

© Кириченко А.Г.
УДК 616.853

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЭПИЛЕПСИИ)

Кириченко А.Г.

ГУ «Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МОЗ Украины», г. Днепропетровск

Вивчено соціально-епідеміологічні аспекти захворюваності та первинної інвалідності внаслідок епілепсії. Проведені дослідження, багаторічна робота з хворими на епілепсію та вивчення літературних даних поставили питання про перегляд ряду соціальних обмежень для хворих на епілепсію. Технічний прогрес, механізація і автоматизація виробництва, високий рівень охорони праці - все це дає можливість розширити коло професій, в яких можуть працювати хворі, що страждають на епілепсію. Завдання полягає в максимальному використанні професійних навичок хворих, прагненні якомога рідше допускати декваліфікацію.

Ключові слова: епідеміологія, медико-соціальна експертиза, епілепсія

Эпилепсия – одно из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний нервной системы. В последние годы установлены новые эпидемиологические закономерности эпилепсии, в частности, увеличение доли инвалидов молодого возраста и больных пожилого возраста, что обуславливает необходимость нового подхода к диагностике и лечению эпилепсии. Социальные аспекты ведения больных эпилепсией и вопросы качества жизни больных и инвалидов вследствие эпилепсии в последние годы становятся наиболее важными в современной медицине.

Результаты системного анализа работ по эпидемиологии эпилепсии в мире, базирующихся на изучении заболеваемости, показали, что средние показатели заболеваемости эпилепсии и не спровоцированных приступов составили 47,4 и 56 на 100 000 населения соответственно. Заболеваемость была более высокой у лиц старше 60 лет и особенно у детей. Средняя заболеваемость у мужчин (50,7 на 100 000) была несколько большей, чем у женщин (46,2 на 100 000); парциальные приступы отмечались чаще, чем генерализованные. Заболеваемость в развивающихся странах (68,7 на 100 000) несколько превосходила показатели развитых стран (43,4 на 100 000). Аналогичные тенденции наблюдались и при эпидемиологическом анализе не спровоцированных приступов.

По данным ВОЗ, отсутствие должной информации об эпидемиологических характеристиках эпилепсии во многих странах обуславливает существенные недостатки организации медицинской помощи. Так, более 75% из 40 млн. больных эпилепсией в мире не получают адекватного лечения

Распространенность эпилепсии в общей популяции большинства стран Европы составляет 80-230 случаев на 100 тыс. населения. В Украине эпилепсией страдают в среднем 50-73 человека на 100 тыс. населения. Согласно данным большинства эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, сегодня наблюдается рост удельного веса эпилепсии в общей структуре заболеваний нервной системы с 0,5% до 0,8-1,2%. Распространенность эпилепсии в Украине в 2009 г. составляла 68,7 на 100 тыс. населения. Заболеваемость на эпилепсию в 2009 г. составляла 5,7 на 100 тыс. населения. Всего в 2009 г. в Украине было за-

регистрировано 25 962 больных с генерализованной и парциальной эпилепсией, в том числе с диагнозом, установленным в первый раз в жизни - 2159 пациентов.

Предварительные результаты эпидемиологических исследований эпилепсии в Украине свидетельствуют о более низкой, чем в Западной Европе, распространенности этого заболевания, но различия в зависимости от пола и возраста нет. Количество больных посттравматической эпилепсией (ПТЭ) увеличивается соответственно росту частоты ЧМТ (составляет от 2,2 до 5,5 случая на 1000 населения). В настоящее время, по обобщенным сведениям, эпилептические приступы наблюдаются у 10-13% больных, перенесших ЧМТ. Частота ПТЭ, по-видимому, зависит от времени, прошедшего после травмы. Представление ПТЭ у больных, перенесших ЧМТ менее 5 лет назад, составляет 17,5%, а более 5 лет – 31,7%. ПТЭ входит в число ведущих синдромов отдаленного периода ЧМТ.

Анализ статистической отчетности, которая характеризует показатели заболеваемости и распространенности эпилепсии в Украине показал, что эпидемиология эпилепсии в Украине до последнего времени была изучена недостаточно, это и послужило целью проведения данного исследования.

Наибольшая распространенность на эпилепсию была зарегистрирована в Волынской области (222,7 на 100 тыс. населения), Закарпатской (185,3 на 100 тыс. населения), Черкасской (91,5 на 100 тыс. населения) областях, наименьшая - в Хмельницкой (41,0 на 100 тыс. населения), Тернопольской (35,1 на 100 тыс. населения), Луганской (27,7 на 100 тыс. населения) областях.

Наибольшая заболеваемость эпилепсией наблюдалась в Волынской (16,5 на 100 тыс. населения) Закарпатской (10,8 на 100 тыс. населения), Львовской (11,5 на 100 тыс. населения) областях, а наименьшая - в Тернопольской (2,9 на 100 тыс. населения), Черновицкой (2,7 на 100 тыс. населения), Сумской (1,6 на 100 тыс. населения) областях.

Проведенные, сотрудниками Украинского государственного НИИ МСПИ, эпидемиологические исследования статистической отчетности показали, что в Украине уровень инвалидности в результате эпилепсии

низкий, колеблется от 0,2 до 0,7 (в среднем уровень составляет 0,5 на 10 тыс. населения работоспособного возраста). Показатель для взрослого населения колеблется от 0,01 (Киевская, Херсонская области) до 0,7 (Закарпатская область) работоспособного населения. В Запорожской области первично признанных инвалидами в результате эпилепсии нет (данные отсутствуют).

Такие низкие показатели обусловлены в первую очередь проблемой в сводке статистических данных по эпилепсии потому, что это заболевание находится под наблюдением и кодируется в разделах S (острые травмы или последствия травм), G (неврология) и F (психиатрия). Более того, ограничение жизнедеятельности, что обусловлено наличием эпилептических припадков, может кодироваться, как последствия черепно-мозговых травм, инсультов, воспалительных заболеваний центральной нервной системы и войти в другие подразделы.

Статистический анализ показал, где какое снижение показателей инвалидности, как в целом, так и в результате эпилепсии в 2003-2006 гг. - до 133,6 тыс. человек с темпом роста в среднем это равняется 113,3 тыс. человек в год. Рост показателей распространенности инвалидности в результате эпилепсии отмечался в 2007-2009 гг. Максимальное количество первичной инвалидности в результате эпилепсии приходится на работоспособный возраст.

Таким образом, инвалидов в результате эпилепсии мало - в среднем 1,7 % от общего количества, но это не исключает проблему заболеваемости и инвалидности.

Ретроспективный статистический взгляд на состояние инвалидности населения в результате эпилепсии в Украине дает возможность сделать вывод, что для ее показателей было присущий как «взрывной» рост, так и «обвальное» падение. Обусловлено это сложной медико-социальной природой многокомпонентного комплекса факторов, которые влияют на формирование и выявление инвалидности в результате эпилепсии. Ведущая роль в нем, рядом с заболеваемостью и травматизмом, принадлежит социально-экономическим, демографическим, экологическим обстоятельствам, а также состоянию здравоохранения населения.

Анализ тяжести первичной инвалидности взрослого населения вследствие эпилепсии показал, что на фоне снижения уровня первичной инвалидности наблюдается уменьшение ее тяжести за счет увеличения количества инвалидов третьей группы, при уменьшении количества инвалидов второй группы относительно всех групп населения. При этом значительное увеличение, как удельного веса, так и инвалидов третьей группы характерно для городского населения. Это связано в первую очередь с социально-медицинскими факторами, которые приводят к возникновению эпилепсии.

Актуальность проблемы определяется наличием в социальной структуре общества значительного количества лиц, которые имеют признаки инвалидности. В то же время сама статистика инвалидности недостаточно разработана и отличается разными подходами. С позиций первого подхода инвалиды рассматриваются как лица, которые получают пенсию по инвалидности: в этом случае не учитываются контингенты «скрытой» инвалидности (которые отказываются от

инвалидности, получают пенсию по возрасту, за потерю кормильца и имеют отклонение в состоянии здоровья, но не в связи с инвалидностью).

При втором подходе инвалиды определяются как те, которые получают все виды социальной помощи. Но статистика инвалидности, так или иначе, фиксирует не численность лиц, которые имеют те или другие физические изъяны, а численность получателей социальных льгот.

Возрастающее внимание к необходимости оценки влияния эпилепсии на социальное функционирование обусловил интерес к возможности количественной оценки качества жизни больных. Для понимания влияния эпилепсии необходим учет физических, социальных, нейропсихологических факторов. При этом важными являются вопросы транснационального применения одинаковых шкал качества жизни.

Врачу-эксперту приходится сопоставлять, уточнять сведения, полученные от пациента, его родственников и очевидцев с данными предыдущих врачебных исследований и собственными материалами. Иногда возникает необходимость повторить исследование, просмотреть взятую из архива историю болезни, описание припадков очевидцами и другие материалы, попросить свидетелеваемого еще раз рассказать о приступе — и только тогда выносить свое заключение. Нельзя на основании одного даже врачебного указания «был эпилептический припадок» ставить диагноз эпилепсии, если этот припадок подробно не описан.

Профессионально-трудовая экспертиза касается разного контингента больных эпилепсией. В ее задачу входит рассмотрение широкого круга вопросов. Трудовая экспертиза определяет степень сохранившейся трудоспособности, возможности обучения, повышения квалификации, продвижения по службе. В практике медицинского освидетельствования встречаются случаи, когда эксперты, перестраховываясь, и лиц с единичными припадками многолетней давности неправильно освобождают от производственной службы, другим больным осуществляют перевод на более легкую или менее опасную работу, другим устанавливают, изменяют или снимают группу инвалидности. Даются рекомендации по трудоустройству в специализированные трудовые мастерские, артели инвалидов, предоставляется работа на дому. Отдельные больные освобождаются от работы. В других случаях, концентрируя внимание на судорожных припадках, просматривают безсудорожные приступы и различные «микрпароксизмы». Допуская такие ошибки, врачи необоснованно признают годными к определенным видам труда лиц, страдающих эпилепсией с безсудорожными формами пароксизмов. Вообще в случае судорожных форм пароксизмов отмечается тенденция к гипердиагностике, а при безсудорожных формах — гиподиагностике эпилепсии.

Вопрос о производственной пригодности таких лиц должен решаться строго индивидуально на основании всестороннего обследования пациента и глубокого анализа характера припадков, их количества, условий, в которых они возникали и прекращались (спонтанно или под влиянием длительной антиэпилептической терапии), а также принимать во внимание безприпадочный период, оценивать психичес-

кое состояние больного, занимаемую должность, производственные и аттестационные показатели.

Профессионально-трудовая экспертиза на разных стадиях эпилепсии имеет свои особенности. Большие трудности встречаются в самом начале заболевания. На этом этапе требуется определить: 1) были или имеются ли у обследуемого эпилептические пароксизмы; 2) являются ли они отражением эпилептической реакции, эпилептического синдрома или эпилепсии. В зависимости от этого решают вопросы экспертизы. На начальном этапе заболевания больные обычно остаются трудоспособными, кроме опасных и не рекомендованных профессий. Однако до настоящего времени отсутствуют четкие критерии, позволяющие определить диапазон условий труда, при которых разрешается работать больному или инвалиду вследствие эпилепсии. Большинство специалистов считают надежным сроком в течение заболевания это наступление ремиссии или отсутствие пароксизмов на протяжении трех лет. В некоторых странах в период ремиссии не реже чем 1 раз в 3 мес. больной должен обследоваться у невропатолога. Врач-невропатолог осуществляет контроль над больным, периодически обследуя его, определяет схему лечения, длительность приема лекарств и постепенную их отмену. В случае необходимости накладывает запрет на выполнение должностных обязанностей, о чем сообщает в местное медицинское учреждение.

Профессиональное трудоустройство — это как бы практическое претворение в жизнь социальной реабилитации. Сколько бы ни говорили о реабилитации, дело не сдвинется с места, если больной не будет работать. В действительности же наблюдается «дистанция огромного размера» между многочисленными симпозиумами, конференциями, совещаниями по социальной реабилитации и трудоустройством больных.

Все многообразие факторов, влияющих на трудоспособность, можно разделить на биологические, обусловленные болезнью, и внешние, средовые, социальные. Такое разграничение иногда является довольно сложным процессом, ибо биологические и социальные факторы настолько взаимосвязаны и взаимно переплетаются, что деление их является условным. На трудоспособность больных эпилепсией оказывают влияние этиология и продолжительность заболевания, характер и частота припадков, а также изменения личности.

Подлежит обсуждению также вопрос о возможности работы на транспорте некоторых больных, находящихся в состоянии стойкой длительной ремиссии, если они являются помощниками водителей или играют второстепенную роль в управлении транспорта. Самой главной опасностью в подобных случаях является то, что эти люди скрывают свое заболевание от окружающих, товарищей по работе.

К больным, которые, работая в опасных профессиях, пренебрегают врачебными рекомендациями и не посещают диспансер, несмотря на неоднократные вызовы, следует применять более радикальные меры. В таких случаях после посещения врачом органи-

зации, где работает больной, и ознакомления с трудовыми процессами, в которых он участвует, обследуемого необходимо вызвать в диспансер в административном порядке. Если в процессе обследования установлено, что больной по состоянию здоровья не может оставаться на занимаемой должности, врач обязан незамедлительно сообщить об этом во МСЭК и поставить вопрос о переводе больного на работу, не связанную с опасностью травматизма. Решение МСЭК должно быть доведено до сведения организации, в которой работает больной. Проведение этих мероприятий позволит более рационально решать вопросы трудоустройства.

Литературные данные, собственные исследования и многолетняя работа с больными эпилепсией позволяют поставить вопрос о пересмотре ряда социальных ограничений для них. Статистический анализ свыше 13000 больных эпилепсией в возрасте 16 лет и старше, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, территориально расположенных в разных областях Украины, показал, что 50% из них работают в условиях обычного производства, 3,1% учатся в высших и средних специальных учебных заведениях.

Технический прогресс, механизация и автоматизация производства, высокий уровень охраны труда — все это дает возможность расширить круг профессий, в которых могут работать страдающие эпилепсией. Задача состоит в максимальном использовании профессиональных навыков больных, стремлении как можно реже допускать деqualификацию. Подлежат пересмотру понятия «не рекомендованные» и «опасные» профессии. Разные виды занятий должны рекомендоваться больным не по формальному признаку — диагнозу эпилепсии, а исходя из совокупности индивидуальных особенностей больного и условий его трудовой деятельности.

Хочется надеяться, что рассеется туман различных предубеждений и ложных взглядов на эпилепсию. Исчезнут окружающие больного страхи и прочие невротические наслоения, обусловленные средовыми влияниями. Больные будут жить, учиться и работать так же, как здоровые люди. Борьба за человека, за его здоровье и высшую социальную значимость — главная цель нашей деятельности и жизни.

Литература

1. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р., Кириченко А.Г. «Эпилепсия, руководство для врачей». - К.:Книга-плюс, 2001.-168 с. ил.
2. Дзяк Л.А., Кириченко А.Г. Современные аспекты патогенеза эпилепсии. — Метод. рекомендации, Днепропетровск, «Пороги», 2000. — 27 с.
3. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. — М.: Издательство БИНОМ, 2006. — С.132-164, 177-186.
4. Калинин В.В. Психиатрические проблемы эпилептологии и нейропсихиатрия // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — №3. — С.5-9.
5. Литовченко Т.А. Эпилепсия: современное решение проблемы // НЕЙРОNEWS. — 2006. — №1. — С.11-17.
6. Мороз С.М., Кириченко А.Г. и др.// Актуальные вопросы формирования индивидуальной программы реабилитации больных эпилепсией / Український медичний альманах, 2008. — Т.2, №1(додаток). — С. 101-104.

Summary

SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MORBIDITY RATE AND PRIMARY DISABLEMENT UNDER NEUROLOGICAL CONDITIONS (EPILEPSY)

A.G. Kyrychenko

Key words: epidemiology, medical and social assessment, epilepsy

The social and epidemiological aspects of disease incidence of epilepsy and primary disablement due to it have been studied. The performed research, as well as long-term work epileptics and study of scientific literature induce us to raise the question of reconsidering a number of social restrictions for patients with epilepsy. Technical progress, mechanization and automatic control of production, high level of safety – all these conditions render it possible to extend the range of professions, adequate and feasible for patients with epilepsy. Our challenge is to maximize the use of professional skills of epileptics, as well as to prevent their disqualification as effectively as possible.

Public Agency “Ukrainian State Scientific-Research Institute for Medical and Disability Social Problems of Ministry of Health of Ukraine”, Dnipropetrovsk

Матеріал надійшов до редакції 07.03.2012 р.