

УДК 616.831-005.1:614.4

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ: КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ (10-ЛЕТНИЙ УКРАИНСКИЙ ОПЫТ)

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

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

Заболевания нервной системы представляют существенную социальную и экономическую проблему во всем мире [1, 2]. Это обусловлено возрастающей распространенностью патологии нервной системы и большими экономическими затратами, связанными с высокой инвалидизацией вследствие этой патологии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире 25 % функциональных расстройств обусловлено заболеваниями нервной системы, увеличившись в 2,5 раза по сравнению с данными 1996 года [2, 3]. В Европе болезни нервной системы ответственны за 35 % общего бремени болезней [2]. Инсульт, деменция, эпилепсия и болезнь Паркинсона являются наиболее важными заболеваниями, определяющими смертность и заболеваемость населения земного шара [1, 2, 4]. Анализ исследований по экономическим аспектам болезней мозга в Европе, опубликованный Европейским Советом Мозга в 2005-м, представил ожидаемую цену заболеваний мозга в Европе в 2004 г., как 386 миллиардов евро [5].

В Украине данная проблема является не менее актуальной, что обусловлено низким технологическим уровнем диагностики заболеваний мозга, особенно использующимся в рутинной неврологической практике на этапе первичной неврологической помощи, несовершенством системы последиplomного образования, зачастую дистанцирующей основную массу практикующих неврологов от первичных информационных источников мировой и европейской неврологии, организации стационарной и амбулаторной неврологической помощи (обеспеченность неврологическими койками в мире составляет 0,36 на 10 000 населения, в Европе – 0,53, в Украине – 6,01, количество неврологов на 10 000 населения в мире – 0,91, в Европе – 0,48 и в Украине – 1,47 [1, 5, 6]), несовершенством системы нейрореабилитации, связанным с её фармакологическим уклоном и фактическим отсутствием в медицинском поле специалистов физической реабилитации (нет в номенклатуре медицинских специальностей Украины) и эрготерапевтов (специалистов, занимающихся восстановлением функций повседневной жизненной активности – нет в номенклатуре специальностей в Украине вообще).

Динамическое исследование и сопоставление показателей клинической (заболеваемости

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

Методология. На протяжении многих десятков лет централизованным сбором ежегодной статистической информации по показателям инвалидности вследствие различных заболеваний и состояний занимается ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», на протяжении более 35 лет ежегодно выпускается аналитико-информационный справочник «Основные показатели инвалидности и деятельности медико-социальных экспертных комиссий Украины» [7]. Объем собираемых данных, регламентируемый формой № 14, утвержденной Центром медицинской статистики МЗО Украины [8], обеспечивает лишь ограниченный перечень данных по первичной инвалидности (экспертный эпидемиологический аналог показателя «заболеваемость»). По неврологической патологии имеется информация только по заболеваниям нервной системы в классе VI (заболевания нервной системы), а именно: «эпилепсия» и «заболевания периферической нервной системы», в классе IX (заболевания системы кровообращения), а именно: «цереброваскулярные заболевания» без какой-либо детализации и, в классе XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) – «остеохондроз позвоночника». С 2002 года по настоящее время путем запросов областных Центров медико-социальной экспертизы (МСЭ) и центральных городских медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) городов Киева и Севастополя, нами собрана детализованная информация, касающаяся первичной инвалидности вследствие основных неврологических заболеваний. МСЭК было предложено представить совокупную статистическую информацию в соответствии с кодами МКБ X: цереброваскулярная патология: инсульт (I 60–I 64), геморрагический инсульт (I 60, I 61, I 62), ишемический инсульт (I 63, I 64), последствия инсульта (I 69), транзиторные ишемические атаки (G 45), «дисциркуляторная энцефалопатия» (I 67.2, I 67.3, I 67.4, I 67.8, I 67.9), демиелини-

зируючі захворювання центральної нервної системи: розсіяний склероз (G 35), розсіяний енцефаломієліт (G 36, G 37), хвороба Паркінсона і синдром Паркінсона (G 20, G 21), епілепсія і епісиндром (G 40, G 41), а також арахноїдити різної етіології і їх наслідки. Отримані дані сопоставлені з офіційною клінічною статистикою МЗО України (ГУ «Центр медичної статистики Міністерства здоров'я України», директор професор М.В.Голубчиков), збираємої в рамках статистичної форми № 12, регламентованої тим же Приказом МЗО [8]. Для спрощення порівняння клінічної і експертної епідеміологічної інформації всі показники представлені в форматі «кількість випадків на 100 000 населення».

Отримані результати

Згідно з існуючою в Україні нормативною базою по питанням медико-соціальної експертизи [8], остання проводиться особами, *які звертаються для встановлення інвалідності по напрямку лікувально-профілактичних закладів після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів при наявності даних про невідворотність порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм і викликаючими обмеження життєдіяльності.* Т.е., контакт пацієнта з системою МСЗ відбувається після встановлення діагнозу, проведення всіх можливих видів лікування при

констатації куратором-неврологом і лікарсько-контрольною комісією відповідного медичного закладу факта невідворотності функціональних змін. Іншими словами, клінічні неврологічні діагнози МСЗ коригувати можна тільки в частині ступеня вираженості функціональних порушень і наступних за ними обмежень життєдіяльності.

Неврологічна патологія в цілому.

За період 10 років (2004–2013 роки) спостерігається поступовий зростання поширеності захворювань нервної системи (G00–G99) серед дорослого населення з незначительним зниженням показника за період останніх 3 років (4325,6–4358,2–4445,2–4502,4–4553,9–4574,7–4594,7–4600,6–4588,0–4521,7 випадків на 100 000). При цьому показник захворюваності зазнає різких коливань з тенденцією до зростання і становить 1485,1–1488,2–1523,2–1499,6–1506,6–1518,7–1516,9–1502,4–1477,8–1479,3 випадків відповідно (рис. 1). В той же час, за останні 5 років спостерігається поступове зниження первинної інвалідності дорослого населення внаслідок неврологічної патології (відповідно 31–32–26–29–27–29–24–24–23–22 випадків в 2003–2012 роках). Фактично серед населення дорослих пацієнтів загальної неврологічної профілю (без цереброваскулярної патології) за період 2003–2012 рр. від 0,50 до 0,73 % первинно стали інвалідами.

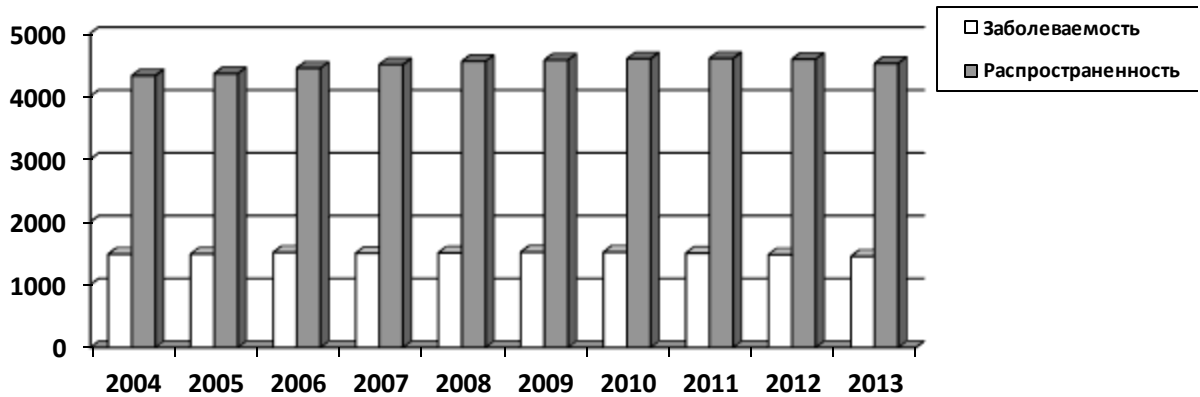


Рис. 1. Динаміка захворюваності і поширеності захворювань нервної системи.

Цереброваскулярна патологія. Згідно з даними світової статистики, головною причиною неврологічної інвалідності є інсульт. З 4 млн. жителів США, живущих з наслідками інсульту, третя частина потребує сторонньої допомоги, більше 15 %, внаслідок виражених перманентних функціональних розстройств, знаходяться в закладах сестринського догляду. Більша частина постраждалих від інсульту мають те або інші обмеження трудової спроможності через 7 років. Розглянемо ситуацію з даною групою захворювань в Україні.

За період 10 років (2004–2013 рр.), незважаючи на впровадження державних програм первинної профілактики цереброваскулярної і кардіоваскулярної патології, спостерігається поступовий

зростання поширеності цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ). За ці роки вказаний показник становив 7873,8–8082,4–8131,7–8219,3–8369,6–8432,9–8482,6–8439,0–8458,6–8354,2 випадків на 100 000 дорослого населення. В той же час, звертає на себе увагу відносна стабілізація з тенденцією до зниження показника захворюваності ЦВЗ за досліджуваний період (1009,6–991,2–1000,1–984,8–991,7–978,2–979,1–962,8–937,6–933,3), при зростанні захворюваності всіма видами інсультів (256,2–269,8–281,2–278,2–282,9–280,2–282,3–294,6–297,8–299,5 випадків) і транзиторними ішемічними атаками (60,5–72,8–80,6–86,0–92,5–97,9–100,9–97,7–99,2 випадків) (рис. 2). При цьому слід відзначити зростання частоти інсультів (з 26,2 % в 2003 році до 32,1 % в 2013 році).

ду) в общей заболеваемости ЦВЗ, что, безусловно, приближает нас к показателям мировой неврологической статистики, характеризующей цереброваскулярную патологию.

Таковы данные клинической эпидемиологии. Показатель первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии для взрослого населения на протяжении последнего десятилетия после

резкого подъема в 2004 году (70 случаев на 100 000 взрослого населения, аналогично пику заболеваемости ЦВЗ – 1009,6 случая) постепенно снижается (70–63–56–59–46–47–48–46–42), при этом также отмечается постепенное снижение инвалидности вследствие инсультов (соответственно, за 2004–2013 годы 25,5–25,4–22,5–23,7–20,6–22,1–21,6–21,3–21,7–20,8 случая).

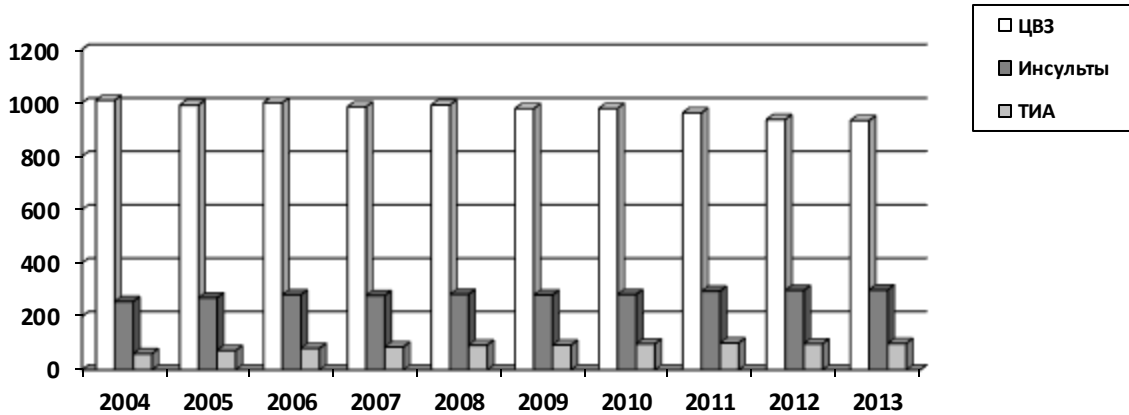


Рис. 2. Динамика заболеваемости цереброваскулярной патологией.

При сопоставлении показателей заболеваемости и первичной инвалидности вследствие инсультов для взрослого населения в разрезе регионов Украины нами получены интересные данные. На протяжении последнего пятилетия (2009–2013) лидерами заболеваемости инсультами стабильно являются город Севастополь (435,8–349,0 случая), Волынская (398,9–375,0 случая), Хмельницкая (390,7–354,4 случая) и Луганская (376,2–349,2 случая) области. При этом лидером по первичной инвалидности вследствие инсультов с учетом вышеизложенной клинической статистики является только город Севастополь (57,1–41,5 случая). Совпадений по другим регионам не получено, наибольшие показатели инвалидности зарегистри-

рованы в Киевской (48,4–28,8 случая), Запорожской (36,2–15,4 случая), Николаевской (39,0–25,0 случая) областях. Данная ситуация требует дальнейшего изучения как со стороны оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях, так и корректности данных медицинской статистики, предоставляемых структурами медико-социальной экспертизы. Доля пациентов, заболевших инсультом (общеевропейские данные), которые впоследствии стали инвалидами, составила за 10 лет соответственно 9,9–9,4–8,0–8,5–7,3–7,9–7,6–7,2–7,3–6,9%, т.е. наблюдается постепенное снижение данного показателя.

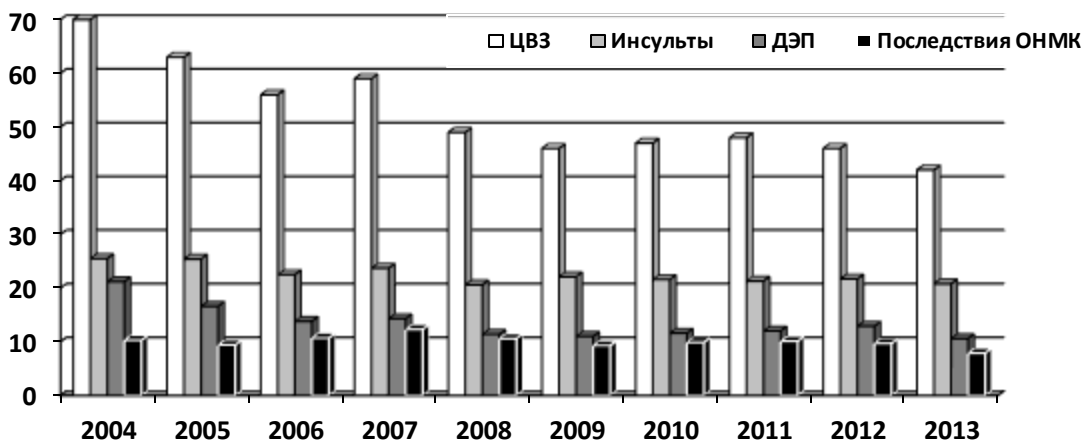


Рис. 3. Динамика первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии.

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

Детализованная оценка вышеобозначенных данных и тенденций с учетом доступных показателей смертности (2006–2010 годы) вследствие инсульта показала несколько другую картину. При оценке показателей первичных событий вследствие инсульта (заболеваемость и первичная инвалидность) нами получены следующие данные. Заболеваемость инсультом (все виды) среди взрослого населения за 2006–2010 годы составила соответственно 281,2–278,2–282,9–280,2–282,3, первичная

инвалидность вследствие инсульта (все формы) за аналогичный период составила 22,5–23,7–20,6–22,1–21,6 случая, а показатель смертности взрослого населения от инсульта в Украине составил соответственно 95,2–91,3–91,8–91,6–91,8 случая. Таким образом, в 2006–2010 годах из числа заболевших инсультом (всеми формами) 33,8–32,8–32,4–32,7–32,5 % погибло, 8,0–8,5–7,3–7,9–7,6 % стали инвалидами (имеющими те или иные ограничения жизнедеятельности вследствие патологии). Получается так, что оставшиеся соответственно 58,2–58,7–60,3–59,4–59,9 % восстановили свои функции в такой степени, что не попали в поле зрения системы медико-социальной экспертизы. Указанная ситуация также требует дальнейшего уточнения по части корректности формулирования диагнозов у пациентов, перенесших инсульт, на этапе их направления в структуры МСЭ.

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

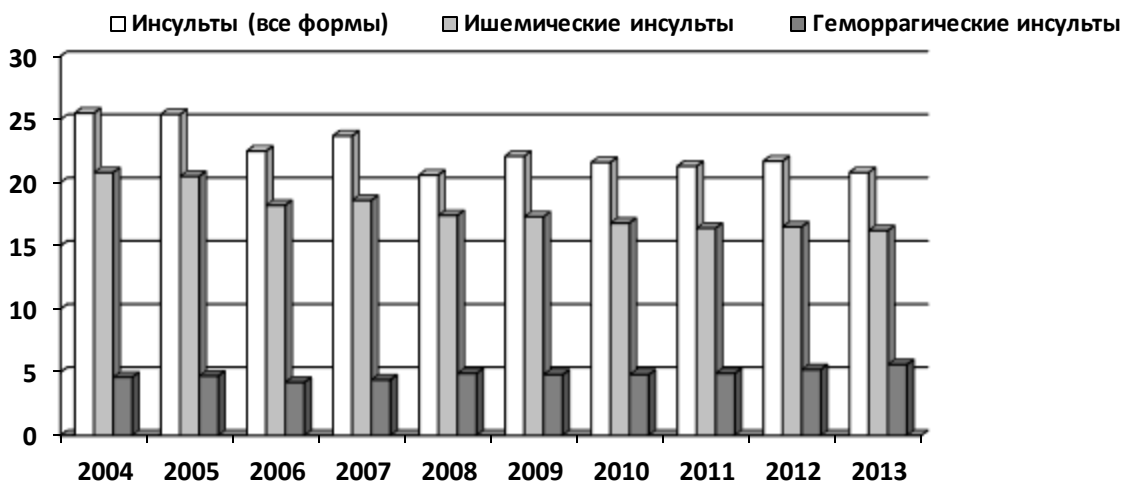


Рис. 4. Структура первичной инвалидности вследствие инсультов.

«Последствия инсульта» явились причиной первичной инвалидности в 2004–2013 гг. в Украине соответственно у 10,3–94,0–10,7–12,3–10,6–93,0–99,0–10,1–97,0–79,0 лиц на 100 000 взрослого населения (рис. 3). Следует обратить внимание, что данная категория инвалидов предполагает (согласно квалификации состояния, как «последствия») первичное их обращение во МСЭК спустя 12 месяцев с момента развития инсульта. При этом, максимально возможная длительность временной утраты трудоспособности до момента первичного обращения на МСЭК по одному заболеванию составляет 4 месяца без, или 5 месяцев с перерывом, на протяжении 12 месяцев. Т.е., речь в данном случае идет не о первичном обращении пациента на МСЭК после свежего перенесенного инсульта, а освидетельствовании спустя определенное время или в случае, когда в процессе повторного освидетельствования МСЭК инвалида с ранее установленным диагнозом «инсульт» диагноз меняется на

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

Общеизвестно, что данная нозология, относясь к преходящим нарушениям мозгового кровообращения, является состоянием, краткосрочным по своей продолжительности (в большинстве случаев до нескольких десятков минут) и априори не оставляющим после себя каких-либо морфологических следов. В то же время, транзиторные атаки являются предшественниками инсультов и по факту своего возникновения требуют реализации стандартного протокола оказания медицинской помощи при инсульте и скрининга факторов риска развития инсульта с инициацией плановых мероприятий вторичной (ввиду свершившегося сосудистого события) профилактики. При всем этом имеется статистика инвалидности вследствие транзиторных ишемических атак (за 2004–2013 годы соответственно 0,4–0,3–0,3–0,4–0,6–0,5–1,1–1,0–0,2–0,4

случая на 100 000 взрослого населения). На протяжении 2004–2013 годов стабильные показатели в этом направлении демонстрируют Волынская, Житомирская, Одесская, Ровненская, Черновицкая, Черниговская области, город Киев. По состоянию на 2013 год наивысшие показатели данного вида первичной инвалидности показали город Киев и Запорожская область (по 1,9 случая). С одной стороны, данная группа заболеваний требует четкой дифференциальной диагностики с вариантами доброкачественного позиционного головокружения – нозологии, практически неизвестной неврологам и специалистам МСЭК, но фактически широко распространенной и являющейся глобальной причиной ложноположительной диагностики транзиторных ишемических атак и инсультов в вертебро-базиллярном бассейне на основании моносимптома «головокружение» без томографической верификации. С другой стороны, различные пароксизмальные состояния с изменением сознания, начиная от вариантов эпилептических приступов и синкопальных состояний, и заканчивая психовегетативными пароксизмами с гипервентиляционным компонентом, также могут быть ошибочно трактованы, как «транзиторные ишемические атаки» в аналогичном сосудистом бассейне. Так или иначе, данная нозология не может быть поводом для стойкого ограничения жизнедеятельности ввиду отсутствия морфологической базы, в противном случае наличие «регулярно повторяющихся сосудистых эпизодов» на протяжении месяцев и лет противоречит основным принципам клинической неврологии или является результатом хронической некорректной диагностики нозологии, не относящихся к категории цереброваскулярных заболеваний.

Характерным для украинской неврологии является высокая доля среди цереброваскулярных заболеваний нозологии, традиционно именуемой «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭП). Обращаясь к данным клинической статистики [10, 11], до 95 % в структуре распространенности ЦВП занимают хронические медленно прогрессирующие формы. Это привело к тому, что в Украине 6,1 % населения страдают от «дисциркуляторной энцефалопатии» [10, 11]. Данные клинической эпидемиологии в рамках форм официальной статистической отчетности по этому состоянию не собираются, но нами получена сводная статистика по первичной инвалидности вследствие данной патологии путем сбора информации по кодам МКБ X, традиционно используемым для этой цели (I 67.2, I 67.3, I 67.4, I 67.8, I 67.9). В общеукраинском масштабе первичная инвалидность вследствие ДЭП за 2004–2013 годы составила соответственно 21,2–16,6–13,8–14,3–11,4–11–11,6–12,0–12,9–10,6 случая на 100 000 взрослого населения, формируя от 23,2 до 41,6 % первичной инвалидности вследствие ЦВЗ в аналогичной демографической группе (рис. 3). Отрадным является факт резкого снижения показателя в 2013 году (10,6 случая на 100 000 взрослого населения и 25 % от первичной инвалидности вследствие ЦВП). В 2013 г. (средний показатель по Украине составил 25 %) лидерами по первичной

инвалидности вследствие ДЭП в группе цереброваскулярной патологии (% доля) являлись Полтавская область (45,6 %), город Киев (41,0 %), Черниговская (40,5 %) и Житомирская (39,2 %) области. Наиболее эффективно борющимися с данным явлением в 2013 году оказались Днепропетровская (5,6 %), Ивано-Франковская (8,1 %), Херсонская (8,7 %) и Закарпатская (11,9 %) области.

С синдромологической точки зрения, основными клиническими проявлениями, являющимися формальным основанием ложноположительной диагностики «хронической ишемии мозга» («дисциркуляторной энцефалопатии»), являются проявления когнитивных расстройств различной степени выраженности («сосудистая деменция», либо 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» (I 69.0–I 69.8). Ввиду этого, всегда требует уточнения соответствия актуальным критериям диагноз «сосудистая деменция». Говоря о «дисциркуляторной энцефалопатии с паркинсоновским синдромом», следует принять во внимание данные мировой и корректной отечественной статистики «сосудистого паркинсонизма», которые характеризуют его долю в спектре паркинсоновских расстройств, всего лишь как 2,1–3,5 % [12, 13, 14]. В настоящее время корректность диагностики значительной части случаев рецидивирующего центрального вестибулярного синдрома, как следствия влияния сосудистых факторов (хроническая дисциркуляция в вертебро-базиллярном бассейне), также ставится под сомнение ввиду широкого недоучета практическими неврологами клинических проявлений периферических рецидивирующих вестибулярных расстройств (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера) [15, 16]. Данные традиционные ошибки дифференциальной диагностики являются принципиально важными для последующего правильного кодирования нозологической формы согласно МКБ X-го пересмотра с целью получения корректной статистической информации.

Отдельно нужно отметить категорию инвалидов вследствие заболеваний, находящихся в причинной связи с действием факторов, связанных с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС, перечень которых регламентирован Приказом № 150 (от 17.05.1997) с последующими изменениями [17], в частности, раздел 5, касающийся острых и хронических нарушений мозгового и спинального кровообращения (группа 3 Переліку хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінення 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 формулювання в рамках законодавчого документа, эти диагнозы не могут быть скорректированы клиническим путем, а только путем внесения изменений в соответствующую нормативно-правовую базу.

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

За 10-летний период (2004–2013) ввиду распространения информации о клинике, диагностике и лечении болезни Паркинсона наблюдается рост показателя распространенности нозологии с приближением его к ожидаемым мировым статистическим позициям (соответственно для взрослого населения 48,1–50,5–51,2–54,1–56,0–58,1–59,6–61,4–63,7–65,0 случаев на 100 000). Традиционными лидерами в этом направлении являлись регионы

с функционирующими специализированными центрами оказания помощи пациентам с данной патологией. По состоянию на 2013 год это: Винницкая область (122,4), город Киев (109,6), Львовская (103,4), Киевская (102,9), Черкасская (87,1) области при общеукраинском показателе 65,0 случаев на 100 000 взрослого населения. Продолжает отмечаться минимум двукратная первичная гиподиагностика заболевания на территории Украины по отношению к ожидаемым эпидемиологическим показателям [12, 13, 14], а также практика гипердиагностики сосудистого паркинсонизма с некорректным рассмотрением данной группы пациентов, как относящихся к цереброваскулярным заболеваниям и отсутствием соответствующего специфического подхода к медикаментозной коррекции имеющихся функциональных расстройств.

В то же время (2004–2013 гг.) показатель первичной инвалидности для населения Украины претерпевал разносторонние колебания: 2,0–1,9–1,5–1,7–1,5–1,4–1,3–1,3–1,4–1,3 с колебаниями по регионам по состоянию на 2013 в пределах 0,3 – 2,5. Максимальные показатели (на 2013 год) отмечались в городах Киев (2,5) и Севастополь (2,4), Тернопольской (2,3) и Запорожской (2,0), областях, минимальные значения показателя отмечались в Черновицкой (0,3), Днепропетровской (0,6 случая), Ивано-Франковской, Херсонской (по 0,7 случая) областях.

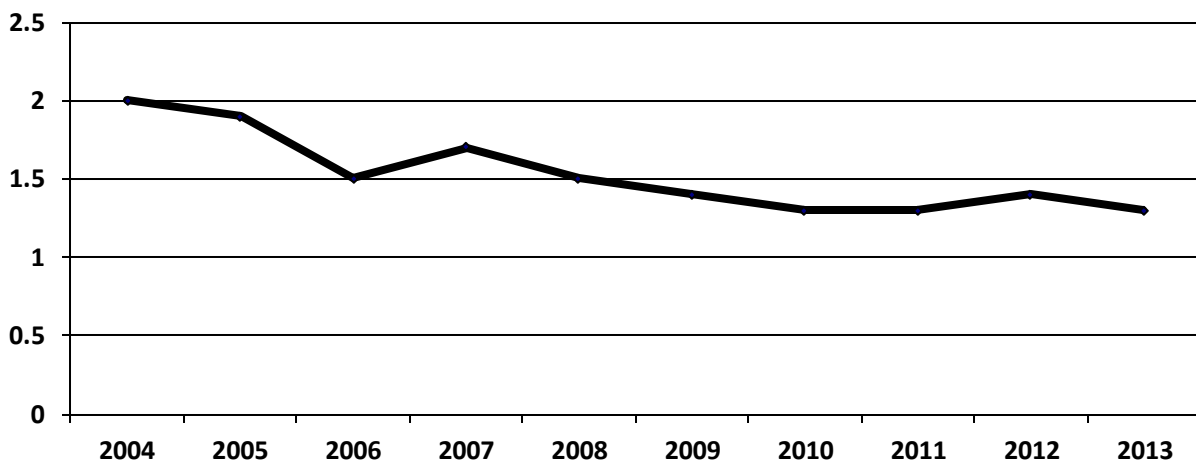


Рис. 5. Динамика первичной инвалидности вследствие болезни Паркинсона.

Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы

Рассеянный склероз, как аутоиммунное воспалительное и нейродегенеративное заболевание ЦНС, несмотря на значительно меньшую распространенность, тем не менее, имеет существенное социально-экономическое значение ввиду своего хронического прогрессирующего течения, приводящего к неизбежной инвалидизации и 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 которой 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 10-летний период (2004–2013 гг.) отмечается прогрессивный рост распространенности данного заболевания в Укра-

ине: 47,8–48,4–49,1–50,0–50,1–50,9–51,6–52,9–54,6–55,3 случая на 100 000 взрослого населения с вариациями от 101,0 (Вольнская область) до 26,5 (Одесская область) случаев. Аналогичная тенденция отмечается и для первичной инвалидности, где динамика общеукраинского показателя составляет за аналогичный 10-летний период 2,4–2,6–2,7–2,6–2,5–2,6–2,9–3,0–3,1–3,2 случая на 100 000 взрослого населения. По состоянию на 2013 г. значение пока-

зателя первичной инвалидности варьирует в пределах 4,8–0,9 случая на 100 000 в различных регионах Украины. Дальнейший мониторинг состояния клинической и экспертной статистики рассеянного склероза позволит обеспечить более эффективную оценку всеукраинских организационных мероприятий, направленных на оказание современной медицинской помощи и улучшение качества жизни данной специфической группы пациентов.

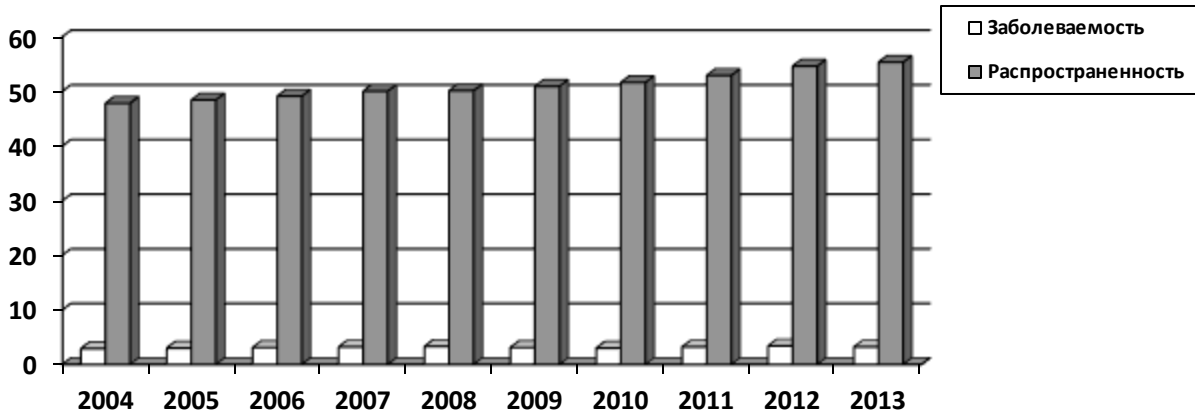


Рис. 6. Динамика заболеваемости и распространенности рассеянного склероза для взрослого населения.

К изданию нашим институтом совместно с Министерством здравоохранения Украины планируется аналитико-информационный справочник, обобщающий клиническую и экспертную эпидемиологию неврологических заболеваний. Наши дальнейшие усилия будут направлены на продолжение мониторинга блока статистических данных деятельности клинической и экспертной неврологических служб с проведением углубленной оценки качества экспертно-реабилитационной диагностики пациентов неврологического профиля с соответствующими клиническими сопоставлениями.

Литература

1. Atlas country resources for neurological disorders. Geneva, World Health Organization, 2004, 60p.
2. Consensus document on European brain research / J. Olesen, M. Baker, T. Freud [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – Vol.77 (Suppl I). – P.11–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. Организация неврологической службы в мире / В. А. Голик // Нейрон-ревью. – 2008. – № 2. – С. 4–8.
5. Costs of disorders of the brain in Europe / P. Andlin-Sobocki, B. Jonsson, H-U. Wittchen [et al.] // Europ. J. Neurol. – 2005. – Vol.12 (suppl.1). – P. 1–24.
6. Особенности эпидемиологии инвалидности при заболеваниях нервной системы в Украине / Н. К. Хобзей, Т. С. Мищенко, В. А. Голик,

Н. А. Гондуленко // Международный неврологический журнал – 2011. – № 5 (43). – С. 15–19.

7. Основні показники інвалідності та діяльності за 2012 рік: аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз [та ін.] – Дніпропетровськ: Пороги. – 2013. – 149 с.

8. Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми звітності № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік»: Наказ МОЗ № 378 від 10.07.2007.

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

10. Стан неврологічної служби України в 2009 році: статистично-аналітичний довідник / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко. – Харків, 2010. – 32 с.

11. Стан неврологічної служби України в 2008 році: статистично-аналітичний довідник / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко. – Харків, 2009. – 32 с.

12. Московко Сергій Петрович. Клініко-епідеміологічна характеристика хвороби Паркінсона і синдрому паркінсонізму в Подільському регіоні України: дис... д-ра мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2006.

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

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

15. von Brevern M., Radtke A., Lezius F. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2007. – Vol.78(7). – P.710–715.

16. Fife D., Fitzgerald J.E. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice.// Int. J. Audiol. – 2005. – Vol.44(1). – P. 50–57.

17. Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, 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.

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



УДК 616-036.86

СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

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

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

Показники здоров'я населення, відповідно до сучасної концепції, включають дані про якість життя хронічно хворих, про соціальні аспекти погіршення здоров'я. Ключове місце в оцінці наслідків хвороб належить інвалідності з урахуванням її високої розповсюженості й різноманіття соціально значущих наслідків. Тому статистичні показники інвалідності та реабілітації інвалідів необхідно враховувати як одні з найважливіших показників здоров'я населення.

Законодавча база, що регламентує проведення медико-соціальної експертизи в Україні, постійно удосконалюється. Особливо плідними, з точки зору законотворчості, у цій сфері стали 2009–2012 рр. В 2009 р. приймаються Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317, яка затверджує нові Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності з подальшими змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 752 від 18.08.2010, № 762 від 20.07.2011 та № 485 від 31.05.2012; Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 № 561 Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності; Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2012 № 420 «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків».

Удосконаленню нормативно-правової бази щодо осіб з обмеженими фізичними можливостями, утвердження і забезпечення їхніх прав сприяв Указ

Президента України № 588/2011 «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями». Цим документом Кабінету Міністрів України необхідно «забезпечити розроблення та затвердження в установленому порядку заходів, спрямованих на виконання Плану дій Ради Європи щодо сприяння правам і повній участі людей з обмеженими фізичними можливостями в суспільстві...».

Вперше соціальні гарантії інвалідам були надані Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який був введений Постановою ВР №876-ХІІ від 21.03.91 р.

Діяльність держави щодо інвалідів проявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посиленні трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні будови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Поява Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (Відомості Верховної Ради України від 06.10.2005 р. № 2961) спонукала переглянути підхід до організації державної реабілітаційної системи. Цей Закон відповідно до Конституції України (254к/96-ВР) визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних