

(0,4), Луганській та Миколаївській (по 0,6) областях.

4. Питома вага первинної інвалідності учасників АТО/ООС у загальній структурі первинної інвалідності по Україні у 2018 році становила 2,7 %. Значно вищим від середнього в Україні цей показник був у Київській (6,7 %), Житомирській (6,4 %), Волинській та Черкаській (по 4,7 % відповідно) областях, найнижчим – у Донецькій (1,0 %), Миколаївській та Харківській (по 1,4 % відповідно) областях.

5. Серед визнаних особами з інвалідністю більшість становили особи з третьою групою інвалідності (70,1 %), другу групу встановлено у 27,8 %

випадків та першу групу інвалідності у 2,1 % визнаних особами з інвалідністю.

6. Більше половини учасників АТО/ООС уперше визнаних особами з інвалідністю (75,5 %) отримали групу інвалідності не внаслідок травматичних уражень, а з інших причин, не уточнених, які не мали чинника травматизації. Найчастіше основними чинниками інвалідизації були: хвороби системи кровообігу (28,9 %), хвороби кістково-м'язової системи (13,5 %), розлади психіки та поведінки (7,9 %), хвороби нервової системи (5,6 %) та новоутворення (4,1 %).

7. Серед травматичних уражень, як і в минулі роки, переважають ураження головного мозку, травматичні ураження нижніх та верхніх кінцівок.



УДК 616-036.86:616.717.7:616.714

## ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК ОТРИМАНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Д. Д. Богуславський, О. М. Мороз, С. Я. Яновська, К. О. Суганяк

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

### Резюме

*В статье представлены особенности медико-социальной экспертизы ограничения жизнедеятельности больных и инвалидов вследствие сочетанной черепно-мозговой травмы на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Рассмотрены вопросы определения группы инвалидности, уточнены критерии медико-социальной экспертизы при последствиях черепно-мозговых травм.*

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, ограничение жизнедеятельность, экспертиза, реабилитация.

### Summary

*The article presents the features of medical and social expertise of impairment of patients and people with disabilities due to combined traumatic brain injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. The issues of determining the group of disability were considered, the criteria for medical and social expertise with the consequences of traumatic brain injury were clarified.*

**Key words:** traumatic brain injury, life activity limitation, examination, rehabilitation.

**Вступ.** Нейротравматизм наприкінці ХХ і на початку ХХІ століття став актуальною проблемою не тільки охорони здоров'я, але й будь-якої суспільної системи в цілому. У світі як причина смерті населення посідає 3-тє місце, слідом за серцево-судинними та онкологічними захворюваннями. Частота ЧМТ, за даними ВООЗ, зростає в середньому на 2 % за рік. Якщо механічні ушкодження посідають провідне місце серед травм мирного ча-

су, то черепно-мозкова травма становить серед них найбільшу частку. Хворі з наслідками ЧМТ тривалий час, а часто і довічно, соціально не адаптовані, мають виражені неврологічні і психічні дисфункції, визнаються непрацездатними. У багатьох випадках при клінічній та клініко-експертній оцінці таких хворих виникають труднощі методологічного характеру, особливо коли в клінічній структурі переважає посттравматичний стресовий

розлад чи інший складний дефект. Наслідки черепно-мозкових травм потребують тривалого спостереження та догляду за хворими, та, крім серйозного навантаження на медицину та соціальну допомогу потребують значних відшкодувань у випадку наслідків травм, що пов'язані із виробництвом та виконанням службових обов'язків. Нині, у зв'язку із експоненціальним збільшенням кількості постраждалих унаслідок військового конфлікту на сході України та принциповою відмінністю характеру травматичного ураження (комбіновані черепно-мозкові травми від дії чинників декількох механізмів, сполучені ураження центральної нервової системи із травмами кінцівок) спектр обмежень життєдіяльності, що спостерігається у постраждалих, принципово інший, ніж у мирний час та після військового конфлікту у 80-х роках.

Зараз, з розвитком та запровадженням у рутинну неврологічну та нейрохірургічну практику сучасних методів нейровізуалізації (комп'ютерна рентгенівська томографія, магнітно-резонансна томографія), електрофізіологічних методик, запровадження новітніх діагностичних та реабілітаційних технологій при черепно-мозкових травмах, введення в дію нового перегляду Міжнародної класифікації хвороб (X перегляд), Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (2001), створення єдиної клінічної класифікації ЧМТ та її наслідків для країн СНД (1998), створення національних та мультинаціональних банків даних по ЧМТ (Англія, США, Нідерланди,), активного впровадження у практичну діяльність органів охорони здоров'я, медико-соціальної експертизи, соціальних служб, фондів соціального страхування осіб з інвалідністю, державних структур Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2005) та необхідності зміни цього законодавчого акта відповідно до сучасних умов, а також відповідно до пункту 7 доручення Кабінету Міністрів України від 18.12.2015 №48839/1/1-15 на виконання абзацу четвертого пункту 5 статті 3 Указу Президента України від 03.12.2015 № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» стосовно вжиття заходів щодо запровадження навчання за спеціальностями лікаря фізичної і реабілітаційної медицини, ерготерапевта та фізичного терапевта; рекомендацій Місії ВООЗ з оцінки стану системи реабілітації в Україні (2016) та Європейської Секції та Ради фізичної та реабілітаційної медицини (ЄСР ФРМ); очікуваному результату 3, заходу 1) «Плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків», затвердженому Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1008-р на виконання Указу Президента України від 25.08.2015 № 501/2015 «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини», зокрема Стратегічного напрямку «Забезпечення права на охорону здоров'я»: «Розроблення плану заходів щодо приведення критеріїв установ-

лення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг для дітей з інвалідністю у відповідність з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я», доцільним є перегляд та удосконалення медико-соціальної експертизи при поєднаних черепно-мозкових травмах та їхніх наслідках, а також доцільним є перегляд та удосконалення критеріїв медико-соціальної експертизи та реабілітації при поєднаних черепно-мозкових травмах та їхніх наслідках.

**Мета дослідження:** удосконалення критеріїв медико-соціальної експертизи при поєднаних черепно-мозкових травмах та їхніх наслідках.

#### **Матеріали та методи дослідження.**

При проведенні дослідження для лікування до неврологічного відділення клініки інституту запрошувались хворі, які відповідають *критеріям включення у клінічний блок дослідження*: діагноз черепно-мозкова травма (травми голови, струс головного мозку, забій головного мозку I, II, III ст., дифузне аксональне ураження і здавлення мозку), наявність установленної групи інвалідності внаслідок черепно-мозкової травми.

Критеріями *виключення із дослідження* були: грубі порушення інтелекту внаслідок черепно-мозкової травми, відсутність або мінімальний контакт з пацієнтом (як мовний, так і інший), 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 містило оцінку неврологічного статусу з виділенням провідних клінічних синдромів та їхньою уніфікованою градацією з урахуванням рекомендацій провідних неврологічних клінік.

За період дослідження було обстежено 200 хворих, згідно з критеріями включення-виключення. Первинне розподілення хворих на клінічні групи здійснювалось згідно з діагнозом черепно-мозкова травма, існуючими критеріями діагностики, важкості, характеру, типу, періоду черепно-мозкової травми, що обумовлює неврологічний дефіцит, відповідний перебіг захворювання, які призводять до низки порушень структур та функцій головного мозку, що, своєю чергою, призводить до формування обмеження активності та можливості участі хворих у життєвих ситуаціях.

У всіх хворих проводилася оцінка порушень функцій і структур організму, обмеження життєдіяльності за МКФ. Для оцінки порушень функцій, структур і обмеження діяльності були відібрані найбільш характерні категорії кодів для хворих неврологічного профілю.

Під час обліку порушень по доменах МКФ оцінювалися ті порушення, що перевищують незначні, оскільки певні ознаки виникають і у здорових людей. Крім того, оцінка незначних критеріїв займає величезну кількість часу і загалом не несе особливої інформаційної цінності. Статистична

обробка проводилася з використанням вбудованих функцій статистичного аналізу MS Excel.

Методологічною базою для визначення обмеження життєдіяльності є Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності (МКН, 1980) та Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001).

Нормативною базою визначення ступеня обмеження життєдіяльності у хворих з наслідками ЧМТ є Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» зі змінами та «Інструкція по встановленню груп інвалідності» (затверджена Наказом МОЗ України від 05.09.2011 № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» зі змінами).

**Обмеження життєдіяльності** у хворого з наслідками черепно-мозкової травми – це неможливість брати участь у повсякденній діяльності в повному обсязі, що ставить його в невідгідне становище, порівняно зі здоровими, і призводить до соціальної недостатності.

Згідно з характеристикою доменів обмеження життєдіяльності розподіл цих обмежень базується на здатності до переміщення, самообслуговування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, здібності до навчання та трудової діяльності.

У хворих з наслідками ЧМТ здебільшого спостерігається поєднання різних функціональних порушень. Ураховуючи, що кожний з доменів життєдіяльності реалізується за участю всіх органів та систем, роль яких у формуванні окремих здібностей нерівноцінна, у хворих часто має місце сполучне обмеження різних доменів життєдіяльності, що потребує диференційної оцінки. В практиці МСЕ слід враховувати, який домен обмеження життєдіяльності посідає перше місце і призводить до соціальної недостатності та інвалідності, а який домен обмеження життєдіяльності має другорядне значення (додаткове) в формуванні соціальної дезадаптації.

**Ступінь обмеження життєдіяльності** – величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується однією або поєднанням декількох зазначених найважливіших її критеріїв.

Виділяють три ступені: помірно виражене, виражене, значне.

**Помірно виражене** обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

**Виражене** обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

**Значне** обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у значному порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

У результаті проведеної роботи були виділені ступені порушень неврологічних синдромів. За ступенем **виразності парезу** визначені такі:

Порушення відсутні – обсяг рухів повний, м'язова сила і тонус у нормі, можлива анізорефлексія.

Легкі порушення – обсяг рухів повний, легке зниження м'язової сили (близько 4,5 бала), переборює сили гравітації, опір діючої сили утруднено. Анізорефлексія, легке підвищення тонуусу, непереконливий синдром Бабінського.

Помірні порушення – обсяг рухів повний або знижений у дистальних відділах, переборює сили гравітації, сила знижена до 3,5 бала, опір діючої сили утруднено, анізорефлексія, стійкі патологічні синдроми, тонус помірно підвищений, опір м'язів агоністів можливо лише 75 % від повного обсягу рухів у нормі.

Виражені порушення – рухи у вертикальній площині відсутні, можливі тільки в горизонтальній, сила знижена до 2,5 бала, різка анізорефлексія, клонуси і стійкі патологічні синдроми, значне підвищення тонуусу, опір м'язів агоністів можливо лише 50% від повного обсягу рухів у нормі.

Різко виражені порушення – активні рухи в кінцівках відсутні або можливі рухи в окремих м'язових групах, сила знижена до 0 або 1 бала, тонус може бути підвищений або схильність до гіпотонії, різка анізорефлексія, клонуси і стійкі патологічні синдроми, опір м'язів-агоністів не дає змоги досліджуваному змінити положення сегмента кінцівки.

#### **Афотичні порушення**

Легкі порушення – моторна афазія: зниження здатності швидко і легко підбирати слова (наявний словниковий запас не поповнюється), збільшується частота «побитих» слів, мовних штампів.

Сенсорна афазія – неправильне виконання завдань, збільшення часу реакції. Словесно пропонувані матеріал погано інтерпретується і нечітко повторюється.

Помірні порушення – моторна афазія: мова хворого зрозуміла оточуючим, але сповільнена, невизраза, неправильно граматично побудована, більше іменників у називному відмінку, багато вигуків.

Сенсорна афазія – хворий виконує інструкцію середнього ступеня тяжкості і деякі складні завдання. Мова хворого через відсутність слухового контролю малозрозуміла оточуючим, парафазії.

Виражені порушення – моторна афазія: власна мова практично відсутня, на запитання відповідає одним словом, парафазії.

Сенсорна афазія – хворий виконує інструкції прості та середньої тяжкості, можливе прочитання окремих слів, грубо порушено лист.

Однозначно виражені порушення – моторна афазія: мова хворого неможлива або зводиться до єдиного слова, або з'являється мовний «ембол».

Сенсорна афазія – хворий не розуміє інструкцій, не виконує простих дій. У міру відновлення може виконувати кілька найпростіших інструкцій.

#### **Характеристика ступеня вираженості при психоорганічному синдромі**

Легкі порушення – наявність неврозподібної симптоматики у вигляді підвищеної збудливості, дратівливості, вразливості, слабодухості, внутрішнє напруження, підвищена гіперестезія, легке зниження концентрації уваги, емоційна лабільність, легке загострення рис характеру, легке зниження інтелектуальних здібностей. Збереження критики, що дає змогу хворим компенсувати порушення (записні книжки).

Помірні порушення – виражена емоційна лабільність, дратівливість, амбівалентність, помірне зниження уваги і сприйняття, швидке виснаження розумових процесів, підвищена стомлюваність, ригідність і докладність мислення, знижена здатність до абстрагування, виражені порушення пам'яті (до недавніх подій). Знижена критика до свого стану.

Виражені порушення – емоційне притушення, звуження кола інтересів. Виражене загострення окремих рис характеру. Значне звуження кола інтересів, відсутність мотивації до цілеспрямованої діяльності. Значне зниження показників уваги, пам'яті, сприйняття, інтелекту.

Однозначно виражені порушення – наявність вираженої деструктивно-органічної симптоматики у вигляді різкого виснаження психічних процесів, різких порушень інтелектуальних здібностей, втрата колишніх знань і навичок, втрата критичних здібностей, афективні розлади (розгальмування, дезорганізація поведінки або падіння рівня активності).

#### **Характеристика ступеня вираженості при астеничному синдромі**

Легкі порушення – бідність суб'єктивних симптомів. При пробі з таблицями Шульте – високий ступінь впрацьованості, достатній темп роботи протягом усієї проби, достатня концентрація уваги, не виникає або незначне стомлення до кінця проби.

Помірні порушення – якісне різноманіття суб'єктивних симптомів. При пробі з таблицями Шульте – середній ступінь впрацьованості, темп роботи знижується до середини проби, пропуски цифр виникають до середини виконання проби і дещо збільшуються до її закінчення, плавно наростає стомлення.

Виражені порушення – насиченість і відносна стабільність суб'єктивних симптомів. При пробі з таблицями Шульте – уповільнення періоду впрацьованості, численні пропуски цифр, швидко розвивається стомлення з початку часу роботи.

#### **Характеристика ступеня вираженості при лікворно-гіпертензивному синдромі**

Легкі порушення – наявність гіпертензивних скарг, можливі рідкісні (4–5 разів на рік) легкі гі-

пертензійні кризи (не завжди супроводжуються блювотою, наявність помірної вегетативної симптоматики під час кризи). Ремітуючий тип течії, легкі гіпертензійні зміни (КТ).

Помірні порушення – середньої частоти (1–2 рази на місяць) помірно виражені гіпертензійні кризи, що супроводжуються нудотою, блювотою), поєднуються з вестибулярними розладами. Помірні гіпертензійно-лікворні зміни на КТ.

Виражені порушення – часті (3–4 і більше на місяць) важкі гіпертензійні кризи, ремітуючий або прогресивний перебіг. Грубі порушення зору, вестибулярно-мозочкові розлади. Виражені гіпертензійно-гідроцефальні розлади на КТ, виражені зміни під час офтальмоскопії (застійні диски зорових нервів, зміни полів зору).

#### **Характеристика ступеня вираженості при епілептиформному синдромі**

Легкі порушення – рідкісні генералізовані (1 раз на місяць) напади, регресивний тип перебігу, відсутність зміни особистості (при експериментально-психологічному тестуванні). У більшості випадків відсутність пароксизмальної активності при ЕЕГ спокою, до 50 % пароксизмальної активності при навантажувальних пробах.

Помірні порушення – середньої частоти (3–4 рази на місяць) напади, рідкісні психічні еквіваленти, повільно прогресивний або стаціонарний тип течії, легкі зміни особистості по посттравматичному астеничному типу. Наявність пароксизмальної активності (у 50 %) при ЕЕГ спокою, що підсилюється при навантажувальних пробах.

Виражені порушення – часті великі (більше 4 на місяць) або дуже часті малі судомні напади, повільно прогресивний тип течії, помірні зміни особистості по посттравматичному астеноорганічному типу. Наявність пароксизмальної активності при ЕЕГ спокою.

Різко виражені порушення – часті напади або епілептичні статуси, виражені і часті психічні еквіваленти, швидко прогресивний тип перебігу, виражені зміни особистості за посттравматичним і епілептоїдним типом.

#### **Характеристика ступеня вираженості при вестибулярному синдромі**

Легкі порушення – рідкі (1 раз на місяць) легкі напади запаморочення тривалістю до 10 хвилин, без вегетативних реакцій. Немає неврозподібної симптоматики. Наявність ознак вестибулярної лабільності в період між нападами. Практично норма при вестибулометрії.

Помірні порушення – середньої частоти (2–3 рази на місяць) напади запаморочення середньої тяжкості до 10 хвилин, що супроводжуються вегетативними реакціями. Наявність легких або помірних вегетативних і неврозподібних порушень у період між нападами. Помірні зміни при вестибулометрії.

Виражені порушення – часті (4 і більше разів на місяць) важкі напади запаморочення, з вираженими вегетативно-судинними реакціями. Виражені неврозподібні вегетативні порушення. Виражені зміни при вестибулометрії

### **Характеристика ступеня вираженості при вегетативних порушеннях**

Легкі порушення – рідкісні (1–2 рази на місяць) або середньої частоти (1–2 рази на тиждень) легких вегетативних кризів.

Помірні порушення – наявність частих (2–3 рази на день) легких, рідкісних (1 раз на тиждень) або середньої частоти (1–2 рази на тиждень) помірних, рідкісних (1–3 рази на місяць) виражених вегетативних кризів. Легкі кризи характеризуються моносистемними проявами з зацікавленістю серцево-судинної системи до 10 хвилин. Кризи проходять самостійно, в період між нападами скарги відсутні.

Виражені порушення – наявність частих (3 і більше на тиждень) помірно виражених, середньої частоти (4–8 на місяць) виражених вегетативних кризів.

Помірні вегетативні кризи характеризуються полісистемними проявами з залученням серцево-судинної і дихальної, рідше інших систем, тривалістю 10–40 хвилин, дублюються таблетованими препаратами. У період між нападами – суб'єктивні полісистемні скарги.

Безперечно виражені порушення – наявність частих (2 і більше на тиждень) вегетативних кризів характеризується полісистемністю проявів, тривалістю понад 40 хвилин, які купіруються ін'єкційними препаратами. У період між нападами – об'єктивні полісистемні прояви.

У хворих з наслідками черепно-мозкової травми наявність тих чи інших обмежень життєдіяльності залежить від синдромології ураження.

У разі домінуючої гемісимптоматики для проведення медико-соціальної експертизи повинна бути наявність: рухових, координаторних розладів (порушення здатності до пересування, праці, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, навчання, самообслуговування), зорових розладів (порушення здатності до орієнтації, навчання, праці, повсякденної діяльності, взаємодії з навколишнім середовищем, самообслуговування), розладів функції тазових органів (порушення здатності до повсякденної діяльності, взаємодії з навколишнім середовищем, навчання, праці).

Так, за домінуючої симптоматики ураження стовбура мозку та мозочку для проведення медико-соціальної експертизи буде наявність: окоорухових розладів (порушення здатності до орієнтації, навчання, праці, повсякденної діяльності, взаємодії з навколишнім середовищем самообслуговування), артикуляційних розладів (порушення здатності до спілкування, контролю за поведінкою, повсякденною діяльністю, взаємодією з навколишнім середовищем, навчання), розладів ковтання (порушення здатності до самообслуговування, повсякденною діяльністю, взаємодією з навколишнім середовищем), гіперкінетичний синдром (порушення здатності до самообслуговування, пересування, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, навчання, взаємодії з навколишнім середовищем), атаксії (порушення зда-

тності до самообслуговування, пересування, ведення домашнього господарства, повсякденної діяльності, праці).

Критерієм для встановлення **першої групи інвалідності** є потреба в постійній зовнішній допомозі та наявність різко вираженого обмеження одного або кількох критеріїв життєдіяльності:

- здатності до самообслуговування 3-го ступеня;
- здатності до пересування 3-го ступеня;
- здатності до орієнтації 3-го ступеня;
- здатності до спілкування 3-го ступеня;
- здатності до контролю за поведінкою 3-го ступеня;
- здатності до навчання 3-го ступеня;
- здатності до праці 3-го ступеня.

Клінічними синдромами, які дають право для встановлення I групи інвалідності, є: параплегія, геміплегія, грубий геміпарез, плегія верхньої домінуючої кінцівки з грубим парезом недомінуючої кінцівки, 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 кількох критеріїв життєдіяльності:

- здатності до самообслуговування 2-го ступеня;
- здатності до пересування 2-го ступеня;
- здатності до орієнтації 2-го ступеня;
- здатності до спілкування 2-го ступеня;
- здатності до контролю за поведінкою 2-го ступеня;
- здатності до навчання 2-го ступеня;
- здатності до праці 2-го ступеня.

Клінічними синдромами, які дають право для встановлення II групи інвалідності, є: виражений геміпарез, парепарез, виражена моторна, сенсорна афазія, виражена атаксія, виражений психоорганічний синдром.

Критерієм установаження **третьої групи інвалідності** є наявність помірно вираженого обмеження одного або кількох критеріїв життєдіяльності:

- здатності до самообслуговування 1-го ступеня;
- здатності до пересування 1-го ступеня;
- здатності до орієнтації 1-го ступеня;
- здатності до спілкування 1-го ступеня;
- здатності до контролю за поведінкою 1-го ступеня;
- здатності до навчання 1-го ступеня;
- здатності до праці 1-го ступеня.

Клінічними синдромами, які дають право для встановлення III групи інвалідності, є: помірний геміпарез, парепарез, помірні мовні розлади, помірна атаксія, помірний психоорганічний синдром.

Третя група інвалідності встановлюється в разі помірного обмеження 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.

Струс головного мозку, за наявності адекватного дотримання режиму в гострому періоді та лікування і відсутності обтяжуючих обставин, завершується одужанням. Лише у деяких пост-раждалих розвивається післякомоційний синдром (ПКС), який проявляється психо вегетативно-соматичними розладами. На характер та вираженість скарг впливають фізичні та емоційні переважанення, значні метеоколювання, зміна сезонних ритмів, інтеркурентні інфекційно-соматичні захворювання, менструальний цикл тощо. ПКС зазвичай поступово проходить, але іноді може затягуватись на кілька років, особливо, якщо травма стала предметом судового розгляду. Отже, післякомоційний синдром значною мірою є психологічною проблемою і тому не є предметом оцінки обмеження доменів життєдіяльності.

У випадку наявності обмежень життєдіяльності легкого ступеня пацієнтам з наслідками ЧМТ група інвалідності не встановлюється.

У кожному конкретному випадку враховується професійна діяльність хворого (фізична праця, інтелектуальна праця, праця, що потребує тонкої координації рухів). Отже, на основі аналізу ступеня вираженості клінічних синдромів та кількісного визначення доменів обмеження життєдіяльності розроблені удосконалені комплексні критерії встановлення груп інвалідності пацієнтам з наслідками ЧМТ.

**Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)** є класифікацією доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Ці домени описані з позицій організму індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків: 1) функцій і структури організму; 2) домени соціальної активності та участі в суспільному житті.

Зважаючи на те, що функціональне здоров'я індивіда залежить від зовнішніх впливів, МКФ містить перелік чинників навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями.

МКФ є стандартом ВООЗ в галузі області вимірювання стану здоров'я та інвалідності як на рівні індивіда, так і на рівні населення. МКФ була офіційно схвалена всіма країнами-членами ВООЗ на п'ятдесят четвертій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція ВНА 54,21). На відміну від своєї попередниці, МКФ була запроваджена для застосування в країнах-членах ВООЗ як міжнародний стандарт для опису і визначення ступеня порушень здоров'я.

МКФ пропонує розглядати поняття «здоров'я» й «інвалідність» у новому сенсі: кожна людина може відчувати погіршення стану здоров'я, що має на увазі певний рівень обмеження її можливостей. Згідно з МКФ, обмеження можливостей або працездатності не є явищем, притаманним лише невеликій групі населення. Отже, обмеження можливостей або працездатності визнається як універсальний людський досвід. Зміщуючи фокус

від причини захворювання до його наслідків, МКФ дає змогу здійснювати оцінку різних рівнів здоров'я за універсальною шкалою здоров'я та інвалідності.

Більш того, МКФ враховує соціальні аспекти інвалідності й не розглядає інвалідність лише як «медичну» або «біологічну» дисфункцію. Враховуючи контекстуальні чинники, серед яких чинник навколишнього середовища, МКФ дає можливість враховувати вплив навколишнього середовища на життєдіяльність людини.

Зазначимо також, що кількісна оцінка у відсотках в додатку до існуючих класифікацій і критеріїв відповідає певним класам хвороб за МКХ-10. Отже, на сучасному етапі дуже важливо правильно поставити клініко-функціональний діагноз при направленні пацієнта на медико-соціальну експертизу. Даний процес потребує вивчення хворого як особистості, з використанням усіх відомих у клініці методик і всього апарату логічного мислення. Клінічний діагноз здебільшого відображає функціональні зміни в організмі. Діагноз хворого – це не діагноз одного дня, це з'ясування закономірностей перебігу захворювання у конкретного хворого в даний час, за даних умов. Отже, за сучасного розвитку медицини значно зростає роль медичних організацій на етапі діагностики, лікування і реабілітації громадян, що мають тяжкі захворювання, наслідки травм і дефекти.

Під час прийняття рішення лікарською комісією медичного закладу про направлення хворого на медико-соціальну експертизу слід керуватися Додатками до класифікацій і критеріями, що рекомендовані до використання при медико-соціальної експертизі обмеження життєдіяльності. Звичайно, що МКН та МКФ не можна вважати ідеальними, але вони значно ширші, порівняно з попередніми, дають змогу об'єктивізувати визначення групи інвалідності, проводити ефективну та якісну реабілітацію хворих та інвалідів, у тому числі тих, що мають у структурі порушень функцій складні посттравматичні синдроми, зокрема КН. Принципи, що стали основою МКФ, та використовуються при МСЕ, дають можливість з гуманістичних позицій і досить об'єктивно розглядати порушені функції, які є підґрунтям для визнання хворого інвалідом тієї чи іншої групи, враховуючи, зокрема, і наявність посттравматичних КН.

Досвіду застосування МКФ у країнах СНД ще немає. У зв'язку з чим оцінка функціонального статусу хворих з тимчасовими функціональними відхиленнями і труднощами взаємодії з навколишнім середовищем та відпрацювання методичних прийомів практичного використання МКФ є актуальною проблемою.

Складність полягає у відсутності регламентуючих процедур, які дали б можливість скоротити кількість і обсяг діагностичної роботи по встановленню номенклатури та ступеня функціональних порушень. У базовому наборі МКФ оцінці можуть підлягати сотні функцій, анатомічних структур, проявів активності й реалізації, не кажучи вже про різноманіття взаємодії з навколишнім

середовищем. Без вироблення певного порядку й обмежень діагностичного алгоритму, що накладаються специфікою досліджуваного контингенту пацієнтів, МКФ легко перетворити на громіздкий і незручний механізм, як для хворих, так і для організаторів охорони здоров'я.

МКФ визнає, що кожна людина може відчувати погіршення стану здоров'я і будь-яке обмеження життєдіяльності. Переміщуючи акцент з причини на вплив, МКФ розподіляє стан здоров'я інвалідів, хворих і здорових на рівній основі так, що вони порівнюються по загальній шкалі – шкалі здоров'я й обмежень життєдіяльності [1].

МКФ розкриває поняття «здоров'я» й «інвалідність» у новому сенсі. Вона визнає, що кожна людина може відчувати погіршення стану здоров'я, таким чином, відчуваючи будь-яке обмеження життєдіяльності. Це відбувається аж ніяк не з меншістю людства. Отже, МКФ «об'єднує» відчуття обмеження життєдіяльності й називає його як загальнолюдське переживання.

На виконання **«Плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків»**, затвердженому **Розпорядженням Кабінету Міністрів України** від 27.12.2017 № 1008-р на виконання **Указу Президента України** від 25.08.2015 № 501/2015 «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини», зокрема Стратегічного напрямку «Забезпечення права на охорону здоров'я»: «Розроблення плану заходів щодо приведення критеріїв установами інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг для дітей з інвалідністю відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я» нами розроблені критерії визначення обмеження життєдіяльності внаслідок поєднаних черепно-мозкових травм та їхніх наслідків.

Поки що ці критерії не затверджені на законодавчому рівні для прийняття рішення про визначення інвалідності, але водночас, ми пропонуємо користуватися цими критеріями під час формування індивідуальної програми реабілітації та контролю за її виконанням.

При оцінці порушень функцій і структур організму, обмеження життєдіяльності за МКФ, а саме для оцінки порушень функцій, структур і обмеження діяльності були відібрані найбільш характерні категорії кодів для хворих неврологічного профілю.

Під час обліку порушень по доменах МКФ оцінюються порушення, що перевищують незначні, оскільки незначні ознаки виникають і у здорових людей. Крім того, оцінка незначних критеріїв займає чимало часу і загалом не несе особливої інформаційної цінності.

Отже, щодо порушень функцій організму, структур організму й обмежень функцій організму

у хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками були розроблені найбільш прийнятні шаблони для цієї групи захворювань.

Оцінка епікризів про відповідність розробленим критеріям оцінки МКФ у всіх групах свідчить про недостатність об'єктивної оцінки обмежень життєдіяльності у хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками.

У практичній медицині оцінку стану хворих лікарі здійснюють на основі об'єктивних, клініко-лабораторних та функціональних діагностичних даних.

Використання адаптованого опитувальника оцінки порушень функцій і структур організму для хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками дуже важливе для вимірювання і контролю лікувально-реабілітаційних заходів.

У Додатку наведено застосований варіант опитувальника ВООЗ (checklist), адаптований для оцінки пацієнтів з поєднаними черепно-мозковими травмами та їх наслідками. Представлений опитувальник складається з паспортної та медичної частин. Медична частина має розділи: життєдіяльність (активність і реалізація), функції організму, структури організму. Фахівцям потрібно по кожному домену визначити величину і вираженість порушень.

Домени життєдіяльності кваліфікуються двома ознаками: активність і реалізація. Активність вказує на ступінь обмеження виконати завдання або дії без помічників і пристосувань щодо зазвичай очікуваного від людини. Реалізація вказує ступінь обмеження в навколишньому середовищі з помічником або пристосуванням.

Запропоновані шаблони призначені тільки для первинної оцінки хворих заданого профілю. Якщо в результаті первинної оцінки будуть виявлені нові субдомени обмеження, для них повинні бути розроблені шаблони поглибленої оцінки.

У таблиці представлений шаблон оцінки активності пацієнтів з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками. У цій групі важливо оцінювати п'ять доменів: додатково введені домени «Навчання і застосування знань» та «Спілкування», що відображає активність і реалізацію індивіда, пов'язані з ураженням головного мозку.

Приклад. Хворий Б., діагноз: Наслідки перенесеної важкої черепно-мозкової травми: Забій головного мозку III ст., інвалід 2-ї групи, вік – 64 роки. Оцінка активності та реалізації (D-домен).

Даний хворий має абсолютні обмеження в мобільності і побутовому житті, важкі обмеження в самообслуговуванні. Менше половини (24,5 %) учасників АТО/ООС у 2018 році були первинно визнані особами з інвалідністю внаслідок різних травматичних уражень, що на 10,5 % менше, порівняно з 2017 роком.

Домени для обмеження пацієнтів з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками

Код 1-го рівня	Назва домена	Код 2-го рівня	Назва домена
d1	Вивчення і застосування знань	D110	Використання зору
		D145	Засвоєння навичок письма
d3	Спілкування	D310	Складання і викладення повідомлень у невербальній формі
		D330	Мова
		D350	Бесіда
d4	Мобільність	D450	Ходьба
		D465	Пересування з використанням технічних засобів
		D470	Використання пасажирського транспорту
		D475	Управління транспортом
d5	Самообслуговування	D550	Приймання їжі
		D540	Одягання
		D510	Миття
		D520	Догляд за частинами тіла
d6	Домашній побут	D620	Придбання товарів і послуг (відвідування магазину)
		D630	Приготування їжі
		D640	Виконання роботи по дому (прибирання в будинку, прання, миття посуду)

Унаслідок різних травматичних уражень найбільше первинно визнаних особами з інвалідністю учасників АТО/(ООС мають травматичні ураження головного мозку – 516 осіб, що становить 13,7 % загальної кількості визнаних особами з інвалідністю учасників АТО/(ООС, та травми опорно-рухового апарату – 194 особи, що складає 5,1 % загальної кількості визнаних особами з інвалідніс-

то. Серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату Без вироблення певного порядку й обмежень діагностичного алгоритму, що накладаються специфікою досліджуваного контингенту пацієнтів, легко перетворити МКФ на громіздкий та незручний механізм, як для хворого, так і для організаторів охорони здоров'я.

Таблиця 2

Приклад оцінки функціональної активності і реалізації у хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їх наслідками за Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

Домени	Активність	Реалізація
d110 Використання зору	2* – помірно погіршення	2 помірно погіршення
d145 Засвоєння навичок письма	2 помірно погіршення	2 – помірно погіршення
d310 Складання і виклад повідомлень у невербальній формі	2 помірно погіршення	2 – помірно погіршення
d330 Мова	2 помірно погіршення	2 – помірно погіршення
d350 Бесіда	2 помірно погіршення	2 – помірно погіршення
d450 Ходьба	4 – абсолютне погіршення	4 – абсолютне погіршення
d550 Прийом їжі	3 – важке погіршення	3 – важке погіршення
d540 Одягання	3 – важке погіршення	3 – важке погіршення
d510 Миття	3 – важке погіршення	3 – важке погіршення
d620 Придбання товарів і послуг (відвідування магазину)	4 – абсолютне погіршення	4 – абсолютне погіршення
d630 Приготування їжі	3 важке погіршення	3 – важке погіршення
d640 Виконання роботи по дому	4 абсолютне погіршення	4 – абсолютне погіршення

Примітка – \*ступінь ознаки за шкалою оцінки.



При зіставленні доменів активності (реалізації) й доменів структур й функцій чітко помітний зв'язок між ними. Інтегруючим показником функціональних порушень є активність індивіда й реалізація адаптаційного потенціалу. Основою функціональних відхилень є структурні зміни.

Розроблені шаблони оцінки функціональної активності й реалізації у хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками за Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дають змогу звузяти до необхідного спектр опису функціональних обмежень і уніфікувати перелік оцінюваних доменів.

Доменам D4-6 у хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками відповідають, як мінімум, порушення чотирьох доменів функцій B2, B4, B6, B7 і, також, порушення чотирьох доменів структур S1, S5, S6, S7. Ця відповідність стала основою використання зазначених шаблонів для оцінки традиційного опису стану пацієнтів у виписаний епікриз.

Розроблені шаблони є, на нашу думку, першим кроком для стандартизованої оцінки функціональної активності й реалізації у хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками по МКФ для груп з головного мозку. Ці шаблони вказують напрям для формування шаблонів оцінки глибших рівнів ураження: функції (body) і структури (structure).

Результати проведеного дослідження показують практичну можливість використання адаптованого варіанта анкети опитування для хворих з поєднаними черепно-мозковими травмами та їхніми наслідками по МКФ і дають змогу отримати докладні і деталізовані дані про функціональні можливості та обмеження життєдіяльності хворих.

На нашу думку, взаємозумовленість доменів активності (реалізації) і доменів структур і функцій дає можливість стандартизувати домени опису порушень і регламентувати такий опис. Стандартизація опису певних груп захворювань дасть змогу фахівцям різних профілів (лікарі, реабілітологи, експерти) спілкуватися однією мовою і дивитися на пацієнта більш цілісно.

На підставі адаптованого варіанта анкети опитування по МКФ можна отримати важливі результати. Відпрацьована методика опитування і розроблена спеціалізована інформаційно-автоматизована програма полегшить оцінку за системою МКФ як необхідного міжнародного стандарту.

### Література

1. Международная номенклатура нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности. Руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм. – М., 1998.
2. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А. Н. Белова. – М., Антидор. – 2000. – 387 с.
3. Гиткина Л. С. Пути снижения инвалид-

ности больных вследствие черепно-мозговой травмы / Л. С. Гиткина, В. Б. Смычек, Т. Д. Рябева с соавт.: Метод рекоменд. – Минск, 2000. – 39 с.

4. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія. Рекомендації по використанню / за наук. ред. д. м. н. С. В. Пхіденко. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2001. – 60 с.

5. Мякотных В. С. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы: Обзор / В. С. Мякотных // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Т. 102. – № 4. – С. 61–65.

6. Тайцлин В. И. Закрытая черепно-мозговая травма и ее последствия / В. И. Тайцлин // Междунар. мед. журнал. – 2002. – Т. 8. – № 1-2. – С. 58–62.

7. Полторацкий В. Г. Структура сочетанной черепно-мозговой травмы в зависимости от ее причины / В. Г. Полторацкий // Междунар. мед. журн. – 2003. – Т. 9. – № 3.

8. Зозуля О. О. Прогностичні критерії перебігу та виходів тяжкої черепно-мозкової травми (клініко-біохімічне дослідження): дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.15 / Зозуля Оксана Олександрівна; АМН України; Інститут неврології, психіатрії та наркології. – Х., 2005. – С. 78.

9. Ф. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус, Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/807>.

10. Некоторые результаты научных исследований, проведенных с применением Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в ФГУ СП 6 НЦ ЭПР им. Альбрехта ФМБА России / Н. Н. Лебедева, А. А. Гальянов, И. С. Ишутина, Е. О. Гордиевская, И. В. Хазова // XV Российский национальный конгресс «Человек и его здоровье». Санкт-Петербург, 2007.

11. Ибраева К. Б. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и участия в качестве модели инвалидности / К. Б. Ибраева, А. М. Махмутова // Вестник хирургии. – Кыргызстан, 2011. – № 1. – С. 43–46.

12. Богуславский Д. Д. Методика количественной оценки реабилитационного потенциала у инвалидов вследствие мозгового инсульта / Д. Д. Богуславский // Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности (Днепропетровск), 2005. – Режим доступа: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2005-13-4-5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2005-13-4-5).

13. Me, Angela and Margaret Mbgoni (2001) «Summary and Recommendations of the United Nations International Seminar on Measurement of Disability: New York, 4–6 June 2001». Bethesda, Maryland.

14. WHO, 2003 (September), ICF Checklist. Geneva. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

15. Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview – 2005.

16. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я, 2018

(Затверджено Наказом МОЗ України від 23.05.2018 р. № 981.

[http://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn\\_20180523\\_981\\_dod\\_1.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf)



УДК 159.923:616.05-616.379-008.64

## ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

В. В. Храмцова

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт  
медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

ID ORCID: 0000-0001-7007-2497

### Резюме

У статті висвітлено питання психологічного компонента в структурі захворювання. Визначено роль стресу, неадекватного реагування на нього, деструктивних захисних механізмів особистості. Залежно від рівня стресостійкості виділені групи високого, помірного та низького психосоматичного ризику. Визначено особистісні ресурси й особливості рис особистості, які сприяють дезадаптації.

Ключові слова: діабет 2-го типу, особистісні риси, стресостійкість, адаптивність, дезадаптація.

### Summary

The article highlights the issues of the psychological component in the structure of the disease. The role of stress, inadequate response to it, destructive protective mechanisms of the personality is defined. Depending on the level of stress tolerance, groups of high, moderate and low psychosomatic risk are identified. Identified personal resources and features of personality traits that contribute to maladjustment.

Keywords: type 2 diabetes, personality traits, stress resistance, adaptability, adaptation disorders.

Диабет в последнее время все чаще связывают с таким понятием как «болезни цивилизации», где физическое, социальное и психическое не только тесно переплетены друг с другом, но и потенцируются друг другом. Временная или стойкая утрата трудоспособности, инвалидизация, психоэмоциональные нарушения, как следствие неудачной адаптации к ближайшему окружению, личностные изменения достаточно распространены среди лиц с диабетом 2-го типа [1]. При этом психологические проблемы и психические расстройства выступают и как пусковой механизм, и как фактор, отягощающий заболевание и влияющий на сам процесс лечения [2]. Многие исследователи приходят к выводу, что в структуре заболевания психологический компонент имеет достаточно большой вес.

Тревога, которая часто трансформируется личностью посредством ее блокирования в теле и соматизацией, а также возвратом осознанных импульсов обратно в телесную структуру, становится психосоматическим компонентом у лиц с этой патологией. Фрустрация, длительные про-

блемы в семье и одиночество, подавленное настроение являются психологическими факторами, которые способствуют развитию заболевания, а неадекватная самооценка и эгоцентричность на фоне эмоциональной лабильности способствуют закреплению психотравмирующих переживаний [1, 2].

Немалую роль играет личностная организация больных диабетом 2-го типа. В процессе болезни происходит изменение всей системы жизненных ценностей и возрастание роли личностной хронической неудовлетворенности [3, 4]. Их психологический портрет представлен чувствами незащищенности, психосоциального перенапряжения, в связи с трудностями коммуникации и своеобразием мышления, повышенной чувствительностью к отказам, низкой психической энергетикой, зависимостью от окружающих [5]. Основные потребности, которые остаются нереализованными, – это потребности в любви и внимании, восполняемые посредством повышенного потребления сладостей и еды; сочувствия – посредством соматизации и сверхконтроля; привязанно-