

УДК 616.831-005.1-07:572.025

Сучасні принципи медико-соціальної експертизи при мозкових інсультах

І.С. Зозуля², В.А. Голик¹, Г.В. Русіна¹, С.В. Сліва¹¹ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ²Національна медична академія післядипломної освіти, м. Київ

Резюме

В статті представлені сучасні дані, що стосуються основних принципів медико-соціальної експертизи при мозкових інсультах, які ґрунтуються на результатах закінченої науково-дослідницької роботи УкрГосНИИМСПИ. Рекомендовано використовувати уніфіковані шкали бальної оцінки функціонального стану хворих, перенесених мозковий інсульт (Європейська шкала інсульту, Модифікована шкала Боханнона, Шкала балансу Берга). Проведено кореляційний аналіз між показателями бальних шкал і ступенем обмеження життєдіяльності згідно відповідних шкал, представлені удосконалені кількісні критерії встановлення груп інвалідності.

Ключові слова: мозковий інсульт, інвалідність, обмеження життєдіяльності.

Summary

The article presented current data concerning main principles of medical and social expertise in poststroke patients. The ones based on finished scientific investigation held in Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability. Grading scales for functional poststroke assessment (European Stroke Scale, Bohannon Modified Scale, Berg Balance Scale) were recommended for routine use. Correlation analysis between scale grades and disability grades was performed. Perfected criteria for invalidity status setting in poststroke patients were proposed.

Keywords: stroke, invalidity status, disability.

Проблема мозкових інсультів є найбільш актуальною в сучасній медицині світу. За даними доповіді «Всесвітня статистика охорони здоров'я, 2008 р.» вперше за останні десятиліття відбувся перерозподіл у структурі смертності від інфекційних хвороб у бік неінфекційних. На сьогоднішній день основними причинами смерті людства є серцево-судинні захворювання та інсульти [1].

Інсульт посідає друге місце серед хвороб з фатальними наслідками, а також є найбільш розповсюдженою причиною

стійкої втрати працездатності. У світі в 2005 р. він став причиною 5,7 млн. смертельних випадків і прогнозується зростання смертності внаслідок інсульту до 6,7 млн. у 2015р. та до 7,8 млн. у 2030 р. [1,2,4]. Вивчення динаміки захворюваності інсультом у світі за останні десятиріччя вказує на існування стійкої тенденції до росту і становить 0,5–2% у рік. У 1975 р. цей показник не перевищував 2,0 на 1000 населення. Протягом останніх 10 років він виріс з 2,2 до 3,5 у більшості країн Європи [2,5,8]. Актуальна проблема гострих по-

рушень мозкового кровообігу (ГПМК) в Україні, де протягом декількох десятиріч смертність внаслідок цереброваскулярних хвороб (ЦВХ) посідає друге місце у структурі загальної смертності населення країни. Рівень захворюваності і смертності внаслідок інсульту залишається стабільно високим та значно перевищує показники більшості країн Європи [3, 6, 7].

Наглядові епідеміологічні дослідження визначили велику кількість взаємозв'язків різноманітних факторів повсякденного життя та/або захворювань, які мають зв'язок із захворюваністю інсультом [9, 10], чому називаються факторами ризику інсульту. Оскільки інсульт має гетерогенну етіологію, патерни факторів ризику для усіх типів та субтипів інсульту не є однаковими. Навпаки, широкі проспективні дослідження факторів ризику інсульту зрідка розподілені між основними патологічними типами. Найбільш загальні фактори ризику, такі як вік, стать, куріння, алкоголізм, гіпертензія, фібриляція передсердь, діабет, ожиріння є однаковими для ішемічного інсульту та судинних захворювань інших частин тіла. Деякі інші фактори ризику інсульту та/або транзиторні ішемічні атаки, як гемодинамічно значущого каротидного стенозу, є більш специфічно пов'язаними з інсультом.

В Україні відзначається тенденція до росту та омоложення МІ, чому сприяє важкий економічний стан і екологічна ситуація в країні, а також неадекватна корек-

ція факторів ризику цереброваскулярних захворювань.

Інвалідизація після перенесеного інсульту досягає 3,2 на 10 000 населення, посідаючи перше місце серед чинників первинної інвалідності [11]. Наявна тенденція до зростання показників інвалідності у населення працездатного віку.

Мета роботи. Удосконалити комплекс досліджень, спрямований на визначення особливостей експертно-діагностичної оцінки обмеження життєдіяльності та застосувати критерії медико-соціальної експертизи у хворих працездатного віку, які перенесли мозковий інсульт.

Матеріали та методи. Обстежено 110 хворих, які були розділені на клінічні групи згідно з локалізацією вогнища ураження головного мозку, що обумовлює неврологічний дефіцит, прямуючий до низки порушень структур та функцій головного мозку, які, в свою чергу, ведуть до формування обмеження активності та можливості участі хворих у життєвих ситуаціях.

Клінічні групи представлені:

- Група I - НГПМК у правому каротидному басейні (права гемісфера великого мозку) – 34 особи;
- Група II – НГПМК у лівому каротидному басейні (ліва гемісфера великого мозку) – 46 осіб;
- Група III – НГПМК у вертебробазиллярному басейні (стовбур мозку, мозочок) – 15 осіб;
- Група IV – НГПМК із сполученими

ураженнями декількох басейнів – 15 осіб.

Критерії включення у дослідження:

- верифікований томографічно діагноз гострого порушення мозкового кровообігу;
- термін після останнього гострого порушення мозкового кровообігу до 3 років (на основі часових особливостей патоморфологічних характеристик перебігу мозкового інсульту);
- наявність встановленої групи інвалідності внаслідок мозкового інсульту;
- працездатний вік хворого на момент включення у дослідження.

Критерії виключення у дослідження:

- змінений рівень стану свідомості;
- відсутність, або мінімальний контакт з пацієнтом (як мовний, так і інш);
- повна залежність від зовнішніх осіб у повсякденній активності;
- наявність некомпенсованої соматичної патології, що не дає можливості проведення заходів мультидисциплінарної реабілітації.

Відповідно до принципів репрезентативності клінічне обстеження включало оцінку неврологічного статусу з виділенням провідних клінічних синдромів та їх уніфікованою градацією з урахуванням рекомендацій провідних неврологічних клінік. Пацієнти, які перенесли мозковий інсульт, також були обстежені за допомогою параклінічних методів дослідження (електроенцефалографія, електрокардіографія, добове моніторування арте-

ріального тиску та частоти серцевих скорочень), комплексного експериментально-психологічного дослідження (тест 10 слів, таблиці Шульте, тест Векслера, тест Люцера, методика Спілберга-Ханіна). Для оцінки функціональних порушень використовувались бальні шкали European Stroke Scale (ESS), Bohannon Modified Scale (BMS), Berg Balance Scale (BBS), Barthel Index (BI), Medical Research Council Scale (MRCs), оцінка за якими стала основою для визначення ступеня обмеження життєдіяльності хворих працездатного віку, які перенесли МІ, оцінка обмеження життєдіяльності інвалідів з використанням МКФ (Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я) (ВООЗ, 2001р.) [12] та «Інструкції про встановлення груп інвалідності», наказ МОЗ від 07.04.2004 р. [13] для вдосконалення експертно-діагностичних критеріїв при проведенні МСЕ у відповідній групі інвалідів працездатного віку. Обмеження життєдіяльності базується на здібності хворого до самообслуговування, переміщення, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, ведення домашнього господарства, повсякденної активності, взаємодії з навколишнім середовищем, навчання та трудової діяльності. Для визначення ступеня обмеження життєдіяльності нами враховувались також основні соціальні критерії: клас праці, професія, освіта, вік, можливості перекваліфікації, працевлаштування, сімейний стан.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась на персональній ЕОМ з використанням пакету прикладних програм Statistic 5.0 for Windows (Stat Soft Inc., США) у відповідності до основних завдань дослідження.

Результати дослідження. Проведене обстеження 110 хворих (80 чоловіків та 30 жінок) працездатного віку, які перенесли МІ у віці від 20 до 59 років. Серед досліджених груп превалювали пацієнти чоловічої статі – 63,6%, у віці 50-59 років. Для вирішення поставлених задач користувалися Міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду з урахуванням «Класифікації судинних уражень головного та спинного мозку» Є.В.Шмідта (1985). При цьому, крім етіології і локалізації процесу вказували стадію захворювання (наслідки ГПМК), наявність та ступінь вираженості основних неврологічних та психоневрологічних синдромів, ступінь обмеження життєдіяльності. У зв'язку з чим виділені наступні клінічні групи: група I – НГПМК у правому каротидному басейні (права гемісфера великого мозку) – 34 особи (30,9%), група II – НГПМК у лівому каротидному басейні (ліва гемісфера великого мозку) – 46 осіб (41,9%), група III – НГПМК у вертебро-базиллярному басейні (стовбур мозку, мозочок) – 15 осіб (13,6%), група IV – НГПМК із сполученими ураженнями декількох басейнів – 15 осіб (13,6%).

Клінічний аналіз стану хворих був проведений з урахуванням кількісної оцін-

ки основних неврологічних синдромів, бальної оцінки стану хворих, даних комплексного психологічного дослідження, електрофізіологічних досліджень (ЕЕГ, ЕКГ, добове моніторування ЕКГ та АТ), експертно-реабілітаційної діагностики (за даними МКФ, Інструкції).

Основними факторами ризику МІ в клінічних групах були АГ (90,8%), оклюзивно-стенозуюче ураження магістральних артерій голови (МАГ) (79,4%), кардіальна патологія (50,0%), гіперліпопротеїдемія (10,8%), цукровий діабет (30,3%).

Аналіз клінічних даних визначив наявність для хворих I клінічної групи рухових розладів легкого (29,4%) та помірного ступенів (64,7%), координаторних порушень (66,7%). Клінічна група II характеризувалась афотичними розладами (26,0%), помірними (50,0%) та значними (23,7%) парезами та координаторними порушеннями (65,3%). Для хворих III клінічної групи характерні координаторні порушення (86,6%). Для пацієнтів IV клінічних груп були характерні координаторні порушення (60,%), та рухові розлади різного ступеня вираженості (80%).

За бальною оцінкою вираженості функціональної недостатності найтяжчі функціональні порушення кінцівок (ESS) були у хворих I групи ($29,6 \pm 2,9$; $p < 0,001$), координаторної сфери (BBS, BMS) у осіб з ураженням вертебро-базиллярного басейну (відповідно $37,4 \pm 2,5$, $p < 0,05$; $6,2 \pm 0,7$; $p < 0,05$), а стан загальної активності (BI)

був значно гірший у інвалідів I та IV клінічних груп (відповідно $78,4 \pm 3,1$; $p < 0,001$; $75,6 \pm 3,6$; $p < 0,05$), а також II клінічної групи ($80,6 \pm 2,4$; $p < 0,05$) внаслідок афотичних розладів.

Клінічна картина психопатологічних розладів характеризувалась наступним синдромологічним спектром: неврастенічний синдром спостерігався у 36,1% осіб, психоорганічний синдром у – 27,7% (астенічний варіант у 13,8%, змішаний варіант психо-органічного синдрому у 13,8%), астенічний синдром – у 22,2% хворих, астенодепресивний у – 11,1% хворих, психопатоподібний синдром у – 2,7% інвалідів.

При проведенні нейропсихологічного обстеження виявлені більш виражені порушення довгострокової пам'яті у 90,5% ($p < 0,05$) пацієнтів I клінічної групи, у хворих II клінічної групи – рівень ситуативної тривожності 60,6% ($p < 0,001$), короткострокової пам'яті 86,4% та уваги 90,5% (відповідно $p < 0,001$). Для пацієнтів III клінічної групи більш виражена особиста тривожність 73,1% ($p < 0,001$).

Результати порівняльного міжгрупового аналізу розповсюженості ЕЕГ-патернів у хворих різних груп за методом Фішера не виявили суттєвої різниці частоти різних типів ЕЕГ між хворими чотирьох клінічних груп ($p > 0,05$). Не встановлено зв'язку між домінуючим типом ЕЕГ та ступенем обмеження життєдіяльності за МКФ.

Аналіз добового моніторингування АТ дозволяє виділити деякі особливості про-

філю АТ: тенденція до переважання м'якої форми артеріальної гіпертензії, формування ізольованої систолічної АГ у хворих III клінічної групи порівняно з пацієнтами I та II груп; порушення циркадного ритму АТ у вигляді переважно дефіциту нічного зниження АТ (non-dipper), більш виражені в I та II групах.

Визначено, що серед досліджених пацієнтів переважну більшість склали пацієнти з кваліфікованим характером праці (87,2%), трудовим стажем більше 26 років (56,3%), до настання інвалідності основними класами праці були 2-й та 3-й класи (відповідно 47,2% та 36,1% випадку). Після настання інвалідності серед осіб, які повернулись до праці, переважав 2-й клас праці – 12,3% ($p < 0,01$).

Уперше на Україні згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, прийнятої ВООЗ в 2001 році, нами були розроблені клініко-функціональні критерії оцінки ступеня вираженості основних доменів обмеження життєдіяльності, що надають підставу для визначення груп інвалідності.

Обмеження здібності до самообслуговування.

I ступінь – помірний парез кінцівок, клініко-функціональні показники: помірне обмеження амплітуди активних рухів у суглобах, помірне зниження м'язової сили (3 бали);

II ступінь – виражений парез кінцівок,

клініко-функціональні показники: виражене обмеження амплітуди активних рухів у всіх суглобах, виражене зниження м'язової сили (до 2-х балів);

III ступінь – геміплегія, значно виражений парез, клініко-функціональні показники: мінімальний об'єм амплітуди активних рухів у всіх суглобах, значно виражене зниження м'язової сили (до 1 бала);

Обмеження здатності до пересування.

I ступінь – помірний парез кінцівок, незначні або помірні вестибуло-мозочкові порушення, клініко-функціональні показники: помірно обмеження амплітуди активних рухів у суглобах, помірно зниження м'язової сили (3 бали); помірно підвищення м'язового тонусу по спастичному типу; спастична хода з використанням допоміжної опори при ході (милиця); незначні (нестійкість в позі Ромберга) або помірні (похитування в позі Ромберга, при ході, промазування при коліно-п'ятковій пробі) статокінетичні порушення.

II ступінь – виражений парез кінцівок, виражені вестибуло-мозочкові порушення, клініко-функціональні показники: виражене обмеження амплітуди активних рухів у всіх суглобах, виражене зниження м'язової сили (до 2 балів), виражене підвищення м'язового тонусу за спастичним типом; спастична хода з використанням допоміжної опори при ході (милиця); виражені порушення статики та координації рухів.

III ступінь – геміплегія, значно виражений геміпарез, значно виражені вести-

було-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 тонусу по спастичному типу, неможливість самостійно пересуватися.

Обмеження здатності до спілкування.

I ступінь – клініко-функціональні показники: незначні елементи моторної афазії та амнестичної афазії,

II ступінь – клініко-діагностичні показники: виражена моторна та амнестична афазії (спонтанна мова обмежена, хворий відповідає на запитання окремими словами),

III ступінь – клініко-функціональні показники: тотальна афазія (моторна, сенсорна, амнестична), психоорганічні порушення із значним зниженням мнестично-інтелектуальної діяльності.

Обмеження здатності до навчання.

I ступінь – клініко-функціональні показники: помірна або незначна моторна, амнестична афазії, помірно порушення психічних функцій з мнестично-інтелектуальним зниженням,

II ступінь – клініко-функціональні показники: виражене порушення психічних функцій (мнестично-інтелектуальне зниження), виражена моторна афазія, виражена дизартрія,

III ступінь – клініко-функціональні по-

казники: тотальна афазія (моторна, сенсорна, амнестична), психоорганічні порушення із значним зниженням мнестично-інтелектуальної діяльності.

Обмеження здібності до орієнтації.

I ступінь – клініко-функціональні показники: судоми з короткочасними відключеннями свідомості (генералізовані судоми, частотою в середньому 1-3 за місяць);

II ступінь – клініко-функціональні показники: часті епілептиформні судоми (4 рази на місяць і більше) з короткочасною втратою свідомості, виражене порушення психічних функцій (мнестично-інтелектуальне зниження);

III ступінь – клініко-функціональні показники: значно виражене порушення психічних функцій (мнестично-інтелектуальні порушення, деградація особистості до слабобумства, відсутність критики), тотальна афазія.

Обмеження здатності до трудової діяльності.

I ступінь – помірні або незначні статодинамічні порушення (геміпарез, атаксії), помірні або незначні сенсорні порушення, помірне або незначне порушення психічних функцій (мнестично-інтелектуальне зниження, моторна, амнестична афазія, генералізовані судомні напади рідкісні або середньої частоти);

II ступінь – виражені статодинамічні порушення (геміпарез, атаксія); виражені сенсорні порушення, виражені порушення

психічних функцій (мнестично-інтелектуальне зниження, моторна, амнестична афазія, часті судомні напади);

III ступінь – значно виражені статодинамічні порушення (геміплегія, атаксії); виражені сенсорні порушення; значно виражені порушення психічних функцій (мнестично-інтелектуальне зниження).

Обмеження здатності до контролю за своєю поведінкою.

I ступінь – клінічні критерії: незначні порушення в сфері психічних функцій, синкопальні пароксизми з короткочасною втратою свідомості; епілептиформні напади;

II ступінь – клініко-функціональні показники: виражене порушення у сфері психічних функцій із зниженням інтелектуально-мнестичних процесів;

III ступінь – клініко-функціональні показники: значно виражене порушення психічних функцій з мнестично-інтелектуальним зниженням.

У обстежених I клінічної групи виявлені кореляційні зв'язки між бальною оцінкою ESS та здатністю до самообслуговування ($R = -0,69$, $p = 0,012$), пересування ($R = -0,73$, $p = 0,03$), ведення домашнього господарства ($R = -0,5$, $p = 0,011$); BMS та обмеженням функцій самообслуговування ($R = -0,71$, $p < 0,0001$), пересування ($R = -0,72$, $p < 0,0001$), ведення домашнього господарства ($R = -0,74$, $p < 0,0001$), ВІ та обмеження повсякденної діяльності ($R = -0,57$, $p = 0,017$).

У пацієнтів II клінічної групи виявлені кореляційні зв'язки між бальною оцінкою ESS та здібністю до пересування ($R = -0,55$, $p < 0,0006$), спілкування ($R = -0,83$, $p = 0,05$), ВІ та здатністю до самообслуговування ($R = -0,52$, $p < 0,0001$), переміщення ($R = -0,58$, $p = 0,02$), спілкування ($R = -0,66$, $p < 0,0001$), контролю за своєю поведінкою ($R = -0,53$, $p = 0,008$), повсякденної активності ($R = -0,54$, $p = 0,04$).

У хворих III клінічної групи виявлені кореляційні зв'язки між ESS та здатністю до орієнтації ($R = -0,56$, $p = 0,04$), взаємодії з навколишнім середовищем ($R = -0,56$, $p = 0,04$), BMS та здатністю до взаємодії з навколишнім середовищем ($R = -0,57$, $p = 0,04$), орієнтації ($R = -0,58$, $p = 0,03$), ВІ та здатністю до пересування ($R = -0,55$, $p = 0,04$), BBS та здібністю до пересування ($R = -0,64$, $p = 0,01$), орієнтації ($R = -0,53$, $p = 0,02$).

У IV клінічній групі встановлено кореляційний зв'язок між ESS та самообслуговуванням ($R = -0,68$, $p = 0,05$), переміщенням ($R = -0,87$, $p = 0,003$), орієнтацією ($R = -0,73$, $p = 0,03$), спілкуванням ($R = -0,80$, $p = 0,01$).

Після проведеного дослідження визначені взаємозв'язки доменів обмеження життєдіяльності за МКФ та балів за оціночними шкалами (ESS, BMS, BBS, ВІ) в клінічних групах.

У зв'язку з цим нами запропоновано критерії експертно-діагностичної оцінки

обмеження життєдіяльності та визначення груп інвалідності (табл. 1).

Критерієм для встановлення *першої 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; вести домашнє господарство, виконання функцій повсякденної активності; взаємодії з навколишнім середовищем; навчання; праці III ступеня; бали по шкалі ESS (27,3 - 32,1); ВІ (25,8 - 75,6); BMS (2,7 - 6,8); BBS (36,6 - 37,4).

Клінічними синдромами, які дають право на встановлення I групи інвалідності є: геміплегія, грубий геміпарез, груба 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; вести домашнє господарство; виконання функцій повсякденної активності; взаємодії з навколишнім середовищем; навчання; праці II ступеня; бали по шкалі ESS (29,6 - 32,1); ВІ (75,6 - 80,3); BMS (6,3 - 6,8); BBS (37,4 - 39,8). Клінічними синдромами, які дають право на встановлення II групи

Таблиця №1

Критерії експертно-діагностичної оцінки обмеження життєдіяльності та визначення груп інвалідності

Критерії оцінки	Ступінь вираженості (бали)			
	легкий (0)	помірний (I)	виражений (II)	значно виражений (III)
Рухові розлади	Легкі	Помірні	Виражені	Значно виражені
Координаторні порушення	Легкі	Помірні	Виражені	Значно виражені
Мовні розлади та порушення вищих коркових функцій	Легкі	Помірні	Виражені	Значно виражені
Зорові розлади	Легкі	Помірні	Виражені	Значно виражені
Гіперкінетичний синдром	Легкий	Помірний	Виражений	Значно виражений
Психоорганічний синдром	Легкий	Помірний	Виражений	Значно виражений
Розлад функцій тазових органів	Легкі	Помірні	Виражені	Значно виражені
Домени обмеження життєдіяльності:				
Пересування	0-6	7-12	13-18	19-24
Самообслуговування	0-5	6-10	11-15	16-20
Спілкування	0-5	6-10	11-15	16-20
Навчання	0	1	2	3
Трудова діяльність	0	1	2	3
Орієнтація	0-3	4 - 6	7 - 9	10-12
Контроль за своєю поведінкою	0-6	7-12	13-18	19-24
Шкали бальної оцінки				
European Stroke Scale		32,1 - 43,1	29,6 - 32,1	27,3 - 32,1
Bohanon		6,8 - 7,3	6,3 - 6,8	2,7 - 6,8
Barthel		80,3 - 83,6	75,6 - 80,3	25,8 - 75,6
Berg		39,8 - 41,2	37,4 - 39,8	36,6 - 37,4
Обмеження життєдіяльності (групи інвалідності)	Не інвалід	III група інвалідності	II група інвалідності	I група інвалідності

інвалідності, є: виражений геміпарез, виражена моторна, сенсорна афазія, виражена атаксія, виражений психоорганічний синдром, виражена дисфагія, виражене порушення функції 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; вести домашнє господарство; виконання функцій повсякденної активності; взаємодії з навколишнім середовищем; навчання; праці 1-го ступеня; бали по шкалі ESS (32,1- 43,1); VI (80,3- 83,6); VMS (6,8- 7,3); BBS (39,8 - 41,2). Клінічними синдромами, які дають право на встановлення III групи інвалідності, є: помірний геміпарез, помірна моторна, сенсорна афазія, помірна атаксія, помірний психоорганічний синдром, помірна дисфагія, помірне порушення функції 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, внаслідок 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 мозковими інсультами група інвалідності не встановлюється.

Таким чином, при проведенні медико-соціальної експертизи хворих з мозковими інсультами на сучасному етапі розвитку медичної науки враховуються як морфологічні, так і функціональні розлади. Ключовим у цьому є вираженість ведучих невро-

логічних синдромів (як це було із протягом другої половини XX сторіччя до введення в експертну практику термінів „обмеження працездатності” та „обмеження життєдіяльності” до прийняття діючих нормативних документів). Експертна практика обов'язково враховує професійні, соціальні фактори, необхідність та можливість навчання, раціонального працевлаштування, що забезпечує прийняття індивідуалізованих експертних рішень.

Висновки. Основними медичними факторами ризику мозкових інсультів серед відповідної групи інвалідів працездатного віку є артеріальна гіпертензія (у 90,5% інвалідів), оклюзивно-стенозуюче ураження церебральних артерій (79,4%), кардіальна патологія (50,0%), гіперліпопротеїдемія (10,8%). Велике значення мають соціальні фактори: клас праці, трудовий стаж. Переважають інваліди чоловічої статі у віці 50-59 років, які з кваліфікованим характером праці, трудовим стажем понад 26 років.

Роль параклінічних діагностичних методів полягає у виявленні та кількісній характеристиці факторів ризику мозкового інсульту, з'ясуванні характеру та ступеня порушень морфологічного і функціонального стану мозку та серцево-судинної системи, що є важливим за умовою об'єктивізації функціональної недостатності у випадках незначної її вираженості та при рентній установці інвалідів під час проведення медико-соціальної експертизи.

В усіх інвалідів унаслідок мозкового

інсульту наявні непсихотичні психічні та когнітивні розлади різного ступеня вираженості, які додатково впливають на процес проведення медико-соціальної експертизи.

Критеріями інвалідизації хворих, які перенесли мозковий інсульт, є обмеження життєдіяльності (самообслуговування, пересування, спілкування, трудова діяльність) внаслідок рухових, координаторних, мовних, психічних розладів.

Для проведення медико-соціальної експертизи інвалідів працездатного віку внаслідок мозкових інсультів згідно із Інструкцією про встановлення груп інвалідності (наказ МОЗ України №183 від 07.04.04), Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я у відповідній групі хворих доцільно використовувати критерії, що розроблені на підставі бальних оціночних шкал та визначати ступінь провідних клінічних синдромів.

Література:

1. Виленский Б.С. Инсульт – современное состояние проблемы /Б.С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – №2 – С. 4-10.
2. Виленский Б.С. Современное состояние проблемы инсульта /Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Вестник Российской АМН. – 2006 – №9 – 10. – С18-23.
3. Волошин П.В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П.В.Волошин, Т.С.Міщенко, С.В. Лекомцева // Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – №3 (7). – С. 9-13.
4. Гусев Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации: Время активных совместных действий / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007 – №8. – С. 4-10.
5. Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе? Опыт Финляндии / М. Касте // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова (Инсульт приложение к журналу). – 2003. – № 9. – С. 65 - 68.
6. Коваленко В.М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу / В.М.Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко – К., 2009.– 145с.
7. Міщенко Т.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / Т.С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2006 – №1. – С. 3-7.
8. Leys D. The main components of stroke unit care. / Ringelstein E., Kaste M. et. Al / D. Leys, E. Ringelstein, M. Kaste // Cerebrovasc. Dis. – 2007. – Vol. 23. – P. 465.
9. Boiden-Albala BM, Evers SK, Rundek T, et al. Blood pressure status one year post stroke: Findings from the Northern Manhattan Stroke Study. Stroke. 2001; 32:322, Abstract.
10. Kissela BM, Sauerbeck L, Woo D, et al. Subarachnoid hemorrhage is a preventable disease with a heritable component. Stroke.

2001; 32:364. Abstract.

11. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2010 рік (аналітико-інформаційний довідник) / Уклад. Маруніч В.В., Іпатов А.В. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2010. – 130 с.

12. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

13. Наказ МОЗ України №183 від 07.04.2004 р. «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності»



УДК: 616.248:616-036.86

Критерії медико-соціальної експертизи та обмеження життєдіяльності інвалідів унаслідок бронхіальної астми

С.С. Панина, Н.О. Гондуленко, Н.А. Санина, Т.С. Ігумнова

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

Критерии медико-социальной экспертизы и ограничения жизнедеятельности инвалидов вследствие бронхиальной астмы.

С.С. Панина, Н.А. Гондуленко, Н.А. Санина, Т.С. Игумнова.

В статье описаны современные критерии медико-социальной экспертизы и определения уровня ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие бронхиальной астмы. Комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных факторов позволяет сделать должный вывод о наличии и степени ограничения отдельных категорий жизнедеятельности у лица, проходящего освидетельствование.

Ключевые слова: *бронхиальная астма, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности.*

Summary

The article describes the modern criteria of medical and social expertise and determination of the level of life activity limitation of disabled persons with asthma. Complex assessment of clinical, functional, psychological and social factors helps to make a proper conclusion about the presence and degree of certain categories of life activity limitation of a person passes examination.

Keywords: *asthma, medical and social expertise, life activity limitation.*

Захворювання органів дихання, зокрема бронхіальна астма, на сьогоднішній день залишаються одним із найвагоміших чинників захворюваності та інвалідизації населення України. Так, статистична зві-

ність з первинної інвалідності внаслідок бронхіальної астми, що була отримана протягом 2008–2010 рр., свідчить про значну розповсюдженість цього захворювання та демонструє приріст показників первин-