

УДК 616.831-005.1:614.4

## КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (3-ЛЕТНИЙ УКРАИНСКИЙ ОПЫТ)

А. В. Ипатов<sup>1</sup>, Т. С. Мищенко<sup>2</sup>, В. А. Голик<sup>1</sup>, Н. А. Гондуленко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

<sup>2</sup>ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

### Резюме

У статті наведена епідеміологічна інформація показників первинної інвалідності внаслідок найбільш розповсюджених захворювань нервової системи (цереброваскулярна патологія, хвороба Паркінсона, епілепсія, демієлінізуючі захворювання ЦНС, захворювання периферичної нервової системи) у співставленні із клінічними даними офіційної статистики МОЗ України за трирічний термін (2008–2010 рр.). Виявлена низка системних помилок експертно-реабілітаційної діагностики при цереброваскулярній патології, інших значущих неврологічних захворюваннях, накреслені шляхи вирішення визначених проблем.

**Ключові слова:** медико-соціальна експертиза, інвалідність, захворювання нервової системи.

### Summary

The article presents epidemiological information of primary disability due to widespread neurological diseases (cerebrovascular pathology, Parkinson's disease, epilepsy, demyelinating CNS disorders, peripheral nervous disorders) in comparison with clinical official statistical data from Ministry of health of Ukraine for 3 years period (2008-2010). Several system errors of expert-rehabilitation diagnostics in cerebrovascular pathology etc. were disclosed. Future corrective actions were proposed.

**Keywords:** medical – social expertise, invalidity, neurological diseases.

Неврологические заболевания ввиду своей увеличивающейся распространенности и больших экономических затрат, связанных с последующей высокой инвалидизацией, выступают основой для формирования значительной социальной и экономической проблемы европейского и мирового масштаба. Инсульт, деменция, эпилепсия и болезнь Паркинсона являются важными факторами, определяющими смертность и заболеваемость в любых мировых сообществах [1, 2, 4]. В то же время, ресурсы и службы для оказания помощи при этих заболеваниях диспропорциональны и недостаточны, особенно в развивающихся странах [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире 25% функциональных расстройств формируются вследствие неврологических заболеваний, при этом, по сравнению с 1996 годом, наблюдается их

рост в 2,5 раза [2, 3]. 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]. При сопоставлении объемов финансирования вопросов, связанных с проведением исследований по снижению финансовой нагрузки и социального бремени данной проблемы, было определено, что исследования болезней мозга получают только 8% финансирования из Пятилетней Объединенной Программы Европейской Комиссии, что составило 0,01% ежегодной цены заболеваний мозга за данный период [2]. Ввиду этого, на период функционирования Семилетней Объединенной Программы Европейской Комиссии (FP7, 2007-2013) был инициирован структурированный мультиэкспертный (включающий предста-

вителей нейронаук, клиницистов, представителей фармацевтической индустрии, благотворительных организаций и объединений пациентов) исследовательский проект, имеющий целью выработать приоритетные направления и пути решения данной проблемы. Одной из прикладных эпидемиологических мишеней деятельности данного объединения явилась характеристика не только традиционных клинических показателей неврологической патологии, но и сбор эпидемиологической информации о распространенности и популяционной динамике различных неврологических дефицитов (гемипарезы, афазии, атактические расстройства, деменции различного генеза) с целью определения количественной необходимости в специфических реабилитационных интервенциях, различных компенсирующих приспособлениях.

В Украине данная проблема является не менее актуальной, 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, тренирующих активности повседневной жизни – нет в номенклатуре специальностей в Украине вообще).

Таким образом, для определения фактического состояния проблемы в Украине

и использования управленческих рычагов с целью её решения, необходимым является обеспечение адекватной информацией о состоянии инвалидности, характеризующей исходы заболеваний нервной системы.

**Материалы и методы.** Последние годы нормативной документацией, регламентирующей функционирование системы медико-социальной экспертизы (МСЭ) в Украине, являлись Наказ № 83 с последующими изменениями. 03.12.2009 подписано Постановление Кабинета Министров Украины № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» [7], с изменениями, необходимыми для реализации Закона «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [8] и касающиеся «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності» (фактически до настоящего времени по-прежнему действует «Інструкція про встановлення груп інвалідності» [9], находящаяся в стадии длительной переработки). На протяжении многих лет централизованным сбором ежегодной статистической информации по показателям инвалидности вследствие различных заболеваний и состояний занимается Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, выпускается ежегодный аналитико-информационный справочник «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України» [10]. К сожалению, объем собираемых данных, регламентируемый формой № 14, утвержденной Центром медицинской статистики МЗО Украины [11], обеспечивает лишь скудную фактическую информацию, касающуюся заболеваний нервной системы: только первичная инвалидность и только по собственно заболеваниям нервной системы в классе VI (заболевания нервной системы) – «эпилепсии» и «заболеваниям периферической нервной системы», в классе IX (заболевания системы кровообращения) – «цереброваскулярным заболеваниями» в раз-резе взрослого и трудоспособного населения, без какой-либо детализации и, в классе XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) – «остеохондрозу позвоночника». В 2008–2010-м г. путем запросов областным Цен-

трам медико-соціальної експертизи (МСЭ) и центральним городским медико-соціальним експертним комиссиям (МСЭК) городов Киева и Севастополя, нами собрана более детализованная информация, касающаяся первичной инвалидности вследствие основных неврологических заболеваний. Статистикам МСЭК было предложено представить совокупную информацию в соответствии с кодами МКБ X: цереброваскулярная патология: инсульт (I60 – I64), геморрагический инсульт (I60, I61, I62), ишемический инсульт (I63, I64), последствия инсульта (I69), «дисциркуляторная энцефалопатия» (I67.2, I67.3, I67.4, I67.8, I67.9), демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы: рассеянный склероз (G35), рассеянный энцефаломиелит (G36, G37), болезнь Паркинсона и синдром Паркинсона (G20, G21), эпилепсия и эписиндромы (G40, G41). Полученные данные сопоставлены с показателями официальной клинической статистики МОЗ Украины [12]. Для упрощения сравнения все показатели представлены в формате «количество случаев на 100 000 населения».

### Результаты и их обсуждение

**Цереброваскулярная патология.** Несмотря на рост показателя распространенности цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в Украине, первичная инвалидность вследствие данной патологии за последние 5 лет (2006–2010 гг.) постепенно снижалась, составляя соответственно 56 – 59 – 49 – 46 – 47 случаев на 100 000 взрослого населения и 45 – 42 – 41 – 41 – 40 случаев – трудоспособного населения соответственно. Указанная тенденция аналогична таковой для показателя заболеваемости (за 2006–2010 гг. для взрослого населения соответственно 1513,2 – 984,8 – 991,7 – 978,2 – 842,1 случая на 100 000 населения). В результате доля цереброваскулярной патологии среди заболеваний, приводящих к инвалидности население Украины, составляла в 2006–2010 гг. 10,9 – 11,2 – 10,1 – 9,8 – 10,0% для взрослых и 7,8 – 7,4 – 7,5 – 7,6 – 7,8% – для трудоспособных лиц соответственно. Среди основных групп инвалидизирующих заболеваний ЦВЗ переместились за 5 лет со II на IV

место (после новообразований, травм и заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани) для взрослого населения и с III на IV место – для населения трудоспособного возраста. Причиной тому было увеличение доли первичной инвалидности вследствие XIII класса заболеваний (костно-мышечной системы и соединительной ткани) в 2008–2009 годах, по состоянию на 2010 год изменения не наблюдаются.

Детализованная оценка вышеобозначенных данных и тенденций 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 гг. составила соответственно 266,9 – 278,2 – 282,9 – 280,2 – 282,3, первичная инвалидность вследствие инсульта (все формы) за 2008 – 2010 составила 20,6 – 22,1 – 21,6 случая на 100 000 населения (в абсолютных цифрах соответственно 7815, 8369 и 8138). Показатель смертности от инсульта взрослого населения за 2006 – 2010 гг. по Украине составил соответственно 95,2 – 91,3 – 91,8 – 91,8 случая. Таким образом, в 2009–2010 годах из числа заболевших инсультом (всеми формами) 32,7 – 32,5% погибло, 7,8 – 7,6% стали инвалидами (имеющими те или иные ограничения жизнедеятельности вследствие патологии). Оставшиеся 59,5 – 59,9% восстановили свои функции в такой степени, что не попали в поле зрения системы МСЭ.

Обращаясь к данным мировой статистики, заболеваемость инсультом превышает таковую для острых коронарных синдромов [13] и исходы пациентов выглядят следующим образом: из 2400 инсультов, случающихся на 1 млн. населения 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.

Показатель первичной инвалидности вследствие ишемического инсульта для взрослого населения за период 2008 – 2010 годы составил соответственно 17,4 – 17,3 – 16,8 случаев, геморрагического инсульта – 4,8 – 4,9 – 4,8.

«Последствия инсульта» явились причиной первичной инвалидности в 2008–2010 гг. в Украине, соответственно, у 10,6 – 9,3 – 9,9 лиц взрослого населения на 100 000. 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.

Очень интересным представляется проведенный нами анализ показателей первичной инвалидности вследствие «дисциркуляторной энцефалопатии» (ДЭП) в структуре цереброваскулярной патологии. Обращаясь к данным клинической статистики [6, 12], до 95% в структуре распространенности ЦВП занимают хронические медленно прогрессирующие формы. Это привело к тому, что в Украине 6,1% населения страдает от «дисциркуляторной энцефалопатии» [6, 12]. В структуре первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии ДЭП составляла в 2008–2010 годах 11,4 – 11,0 – 11,6 случая для взрослого населения с долевым участием соответственно 23,1%, 23,9% и 25,5% и 9,7 – 9,2 – 10,2 случая на 100 000 трудоспособного населения (23,5, 22,2 и 25,5%).

Следует отметить регионы, продемонстрировавшие максимальные показатели подобного рода в последние годы. Так, в 2008 году для трудоспособного населения доля первичных инвалидов вследствие ЦВП по причине ДЭП была максимальной в Полтавской (49,9%), Львовской (48,2%), Николаевской (45,8%), Ровненской (40,4%) и Ивано-Франковской (35,7%), в 2009 – в

Полтавской (50,0%), Львовской (38,1%), Ровненской (36,5%), Ивано-Франковской (36,4%), Одесской (31,9%), в 2010 – в Полтавской (55,6%), Одесской (47,4%), Черкасской (42,6%), Ивано-Франковской (39,1%), Житомирской (34,2%) областях. В данном случае рассматривается население трудоспособного возраста, т.е. та возрастная группа, где не столь актуальны заболевания, связанные с увеличением возраста и традиционно формирующие пул некорректной диагностики цереброваскулярной патологии.

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 психоорганический синдром, ввиду сосудистого поражения головного мозга), экстрапирамидные расстройства («сосудистый паркинсонизм»), постуральные 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 характеризует его долю в спектре паркинсоновских расстройств, всего лишь как 2,1 – 3,5% [14, 15, 16]. 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 практически неврологами клинических проявлений периферических рецидивирующих вестибулярных расстройств (доброкачественное парок-

сизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера) [17, 18]. 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 [19], в частности, раздел 5, касающийся острых и хронических нарушений мозгового и спинального кровообращения (группа 3 Переліку хвороб, при 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 возрастозависимой 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 [20]. 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 период 2007–2010 гг. показатель первичной инвалидности для населения Украины прогрессивно снижался: 1,7 – 1,5 – 1,4 – 1,3 с колебаниями по регионам по состоянию на 2010 г. в пределах 0,2 – 4,4. Максимальные показатели отмечались в Севастополе (4,4), Николаевской (2,9), Черновицкой (2,7) областях, городе Киеве (2,3). Обращаясь к официальной клинической статистике [6, 18], наоборот, наблюдается прогрессивный рост показателей как распространенности 54,1 – 56,0 – 58,1 – 59,3, так и заболеваемости 6,5 – 7,1 – 6,8 – 6,9 случая на 100 000 населения. По состоянию на 2009 г. [6] наибольшие показатели распространенности отмечались в Винницкой области (121,2), Киеве (112,6), Львовской (88,3), Черкасской (86,6), Киевской (81,7) областях (т.е., за исключением Черкасской области, лидерами являлись регионы с наличием специализированных неврологических приемов, посвященных данной патологии). Какая-либо закономерность в динамике и географическом распределении показателей экспертной статистики болезни Паркинсона не прослеживается. Отмечается минимум двукратная первичная гиподиагностика заболевания на территории Украины по отношению к ожидаемым эпидемиологическим показателям [14, 16], 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.

### **Эпилепсия**

Особенностью данной патологии является двойственность оказания помощи с учетом неврологических и психиатрических её аспектов и, соответственно, двойственность кодирования и регистрации клинической и экспертной эпидемиологии. Так, эпилепсия рассматривается как в разделе расстройств психики и поведения (код F00 – F09), так и в разделе заболеваний нервной системы (код G40 – G41). Более того, ввиду частого присутствия эпилептического синдрома в рамках другой

нозологической формы неврологической патологии (последствия черепно-мозговых травм, воспалительных заболеваний ЦНС, инсультов и т.д.), этот факт не указывается при кодировании и информацию о реальном положении эпидемиологии симптоматических эпилепсий собрать крайне сложно. Согласно данным клинической неврологической эпидемиологии МЗО Украины за 2007–2010 годы [6, 12] показатель распространенности эпилепсии составлял 65,8 – 68,3 – 68,7 – 69,2, показатели первичной инвалидности взрослого населения в рамках неврологических кодов МКБ X по имеющимся данным (2008–2010 гг.) составляли 1,8 – 1,5 – 1,7 на 100 000 населения соответственно. Для кодов F00 – F09, согласно информации, собранной за 2010 год отделом психосоматики, психотерапии и медицинской психологии Укр. Гос. НИИ МСПИ, среднеукраинский показатель первичной инвалидности составил 3,0 [29], или 63,8% от общей суммы. Приведенные данные свидетельствуют о принципиальной некорректности формирования как клинических, так и экспертных организационных выводов на основании оценки только неврологической или психиатрической стороны проблемы в отдельности. Более того, требуют регламентирования принципы кодирования эпилептических синдромов (симптоматической эпилепсии), развивающихся в рамках других неврологических заболеваний на этапе клинической, и, впоследствии, экспертно-реабилитационной диагностики.

#### **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 поражению 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 ко-

торой происходит обеспечение пациентов препаратами терапии, модифицирующей течение болезни, и контрастными веществами для магнитно-резонансной томографии. В рамках действующего нормативно-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 2008–2010 годы отмечается некоторое снижение заболеваемости (3,3 – 3,1 – 3,2), но рост распространенности (50,1 – 50,9 – 51,1) патологии среди взрослого населения [6, 12]. Показатель первичной инвалидности при этом также растет (1,7 – 1,9 – 2,0) и по состоянию на 2010 г. варьирует в пределах 4,6 – 0,4 случая на 100 000 в различных областях Украины. Следует отметить некоторые диспропорции распределения данных клинической и экспертной статистики в регионах Украины. Так, в 2009 г. лидерами по распространенности заболевания были Тернопольская, Волынская, Полтавская и Ровненская области (с показателями 102,5, 96,4, 81,6 и 81,2 соответственно), при этом лидерство по первичной инвалидности распределялось несколько иначе: Ивано-Франковская (4,0), Тернопольская (3,2), Волынская (3,1). 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 группе пациентов.

#### **Заболевания периферической нервной системы**

Согласно данным анализа на протяжении 5 лет (2006–2010) отмечается снижение и стабилизация показателя первичной инвалидности взрослого населения 0,4 – 0,4 – 0,3 – 0,3 на 10 000 населения. Максимальные показатели в 2009 г. отмечались в Севастополе (1,0), Винницкой области (0,8) и АР Крым (0,7), минимальные – в Киеве, Хмельницкой и Луганской областях (по 0,1). Данные клинической

статистики [6] свідчать про найбільших показателях як захворюваності, так і розповсюдженості в Вінницькій області, Києві, Львівській і Івано-Франківській областях. Для уточнення особливостей показателя необхідним є визначення причинних факторів настання інвалідності, оскільки для даної групи захворювань свою роль грають не тільки медичні, але й соціальні і виробничі фактори, внаслідок чого вимагається подальша деталізація. Основними нозологічними складовими, що призводять до інвалідності внаслідок захворювань периферичної нервової системи, є плексопатії і плецити, полінейропатії, мононейропатії, викликані різними етіологічними факторами. В експертному плані кожен з них є причиною різних категорій інвалідності: родове ураження плечевого сплетення – категорія «інвалід з дитинства», вплив шкідливих факторів, пов'язаних з професійною діяльністю – категорія «інвалід внаслідок трудової нещасливості», різноманітні неспецифічні фактори – категорія «загальне захворювання». Таким чином, необхідним є деталізований збір статистичної інформації, як за кодами МКБ Х, так і за категоріями інвалідності.

Таким чином, нами здійснені перші скромні кроки по об'єднанню зусиль клінічної і експертної неврології в справі об'єктивної епідеміологічної характеристики всього шляху пацієнтів з неврологічними захворюваннями: від моменту первинної діагностики (показатель захворюваності), на етапі перебігу захворювання і накоплення відповідних функціональних порушень (показатель розповсюдженості) і навіть до проведення медико-соціальної експертизи з метою обмеження життєдіяльності (первинна інвалідність). Наші подальші зусилля будуть спрямовані на проведення первинного моніторингу блоку статистичних даних діяльності клінічної і експертної неврологічних служб з наступним виданням спільного аналітико-статистичного збірника з проведенням поглибленої оцінки качес-

тва експертно-реабілітаційної діагностики пацієнтів неврологічного профілю з відповідними клінічними висновками.

### Література

1. Atlas country resources for neurological disorders. Geneva, World Health Organization. – 2004. – 60 p.

2. Olesen J., Baker M., Freud T. et al. Consensus document on European brain research // JNNP. – 2006. – Vol. 77 (Suppl I). – P. i1–i49.

3. Murray C.J.L., 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. Організація неврологічної служби в світі // Нейрон-ревію. – 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. 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.

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

8. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 06 жовтня 2005 року № 2961-IV // Відом. Верховної Ради України. – 2006. – №2-3. – С. 36.

9. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ МОЗ України №183 від 07 квітня 2004 р.

10. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2010 рік (аналітико-інформаційний довідник) / Уклад. Маруніч В.В., Іпатів А.В., Коробкін Ю.І. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2011. – 137 с.

11. 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.

12. 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.

13. Cordonnier C., Leys D. Stroke: the bare essentials // Pract. Neurol. – 2008. – Vol. 8. – P. 263–272.

14. 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.

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

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

17. 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.

18. 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.

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

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



УДК 001.89+0.91

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

В. В. Маруніч<sup>1</sup>, А. В. Іпатов<sup>2</sup>, Ю. І. Коробкін<sup>2</sup>, І. Я. Ханюкова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України

<sup>2</sup>Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

### *Резюме*

*В статті розглянуті питання реформування системи медико-соціальної експертизи, прийняття нової Інструкції по визначенню груп інвалідності. Приведені поточні проблеми медико-соціальної експертизи, через рішення яких можливо ефективно реформувати галузь.*

**Ключові слова:** інвалідність, медико-соціальна експертиза, реформування.

### *Summary*

*The questions of reforming the system of medical and social expertise, adoption of the new instructions for the definition of disability discussed in the article. Shows the current problems of medical and social expertise, through the solution of which can be effectively reform the industry.*

**Keywords:** disability, medical and social expertise, reform the industry.