

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів**



# **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

**Методичні рекомендації**

Вінниця 2016

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Директор Медичного  
департаменту МОЗ України**



**Кравченко В.В.**

**« 15 » 06 2016 р.**

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

**Методичні рекомендації**

**Вінниця 2016**

**УДК 616.832-004.2:616-036.86**

**Установа-розробник:**

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

**Укладачі:**

д.м.н., професор Шевчук В.І.

д.м.н. Безсмертний Ю.О.

к.м.н. Безсмертна Г.В.

**Рецензенти:**

з.д.н. і т. України, д.м.н., професор Зозуля І.С.

д.м.н., професор Матяш М.М.

**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неврологія», д.м.н., професор Міщенко Т.С.**

У методичних рекомендаціях представлені відомості про поширеність первинної, повторної та загальної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу в Україні за останні 5 років; проаналізовані регіональні особливості поширеності та динаміки інвалідності при розсіяному склерозі; вивчені соціально-гігієнічні характеристики різних контингентів інвалідів з урахуванням статі, віку, групи інвалідності; наведено клініко-експертну характеристику інвалідності внаслідок розсіяного склерозу з урахуванням збережених та порушених функцій організму, групи інвалідності та гендерних особливостей; запропоновані науково обґрунтовані критерії медико-соціальної експертизи з урахуванням сучасної концепції інвалідності.

Методичні рекомендації призначені для лікарів – експертів МСЕК, ЛКК, неврологів, лікарів інших спеціальностей.

**ПЕРЕЛІК УМОВИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВВІ – вперше визнані інвалідами;

ПВІ – повторно визнані інвалідами;

РС – розсіяний склероз

**ЗМІСТ**

	Стор.
Вступ.....	5
Соціально-гігієнічна характеристика інвалідності внаслідок розсіяного склерозу.....	8
Клініко-експертна характеристика інвалідності внаслідок розсіяного склерозу.....	19
Медико-соціальна експертиза при розсіяному склерозі.....	27
Рекомендована література.....	35

## ВСТУП

Розсіяний склероз (РС) – одне з найпоширеніших захворювань нервової системи, яке являється основною причиною інвалідності у осіб молодого віку (Волошин П.В. та співавт., 2006; Волошина Н.П. та співавт., 2013). Понад 60% пацієнтів із РС протягом 20 років стають недієздатними внаслідок цього захворювання. Медико-соціальні прояви захворювання накладають значний відбиток на якість життя пацієнтів та їхньої родини, призводячи до значних економічних витрат.

Епідеміологічні дані щодо РС у світі є фрагментованими та в основному доступні для країн із високим рівнем доходів. За даними Міжнародної федерації розсіяного склерозу (Multiple Sclerosis International Federation – MSIF), які були отримані з 104 країн світу від спеціалістів в галузі неврології та РС (41 (77%) країна Європи, 18 (51%) – Північної та Південної Америки, 17 (11%) – Східносередземноморського регіону, 9 (33%) – Західнотихоокеанського регіону та 6 (53%) – Південно-Східної Азії (54%), станом на 2013 р. у світі налічується ~ 2,3 млн хворих на РС. Порівняно з 2008 р. захворюваність на РС зросла з 2,1 млн до 2,3 млн хворих, поширеність – з 30 до 33 на 100 тис. населення.

РС на сьогодні діагностують у будь-якому регіоні світу. Найвищі рівні захворюваності відзначають у країнах Північної Америки та у Європі (140 і 108 на 100 тис. населення відповідно) (Kingwell E. et al., 2013, Katz Sand I.V. et al., 2013), найнижчі – у Центральній та Південній Африці та Східній Азії (2,1-2,2 на 100 тис. населення). Найвища поширеність РС серед країн Європи зафіксована у Швеції (189 на 100 тис), найнижча — в Албанії (22 на 100 тис. населення). Поширеність РС змінюється відповідно до географічної широти. Наприклад, серед країн Південної Америки найвища захворюваність властива Аргентині (18 на 100 тис. населення), тоді ж як найнижча — Еквадору (3,2 на 100 тис. населення). Співвідношення жінок до чоловіків серед осіб із РС становить 2:1 та є стабільним порівняно з 2008 р. Однак в окремих країнах це співвідношення становить 3:1 (Східна Азія); 2,6:1 (Америка). Причина цього

остаточно не відома, але можливий вплив соціальних факторів, особливостей навколишнього середовища, а також генетичних аспектів (Rovira A. et al., 2009, Okuda D.T. et al., 2009). У 2-5% пацієнтів із діагностованим РС вік <18 років (Multiple Sclerosis International Federation, 2013).

Проблема РС також надзвичайно актуальна і в Україні. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 р. в Україні серед дорослого населення зареєстровано 20 674 хворих на РС, що становить 55,3 на 100 тис. населення. Щороку кількість хворих на РС збільшується в середньому на 1-1,2 тис осіб. У 2013 р. вперше захворіли на РС 1196 мешканців України, що становить 3,2 на 100 тис. населення. Найвища поширеність у 2013 р. зареєстрована у Волинській (101,0 на 100 тис. населення), Тернопільській (88,5 на 100 тис. населення), Полтавській (76,8 на 100 тис. населення) областях, найнижча — у Кіровоградській (27,4 на 100 тис. населення), Донецькій (28,2 на 100 тис. населення) та Одеській (26,5 на 100 тис. населення) областях. Найвища захворюваність на РС у 2013 р. відзначена в Івано-Франківській (5,5 на 100 тис. населення), Вінницькій (4,7 на 100 тис. населення), Волинській (4,5 на 100 тис. населення) та Хмельницькій областях (4,1 на 100 тис. населення), найнижча — у Донецькій (1,8 на 100 тис. населення), Одеській, Миколаївській (2,0 на 100 тис. населення) областях та місті Севастополі (0,6 на 100 тис. населення) (Міщенко Т.С. та співавт., 2014).

Розсіяний склероз розвивається переважно в осіб у віці 20-40 років, частіше від нього страждають жінки. Без специфічного патогенетичного лікування через 10 років від початку захворювання понад 80% хворих змушені змінити роботу, при цьому у 50% пацієнтів виникають труднощі у виконанні професійних обов'язків, а 35% здатні пересуватись лише зі сторонньою допомогою. Через 15 років від початку захворювання можуть пересуватись тільки зі сторонньою допомогою 60% пацієнтів, а через 25 років 75% хворих гинуть. Середній вік померлих хворих складає 51 рік. Із тих, хто залишився, лише 11% хворих можуть самостійно ходити і обслуговувати себе в побуті.

За таких обставин важливого значення набуває технологія і процедура визначення інвалідності при розсіяному склерозі, які мають бути спрямовані на

оцінку порушень здоров'я, визначення наявності і вираженості обмежень життєдіяльності, соціальної недостатності. Цілеспрямованих досліджень, присвячених проблемі інвалідності внаслідок розсіяного склерозу і медико-соціальної експертизи не проводилось. В існуючій звітності МСЕ дані про інвалідність внаслідок розсіяного склерозу відсутні. Також відсутні дослідження по вивченню порушених і збережених функцій нервової системи, не визначені обмеження основних категорій життєдіяльності у інвалідів внаслідок розсіяного склерозу. Не розроблені критерії визначення груп інвалідності. Все викладене зумовило необхідність видання методичних рекомендацій.



## Соціально-гігієнічна характеристика інвалідності внаслідок розсіяного склерозу

### Первинна інвалідність

Загальна кількість вперше визнаних інвалідами (ВВІ) внаслідок розсіяного склерозу у 2013 році збільшилась до 689 осіб, порівняно з 565 у 2009 р. (табл. 1). Негативна тенденція до зростання показника простежується з 2010 р. Якщо у 2010 р. динаміка зростання загальної кількості ВВІ була незначною і дорівнювала 6,9%, то у 2011 р. вона збільшилась на 17,2%, а у 2013 р. – на 24,1%, порівняно з 2009 р. (рис.1)

Інтенсивний показник первинної інвалідності внаслідок РС серед працездатного населення у 2013 р. дорівнював 0,36 на 10000 населення. Найвищий рівень первинної інвалідності зареєстровано у Івано-Франківській (0,48), Вінницькій (0,47), Чернігівській (0,44), Рівненській (0,43) та Житомирській (0,41) областях; найнижчий – у Херсонській (0,20), Закарпатській (0,21), Одеській (0,26) та Хмельницькій (0,28) (табл. 2). При аналізі рівня інтенсивного показника первинної інвалідності за 2009-2013 рр. особливе занепокоєння викликає його зростання в тих областях, в яких традиційно він був низьким. Так, значне зростання рівня первинної інвалідності зареєстровано у Сумській (93,7 %; 0,16→0,31), Житомирській (90,4%; 0,21→0,41), Херсонській (81,8%; 0,11→0,2), Харківській (75,0%; 0,24→0,42), Рівненській (65,3%; 0,26→0,43) областях. Незначний приріст показника відмічено у Миколаївській (3,7%; 0,27→0,28), Одеській (13,1%; 0,23→0,26) та Чернігівській (12,8%; 0,39→0,44) областях. Зниження показників первинної інвалідності простежується у Тернопільській (30,0%; 0,40→0,28), Закарпатській (14,3%; 0,24→0,21), Волинській (18,7%; 0,48→0,39), Хмельницькій (9,7%; 0,31→0,28), Івано-Франківській (11,1%; 0,54→0,48) областях.

У структурі первинної інвалідності з урахуванням статі переважають жінки, які складають 65,6%, чоловіки – 34,4% від загальної кількості. Серед інвалідів значну частку склали особи молодого віку (77,4%). У вікових категоріях 24-34 роки та 35-44 роки їх частки були найбільшими і, відповідно,

дорівнювали 32,6%. Частка інвалідів у віці 18-24 роки склала 12,2% (тобто, приблизно кожний восьмий інвалід не досяг 25 - річного віку), у віці понад 44 роки – 22,3%.

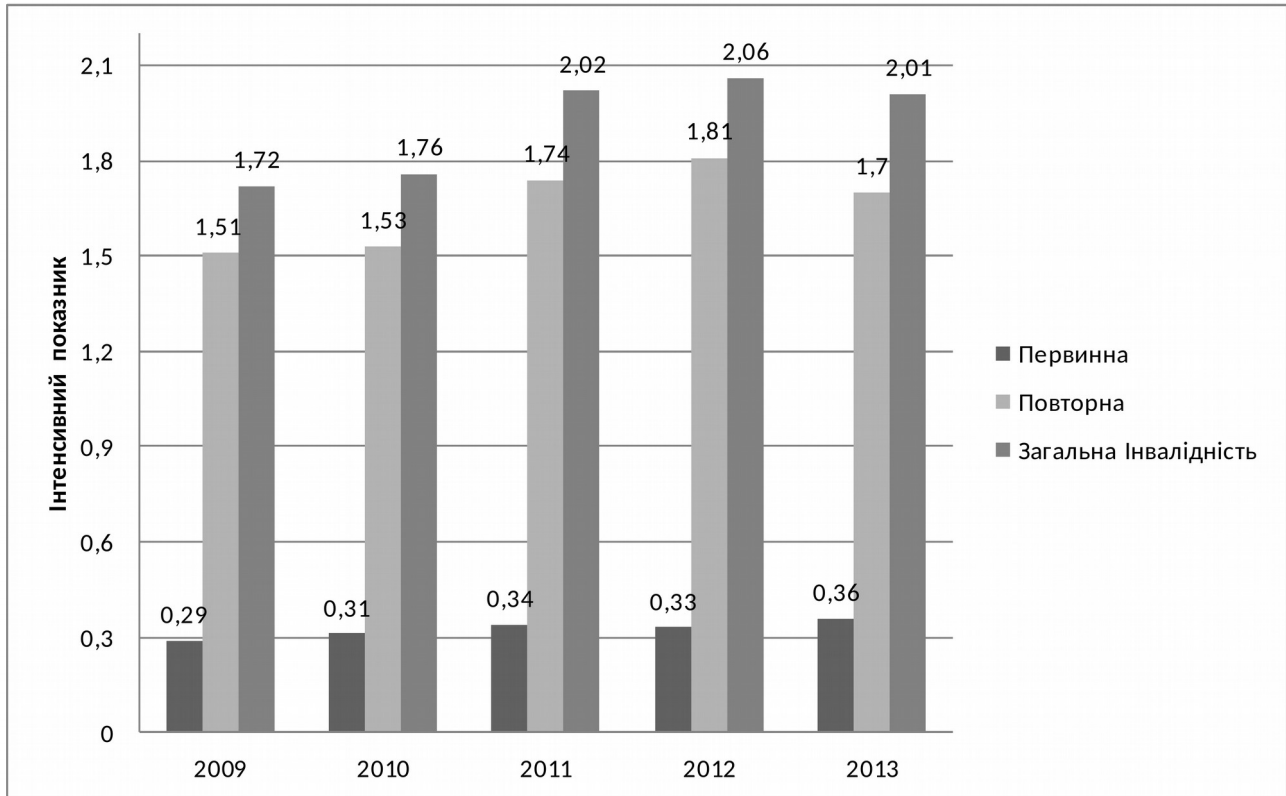


Рис. 1. Діаграма. Рівень первинної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу за 2009-2013 рр.

Таблиця 1

Показники первинної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу за 2009- 2013 рр.

Рік	Загальна кількість	Рівень первинної інвалідності внаслідок РС на 10 тис. населення	Показник наглядності стосовно рівня 2009 р., прийнятого за 100%
2009	565	0,29	100,0
2010	590	0,31	106,9
2011	631	0,34	117,2
2012	628	0,33	113,8
2013	689	0,36	124,1

Таблиця 2

Інтенсивний показник первинної інвалідності внаслідок РС за 2009-2013 рр.

Область	Рівень первинної інвалідності внаслідок РС на 10 тис. населення								
	2009 рік	2010 рік		2011 рік		2012 рік		2013 рік	
	абс.	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вінницька	0,38	0,38	100,0	0,36	94,7	0,38	100,0	0,47	126,3
Волинська	0,48	0,51	106,3	0,67	139,6	0,39	81,3	0,39	81,3
Дніпропетровська	0,29	0,29	100,0	0,27	93,1	0,29	100,0	0,36	124,1
Житомирська	0,21	0,31	147,6	0,15	71,4	0,24	114,3	0,41	195,2
Закарпатська	0,24	0,12	50,0	0,33	137,5	0,25	104,2	0,21	87,5
Ів.-Франківська	0,54	0,43	79,6	0,39	72,2	0,64	118,5	0,48	88,9
Київська	0,21	0,22	104,7	0,33	157,1	0,39	185,7	0,29	138,0
Львівська	0,30	0,24	80,0	0,29	96,7	0,32	106,6	0,38	126,7
Миколаївська	0,27	0,11	40,7	0,25	92,6	0,11	40,7	0,28	103,7
Одеська	0,23	0,24	104,3	0,30	130,4	0,21	91,3	0,26	113,1
Полтавська	0,39	0,40	102,6	0,58	148,7	0,36	92,3	0,37	94,8
Рівненська	0,26	0,37	142,3	0,29	111,5	0,26	100,0	0,43	165,4
Сумська	0,16	0,33	206,2	0,33	206,2	0,33	206,2	0,31	193,7
Тернопільська	0,40	0,49	122,5	0,44	110,0	0,38	95,0	0,28	70,0
Харківська	0,24	0,34	141,6	0,30	125,0	0,42	175,0	0,42	175,0
Херсонська	0,11	0,06	54,5	0,16	145,4	0,24	218,1	0,20	181,8
Хмельницька	0,31	0,34	109,6	0,28	90,3	0,31	100,0	0,28	90,3
Чернівецька	0,24	0,33	137,5	0,24	100,0	0,37	154,1	0,35	145,8
Чернігівська	0,39	0,40	102,5	0,35	89,7	0,27	69,2	0,44	112,8
м.Київ	0,32	0,38	118,7	0,42	131,2	0,38	118,7	0,33	103,1

Примітка: % – показник наглядності стосовно рівня 2009 р., прийнятого за 100%

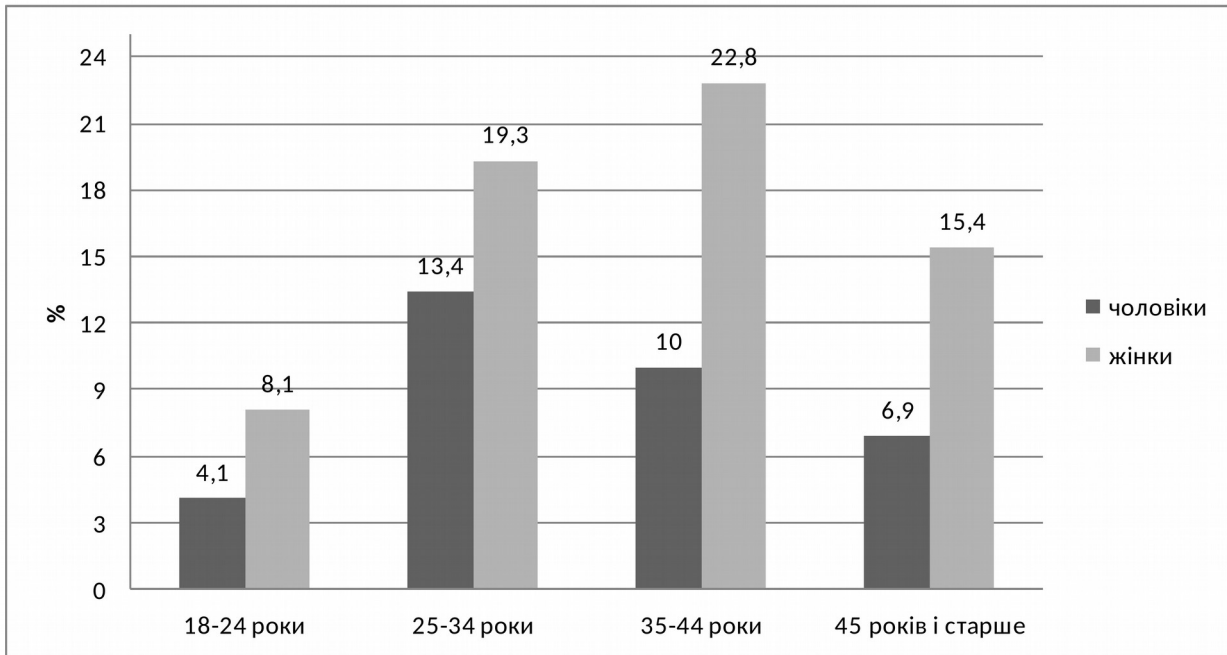


Рис. 2. Діаграма. Структура первинної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу з урахуванням віку та статі

Важкість первинної інвалідності: виявлено значне переважання інвалідів III групи – 67,8%, інвалідів II групи було 27,0%, I – 5,2%. (табл. 3).

Таблиця 3

Структура первинної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу за 2009-2013 рр.

Рік	Загальна кількість	Структура первинної інвалідності					
		I група	%	II група	%	III група	%
2009	565	49	8,6	161	28,5	355	62,9
2010	590	31	5,3	171	28,4	388	65,8
2011	631	27	4,3	185	29,3	419	66,4
2012	628	25	4,0	183	29,2	420	66,8
2013	689	36	5,2	186	27,0	467	67,8

Аналіз первинної інвалідності за важкістю у різних вікових групах показав, що з віком відмічається тенденція до збільшення частки осіб з важкою інвалідністю. Так, у вікових групах 18-24 р., 25-34 р. та 35-44 р. питома вага інвалідів I групи склала відповідно 0,3%, 1,1% та 2,1 %; інвалідів II групи - 3,6%, 7,4% та 8,1%. В структурі первинної інвалідності внаслідок РС переважають жінки, при цьому важкість інвалідності у них була дещо більшою

порівняно з чоловіками. Питома вага інвалідів I, II та III групи серед жінок була 2,9%, 17,1% та 45,6%; серед чоловіків 2,3%, 9,9% та 22,2%, відповідно.

### **Повторна інвалідність**

Загальна кількість повторно визнаних інвалідами (ПВІ) внаслідок розсіяного склерозу у 2013 році склала 3050 осіб і порівняно з 2009 р. зросла на 12,3% (табл. 4). За період 2009-2013 рр. кількість осіб повторно визнаних інвалідами збільшувалась нерівномірно з формуванням пікових значень у 2011р. та 2012 р. – 3146 та 3318 чоловік, відповідно. Суттєва динаміка зростання ПВІ відмічена у 2011 р та 2012 р. до 15,2% і 19,8% , відповідно, з помірним зменшенням у 2013 р. до 12,3%.

Інтенсивний показник набутої інвалідності внаслідок розсіяного склерозу у 2013 р. коливався в межах 0,39 – 2,97 на 10000 населення працездатного віку і в середньому дорівнював 1,70. Найвищі його рівні у 2013 році відмічено у Івано-Франківській (2,97), Волинській (2,87), Чернігівській (2,51) областях, найнижчі – у м. Києві (0,39), Київській (0,62), Закарпатській (0,81), Одеській (0,84) і Херсонській (1,09) областях (табл. 5). Порівняно з 2009 роком найбільша динаміка зростання рівня набутої інвалідності відмічена у Закарпатській (76,0%; 0,46→0,81), Харківській (61,6%; 1,38→2,23), Полтавській (59,0%; 1,44→2,29) та Чернівецькій (32,3%; 1,28→1,89) областях, найменша – у м. Київ (11,4%; 0,35→0,39), Київській (1,6%; 0,61→0,62), Дніпропетровській (11,3%; 2,03→2,26), Львівській (11,4%; 1,14→1,27) областях. В областях з сталим високим рівнем інвалідності внаслідок розсіяного склерозу (Івано-Франківська, Волинська, Чернігівська) зростання інтенсивного показника набутої інвалідності було помірним в межах 24-28%. Зниження інтенсивного показника набутої інвалідності спостерігали у Тернопільській (38,7%; 3,67→2,25), Рівненській (11,7%; 1,54→1,36) та Херсонській (8,4%; 1,19→1,09) областях.

Таблиця 4

Показники повторної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу за 2009- 2013 рр.

Рік	Загальна кількість	Рівень повторної інвалідності внаслідок РС на 10 тис. населення	Показник наглядності стосовно рівня 2009 р., прийнятого за 100%
2009	2739	1,51	100
2010	2788	1,53	101,3
2011	3146	1,74	115,2
2012	3318	1,81	119,8
2013	3063	1,70	112,5

В структурі повторної інвалідності переважали особи жіночої статі - 63,7% (рис. 3). Жінки переважають у молодому і середньому віці і складають 63,0% у віці 18-24 роки, 60,3% у віці 25-34 роки, 65,6% у віці 35-44 роки і у віці старше 45 років 63,7%.

Серед інвалідів значну частку склали особи молодого віку (64,8%). В структурі повторної інвалідності по віку найбільша частка інвалідів реєструється у вікових групах 25-34 роки – 22,04%, 35-44 роки – 36,6%. У віковій групі старше 45 років їх частка дещо зменшується – до 35,2%. Серед чоловіків найбільша кількість інвалідів реєструється у віці 35-44 роки – 12,6%, старше 45 років – 12,8%. Серед жінок частка інвалідів у цих вікових групах – 24,1% та 22,5%, відповідно. У віковій категорії 18-24 роки частка інвалідів склала 6,1%, серед яких чоловіків було 2,3 %, жінок – 3,8%.

Таблиця 5

## Інтенсивний показник повторної інвалідності внаслідок РС за 2009-2013 рр.

## Рівень повторної інвалідності внаслідок РС на 10 тис. населення

Область	Рівень повторної інвалідності внаслідок РС на 10 тис. населення									
	2009 рік		2010 рік		2011 рік		2012 рік		2013 рік	
	абс.	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Вінницька	2,25	2,32	103,1	2,7	120,0	2,57	114,2	2,22	98,6	
Волинська	2,23	2,31	103,6	2,66	119,3	2,58	115,7	2,87	128,7	
Дніпропетровська	2,03	2,26	111,3	2,41	118,7	2,39	117,7	2,26	111,3	
Житомирська	1,56	1,36	87,2	1,07	68,6	1,73	110,9	1,76	112,8	
Закарпатська	0,46	0,66	143,5	0,98	213,0	1,22	265,2	0,81	176,1	
Ів.-Франківська	2,37	2,81	120,6	2,64	113,3	2,53	108,6	2,97	127,5	
Київська	0,61	0,56	91,8	0,58	95,1	0,77	126,2	0,62	101,6	
Львівська	1,14	0,97	85,1	1,48	129,8	1,43	125,4	1,27	111,4	
Миколаївська	0,89	0,93	104,5	0,86	96,7	0,95	106,7	1,12	125,8	
Одеська	0,69	0,69	100,0	0,70	101,4	0,92	133,3	0,84	121,7	
Полтавська	1,44	1,60	111,1	2,23	154,8	2,62	181,9	2,29	159,0	
Рівненська	1,54	1,54	100,0	1,63	105,8	1,43	92,8	1,36	88,3	
Сумська	1,45	1,26	86,9	1,67	115,2	1,90	131,0	1,68	115,9	
Тернопільська	3,67	2,97	80,9	3,03	82,6	2,80	76,3	2,25	61,3	
Харківська	1,38	1,60	115,9	1,88	136,2	2,10	152,1	2,23	161,3	
Херсонська	1,19	1,08	90,7	1,66	139,4	1,11	93,3	1,09	91,6	
Хмельницька	1,63	1,61	98,8	1,71	1074,9	1,65	101,2	1,57	96,3	
Чернівецька	1,28	1,53	119,5	1,89	147,6	2,31	180,4	1,89	147,6	
Чернігівська	2,01	2,19	108,9	2,59	128,8	2,95	146,7	2,51	124,8	
м.Київ	0,35	0,41	117,1	0,48	137,1	0,39	111,4	0,39	111,4	

Примітка: % – показник наглядності стосовно рівня 2009 р., прийнятого за 100%

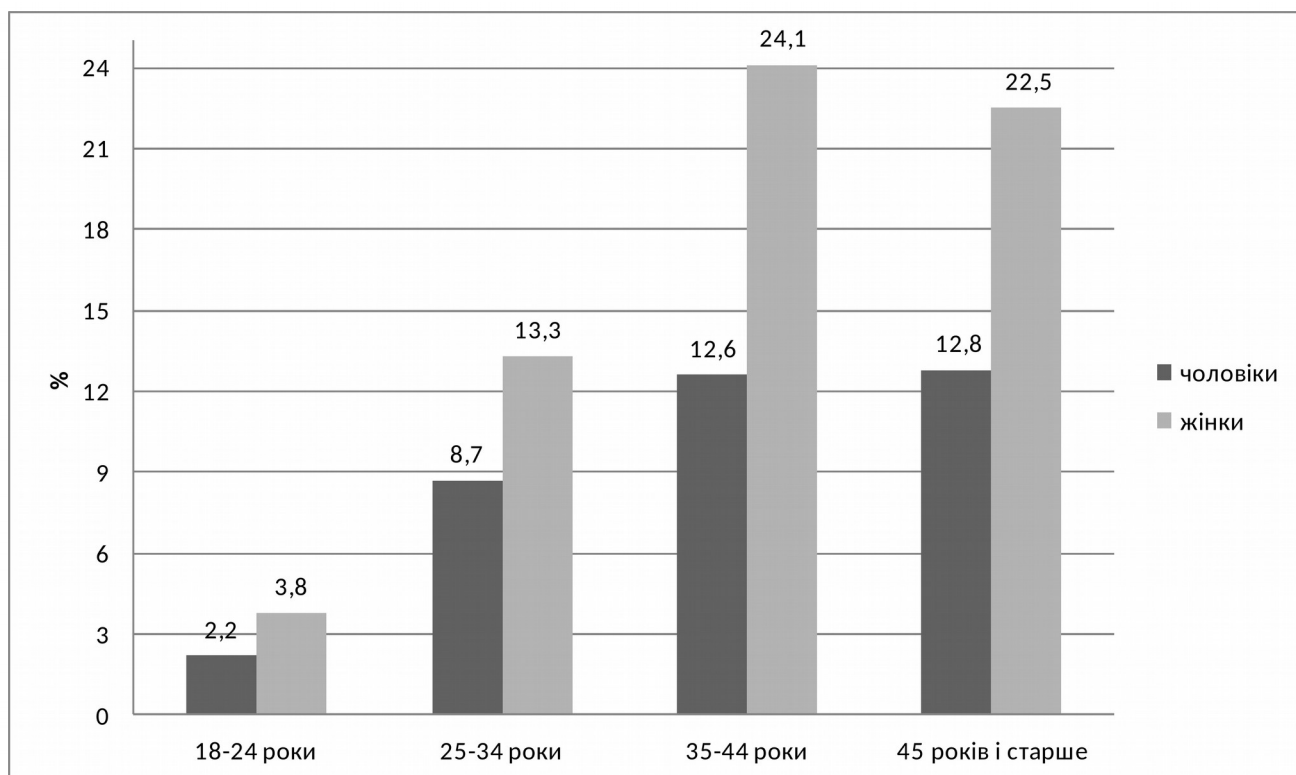


Рис. 3. Структура повторної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу з урахуванням віку та статі.

Важкість повторної інвалідності внаслідок РС серед працездатного населення була помірною (табл. 6). В структурі повторної інвалідності переважали інваліди III групи – 51,5%, інвалідів II групи було 32,2%, I групи – 16,3%. Серед чоловіків інваліди I групи склали 43,7%, II групи – 39,1%, III групи – 32,5%. Серед жінок інваліди I групи склали 56,3%, II групи – 60,9%, III групи – 67,5%. Аналіз інвалідності з урахуванням статі показав, що жінки переважають у всіх групах інвалідності, при цьому їх частка зменшується зі збільшенням важкості інвалідності. Натомість серед чоловіків відмічається зворотна тенденція.



Таблиця 6

Структура повторної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу за 2009-2013 рр.

Рік	Загальна кількість	Структура повторної інвалідності					
		I група	%	II група	%	III група	%
2009	2739	500	18,2	980	35,8	1259	46,0
2010	2788	441	15,9	975	34,9	1372	49,2
2011	3146	632	20,1	1015	32,3	1499	47,6
2012	3318	709	21,4	1058	31,9	1551	46,7
2013	3063	498	16,3	987	32,2	1578	51,5

### Загальна інвалідність

В структурі загальної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу також переважають інваліди молодого віку (до 45 років), 66,9%. Найбільшу частку склали інваліди у віці 35-44 роки – 35,9%. Питома вага інвалідів у віці 25–34 роки була 23,9%, у віці 18 - 24 р. – 7,3%. Частка осіб у віці понад 44 роки складала 32,9%. Серед освідчених на МСЕК хворих працездатного віку переважали жінки – 64,2% проти 35,8% чоловіків. Серед осіб молодого віку частка жінок у віковій категорії 35-44 роки була в 1,9 рази більшою ніж чоловіків, а у вікових категоріях 25-34 роки – в 1,5, 18-24 роки – в 1,7 рази, відповідно.

В структурі загальної інвалідності по групах інвалідів I групи було 14,3%, II групи – 30,8%, III групи – 54,9%. В структурі загальної інвалідності з урахуванням статі у всіх групах переважають жінки. Так, серед інвалідів I групи частка чоловіків була 43,8%, жінок 56,2%, II групи — 38,6% і 61,4%, III групи – 32,5% і 67,5%, відповідно. Зі збільшення віку відмічається тенденція до збільшення частки осіб з важкою інвалідністю, при цьому і в її структурі переважають особи жіночої статі. Так, якщо серед інвалідів I групи у віковій категорії 18-34 роки частка жінок дорівнювала 1,52 % (від загальної кількості інвалідів), то у віковій категорії 35-44 роки їх частка зросла до 2,84%, старше 45 років – до 3,59%, відповідно.

З метою більш детальної характеристики контингенту інвалідів внаслідок РС проаналізовано структуру первинної та повторної інвалідності за статтю, віком та важкістю інвалідності у 2013 р. на прикладі Вінницької області.

Кількість вперше освідчених на МСЕК хворих працездатного віку склала 52 чол.; з них інвалідами було визнано 47 чол. (90,4%). Переважали жінки – 61,7% проти 38,3%, що відповідає літературним даним про більшу захворюваність РС серед жіночої статі.

В структурі первинної інвалідності внаслідок РС інваліди молодого віку склали 72,3%; найбільшу частку склали інваліди у віці 35-44 роки – 38,3%. Питома вага інвалідів у віці 25-34 роки дорівнювала 19,1%, у віці 18-24 р. – 14,9% (тобто, приблизно кожний сьомий інвалід не досяг і 25 - річного віку). Частка осіб у віці понад 44 роки склала 27,7%.

Важкість первинної інвалідності не була вираженою: виявлено значне переважання інвалідів III групи – 80,9%. Інвалідів II групи було 17,0%, I групи – 2,1%.

Кількість повторно освідчених на МСЕК осіб склала 223 чол. Як і в структурі первинної інвалідності, переважали жінки – 64,6% порівняно з 35,4%. Частка інвалідів молодого віку була дещо меншою порівняно з первинною інвалідністю – 67,7%.

Значно меншою виявилась питома вага інвалідів у віці до 25 років – 1,8% проти 14,9%. Найбільша частка інвалідів (43,5%) мала вік 35-44 роки; 32,3% хворих були у віці 45 років і старше, 22,4% – 25-34 років.

Структура повторної інвалідності за групами відрізняється від первинної інвалідності. Відзначається значне зменшення частки інвалідів III групи (58,7%) та збільшення частки інвалідів I (13,9%) та II (58,7%) груп. Важкість інвалідності у чоловіків виявилась більшою порівняно з жінками: питома вага інвалідів I та II груп серед чоловіків склала 15,2% та 31,6%; серед жінок відповідно 13,2% та 25,0%.

Аналіз повторної інвалідності за важкістю в різних вікових групах показав, що з віком відбувається поступове збільшення частки осіб з важкою інвалідністю. Так, у вікових групах 25-34 р., 35-44р., 45р. і більше питома вага

інвалідів I групи склала відповідно 10,0%, 11,3% та 20,8; інвалідів II групи – 18,0%, 28,9% та 31,9%.

Проведене вибіркове дослідження інвалідності внаслідок РС показало, що рівень первинної інвалідності внаслідок РС серед працездатного населення Вінницької області в середньому за 5 років склав 0,4 на 10000 населення; приріст показника у 2013 р. порівняно з 2009 р. 26,3%. Рівень повторної інвалідності перевищував рівень первинної інвалідності у 6 разів. В структурі первинної інвалідності спостерігається перевага інвалідів III групи, питома вага яких в середньому склала 76,3% (коливались в різні роки від 69,0 до 80,9%); частка інвалідів II групи в середньому склала 18,9% (від 11,1% до 26,2%), I групи – лише 4,8% (від 2,1% до 8,3%). Структура повторної інвалідності внаслідок РС характеризується більшою важкістю: інвалідів III групи було в середньому 52,9%, II групи – 27,5% (більше в 1,5 рази порівняно з первинною інвалідністю), I групи – 19,6% (більше в 4,1 рази). Виявлено значну питому вагу інвалідів молодого віку, а також залежність важкості інвалідності від віку хворих. В структурі інвалідності внаслідок РС переважають жінки, проте важкість інвалідності у них менша порівняно з чоловіками.

Таким чином, проведений статистичний та аналітичний аналіз дозволив сформулювати достовірні дані щодо поширеності, динаміки інвалідності внаслідок розсіяного склерозу у різних регіонах України. З'ясовано закономірності формування первинної, повторної та загальної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу. Показано значну питому вагу інвалідів молодого віку, а також залежність важкості інвалідності від віку хворих. В структурі інвалідності внаслідок розсіяного склерозу переважають жінки, проте важкість інвалідності у них менша порівняно з чоловіками.

## **Клініко-експертна характеристика інвалідності внаслідок розсіяного склерозу**

Вивчена детальна характеристика інвалідності внаслідок розсіяного склерозу з урахуванням збережених і порушених функцій організму, групи інвалідності.

Виділено наступні групи ураження нервової системи.

### **I група – черепно-мозкові нерви**

1. Нюх не порушено у всіх інвалідів і у всіх групах інвалідності в 100% випадків.

2. Зорові функції збережені у 23,3% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 34,3%, інвалідів II групи – у 23,9%, інвалідів III групи – у 27,4%. Порушення функції зору відмічено у 76,7% інвалідів, в тому серед інвалідів I групи у 66,8%, інвалідів II групи – у 73,8%, інвалідів III групи – 76,5%. Часткова атрофія зорових нервів виявлена у 67,8%, у тому числі серед інвалідів I групи у 66,1%, інвалідів II групи – у 74,5%, інвалідів III групи – у 63,3%. Ретробульбарний неврит мав місце у 8,1% інвалідів, при цьому серед інвалідів III групи він реєструвався у 17,2%.

3. Окорухові функції були збережені у 69,7% інвалідів, при цьому у інвалідів I групи у 50%, у інвалідів II групи – у 73,7%, у інвалідів III групи – у 34,6% випадків. Офтальмоплегія була у 27,3% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 33,3%, інвалідів II групи – у 26,1%, інвалідів III групи – у 30,2%. Розбіжна косоокість зустрічається рідко – у 0,8% інвалідів, в основному серед інвалідів I групи – у 71,9%. Слабкість конвергенції була у 20,2% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи у 50% випадків, у інвалідів II групи – у 10,6% випадків, у інвалідів III групи – у 19,2% випадків. Фотореакція знижена у 18,9% випадків, в тому числі у інвалідів I групи в 50% випадків, у інвалідів II групи – в 14,7% випадків, у інвалідів III групи в 19,2% випадків.

4. Блоковий нерв збережений у всіх інвалідів в 100% випадків.

5. Трійчастий нерв збережений у всіх інвалідів в 100% випадків.

6. Відвідний нерв збережений у всіх інвалідів в 100% випадків.

7. Лицьовий нерв збережений у 81,9% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 67,8%, інвалідів II групи – у 90,6%, інвалідів III групи – у 83,4%. Грубий парез лицьового нерва мав місце у 18,1% інвалідів, у тому числі у інвалідів I групи в 32,2% випадків, у інвалідів II групи – в 9,4% випадків, у інвалідів III групи в 16,6% випадків.

8. Пристінково-завитковий нерв – функція порушена у всіх інвалідів. Ністагм мав місце у 62,2% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 58,3%, інвалідів II групи – у 50,9%, інвалідів III групи – у 63,0%. Великорозмашистий ністагм вліво діагностовано у 7,9%, вправо – у 4,4% інвалідів. Двосторонній установчий ністагм визначався у 6,9% інвалідів, дрібно-розмашистий горизонтальний ністагм у 9,3, великорозмашистий двосторонній – у 30,9%.

9. Язикоглотковий, блукаючий, додатковий, під'язиковий нерви. Бульбарних розладів не було у 63,2% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 40,1% випадків, у інвалідів II групи – в 73,6% випадків, у інвалідів III групи в 65,1% випадків. Бульбарні розлади мали місце у 36,8% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 59,1%, II групи – у 26,4%, III групи – у 34,9%.

Види бульбарних розладів:

- псевдобульбарний синдром діагностовано у 14,5% інвалідів: серед інвалідів I групи у 31,4%, II групи – у 10,7%, III групи – у 11,1%;

- бульбарний синдром визначався у 12,1% інвалідів: серед інвалідів I групи у 8,6%, II групи – у 13,7%, III групи – у 11,3%;

- поперхування мали місце у 10,2% інвалідів: серед інвалідів I групи у 9,1%, II групи – у 4,2%, III групи – у 11,7%.

## **II група – рухові порушення**

1. М'язова сила в руках:

- збережена у 25,9% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 8,6%,

II групи – у 30,8%, III групи – у 3,1%.

- знижена у 74,1% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 91,4% випадків, у інвалідів II групи – в 69,2% випадків, у інвалідів III групи в 96,9% випадків.

М'язова сила знижена до 4 балів у 21,3% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 24,3%, II групи – у 28,6%, III групи – у 43,1%. М'язова сила до 3 балів знижена у 18,4% інвалідів, в тому числі у інвалідів II групи – в 31,7% випадків, III групи в 9,8% випадків. М'язова сила до 2 балів знижена у 5,6% інвалідів, в основному серед інвалідів I групи – у 50% випадків.

- Тонус підвищено по спастичному типу у 26,3% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 50,2% випадків, II групи – в 16,4% випадків, III групи в 26,3% випадків.

- Тонус знижений у 19,8% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 33,1% випадків, II групи – в 21,7% випадків, III групи в 12,3% випадків.

2. М'язова сила в ногах збережена у 17,7% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 15,5% випадків, у інвалідів II групи – в 21,3% випадків, у інвалідів III групи в 16,1% випадків. М'язова сила в ногах знижена у 82,3% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 84,5% випадків, у інвалідів II групи – в 78,7% випадків, у інвалідів III групи в 83,9% випадків. М'язова сила знижена до 4 балів у 27,9% інвалідів, в тому числі у інвалідів II групи – в 18,1% випадків, у інвалідів III групи в 43,8% випадків. М'язова сила знижена до 3 балів у 25,2% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 17,1% випадків, у інвалідів II групи – в 35,2% випадків, у інвалідів III групи в 18,4% випадків. М'язова сила знижена до 2 балів у 14,1% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 50% випадків, у інвалідів II групи – в 18,2% випадків. М'язова сила до 1 бала знижена у 2,1% випадків і тільки у інвалідів I групи – у 17,1% випадків.

3. Тонус підвищений по спастичному типу у 32,4% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 40,2% випадків, у інвалідів II групи – в 32,6% випадків, у інвалідів III групи в 32,9% випадків. Тонус знижений у 36,5% інвалідів, в тому

числі у інвалідів I групи в 33,1% випадків, у інвалідів II групи – в 40,7% випадків, у інвалідів III групи в 29,9% випадків.

Тонус підвищений по гемітипу зліва у 16,7% інвалідів, у тому числі у інвалідів I групи в 25% випадків, II групи – в 10,3% випадків, III групи в 18,6% випадків. Тонус підвищений по гемітипу справа у 15,6% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 17,1% випадків, II групи – в 10,3% випадків, III групи в 18,6% випадків.

Парапарез діагностовано у 4,7% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 25% випадків, у інвалідів II групи – немає, у інвалідів III групи в 3,8% випадків.

Геміпарез зліва був у 16,8% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 33,3% випадків, II групи – в 9,4% випадків, III групи в 20,4% випадків. Геміпарез справа був у 9,5% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 8,3% випадків, II групи – в 7,5% випадків, III групи – в 22,2% випадків. Всього геміпарез був у 22,3% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 41,6% випадків, у інвалідів II групи – в 13,9% випадків, у інвалідів III групи в 42,6% випадків.

### **III група – чутливість**

Поверхнева чутливість в руках збережена у 26,2% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 17,4%, інвалідів II групи – у 21,3%, інвалідів III групи – у 36,4% випадків. Чутливість в руках знижена у 21,3% інвалідів, у тому числі у інвалідів I групи в 8,1% випадків, у інвалідів II групи – в 27,5% випадків, у інвалідів III групи в 18,0% випадків. Гіперестезія в одній руці відмічено у 10,3% випадків, при цьому серед інвалідів I групи – у 7,9% випадків, II групи – у 10,1%, III групи – у 9,4%. Чутливість в руках знижена по поліневропатичному типу у 28,5% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 25% випадків, у інвалідів II групи – в 32,7% випадків, у інвалідів III групи в 19,2% випадків.

Глибока чутливість в руках збережена у 61,9% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 33,1% випадків, у інвалідів II групи – в 66,8% випадків, у інвалідів III групи в 71,2% випадків. Знижено чутливість у 28,1% інвалідів, в

тому числі у інвалідів I групи в 50% випадків, II групи – в 33,4% випадків, III групи – в 17,6% випадків.

Поверхнева чутливість в ногах збережена у 16,3% інвалідів, в тому числі у інвалідів II групи – в 15,3% випадків, III групи – в 17,1% випадків. Гіперстезія в одній нозі була у 22,3% інвалідів, у тому числі у інвалідів I групи в 18,2% випадків, у інвалідів II групи – в 25,4% випадків, у інвалідів III групи в 19,3% випадків. Зниження чутливості по поліневропатичному типу було у 30,2% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 33,1%, інвалідів II групи – у 36,2% випадків, інвалідів III групи – у 24,2% випадків.

Глибока чутливість в ногах збережена в 21,6% випадків, у тому числі серед інвалідів I групи у 25% випадків, інвалідів II групи – у 33,2% випадків, інвалідів III групи – у 18,2% випадків. Знижено чутливість по гемітипу у 53,6% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи у 50% випадків, II групи – в 32,4% випадків, III групи – в 72,8% випадків.

#### **IV група – координаторні функції**

В контингенті інвалідів внаслідок розсіяного склерозу найчастіше спостерігаються координаторні порушення різного виду.

Статична атаксія виявлена у 72,4% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 67,2%, інвалідів II групи – у 82,6%, інвалідів III групи – у 65,1%.

Динамічна атаксія була у 74,1% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 66,2% випадків, у інвалідів II групи – в 81,5% випадків, у інвалідів III групи в 62,6% випадків.

Сенситивна атаксія була у 65,8% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 69,3% випадків, у інвалідів II групи – в 55,5% випадків, у інвалідів III групи в 59,1% випадків.

Мозочкова атаксія була у 14,1% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 25% випадків, II групи – в 20,2% випадків, у інвалідів III групи – в 3,4% випадків.

Нестійкість в позі Ромберга була у 33,6% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 85,2% випадків, у інвалідів II групи – в 28,4% випадків, у інвалідів III групи в 21,6% випадків.



Інтенція при пальценосовій пробі була у 22,8% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 69,5% випадків, у інвалідів II групи – в 20,2% випадків, у інвалідів III групи в 14,2% випадків.

Інтенція при коліно-п'ятковій пробі була у 19,6% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи в 42,4% випадків, у інвалідів II групи в 24,1% – у випадків інвалідів III групи в 10,8% випадків.

#### **V група – психічні функції**

Уважність в нормі визначається у 49,2% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи всього у 17,1%, інвалідів II групи – у 38,0%, інвалідів III групи – у 65,3%. Увага знижена у 50,8% інвалідів, у тому числі у інвалідів I групи у 82,9% випадків, у інвалідів II групи – в 62,0% випадків, у інвалідів III групи – у 34,7% випадків.

Пам'ять в нормі була у 45,9% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 16,1%, інвалідів II групи – у 33,9%, і найбільше серед інвалідів III групи – у 67,0%. Пам'ять знижена у 54,9% інвалідів, при цьому найбільше у інвалідів I та II груп – у 83,9 та 66,1 %, відповідно, найменше у інвалідів III групи – у 33,0%.

Орієнтація була в нормі у 73,5% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 50% випадків, серед інвалідів II та III груп – 80,6 та 72,8% випадків, відповідно. Орієнтація була знижена у 26,5% інвалідів, при цьому у інвалідів I групи у 50% випадків, у інвалідів II групи – у 19,4%, у інвалідів III групи – у 27,2%.

Критичне відношення до свого стану було збережене у 76,9% інвалідів, в тому числі серед інвалідів I групи у 50%, інвалідів II групи – у 75,3%, інвалідів III групи – у 81,6%. Критика до свого стану була знижена у 23,0% інвалідів, при цьому серед інвалідів I групи у 50%, інвалідів II групи – у 24,7%, інвалідів III групи – у 18,4%.

#### **VI група – мовні функції**

Мова без патології спостерігається у 73,5% інвалідів, у тому числі серед інвалідів I групи у 16,4%, інвалідів II групи – у 85,6% випадків, інвалідів III

групи – у 70,4% випадків.

Мова скандована була у 9,4% інвалідів, при цьому серед інвалідів I групи у 34,2% випадків, інвалідів II групи – у 4,1% випадків, інвалідів III групи – у 8,9% випадків.

Дизартрія відмічена у 17,1% інвалідів, в тому числі у інвалідів I групи у 49,7% випадків, у інвалідів II групи – у 10,3% випадків, у інвалідів III групи – у 20,7% випадків.

### **VII група – функції тазових органів**

Порушень функцій тазових органів не виявлено у 13,1% інвалідів, при цьому тільки серед інвалідів II та III груп – 13,5% і 15,1%, відповідно.

Порушення функцій тазових органів відмічено у 86,9% інвалідів. Серед інвалідів I групи порушення мали місце у 100% випадків, інвалідів II групи – у 86,5% випадків, інвалідів III групи – у 84,9% випадків.

Детрусова дисфункція діагностована у 55,4 % інвалідів. Серед інвалідів I групи вона визначалась у 33,1%, II групи – у 61,5%, III групи – у 50,9%.

Нетримання сечі було у 24,3% інвалідів, при цьому серед інвалідів I групи у 50% випадків, інвалідів II групи – у 17,3%, інвалідів III групи – у 26,2%.

Затримка сечовиділення була у 7,2% інвалідів, у тому числі у інвалідів I групи у 16,9% випадків, у інвалідів II групи – у 7,7% випадків, у інвалідів III групи – у 7,8% випадків.

На підставі детально вивченої клініко-експертної характеристики інвалідності внаслідок розсіяного склерозу з урахуванням збережених і порушених функцій організму, групи інвалідності, гендерних особливостей розроблено узагальнений медико-соціальний портрет інваліда внаслідок розсіяного склерозу.

У структурі інвалідності за статтю переважають жінки: в контингенті ВВІ жінки становлять 65,6%, чоловіки – 34,4%; в контингенті ПВІ жінки становлять 63,7%, чоловіки – 36,3%; в структурі загальної інвалідності жінки становлять 64,2%, чоловіки – 35,8% від загальної кількості.

У структурі загальної інвалідності внаслідок розсіяного склерозу переважають інваліди молодого віку (до 45 років), які дорівнюють 66,9%.

Найбільшу частку складають інваліди у віці 35-44 роки – 35,9%. Питома вага інвалідів у віці 25–34 роки була 23,9%, у віці 18 - 24 р. – 7,3%. Частка осіб у віці понад 44 роки склала 32,9%. Серед осіб молодого віку частка жінок у віковій категорії 35-44 роки була в 1,9 рази більшою ніж чоловіків, а у вікових категоріях 25-34 роки – в 1,5, 18-24 роки – в 1,7 рази, відповідно.

Вік підвищеного ризику інвалідності у чоловіків дорівнює 35-44 роки і старше 45 років, у жінок старше 45 років.

У структурі загальної інвалідності інваліди I групи складають 14,3%, II групи – 30,8%, III групи – 54,9%. У структурі первинної інвалідності інваліди I групи складають всього 5,2%, II групи – 27,0%, III групи – 67,8%. У структурі повторної інвалідності питома вага інвалідів I групи збільшується до 16,1%, II групи – до 31,8%, питома вага інвалідів III групи зменшується до 52,9% від загального числа.

У неврологічному статусі провідними розладами є координаторні порушення, які спостерігаються у 100% випадків, порушення рухових функцій – у 72-92% випадків, психічних функцій – у 53-83%, функцій тазових органів – у 87-100% випадків.

## Медико-соціальна експертиза при розсіяному склерозі

При комплексній оцінці різних показників, що характеризують стійкі порушення функцій організму, виділені:

- помірні порушення (1 ступеня)
- виражені порушення (2 ступеня)
- значно виражені порушення (3 ступеня)

Проведено оцінку обмеження основних категорій життєдіяльності у інвалідів внаслідок розсіяного склерозу з урахуванням гендерних особливостей.

Так, у інвалідів I групи внаслідок розсіяного склерозу присутні наступні обмеження:

1. Обмеження здатності до самообслуговування 3 ступеня у 100% випадків.

2. Обмеження здатності до самостійного пересування 3 ступеня у 100% випадків.

3. Обмеження здатності до орієнтації у 91,6% випадків, в тому числі 1 ступеня – у 48,2%, 2 ступеня – у 43,4% випадків. Збережена орієнтація відмічена у 8,4% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до орієнтації 1 ступеня було у 50% випадків, 2 ступеня – в 42,3%. Збережена орієнтація лише у 7,7% інвалідів. Серед жінок обмеження здатності до орієнтації 1 ступеня було у 41,6% інвалідів, 2 ступеня – у 43,5%. Збережена орієнтація була у 14,9% інвалідів.

4. Обмеження здатності до спілкування мало місце у 58,2% інвалідів, у тому числі серед чоловіків – у 54,9%, серед жінок – у 56,8% випадків і тільки 1 ступеня. Спілкування не порушено у 41,8% інвалідів, у тому числі серед чоловіків – у 45,1%, серед жінок – у 43,2% випадків.

5. Обмеження здатності контролювати свою поведінку мало місце у 81,7% інвалідів, при цьому 1 ступеня – у 44,2%, 2 ступеня – у 32,1%, 3 ступеня – у 5,4% інвалідів. Збережений контроль над своєю поведінкою був у 18,3% інвалідів.

6. Обмеження здатності до навчання виявлено у 60,4% інвалідів, у тому числі 1 ступеня – у 38,4% інвалідів, 2 ступеня – у 22,0% інвалідів. Збережена здатність до навчання була у 39,6% інвалідів. У чоловіків обмеження здатності до навчання 1 ступеня реєструвалось у 37,5% випадків, 2 ступеня – у 25% випадків. Збережена здатність до навчання у 37,5% інвалідів. Серед жінок відсоток інвалідів з обмеження здатності до навчання був вищим. Так обмеження 1 ступеня спостерігалось у 43,2% інвалідів, 2 ступеня – у 13,9% інвалідів. Збережена здатність до навчання у 42,9% інвалідів.

7. Обмеження здатності до трудової діяльності було у всіх інвалідів у 100% випадків, при цьому обмеження 2 ступеня визначалось у 18,1%, 3 ступеня – у 81,9%. Серед чоловіків обмеження мало місце у 100% випадків, у тому числі 2 ступеня – у 11,5% випадків, 3 ступеня – у 88,5% випадків. Серед жінок обмеження було також у 100% випадків, при цьому 2 ступеня – в 29,4%, 3 ступеня – в 70,6% випадків.

Таким чином, серед інвалідів I групи визначається:

1. Обмеження здатності до самообслуговування 3 ступеня (у 100% інвалідів).

2. Обмеження здатності до самостійного пересування 3 ступеня (у 100% інвалідів).

3. Обмеження здатності до орієнтації відмічено у 91,6% інвалідів, в основному 1 і 2 ступеня. Збережена орієнтація була у 8,4% інвалідів.

4. Обмеження здатності до спілкування було у 58,2% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена орієнтація у 41,8% інвалідів.

5. Обмеження здатності контролювати свою поведінку було у 81,7% інвалідів, у тому числі 1 ступеня – у 44,2%, 2 ступеня – у 32,1%, 3 ступеня – у 5,4% випадків. Збережений контроль за своєю поведінкою лише у 18,3% інвалідів.

6. Обмеження здатності до навчання мало місце у 60,4% інвалідів, при цьому 1 ступеня – у 38,4%, 2 ступеня – у 22,0%. Збережену здатність до

навчання визначалась у 39,6% інвалідів.

7. Обмеження здатності до трудової діяльності мало місце у 100% інвалідів і в основному 2 і 3 ступеня.

Гендерні відмінності за обмеженням основних категорій життєдіяльності серед інвалідів I групи були незначними.

Серед інвалідів II групи внаслідок розсіяного склерозу присутні наступні обмеження:

1. Обмеження здатності до самообслуговування у 100% інвалідів, у тому числі 1 ступеня – у 22,7%, 2 ступеня – у 77,3%. Серед чоловіків обмеження здатності до самообслуговування визначалось у 100% випадків, у тому числі 1 ступеня – в 19,2%, 2 ступеня – в 80,2%. Серед жінок обмеження здатності до самообслуговування було також у 100% випадків, при цьому 1 ступеня – у 23,7%, 2 ступеня – в 76,3% випадків.

2. Обмеження здатності до самостійного пересування відмічено у всіх інвалідів в 100% випадків. Обмеження 1 ступеня було в 22,7% випадків, 2 ступеня – у 77,3% випадків. Серед чоловіків обмеження здатності до самостійного пересування було в 100% випадків, при цьому 1 ступеня було у 7,3% і найбільше 2 ступеня – у 92,7% випадків. Серед жінок спостерігалась схожа картина. Обмеження здатності до самостійного пересування у них було також у 100% випадків, в тому числі 1 ступеня у 11,5%, 2 ступеня – у 88,5% випадків.

3. Обмеження здатності до орієнтації мало місце у 66,2% інвалідів, у тому числі 1 ступеня – у 47,6%, 2 ступеня – у 18,6% випадків. Орієнтація була збережена у 33,8% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до орієнтації відмічено у 69,8% інвалідів, у тому числі 1 ступеня – у 56,1%, 2 ступеня – у 13,7% випадків. Орієнтація збережена у 30,2% інвалідів. У жінок обмеження здатності до орієнтації було всього у 52,4% інвалідів, в тому числі 1 ступеня – в 35,8%, 2 ступеня – в 16,6% випадків. Орієнтація збережена у 47,6% інвалідів (більше, ніж у чоловіків).

4. Обмеження здатності до спілкування відмічено лише у 18,5% інвалідів, і тільки 1 ступеня. Спілкування було не порушено у 81,5% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до спілкування було у 20% інвалідів і тільки 1 ступеня.

5. Обмеження здатності контролювати свою поведінку було у 36,8% інвалідів, при цьому 1 ступеня – у 34,9%, 2 ступеня – лише у 1,9% інвалідів. Збережений контроль над своєю поведінкою відмічено у 65,1% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності контролювати свою поведінку було у 62,8% інвалідів, у тому числі 1 ступеня у 58,2%, 2 ступеня – у 4,6% випадків. Збережений контроль над своєю поведінкою був лише у 37,2% інвалідів. Серед жінок обмеження здатності контролювати свою поведінку мало місце лише у 5,3% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережений контроль над своєю поведінкою був у 94,7% інвалідів (значно більше, ніж у чоловіків).

6. Обмеження здатності до навчання було у 65,1% інвалідів, у тому числі 1 ступеня – у 57,6%, 2 ступеня – у 7,5% випадків. Збережену здатність до навчання демонстрували 34,9% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до навчання спостерігалось у 65,8% інвалідів, у тому числі в основному 1 ступеня – в 63,4% випадків, 2 ступеня – у 2,4% випадків. Збережену здатність до навчання мали 34,2% інвалідів. Серед жінок обмеження здатності до навчання відмічено у 52,0% інвалідів, при цьому 1 ступеня – у 47,1%, 2 ступеня – у 4,9% інвалідів. Збережена здатність до навчання була у 48,0% інвалідів (більше, ніж у чоловіків).

7. Обмеження здатності до трудової діяльності визначалось у всіх інвалідів в 100% випадків, у тому числі 2 ступеня – в 90,7%, 3 ступеня – в 9,3% випадків. Серед чоловіків обмеження здатності до трудової діяльності було в 100% випадків, при цьому 2 ступеня – у 91,4% випадків, 3 ступеня – у 8,6% випадків. У жінок обмеження здатності до трудової діяльності також було у 100% випадків, в тому числі 2 ступеня – в 89,7%, 3 ступеня – в 10,3% випадків.

Таким чином, у інвалідів II групи відмічається:

1. Обмеження здатності до самообслуговування у всіх інвалідів у 100% випадків, 1 і 2 ступеня.
2. Обмеження здатності до самостійного пересування у всіх інвалідів у 100% випадків, 1 і 2 ступеня.
3. Обмеження здатності до орієнтації у 66,2% інвалідів, 1 і 2 ступеня. Збережена орієнтація у 33,8% інвалідів.
4. Обмеження здатності до спілкування у 18,5% інвалідів і тільки 1 ступеня.
5. Обмеження здатності контролювати свою поведінку у 36,8% інвалідів і в основному 1 і 2 ступеня. Збережений контроль над своєю поведінкою у 63,2% інвалідів.
6. Обмеження здатності до навчання у 65,1% інвалідів, в основному 1 і 2 ступеня. Збережена здатність до навчання у 34,9% інвалідів.
7. Обмеження здатності до трудової діяльності у всіх інвалідів в 100% випадків, в основному 2 і 3 ступеня.

Серед жінок відмічається більша частка інвалідів зі збереженою здатністю до орієнтації, навчання та контролю над своєю поведінкою.

У інвалідів III групи внаслідок розсіяного склерозу визначено наступні обмеження життєдіяльності:

1. Обмеження здатності до самообслуговування відмічено у 75,6% інвалідів і тільки 1 ступеня. Здатність до самообслуговування була збережена у 24,4% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до самообслуговування було у 70,9% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до самообслуговування у 29,1% інвалідів. У жінок обмеження здатності до самообслуговування було дещо більшим – у 80,3% інвалідів і також тільки 1 ступеня. Збережена здатність до самообслуговування спостерігалась у 19,7% випадків.
2. Обмеження здатності до самостійного пересування було у 85,2%



інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до самостійного пересування у 14,8% інвалідів. У чоловіків обмеження здатності до самостійного пересування було у 83,1% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до самостійного пересування у 14,3% інвалідів. У жінок обмеження здатності самостійно пересуватися було у 85,6% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена здатність у 14,4% інвалідів.

3. Обмеження здатності до орієнтації було всього у 20,9% інвалідів і тільки 1 ступеня. Орієнтація збережена у 79,1% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до орієнтації було всього у 25,1% інвалідів і тільки 1 ступеня. Орієнтація збережена у 74,9% інвалідів. Серед жінок обмеження здатності до орієнтації відмічено у 18,3% інвалідів і тільки 1 ступеня. Орієнтація збережена у 81,7% інвалідів.

4. Обмеження здатності до спілкування відмічено лише у 1,2% інвалідів, і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до спілкування була у 98,8% інвалідів. Серед чоловіків спілкування було збережено у 100% випадків. Серед жінок обмеження здатності до спілкування реєструвалось у 1,2% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до спілкування у 98,8% інвалідів.

5. Обмеження здатності контролювати свою поведінку було у 3,6% інвалідів, і тільки 1 ступеня. Збережений контроль за своєю поведінкою у 96,4% інвалідів. У чоловіків обмеження здатності контролювати свою поведінку було у 6,2% інвалідів, і тільки 1 ступеня. Збережений контроль у 93,8% інвалідів. Серед жінок обмеження здатності контролювати свою поведінку було у 2,2% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережений контроль був у 97,8% інвалідів.

6. Обмеження здатності до навчання мало місце у 4,2% інвалідів, і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до навчання у 95,8% інвалідів. Серед чоловіків обмеження здатності до навчання відмічено всього у 6,0% інвалідів, і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до навчання у 94,0% інвалідів. У жінок обмеження здатності до навчання було у 2,9% інвалідів і тільки 1 ступеня. Збережена здатність до навчання у 97,1% інвалідів.

7. Обмеження здатності до трудової діяльності було у всіх інвалідів у 100% випадків і тільки 1 ступеня.

Отже, чим група легше група інвалідності, тим у більшій частині інвалідів зберігаються функції орієнтації, спілкування, контролю над своєю поведінкою та здатність до навчання.

Обмеження основних категорій життєдіяльності з урахуванням групи і ступеня порушення такі: у інвалідів I групи зустрічаються різні ступені порушень і низька питома вага збережених функцій, у інвалідів II групи в основному присутні обмеження 1 і 2 ступеня і питома вага збережених функцій більша, у інвалідів III групи в основному визначаються обмеження тільки 1 ступеня та питома вага збережених функцій значно більше.

Ці дані мають велике практичне значення при розробці індивідуальних програм реабілітації (ІПР) для інвалідів з розсіяним склерозом.

На підставі проведеного дослідження розроблено критерії для визначення групи інвалідності при розсіяному склерозі.

Критеріями для визначення I групи інвалідності внаслідок розсіяного склерозу є стійкі значно виражені мовні порушення (скандована мова, дизартрія); значно виражені бульбарні розлади; значно виражені статодинамічні порушення (геміплегія, параплегія, тетраплегія); значно виражені координаторні порушення (статична атаксія, динамічна атаксія, сенситивна атаксія); порушення психічних функцій; порушення функції тазових органів у вигляді детрузорної дисфункції, що призводять до обмеження здатності до самообслуговування 3 ступеня, самостійного пересування 3 ступеня, орієнтації 2-3 ступеня, спілкування 2-3 ступеня та вимагають постійного стороннього догляду і допомоги.

Критеріями для визначення II групи інвалідності внаслідок розсіяного склерозу є стійкі виражені мовні порушення (скандована мова, дизартрія); виражені бульбарні розлади; виражені статодинамічні порушення (грубий геміпарез, парапарез, тетрапарез); виражені координаторні порушення

(статична атаксія, динамічна атаксія, сенситивна атаксія); порушення психічних функцій (когнітивні порушення); порушення функції тазових органів у вигляді детрузорної дисфункції, що призводять до обмеження здатності до самообслуговування 2 ступеня, самостійного пересування 2 ступеня, порушення орієнтації і спілкування 2 ступеня та визначають потребу в соціальному захисті, включаючи реабілітацію.

Критеріями для визначення III групи інвалідності внаслідок розсіяного склерозу є стійкі помірно виражені мовні порушення (дизартрія); помірно виражені статодинамічні порушення (помірний геміпарез, парапарез); помірно виражені координаторні порушення (статична атаксія, динамічна атаксія); порушення психічних функцій (легкі когнітивні порушення), що обмежують здатність до самообслуговування 1 ступеня, самостійного пересування 1 ступеня, орієнтацію і спілкування 1 ступеня та зумовлюють потребу в соціальному захисті, включаючи реабілітацію.

## Рекомендована література

1. Волошин П.В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П.В. Волошин, Т.С. Міщенко, Є.В. Лекомцева // Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – № 3(7). – С. 9–13.
2. Волошина Н.П. Влияние инфекционного фактора на состояние гематоэнцефалического барьера у больных рассеянным склерозом / Н.П. Волошина, В.В. Василовский, М.Е. Черненко // Український вісник психоневрології. – 2013. – №21(1). – С. 5–7.
3. Розсіяний склероз: глобальні перспективи / Т.С. Міщенко, О.Д. Шульга, Н.В. Бобрик, Л.А. Шульга // Український медичний часопис. – 2014. – № 3(101)-V/VI. – С. 84-87.
4. A single, early magnetic resonance imaging study in the diagnosis of multiple sclerosis / Rovira A., Swanton J., Tintoré M. [et al.] // Arch Neurol. – 2009. – Vol. 66(5). – P. 587–592.
5. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the «McDonald Criteria» / Polman C.H., Reingold S.C., Edan G. [et al.] // Ann. Neurol. – 2005. – Vol. 58(6). – P. 840–846.
6. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria / Polman C.H., Reingold S.C., Banwell B. [et al.] // Ann. Neurol. – 2011. – Vol. 69(2). – P. 292–302.
7. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review / [E. Kingwell](#), [J.J. Marriott](#), [N. Jetté](#) [et al.] // [BMC Neurol.](#) – 2013 Sep 26;13:128. doi: 10.1186/1471-2377-13-128.
8. Incidental MRI anomalies suggestive of multiple sclerosis: the radiologically isolated syndrome / Okuda D.T., Mowry E.M., Beheshtian A. [et al.] // Neurology. – 2009. – Vol. 72(9). – P. 800–805.
9. Katz Sand I.B. Diagnosis and differential diagnosis of multiple sclerosis / I.B. Katz Sand, F.D. Lublin // Continuum (Minneapolis, Minn.). – 2013. – № 19(4 Multiple Sclerosis). – P. 922–943.
10. Multiple Sclerosis International Federation (2013) Atlas of MS 2013: Mapping multiple sclerosis around the world (<http://www.msif.org/about-ms/publications-and-resources/atlas-of-ms-2013.aspx>).
11. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis / McDonald W.I., Compston A., Edan G. [et al.] // Ann. Neurol. – 2001. – Vol. 50(1). – P. 121–127.

Підписано до друку 17.10.2016 р.  
Формат 60x84/16. Папір офсетний.  
Гарнітура Times New Roman. Друк різнографічний.  
Умовн. друк. арк. 2,1  
Замовлення № 401  
Тираж: 300 шт.

Виготовлювач ФОП Рогальська І.О.  
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145  
тел.: (0432) 43-51-39, 57-65-44  
E-mail: [dilo\\_vd@mail.ru](mailto:dilo_vd@mail.ru)  
Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.