

АНАЛІЗ РОБОТИ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2014 РІК

Професор А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Упродовж останніх десятиріч одними з основних інструментів вирішення проблем інвалідності були Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» 2005 р., «Положення про медико-соціальну експертизу» та «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317. Протягом 2014 року в ці нормативні документи були внесені зміни, які продиктовані сучасними обставинами подій, що відбулися в країні. Крім того, внесені зміни й до інших документів. Учасники антитерористичної операції (АТО) сьогодні прирівняні до учасників бойових дій. Згідно з п. 19 ст. 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», особами, які мають статус учасників бойових дій, є:

- військовослужбовці Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, особи рядового, начальницького складу і військовослужбовці Міністерства внутрішніх справ України;
- згідно з законами України – інші військові формування, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України, а також брали участь в антитерористичній операції.

Також статус учасника бойових дій можуть отримати працівники підприємств, установ і організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в антитерористичній операції в районах її проведення.

Райони проведення антитерористичної операції і терміни її проведення визначаються Антитерористичним центром при СБУ.

Підставою для надання статусу учасника бойових дій представникам силових відомств є документи про безпосереднє залучення до виконання завдань АТО в районах її проведення, направлення (прибуття) у відрядження в райони проведення антитерористичної операції (виписки з наказів, директив, розпоряджень, відрядних посвідчень, журналів бойових дій, бойових донесень, дислокацій, книг, нарядів, графіків несення служби, звітів, зведень, донесень, матеріалів спеціальних (службових) розслідувань за фактами одержання поранень).

Для працівників підприємств, які залучалися в АТО, підставою для надання їм статусу учасника бойових дій є документи про безпосереднє залучення до виконання завдань АТО районах її проведення або направлення (прибуття) у відрядження

для безпосередньої участі в АТО в районах її проведення (виписки з наказів, розпоряджень, відрядних посвідчень, книг, нарядів, матеріалів спеціальних (службових) розслідувань за фактами одержання поранень), а також документи, що були підставою для прийняття керівниками підприємств, установ, організацій рішення про направлення осіб у таке відрядження.

Рішення про надання статусу учасника бойових дій приймається міжвідомчою комісією з питань розгляду матеріалів про визнання учасниками бойових дій, яка утворюється Державною службою у справах ветеранів війни та учасників АТО.

У разі неподання командиром (начальником) військової частини (органу, підрозділу) або іншим керівником установи, або керівником підприємства, установи, організації в міжвідомчу комісію документів, необхідних для надання статусу учасника бойових дій, особа може самостійно звернутися до такої комісії.

У разі відмови в наданні статусу учасника бойових дій питання про надання особі зазначеного статусу може повторно виноситися на розгляд міжвідомчої комісії за рішенням міністра соціальної політики. Рішення комісії може бути оскаржене в судовому порядку.

Необхідно зазначити, що інвалідам визначена вся повнота соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією, законами України та міжнародними договорами, які узгоджені і прийняті на засіданні Верховної Ради України (частина перша ст. 1 Закону № 875).

Тобто, служба медико-соціальної експертизи в минулому році виконувала низку важливих завдань. До того ж питання необхідно було вирішувати одночасно зі змінами, які відбувалися в законодавчих документах.

Під час даного аналізу внесені корективи щодо статистичних даних відповідно до існуючих реалій. У статті використані статистичні дані по дорослому населенню та населенню працездатного віку станом на 01.01.2014 року із розрахованого довідника населення, наданого Державним закладом «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» (даний Центр є головною установою, що здійснює координацію діяльності територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики та лікувально-профілактичних

закладів щодо збору, обробки та аналізу статистичної інформації).

Надана ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» інформація повністю співпадає з показниками, наведеними в офіційному статистичному збірнику, опублікованому в 2014 році Державною службою статистики України «Розподіл постійного населення України за статтю та віком» станом на 1 січня 2014 року. У зазначеному матеріалі публікуються дані про чисельність та статеву-віковий склад постійного населення в Україні, Автономній Республіці Крим, областях, м. Києві, Севастопольській міськраді, містах з чисельністю постійного населення понад 100 тис.

Упродовж 2014 року відбулися структурні зміни мережі МСЕК. Загальна кількість діючих МСЕК в Україні зменшилася з 424, які діяли в 2013 році, до 358. Ці зміни сталися за рахунок МСЕК, що залишилися на тимчасово окупованих територіях (АР Крим, м. Севастополь, частина Донецької та Луганської областей). Відповідно, відбулися зміни й у мережі спеціалізованих МСЕК. Їхня мережа скоротилася з 164, що діяли в 2013 році, до 139 у 2014 році. Ми вважаємо, що протягом 2015 року сформується необхідна мережа спеціалізованих МСЕК відповідного профілю за потребами переважаючих інвалідизуючих нозологій та чисельності населення.

Чисельність лікарів, які працювали в МСЕК у 2014 році, внаслідок тих самих причин дещо зменшилася, у тому числі й за рахунок постійно працюючих. Укомплектованість кадрами загалом по Україні складає 94,5%. Кадровий склад МСЕК упродовж останніх п'яти років не може не викликати тривоги. У кадровому складі МСЕК переважають лікарі пенсійного віку. Проведено аналіз чинників, які зумовлюють негативну тенденцію щодо працевлаштування у МСЕК лікарів молодого віку. Однією з головних причин є відсутність мотивації роботи лікарями-експертами внаслідок втрати фаху за основною спеціальністю і виникнення труднощів під час отримання кваліфікаційних категорій у зв'язку з відсутністю спеціальності «лікар-експерт».

Показники кількості оглянутих, середньої кількості оглянутих на одне засідання та питомої ваги виїзних засідань у 2014 році майже не змінилися. Коливання цих показників несуттєві, тому їй детального аналізу не потребують.

Залишилася майже на попередньому рівні протягом останніх двох років питома вага необгрунтовано направлених на МСЕК. Це можна пояснити зменшенням кількості передчасних та необгрунтованих направлень на МСЕК, що зумовлені покращанням роботи лікарів ЛПЗ та ЛКК з питань об'єктивізації оцінки обмежень життєдіяльності пацієнта перед направленням на МСЕК. Також, на нашу думку, в даному питанні відіграло свою роль і доповнення до Положення про медико-соціальну експертизу, яке затверджено Постановою Кабінету Міністрів України № 485 від 31.05.2012 про виявлення фактів зловживання

службовим становищем під час направлення хворих ЛКК на огляд до МСЕК для встановлення інвалідності (пункт 18).

Дещо збільшилася, як і в попередньому році, кількість оглянутих для визначення медичних показань на забезпечення автотранспортом. Цьому сприяло затвердження Постанови Кабінету Міністрів України від 25 березня 2013 року «Про внесення змін до Порядку забезпечення інвалідів автомобілями».

Покращилася робота з профілактики інвалідності шляхом подовження лікування за листками непрацездатності більше чотирьох місяців для продовження лікування та реабілітації, що дало можливість запобігти встановленню інвалідності 5784 (68,7 %) працівникам.

Упродовж 2014 року в Україні **вперше визнано інвалідами 133 745 осіб**. Із них **5825 на підконтрольних Україні** (Постанова Верховної Ради України від 07 жовтня 2014 року № 1692-VII «Про зміни в адміністративно-територіальному устрої Луганської області, зміну і встановлення меж Новоайдарського та Слов'яносербського районів Луганської області» та розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 листопада 2014 року № 1085-р «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження») територіях Донецької (4670 тис.) та Луганської (1155 тис.) **областей**.

У зв'язку з тим, що порівняння з минулорічними показниками в даних регіонах є некоректним (відсутні дані про населення даних територій та ін.), у таблицях будуть наведені тільки співставлювані інтенсивні показники без урахування даних територій.

Також розрахунки будуть проводитися без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

Для адекватності проведення аналізу та порівняння з минулим роком показники 2013 року в даному довіднику також будуть перераховані з виключенням даних тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та Донецької і Луганської областей.

Таким чином, без урахування даних Донецької та Луганської областей в Україні протягом 2014 року серед дорослого населення вперше визнано інвалідами 127 920 осіб, що становить 43,0 на 10 тис. і на 3,2% менше, порівняно з минулим роком (44,4 на 10 000).

Стосовно населення працездатного віку, то в 2014 році вперше визнано інвалідами 109 040 осіб. Із них 4994 на підконтрольних Україні територіях Донецької (4062 тис.) та Луганської (932 особи) областей.

У 2014 році відбулося незначне зниження чисельності інвалідів унаслідок загального захворювання, порівняно з 2013 роком (з 30,1 до 30,1 на 10 тис. населення), та інвалідів з дитинства (відповідно з 3,6 до 3,3). Кількість інвалідів унаслідок виробничих травм або професійного захво-

рювання та кількість інвалідів серед військовослужбовців збільшилася. Збільшення кількості останніх цілком зрозуміло, в країні йдуть бойові дії.

У розрізі областей України в 2014 році першість у кількості первинно визнаних інвалідами внаслідок виробничих травм та професійних захворювань, без урахування Донецької області, посіла Дніпропетровська область (2,1 на 10 тис. населення). Попередні роки першість належала Донецькій області. На другому місці Львівська (1,6 на 10 тис. населення), на третьому – Кіровоградська область (1,1 на 10 тис. населення). Необхідно зауважити про зменшення даного показника в цих областях, порівняно з попередніми роками, крім Кіровоградської області, де показник дорівнює попередньому. Вказані регіони є промисловими центрами та їхнє лідерство цілком зрозуміле.

Найбільше інвалідів із дитинства визнано вперше в Львівській області, де на 10 тис. населення цей показник склав 5,4, у Житомирській та Волинській областях – по 4,5. Львівська область посідала перше місце також і в 2013 році. Дані показники необхідно проаналізувати і зробити необхідні висновки разом з педіатричною службою зазначених регіонів з метою виявлення причин такої ситуації і прийняття мір по її виправленню.

Щодо інвалідності серед військовослужбовців, то найбільша кількість осіб первинно визнана інвалідами внаслідок цієї причини в Полтавській (3,1 на 10 тис. населення), Житомирській (2,5 на 10 тис. населення) та Чернігівській областях (2,2 на 10 тис. населення). Відносно Полтавської області, то вона посідає перше місце по даній причині інвалідності останні три роки. Таке становище об'єктивними причинами пояснити складно. Житомирська та Чернігівська області вперше в «лідерах». На нашу думку, це пов'язано з проведенням АТО в країні.

Тенденція до зниження первинної інвалідності серед працюючих продовжувалася в 2013 році – зниження відбулося на 1,4 % (у 2012 році воно було більш суттєвим – 4,1 %).

Первинна інвалідність серед працюючих склала в 2014 році 27,0 випадків, що дорівнює показнику 2013 року. Суттєве зростання інвалідності серед працюючих відбулося в таких регіонах України: Житомирська (+18,4 %), Чернігівська (+12,1 %) та Закарпатська області (+10,4 %). Це, вочевидь, пов'язано з пільгами, що надаються інвалідам місцевими органами влади в зазначених регіонах.

Протягом останнього десятиріччя інвалідність сільського населення – як дорослого, так і працездатного – перевищує показники міського населення, в тому числі й за 2014 рік. Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення в 2014 році серед міського населення склала 42,0, а сільського – 44,9; серед населення працездатного віку відповідно – 46,5 та 58,3. Ця тенденція пов'язана, в основному, з двома основними факторами. Перший фактор – це значне ускладнення з працевлаштуванням у сільських районах, що при наявності захворювань змушує звертатися населення до МСЕК для встановлення групи інвалідності.

Другий фактор – низький рівень медичної допомоги, порівняно з міським. Проте, слід зазначити деяке зниження цих показників, порівняно з 2013 роком.

Первинна інвалідність дорослого населення загалом в Україні в 2014 році знизилася на 3,2 % – з 44,2 до 43,0 випадків на 10 тис. дорослого населення. Ця позитивна тенденція спостерігається майже по всіх регіонах України, крім чотирьох областей, де інвалідність дорослого населення зростає: Івано-Франківська (+1,9 %), Чернівецька (+1,0 %), Житомирська (+0,6 %) та Волинська області (+0,2 %). Проте зростання ув трьох із чотирьох областей не перевищує одного відсотка. Найбільше знизилася інвалідність дорослого населення в Миколаївській (-8,1 %), Рівненській (-7,1 %) областях та м. Києві (-6,7 %). На нашу думку, наведені тенденції пов'язані з соціально-економічними та екологічними особливостями регіонів.

Найвищі показники первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення у 2014 році були у Вінницькій (50,5), Львівській (51,5) та Полтавській (48,5) областях при середньому по Україні – 43,0. В минулому році ці ж регіони посідали перші три місця.

Найменші рівні первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення в 2014 році були в Сумській (36,3), Харківській (36,8) та Херсонській (37,0) областях. У 2013 році картина була такою ж. Перераховані області мали найменші показники щодо первинної інвалідності серед дорослого населення.

У 2014 році первинна інвалідність дорослого населення зростає за такими нозологічними формами: деформуючий артроз – на 6,3 % (в 2013 році на 6,7 %), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – на 5 % та травми, отруєння й деякі інші наслідки дії впливу зовнішніх причин – 4,5 %.

Зростання інвалідності внаслідок деформуючого артрозу два роки поспіль необхідно аналізувати й знаходити причини даної тенденції.

Первинна інвалідність населення працездатного віку також дещо знизилася в Україні, (на 1,6 %) з 51,4 до 50,4 випадку на 10 тис. працездатного населення. Лише у п'ятьох адміністративних територіях відбулося зростання. Якщо в минулому році в «лідерах» по даному показнику була Львівська область: +6,9 %, то в 2014 році – це Житомирщина – +5,1 %. Інші чотири регіони значно відстають від неї: Івано-Франківська область – +2,5 %, Хмельницька – +2,0 %, Волинська – +0,6 %, Одеська – +0,4 %. За інтенсивним показником (на 10 тис. працездатного населення) найвищі показники в таких регіонах: Львівська (63,3), Житомирська (60,1) та Вінницька (54,3) області. Перші дві області й минулого року посідали перші два місця. Найнижчий цей показник, як і в попередньому році, в місті Києві (по 36,9).

Серед працездатного населення зростання інвалідності відбулося за такими нозологічними формами: хронічний гломерулонефрит – на 50 %, сліпота – 16,7 % та деформуючий артроз –

на 11,8%. За іншими нозологічними формами спостерігається зниження інвалідності, або її показники залишилися на попередньому рівні.

Структура первинної інвалідності, як дорослого населення, так і населення працездатного віку повернулася за показниками до попередніх років. Як й останні п'ятнадцять років, хвороби системи кровообігу посідають перші рангові місця: у структурі дорослого населення питома вага цього класу захворювань складає 22,6%, а серед населення у працездатному віці – 19,6%. В минулому році вперше за останні роки відбулася зміна в структурі інвалідності. Хвороби системи кровообігу перше рангове місце в 2013 році посідали тільки у структурі дорослого населення (22,8%), а серед населення працездатного віку перше місце поділили хвороби системи кровообігу та, на жаль, новоутворення (по 19,2%). Новоутворення в 2014 році – на другому місці, але за показниками майже не поступаються серцево-судинним захворюванням. Серед дорослого населення їхня питома вага в структурі інвалідності складає 21,5% (із них злоякісні – 20,6%), а серед населення працездатного віку – 19,5% (із них злоякісні – 18,6%). Третє місце, як і в минулому році, посідають хвороби кістково-м'язової системи. В структурі інвалідності дорослого населення їхня питома вага складає 11,2%, серед населення в працездатному віці – 11,6%.

Що новоутворення посідають друге рангове місце в структурі інвалідності як дорослого населення, так і населення у працездатному віці є наслідком страшної трагедії українського народу – Чорнобильської катастрофи. Як переконує світовий досвід атомних катастроф, нам ще довго доведеться платити за цю трагедію.

Сподіваємося, що Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка затверджена Законом України від 23.12.2009 р., уже наступного року позитивно вплине на показники інвалідності внаслідок новоутворень.

Детальний аналіз динаміки інвалідності внаслідок окремих нозологічних форм та її особливостей по регіонах представлено в наступному розділі.

У розподілі первинної інвалідності за групами в 2014 році ніяких суттєвих змін не відбулося. Як і в попередні роки, переважають інваліди III групи як серед дорослого, так і серед населення працездатного віку, питома вага III групи відповідно складала 53,5% та 59,3%. Перевищує пересічний показник питомої ваги III групи серед дорослого населення у Львівській (64,6%), Закарпатській (61,9%) та Донецькій (60,1%) областях. Серед населення працездатного віку питома вага III групи найбільша в Чернівецькій (71,5%), Вінницькій (65,6%) та Львівській (69,3%) областях. Таким чином, у даних областях $\frac{3}{4}$ усіх первинно визнаних інвалідами серед осіб працездатного віку встановили III групу інвалідності.

Зазначена тенденція – щорічне зростання питомої ваги III групи інвалідності серед первинно визнаних інвалідами, як серед дорослого, так

і серед працездатного населення, насамперед обумовлена складною економічною ситуацією у країні, ростом безробіття. Тому для багатьох пенсія по інвалідності – єдине джерело існування.

Кількість оскаржень рішень первинних МСЕК у 2014 році дещо збільшилася: підтверджено рішення у 86,0%, у попередньому, 2013 році – 86,3%; кількість скасування попередніх рішень збільшилася до 14,0%, порівняно з 2013 роком, в якому питома вага скасування складала 13,7%. По оскарженню рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасування зареєстровано в таких регіонах: Чернігівська (26,1%), Львівська (20,8%) та Закарпатська (20,6%) області, за середнього показника по Україні 14,0%.

Щодо контрольних оглядів, то кількість скасування попередніх рішень первинних МСЕК у 2014 році дещо збільшилася – з 1,6% у попередньому році до 1,7%. Однак за незначного збільшення абсолютної кількості контрольних оглядів із 27 468 до 27 817.

Через складні нинішні події в країні необхідно зупинитися й на наступних матеріалах. 2014 рік є особливим для України, адже він ознаменувався початком воєнних дій на Сході країни. У зв'язку з буремними подіями, що точаться в Донецькій та Луганській областях, виникла необхідність у започаткуванні нового розділу статистичної звітності.

В минулому, 2014 році з'явилася нова форма статистичної звітності – «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації в учасників АТО за _____ р.». 20 серпня 2014р. статус учасника бойових дій був додатково урегульований Постановою Кабінету Міністрів України № 413 «Про затвердження Порядку надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення», якою затверджено Порядок надання статусу учасника бойових дій, перелік документів, необхідних для отримання даного статусу тощо.

За загальноукраїнськими статистичними даними, найбільша кількість загиблих та поранених бійців АТО спостерігається у Дніпропетровській, Львівській, Житомирській областях та м. Київ. За родами військ найбільші втрати мають Збройні сили України, Державна прикордонна служба та Національна гвардія України.

Стосовно первинної інвалідності серед учасників АТО з 23 областей України, згідно з отриманими даними МСЕК, загалом було оглянуто 1116 осіб, з них визнано інвалідами 214 осіб (19,2% оглянутих). За структурою інвалідності хворі розподілялися таким чином: першу групу інвалідності встановлено 24 особам (11,2% загальної кількості інвалідів), у тому числі 1 А – 8, 1 Б – 16, другу – 58 особам (27,1%), третю – 132 особам (61,7%); 897 особам були визначені тільки відсотки втрати працездатності; 253 особи потребували

різних видів реабілітації, в тому числі забезпечення предметами медичного призначення, технічними та іншими засобами медичної реабілітації та ін.

Найбільша кількість оглянутих учасників АТО та визнаних інвалідами спостерігалася в Житомирській (230 та 44 особи відповідно), Львівській (161 та 15 осіб), Дніпропетровській областях (118 та 16 осіб) та м. Київ (110 та 28 осіб). Це відповідає статистичним даним щодо загальної кількості постраждалих учасників АТО в цих регіонах та зумовлюється особливостями дислокації військових формувань – у даних регіонах традиційно спостерігається значна концентрація військових угруповань та частин.

Серед реабілітаційних заходів, які потребували учасники АТО, найчастіше поставала потреба у відновній терапії (214 осіб); 34 особи потребували проведення реконструктивних хірургічних втручань, 6 осіб потребували ортезування.

Значна кількість учасників АТО потребувала рекомендацій з соціальної реабілітації, забезпечення технічними допоміжними засобами (96 осіб), допоміжними засобами пересування (117 осіб), отримання крісла-візка (12 осіб), автомобіля (8 осіб), санаторно-курортного лікування (153 особи). Протезування верхніх кінцівок було необхідне 4 особам, нижніх кінцівок – 24 особам, очні протези – 4.

Отже, сьогодні охорона здоров'я у світі розглядається як система державних і громадських заходів правового, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, організаційно-технічного, санітарно-гігієнічного та медичного характеру, що спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, продовження тривалості активного життя людей. Здоров'я кожної людини – невід'ємна складова людського благополуччя, а здоров'я населення

загалом є запорукою успішного розвитку суспільства, економічного зростання, соціальної захищеності і політичної стабільності.

Враховуючи стратегію державної політики у сфері охорони здоров'я, вважаємо обґрунтованими такі завдання галузі медико-соціальної експертизи на 2015 рік:

- покращити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення відповідно до вимог Конвенції;

- реалізувати Концепцію реформування охорони здоров'я в Україні шляхом наближення медико-експертної допомоги до населення, особливо сільського, за рахунок раціональних форм організації мережі МСЕК;

- удосконалити спільну роботу МСЕК із громадськими організаціями інвалідів;

- брати активну участь у виконанні заходів національних програм, спрямованих на профілактику захворюваності та інвалідності, удосконалення медико-соціального обслуговування інвалідів, професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями та ін.;

- удосконалити облік інвалідів шляхом застосування в роботі МСЕК електронних облікових форм;

- розробити інноваційні підходи до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, з урахуванням положень МКФ;

- забезпечити фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.



УДК 616.831-005.1:614.4

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ: КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ

**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», г. Днепропетровск, Украина

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