-Stroke rehabilitation: Assessment, Referral and Patient Management (Quick Reference Guide for Clinicians) AHCPH Publication No. 95–0663. — 1995. — 33 p.

13. European Stroke Initiative Recommendations 2003 Ischemic stroke. Prophylaxis and Treatment / Hacke W. et al. — 2003. — 20 p.

Надійшла до редакції 21.10.2005 р.

A. B. Ruscina

Медико-соціальні особливості хворих працездатного віку, що перенесли мозковий інсульт

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (Дніпропетровськ)

Проведено комплексне клініко-функціональне обстеження 110 інвалідів працездатного віку, що перенесли мозковий інсульт. Аналіз отриманих даних визначив особливості різних функціональних порушень та доменів обмеження життєдіяльності та їх взаємозв'язок із трудовою діяльністю пацієнтів. Проведена оцінка обсягу надання медичної допомоги на доекспертному етапі.

A. V. Rusina

Medical-social peculiarities in working age patients with stroke

Ukrainian State Institute of medical and social Problems of Disability (Dnipropetrovsk)

Complex clinical-functional investigation of 110 working age invalids after stroke was performed. Obtain data analysis revealed peculiarities of different functional deteriorations and functional dependence domains and interrelations with working activity of patients. Evaluation of medical aid before expertise was also performed.