

**Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І.Пирогова**



**Характеристика контингенту інвалідів
молодого віку внаслідок захворювань
нервової системи та оптимізація медико-
соціальної експертизи і реабілітаційних заходів**

Методичні рекомендації

Вінниця 2011

Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Управління
медичної реабілітації та
медико-соціальної експертизи
Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги
МОЗ України

В.В. Маруніч

**Характеристика контингенту інвалідів молодого віку
внаслідок захворювань нервової системи
та оптимізація медико-соціальної експертизи і реабілітаційних заходів**

Методичні рекомендації

Вінниця 2011

Установа-розробник: НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова

Автори: В.І. Шевчук, професор, д.м.н.

Г.В. Безсмертна, к.м.н.

В.Ю. Забур'янова, к.м.н.

Н.М. Бєляєва, к.м.н.

Рецензент: заслужений діяч науки і техніки,
д.м.н., проф. Зозуля І.С.

В методичних рекомендаціях представлена структура і динаміка інвалідності внаслідок хвороб нервової системи серед молодого населення, а також висвітлені методичні підходи до реабілітації та визначення інвалідності при неврологічних захворюваннях у осіб молодого віку.

ЗМІСТ

| | Стор. |
|--|--------------|
| Вступ | 4 |
| I. Характеристика інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку | 5 |
| II. Значення комплексного клініко-функціонального обстеження для оцінки стану здоров'я осіб молодого віку з неврологічною патологією | 11 |
| III. Методичні підходи до визначення інвалідності при неврологічних захворюваннях у осіб молодого віку | 16 |
| Список літератури..... | 29 |

ВСТУП

Інвалідність внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку є складною проблемою як для органів охорони здоров'я, так і соціального захисту. В літературі висвітлені праці, присвячені вивченню захворюваності та інвалідності при окремих формах патології ЦНС (дитячий церебральний параліч, захворювання периферичної нервової системи, пухлини головного мозку, порушення мозкового кровообігу (Мороз Н.Г., 2008; Сазонов П.І., 2000; Муратова С.М., 2002). Наведені поодинокі роботи по вивченню інвалідності в окремих регіонах Російської Федерації (Потапов С.В., 2005).

Разом з тим наукових досліджень з вивчення проблем інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку (18-44 років), закономірностей її формування, а також медико-соціальної експертизи і реабілітації даного контингенту на підставі сучасної концепції інвалідності і реабілітації в Україні не проводилось.

I. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Проведено вивчення первинної та повторно визнаної інвалідності внаслідок хвороб нервової системи у Вінницькій області в 2005, 2007, 2009 рр.

Загальна кількість вперше визнаних інвалідами (ВВІ) внаслідок неврологічної патології склала 605 чол. в 2005 р., збільшилась до 783 чол. в 2007 р., зменшилась до 653 чол. в 2009 р. Кількість ВВІ молодого віку склала відповідно 253 чол., 239 чол. і 259 чол., тобто в структурі первинної інвалідності внаслідок хвороб нервової системи інваліди молодого віку складають понад третину всіх інвалідів.

Серед осіб 18-44 років переважають інваліди у віці 18-29 років (44,2%); особи віком 30-39 років склали 32,5% і 40-44 річні інваліди – 23,3%. В цілому відзначається значна перевага осіб чоловічої статі порівняно з жіночою – 61,8% проти 38,2%.

В структурі первинної інвалідності внаслідок хвороб нервової системи перше рангове місце займає внутрішньочерепна травма – 23,8%. Друге місце належить наслідкам нейроінфекцій – 14,2%. На третє місце вийшов розсіяний склероз – 12,5%, на четверте – ДЦП (12,5%). П'яте місце розділяють між собою ураження периферичних нервів і пухлини головного мозку – по 8,3% (в т.ч. злоякісні – 1,9%, доброякісні – 6,4%). Шосте місце посідає епілепсія – 7,7%; на сьомому місці – наслідки цереброваскулярних хвороб.

Приблизно по 3% складають: токсичні (алкогольна) енцефалопатія, поліневропатія; м'язові дистрофії, спінальні, м'язові атрофії, міастенії; гіпертензивна енцефалопатія. Решта захворювань – спадкова атаксія, синдромієлія, хвороба Паркінсона, боковий аміотрофічний склероз, параліч Ерба, розлади вегетативної нервової системи – це поодинокі випадки.

Первинна інвалідність внаслідок внутрічерепної травми характеризується значною перевагою чоловіків (88,3% проти 11,7%), майже половина з яких знаходяться у віці 18-29 років. І якщо в загальній структурі первинної

інвалідності внаслідок хвороб нервової системи у осіб молодого віку внутрішньочерепна травма складає 23,8%, то в контингенті чоловіків вона є причиною інвалідності в 34,1% випадків. При наслідках нейроінфекцій відзначається більша частка чоловіків порівняно з жінками, проте в загальному контингенті чоловіків питома вага інвалідів внаслідок нейроінфекцій менша порівняно з жінками.

Приблизно такі ж співвідношення притаманні і дитячому церебральному паралічу, проте ця патологія, як і слід було очікувати, характеризується наявністю найбільшої частки інвалідів наймолодшої вікової групи: 97,1% інвалідів мають вік 18-29 років.

При розсіяному склерозі переважають жінки: 55,3% проти 44,7%. В загальному контингенті жінок частка інвалідів з розсіяним склерозом вдвічі більша, ніж частка таких інвалідів в загальному контингенті чоловіків. Вік більшості інвалідів з розсіяним склерозом складає 30-39 років.

Значна перевага жінок спостерігається і при пухлинах головного мозку. Співвідношення жінок і чоловіків, причиною інвалідності яких стали пухлини головного мозку, складає 61,9% до 38,1%. Хоча більшість інвалідів внаслідок пухлин головного мозку (69,8%) має вік 30-44 років, звертає на себе увагу наявність великої частки інвалідів віком 18-29 років (30,2%).

Первинна інвалідність внаслідок ураження периферичних нервів характеризується приблизно однаковою питоною вагою жінок і чоловіків, проте серед всіх обстежених жінок молодого віку частка інвалідів з ураженням периферичних нервів набагато більша, ніж частка таких інвалідів серед всіх чоловіків. За даної патології спостерігається великий відсоток осіб у віці до 30 років (40,3%).

Епілепсія, яка в загальній структурі первинної інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку складає 7,7%, відрізняється значною перевагою чоловічої статі порівняно з жіночою (70,7% проти 29,3%) і великою часткою інвалідів наймолодшої вікової групи (65,5%).

При наслідках цереброваскулярних хвороб найбільша питома вага інвалідів у віці 40-44 років, що є цілком закономірним, проте звертає на себе увагу наявність значної кількості осіб у віці до 30 років (27,6%).

Токсичні (алкогольна) енцефалопатія, поліневропатія є причиною інвалідизації переважно осіб чоловічої статі, і частка інвалідів внаслідок цієї патології з віком постійно збільшується.

Переважа чоловіків та старших вікових груп спостерігається і при гіпертензивній енцефалопатії.

В групі осіб з хворобами нервово-м'язового з'єднання та м'язів спостерігається більша частка жінок; переважають інваліди у віці до 30 років.

В динаміці за 5 років відбулись зміни в структурі інвалідності: відзначається зростання питомої ваги інвалідів з наслідками внутрішньочерепної травми (з 20,7% до 25,5%), з пухлинами головного мозку (з 37,5% до 9,6%) і особливо з ДЦП (з 4,0% до 13,1%). Дещо зросла в 2009 р. порівняно з 2005 р. частка осіб з розсіяним склерозом (з 11,1% до 12,4%).

Особливе занепокоєння викликає зростання на 8,1% питомої ваги інвалідів з наслідками внутрішньочерепної травми серед осіб чоловічої статі (з 28,8% до 36,9%) та збільшення частки інвалідів з пухлинами головного мозку серед осіб жіночої статі.

В той же час відзначається зменшення вдвічі питомої ваги інвалідів з наслідками нейроінфекцій, а також тенденція до зменшення частки осіб з ураженням периферичних нервів.

Аналіз вікової структури первинної інвалідності внаслідок хвороб нервової системи вказує на те, що частка інвалідів молодого віку дещо зменшилась в 2009 р. порівняно з 2005 р., проте відзначається її збільшення при деяких нозологічних формах, наприклад, при розсіяному склерозі, наслідках нейроінфекцій, при пухлинах головного мозку, при епілепсії.

Вивчення структури первинної інвалідності осіб молодого віку з урахуванням її важкості свідчить, що більшу частку ВВІ внаслідок хвороб нервової системи складають інваліди 3 групи (в середньому за рік 58,6%),

меншу – 2 групи (30,8%); інваліди 1 групи склали 10,6%. За досліджуваний період спостерігалась тенденція до зміни співвідношення інвалідів в бік збільшення кількості інвалідів 1 групи (з 9,9% в 2005 р. до 12,4% в 2009 р.) та інвалідів 3 групи (з 5,7% в 2005 р. до 61,4% в 2009 р.) на фоні зменшення чисельності інвалідів 2 групи.

Зростає частка інвалідів 1 групи при ДЦП, розсіяному склерозі, пухлинах головного мозку.

Частка інвалідів 3 групи збільшилась при розсіяному склерозі (з 60,8% до 78,1%), наслідках нейроінфекцій (з 69,1% до 73,1%), наслідках внутрішньочерепної травми (з 32,7% до 53,0%), що свідчить про наявність перспектив стосовно медико-соціальної реабілітації цих осіб і необхідність ретельного складання індивідуальної програми реабілітації для інвалідів молодого віку.

Основна причина інвалідності – це загальне захворювання – склала 75,5% від загальної кількості. Інваліди дитинства склали 19,7%; інваліди армії, МВС, СБУ – 1,5%, інваліди ЧАЕС – 1,3%, інші – 2%. Звертає на себе увагу, що важкість інвалідності більша серед інвалідів дитинства порівняно з інвалідами внаслідок загального захворювання.

За 5-річний період спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок захворювань нервової системи серед осіб молодого віку зріс із 3,9 на 10 000 відповідного населення до 4,1 на 10 000. При цьому рівень первинної інвалідності внаслідок внутрішньочерепної травми зріс із 0,9 до 1,1; ДЦП – із 0,2 до 0,5; пухлин головного мозку – з 0,3 до 0,4.

Питома вага повторно визнаних інвалідами (ПВІ) молодого віку в загальному контингенті ПВІ внаслідок хвороб нервової системи склала 39,3% в 2005 р. (1227 чол. із 3120 чол.) і 43,5% в 2009 р. (1025 чол. із 2359 чол.), тобто за 5 років збільшилась на 4,2%. Зменшення загальної кількості ПВІ з неврологічною патологією, що спостерігається за 5-річний період, відбувається переважно за рахунок осіб старшого віку.

Із року в рік відзначається зростання частки осіб молодого віку, інвалідність яким встановлюється безстроково: із 10,8% в 2005 р. до 16,1% в 2007 р. і 16,8% в 2009 р.

В 2005 р. в контингенті інвалідів молодого віку з захворюваннями нервової системи із числа переоглянутих інвалідів 1 групи визнано інвалідами 1 групи 89,0%, інвалідами 2 групи – 11,0%. Інваліди 2 групи при переогляді визнавались інвалідами 2 групи в 85,6% випадків, інвалідами 1 групи – в 5,3% і інвалідами 3 групи – в 9,1%. Інваліди 3 групи не визнавались інвалідами у 5,2% випадків (дещо більше, ніж в загальному контингенті), визнавались інвалідами 1 групи – в 0,7%, 2 групи – у 6,6% і 3 групи – у 87,4%.

В 2009 р. інвалідам 1 групи встановлено повторно інвалідність 1 групи в 92,6% випадків, інвалідність 2 групи – в 7,4%. Інваліди 2 групи при переогляді визнавались інвалідами 2 групи в 80,5% випадків, інвалідами 1 групи – в 6,2% і інвалідами 3 групи – в 13,0%; в 0,3% – інвалідами не визнавались. Із числа інвалідів 3 групи не визнано інвалідами 4,2%; визнано інвалідами 2 групи – 4,4% та інвалідами 3 групи – 91,4%.

Аналіз рекомендацій з комплексної реабілітації для вперше та повторно визнаних інвалідами внаслідок хвороб нервової системи показав недостатній рівень розробки заходів медичної, професійної і соціальної реабілітації осіб молодого віку, що підтверджується деякими негативними показниками динаміки інвалідності та низькою питомою вагою працюючих інвалідів. Водночас порівняльний аналіз заповнених індивідуальних програм реабілітації в різні роки вказує на позитивні зміни у формуванні ІПР, особливо щодо заходів медичної реабілітації.

Таким чином, первинна індивідуальність внаслідок хвороб нервової системи у осіб молодого віку характеризується перевагою осіб чоловічої статі, віком 18-29 років; в структурі інвалідності перші рангові місця належать наслідкам внутрішньочерепної травми, нейроінфекцій, розсіяному склерозу і ДЦП. Найчастішою причиною інвалідності є загальне захворювання; приблизно 20% складають інваліди дитинства, важність інвалідності у яких

значно більша порівняно із інвалідами внаслідок загального захворювання. За 5-річний період спостереження відзначається тенденція до зростання в структурі інвалідності питомої ваги осіб з ДЦП, а також з наслідками внутрішньочерепної травми (особливо серед чоловіків) та пухлинами головного мозку (серед жінок), що супроводжується суттєвим збільшенням частки інвалідів 1 групи при ДЦП і пухлинах головного мозку. В той же час збільшення питомої ваги інвалідів 3 групи в загальній структурі первинної інвалідності свідчить про наявність перспектив щодо медико-соціальної реабілітації, особливо за умов поліпшення роботи по формуванню ІПР.

В динаміці за 5 років спостерігається збільшення питомої ваги осіб молодого віку в загальному контингенті ПВІ внаслідок хвороб нервової системи на тлі зменшення чисельності цього контингенту. При цьому серед молодого населення практично відсутня повна реабілітація інвалідів 1 та 2 груп, а реабілітація інвалідів 3 групи складає всього 4-5%.

II. ЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

З метою розробки науково обґрунтованих критеріїв визначення груп інвалідності при неврологічній патології на підставі сучасної концепції інвалідності в клініці НДІ реабілітації інвалідів було проаналізовано результати обстеження 30 осіб з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ), направлених обласними МСЕК із 6 областей України.

Вказана патологія була обрана тому, що вона супроводжується різноманітними порушеннями нервової системи (в першу чергу, зв'язаними з ураженням головного мозку) та інших систем організму. ДЕ обумовлена недостатністю мозкового кровообігу, яка може бути як хронічною (внаслідок атеросклеротичного або діабетичного ураження стінок судин, артеріальної гіпертензії, венозного застою, змін реологічних властивостей крові, серцевої або легеневої недостатності тощо), так і обумовленою повторними гострими епізодами дисциркуляції.

Визначення стану ЦНС має велике значення не тільки для прогнозування перебігу захворювання і профілактики розвитку важких форм енцефалопатії, але й для вирішення питань медико-соціальної експертизи і вибору адекватних заходів реабілітації.

Для об'єктивізації стану ЦНС і серцево-судинної системи нами було призначено комплексне обстеження, що включало клінічні, інструментальні та лабораторні методи. Під час спостереження в клініці враховувались скарги хворого, результати об'єктивного обстеження (неврологічний і психіатричний статуси), дані комп'ютерної електроенцефалографії (ЕЕГ), реоенцефалографії (РЕГ), реовазографії (РВГ), доплерографії інтра- і екстракраніальних судин та ін.. Особливого значення надавали аналізу даних комп'ютерної томографії мозку (КТ) і магнітно-резонансної томографії (МРТ). Бралась до уваги біохімічні дослідження крові з визначенням ліпідного профілю, коагулограми,

гематокриту, глюкози.

Переважну більшість хворих (83,3%) МСЕК направили в інститут з метою консультації щодо винесення експертного рішення; 16,7% оскаржували рішення обласних МСЕК. Серед останніх 2 чол. претендували на визнання їх інвалідами і 3 чол. – на підвищення групи інвалідності. Більшість осіб (76,6%) в минулому вже визнавались МСЕК інвалідами, переважно 3 групи; 23,3% проходили освідчення вперше. В обстеженому контингенті переважали чоловіки (66,7%).

Типовими скаргами хворих були головний біль, запаморочення, зниження пам'яті, перепади артеріального тиску, загальна слабкість. В 23,3% випадків спостерігались напади по типу симпато-адреналових, які вимагали введення судинних, знеболюючих, заспокійливих препаратів. В поодиноких випадках пацієнти скаржились на утруднення ходи, слабкість в ногах, що змушувало їх триматись за сторонні предмети.

Неврологічний статус переважної більшості хворих характеризувався легкою асиметрією носо-губних складок; в позі Ромберга пацієнти були хиткі, координаційні проби виконували нечітко. В 43,3% випадків спостерігався симптом Марінеско-Родовічі, в 16,7% - зміни сухожилкових і періостальних рефлексів. В окремих випадках визначено зниження м'язової сили в кінцівках, підвищення м'язового тонуусу в них, гіпестезія, ністагм при погляді в сторони, симптоми орального автоматизму.

За даними психіатричного обстеження в 26,7% пацієнтів визначались зміни, що в основному характеризувались сповільненням темпу сенсомоторних реакцій, зниженням концентрації уваги, зменшенням мнестичної функції, а також наявністю тривоги, депресії і соціальної дисфункції. У кожного десятого виявлена легка чи помірна деменція органічного походження.

На ЕЕГ у всіх хворих виявлено зміни біоелектричної активності загально-мозкового характеру. В 53,3% зареєстровано дезорганізацію біоелектричної активності мозку, в 36,7% - явища іритації ритму. В поодиноких випадках реєструвалась пароксизмальна активність головного мозку.

За даними РЕГ і РВГ в переважній більшості випадків відзначалось зниження кровопостачання головного мозку і кінцівок.

Методи об'єктивної нейровізуалізації (КТ і МРТ) діагностували ДЕ (переважно II ст.) у всіх обстежених пацієнтів, причому виявлені зміни були різноманітними: залишкові явища перенесеного інсульту та інфаркту головного мозку, явища хронічної недостатності мозкового кровообігу, ангіопатії (гіпертонічної, атеросклеротичної), атрофічні, гліозні зміни головного мозку, кістоподібні виключення, порушення ліквородинамічної функції, розширення шлуночків, цистерн, субарахноїдальних просторів тощо.

Детально характеризуючи основний діагноз пацієнтів з ДЕ, слід відмітити, що серед усіх обстежених хворих частка осіб з де II ст. (переважно змішаного генезу) склала 83,3%.

У 60% пацієнтів ураження головного мозку супроводжувались вестибуло-атактичними порушеннями, майже у половини (46,6%) – лікворо-динамічними розладами, у 36,7% - вазо-вегетативною дисфункцією. Емоційно-лабільні чи астеничні розлади різного ступеню важкості діагностовані у 63,3% обстежених, легка чи помірна деменція – у 33,3%.

Серед супутньої патології провідне місце займає остеохондроз хребта: він виявлений у 76,7% обстежених. На другому місці перебувають захворювання органів шлунково-кишкового тракту: хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки, хронічний гепатит, хронічний панкреатит; частка осіб з даною патологією склала 66,7%. У значної частини обстежених (56,7%) виявлена артеріальна гіпертензія (переважно есенціальна, II ст.), яка є фактором, що сприяє розвитку і прогресуванню атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, гострого порушення мозкового кровообігу. У 40% осіб діагностована ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги, переважно II функціонального класу (в 4 випадках – II-III і III ФК). Половина пацієнтів мала патологію судин кінцівок, що в більшості випадків проявлялась як ангіодистонічний синдром або ангіотрофоневроз нижніх кінцівок чи вторинний синдром Рейно з хронічною

артеріальною недостатністю I або I-II ст. У 4 хворих діагностована варикозна хвороба нижніх кінцівок з хронічною венозною недостатністю I, II і II-III ст.

Комплексне, ретельне обстеження кожного направлено на консультацію хворого дало змогу не тільки чітко сформулювати основний і супутній діагноз, але й зробити обґрунтований висновок, що допомагає МСЕК у винесенні експертного рішення щодо визнання цих хворих інвалідами 3 групи. При визначенні обмеження життєдіяльності враховувались обмеження здатності до виконання трудової діяльності I ст., а також здатності до пересування I ст.

В трьох із п'яти випадків оскарження хворими рішення МСЕК встановлено, що підстав для його зміни на даний час немає, в 2 випадках було рекомендовано МСЕК змінити рішення. В першому з них в зв'язку з виявленою патологією нервово-психічної сфери та серцево-судинної системи і з урахуванням прогресуючого перебігу захворювання рекомендовано пролонгувати хворому 3 групу інвалідності. В другому випадку рекомендовано визнати пацієнта інвалідом 2 групи. Наведемо приклад.

Хворий С., визнавався МСЕК інвалідом 3 групи протягом 7 років. Претендує на 2 групу інвалідності. Основний діагноз: ДЕ II змішаного генезу (дисметаболічна та дисциркуляторна) з наслідками ГПМК у вигляді розсіяної неврологічної симптоматики, вестибуло-атактичними розладами. Помірна деменція змішаного генезу. Супутній діагноз: ГХ III, ІХС ФК III. Хронічний панкреатит. Хронічний гепатит. Хронічний холецистит. ЦД II типу. Розповсюджений остеохондроз хребта. Висновок: За результатами обстеження і спостереження в клініці інституту встановлено, що наявна у хворого комплексна серцево-судинна, неврологічна, ендокринологічна, гастроентерологічна патологія призводить до значного порушення функції органів та обмеження здатності хворого до пересування I-II ст., самообслуговування I-II ст., трудової діяльності II ст., що дозволяє визнати хворого інвалідом 2 групи.

Прогресуванню органічних уражень головного мозку сприяють дефекти

діагностики ДЕ і недостатня оцінка її етіологічних та патогенетичних механізмів і, як наслідок, неадекватна терапія цієї патології у осіб молодого віку. Спостереження в клініці інституту дозволили рекомендувати комплекс реабілітаційних заходів, що включає, в першу чергу, засоби впливу на етіологічні фактори розвитку патології мозку – гіпертонічної хвороби та атеросклерозу, на покращення мозкового кровообігу, покращення метаболізму, а також ЛФК, голкорексотерапію.

Проте проблема реабілітації інвалідів з неврологічною патологією не може обмежуватись лише медичними завданнями. Це широке коло питань має постійно перебувати в сфері діяльності соціальних закладів. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграють медико-соціальні експертні комісії, які розробляють та контролюють виконання індивідуальних програм реабілітації.

Отже, наведені дані свідчать про те, що недостатнє клінічне, функціональне обстеження і неврахування наявності поєднаної патології та прогресуючого перебігу захворювання утруднює медико-соціальну експертизу і реабілітацію осіб із захворюваннями нервової системи. Для об'єктивізації стану ЦНС, серцево-судинної та інших систем організму необхідне проведення комплексного обстеження до складу якого мають ходити, крім клінічних, інструментальних і лабораторних, найсучасніші методи об'єктивної нейровізуалізації – КТ: МРТ, а також комп'ютерна ЕЕГ.

ІІІ. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Технологія і процедура визначення інвалідності при неврологічних захворюваннях мають бути спрямовані на оцінку порушень здоров'я, визначення наявності і вираженості обмежень життєдіяльності, соціальної недостатності.

При проведенні медико-соціальної експертизи у осіб молодого віку з неврологічною патологією необхідно враховувати наступні клініко-функціональні чинники:

- клінічна (нозологічна) форма патології;
- перебіг захворювання;
- характер порушення функцій;
- ступінь функціональних порушень;
- клінічний прогноз.

Клінічна форма захворювання вказується відповідно до МКХ 10-го перегляду.

Перебіг захворювання (прогресуючий, стаціонарний або стабільний, рецидивуючий) визначається залежно від динаміки процесу, темпів його прогресування або від періоду загострення.

Слід розрізняти повільно прогресуючий перебіг і швидко прогресуючий перебіг. Оцінюючи характер рецидивуючого перебігу неврологічної патології, необхідно враховувати частоту загострень: різні загострення з інтервалом більше року, загострення середньої частоти – 1-2 рази в рік, часті загострення – 3-4 рази в рік.

Багатоваріантність клінічного перебігу патології визначають різноманітний клінічний прогноз (сприятливий, несприятливий, сумнівний). Останній залежить від багатьох чинників – характеру і перебігу захворювання, ранньої діагностики, виду і ступеню порушення функції тощо.

Характерною особливістю клінічної картини неврологічної патології є поліморфізм функціональних порушень, що призводить до обмеження різних категорій життєдіяльності хворого.

Основою при оцінці обмежень життєдіяльності осіб молодого віку є:

- визначення характеру порушення функцій нервової системи, що призводить до обмеження життєдіяльності;
- визначення ступеню порушення функцій нервової системи, що обумовлюють важкість обмеження життєдіяльності.

В медико-соціальній експертизі необхідно враховувати наступні порушення основних функцій:

- порушення стато-динамічних функцій внаслідок паралічу, пареза кінцівок, вестибулярно-мозочкових, аніостатичних, гіперкінетичних розладів та ін.;
- порушення сенсорних функцій (зниження гостроти зору, геміанопсія, концентричне звуження поля зору, нейросенсорна туговухість та ін.);
- вісцеральні і метаболічні порушення, розлади харчування, кровообігу, дихання та ін.;
- порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження, моторна, сенсорна, амнестична адгезія, дизартрія, анартрія, аграфія та ін.).

Вказані порушення функцій можуть бути за важкістю різного ступеню вираженості:

- 1-й ступінь – незначні;
- 2-й ступінь – помірні;
- 3-й ступінь – виражені;
- 4-й ступінь – значно виражені.

Визначення виду і ступеню порушень функцій, категорії і ступеню обмежень життєдіяльності неврологічних хворих базується на комплексному аналізі клініко-функціональних та інших критеріїв.

При неврологічній патології спостерігаються обмеження наступних категорій життєдіяльності: самообслуговування, здатності до самостійного

пересування, навчання, трудової діяльності, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою.

Провідним клінічним проявом багатьох неврологічних захворювань є рухові розлади (вестибулярно-мозочкові, парепару нижніх кінцівок, геміплогія, геміпарез та ін.), що призводить до різного ступеню порушення статодинамічної функції і обмеження здатності до самостійного пересування.

Оцінюючи ступінь обмеження здатності до пересування хворого з неврологічною патологією, слід враховувати комплекс клініко-функціональних показників, що характеризують ступінь і розповсюдженість розладів рухової функції нижніх кінцівок або їх сегментів – амплітуду активних рухів в суглобах кінцівок (в градусах), ступінь зниження м'язової сили, вираженість підвищення тону м'язів, статику, координацію рухів, основну функцію нижніх кінцівок, характер ходи, використання допоміжних засобів опори при ходьбі, і при необхідності – комплекс показників, які характеризують функціональний стан вестибулярного аналізатора, а також комплекс електроміографічних даних і біомеханічних показників.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до самостійного пересування першого ступеню:

- помірний парез нижніх кінцівок;
- помірне (до 3 балів) зниження м'язової сили в нижніх кінцівках;
- помірне обмеження амплітуди активних рухів в культовому (15-20°), колінному (16-20°) або гомілковостопному (14-18°) суглобах;
- помірне підвищення м'язового тону по статичному типу;
- спастична хода з використанням додаткової опори (палиці) при ходьбі.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до самостійного пересування другого ступеню:

- виражений парез нижніх кінцівок;
- виражене обмеження амплітуди активних рухів в усіх суглобах нижніх кінцівок (кульшовий 7-10°, гомілковостопному 6-7°, колінному 8-12°);
- виражене підвищення м'язового тону за спастичним типом,

переважно привідних м'язів стегна і розгиначів гомілки;

- спастична хода, пересування за допомогою додаткової опори (милиці).

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до самостійного пересування третього ступеню:

- нижня параплегія з відсутністю активних рухів в усіх суглобах нижніх кінцівок;
- значно виражений нижній паразез;
- мінімальний обсяг активних рухів в усіх суглобах нижніх кінцівок (5,0-6,0);
- значно виражене зниження м'язової сили (до 1 балу) в нижніх кінцівках;
- значне підвищення м'язового тону за спастичним типом;
- неможливість самостійного пересування.

Обмеження здатності до самообслуговування у неврологічних хворих виникає при порушеннях стато-динамічних функцій, обумовлених руховими розладами (тетрапарез, три парез, парез верхніх кінцівок, вестибулярно-мозочкові та ін.).

Оцінюючи ступінь обмеження самообслуговування, слід враховувати комплекс клініко-функціональних показників, що характеризують ступінь і розповсюдженість розладів рухових функцій верхньої кінцівки або її сегментів – об'єм активних рухів в суглобах кінцівки (в градусах), ступінь зниження м'язової сили, вираженість підвищення м'язового тону, координація рухів, основна стато-динамічна функція верхньої кінцівки – схоплення і утримання предметів, а за можливості – брати до уваги комплекс показників, які характеризують функціональний стан вестибулярного аналізатора і комплекс електроміографічних показників.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до самообслуговування першого ступеню:

- помірний парез верхніх кінцівок;
- помірне обмеження амплітуди активних рухів в суглобах верхніх

кінцівок: в плечовому, ліктьовому або променевоzap'ястному;

- помірне зниження м'язової сили верхніх кінцівок (3 бали);
- обмеження протипоставлення великого пальця кисті – дистальна фаланга великого пальця досягає основи четвертого пальця;
- помірне обмеження згинання пальців в кулак-дистальні фаланги пальців відстоять від долоні на відстані 1-2 см;
- утруднено охвачування дрібних предметів, доступним є охвачування і утримування великих предметів.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до самообслуговування другого ступеню:

- виражений парез верхніх кінцівок;
- виражене обмеження амплітуди активних рухів в усіх суглобах верхньої кінцівки (в плечовому, ліктьовому, променевоzap'ястному, в міжфалангових);
- виражене обмеження протипоставлення великого пальця – дистальна фаланга великого пальця досягає основи третього пальця;
- виражене обмеження згинання пальців в кулак-дистальні фаланги пальців відстоять від долоні на відстані 3,5-4,5 см;
- виражене зниження м'язової сили в усіх відділах верхньої кінцівки (до 2 балів);
- виражене порушення основної функції кисті – неможливе охвачування дрібних предметів; можливе охвачування великих предметів без тривалого і стійкого їх утримування.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до самообслуговування третього ступеню:

- значно виражені порушення стато-динамічної функції верхніх кінцівок, обумовлених геміплегіоз відсутністю активних рухів в усіх суглобах;
- значно виражений парез верхніх кінцівок;
- мінімальний об'єм активних рухів в усіх суглобах;

- значні обмеження протипоставлення великого пальця – дистальна фаланга останнього досягає основи другого пальця;
- значне обмеження згинання пальців в кулак-дистальні фаланги пальців не досягають долоні на відстані 5,5-8,5 см;
- значне зниження м'язової сили верхніх кінцівок (до 1 бала);
- значне порушення основної функції верхніх кінцівок – неможливі схвачування і утримування як великих, так і дрібних предметів; збережена лише допоміжна функція – притиснення предметів.

Оцінюючи ступінь обмеження здатності до спілкування, необхідно враховувати:

- комплекс клініко-функціональних показників, що характеризують порушення психічних функцій (афазія, мнестико-інтелектуальне зниження);
- комплексне отоневрологічних показників;
- комплекс показників психологічного експериментального дослідження, що свідчить про наявність, характер, вираженість порушень мови (моторна, сенсорна, амнестична афазія) та інших порушень психічних функцій (пам'ять, увага, мислення, емоції).

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до спілкування першого ступеню:

- незначні елементи моторної афазії при вимовленні складних слів, речень;
- помірні порушення мови – помилки в спонтанній монологічній мові і утруднення у вимові, «телеграфний стиль мови» з нестачею дієслів в реченні;
- елементи моторної, амнестичної афазії;
- помірне зниження слуху (сприйняття розмовної мови від 2 до 3 м).

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до спілкування другого ступеню:

- виражена моторна афазія;

- виражена амнестична афазія;
- виражене зниження слуху (сприйняття розмовної мови від 0,5 до 1,5 м).

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до спілкування третього ступеню:

- тотальна афазія (моторна, сенсорна, амнестична);
- психоорганічні порушення із значним зниженням мнестико-інтелектуальної діяльності з відсутністю критики.

Обмеження здатності до навчання відзначається у неврологічних хворих з порушенням психічних, сенсорних функцій (зорові, слухові розлади).

Основою визначення ступеню обмеження навчання є оцінка наступних показників:

- комплекс клінічних показників, що характеризують ступінь порушення психічних функцій (сприйняття, увага, пам'ять та ін.);
- комплекс офтальмологічних даних (гострота, поле зору та ін.);
- комплекс отоневрологічних показників;
- комплекс показників психологічного обстеження, що характеризують порушення мови, гнозису та ін.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до навчання першого ступеню:

- помірна або незначна моторна, амнестична афазія;
- помірне зниження слуху на обидва вуха;
- помірні зорові порушення (концентричне звуження поля зору – 20-40°, зниження гостроти зору до 0,1-0,3);
- помірні порушення психічних функцій з мнестико-інтелектуальним зниженням.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до навчання другого ступеню:

- виражені порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження);

- моторна афазія, дизартрія (виражений ступінь);
- виражене або значно виражене зниження слуху;
- концентричне звуження поля зору (11-20°), зниження гостроти зору від 0,09 до 0,05.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до навчання третього ступеню:

- значно виражені порушення психічних функцій (зниження інтелекту, відсутність критики, деградація особистості);
- значно виражене порушення мови (тотальна афазія);
- значно виражене порушення зорових функцій – практична або абсолютна сліпота (концентричне звуження поля зору до 0-10°, зниження гостроти зору до 0,04-0°).

Оцінюючи ступінь обмеження здатності до орієнтації, слід враховувати:

- комплекс клініко-функціональних показників, що характеризують порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження, некритичність, порушення свідомості, гнозису);
- комплекс офтальмологічних показників;
- комплекс показників психологічного дослідження, що свідчить про характер і вираженість порушень психічних функцій.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до орієнтації першого ступеню:

- пароксизми з тимчасовим відключенням свідомості (великі судомні, малі пароксизми, середньої частоти – 1-3 рази на місяць);
- помірні зорові порушення (зниження гостроти зору до 0,3-0,1, звуження поля зору до 20-40°).

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до орієнтації другого ступеню:

- виражене порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження, часткове зниження критики);
- часті епілептиформні пароксизми (4 рази на місяць і більше) з

тимчасовим виключенням свідомості;

- виражені зорові порушення (концентричне звуження поля зору 11-20°, гострота зору 0,05-0,09).

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до орієнтації третього ступеню:

- значно виражені порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне значення, деградація особистості, відсутність критики);
- практична або абсолютна сліпота (концентричне звуження поля зору 10-0°, гострота зору 0-0,04).

Обмеження здатності до трудової діяльності у неврологічних хворих виникає при різного ступеню вираження порушень психічних, сенсорних, стато-динамічних та інших функцій.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до трудової діяльності першого ступеню:

- помірні або незначні стато-динамічні порушення (геміпарез, парез верхніх або нижніх кінцівок, вестибулярно-мозочкові порушення та ін.);
- помірні або незначні сенсорні порушення (зорові, слухові та ін.);
- помірні або незначні порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне зниження, моторна, амнестична афазія, великі судомні, малі пароксизми рідні або середньої частоти та ін.);
- помірні гіпертензивно-лікворні, вегетативно-судинні, тазові та інші порушення.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до трудової діяльності другого ступеню:

- виражені стато-динамічні порушення (геміпарез, парез верхніх або нижніх кінцівок, тетрапарез, трипарез, вестибулярно-мізочкові та інші порушення);
- виражені сенсорні порушення (зорові та ін.);
- виражені порушення психічних функцій (мнестико-інтелектуальне

- зниження, часті епілептиформні пароксизми та ін.);
- виражені гіпертензивно-лікворні, вегетативно-судинні порушення та ін.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності до трудової діяльності третього ступеню:

- значно виражені статодинамічні порушення (геміплегія, нижня параплегія, вестибулярно-мозочкові порушення та ін.);
- значно виражені сенсорні порушення (зорові та ін.);
- значно виражені порушення психічних (мнестико-інтелектуальне зниження з відсутністю критики та ін.) та інших функцій.

Відсутність здатності контролювати свою поведінку у осіб молодого віку з неврологічною патологією може бути обумовлено порушеннями психічних функцій (пам'ять, свідомість, мислення, інтелект) і базується на оцінці наступних факторів:

- комплекс клінічних показників, що характеризують порушення психічних функцій;
- комплекс електрофізіологічних показників (електроенцефалографія);
- комплекс психологічних показників.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності контролювати свою поведінку першого ступеню.

Клінічні критерії:

- синкопальні пароксизми з тимчасовим відключенням свідомості;
- епілептиформні пароксизми (великі судомні, малі пароксизми).

Електрофізіологічні показники:

- пароксизмальна активність електроенцефалограми – високовольтні загострені електричні потенціали тета-, дельта- і альфа-діапазону, інколи швидкі пароксизмальні ритми, піки, гострі хвилі, комплекси спайк-хвиля.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності контролювати свою поведінку другого ступеню.

Клініко-функціональні показники:

- виражені порушення в сфері психічних функцій (мислення, пам'ять, інтелект, свідомість та ін.), наприклад, порушення орієнтації в просторі, зорова агнозія тощо.

Психологічні показники:

- виражені порушення психічних функцій зі зниженням мнестико-інтелектуальних процесів.

Клініко-функціональні критерії обмеження здатності контролювати свою поведінку третього ступеню.

Клініко-функціональні показники:

- значно виражені порушення психічних функцій з мнестико-інтелектуальним зниженням, відсутністю критики.

На визначення групи інвалідності впливає сукупність взаємодіючих між собою факторів (медичного, соціального, психологічного).

З урахуванням комплексної оцінки клініко-функціональних, соціальних та інших чинників рекомендуються наступні критерії визначення інвалідності у осіб молодого віку з неврологічною патологією.

Критерієм для визначення I групи інвалідності є соціальна недостатність, що вимагає соціального захисту або допомоги, внаслідок порушення здоров'я зі стійким, значно вираженим розладом функцій організму, що призводять до значно вираженого обмеження однієї з наступних категорій життєдіяльності або їх поєднання: здатності до самообслуговування третього ступеню, пересування третього ступеню, навчання третього ступеню, орієнтації третього ступеню, контролю за своєю поведінкою третього ступеню.

Клініко-функціональними критеріями обмеження вказаних категорій життєдіяльності третього ступеню і визначення I групи інвалідності є: значно виражені стато-динамічні порушення (геміплегія, значно виражений геміпарез, вестибулярно-мозочкові порушення), мовні порушення (тотальна афазія), сенсорні порушення (абсолютна або практична сліпота на обидва ока), порушення психічних функцій зі значним мнестико-інтелектуальним

зниженням, деградацією особливості, відсутністю критики. Критеріями встановлення підгрупи А І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього догляду або допомоги).

До підгрупи Б І інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критерієм для визначення ІІ групи інвалідності є соціальна недостатність, що вимагає соціального захисту або допомоги, внаслідок порушення здоров'я зі стійким вираженим розладом функцій організму, що призводить до вираженого обмеження однією з наступних категорій життєдіяльності, або їх поєднання: здатності до самообслуговування другого ступеню, навчання другого і третього ступеню, орієнтації другого ступеню, спілкування другого ступеню, контролю за своєю поведінкою другого ступеню. Обмеження здатності до навчання другого і третього ступеню може призвести до встановлення ІІ групи інвалідності тільки тим, хто навчається; в інших випадках необхідно враховувати наявність поєднання обмеження здатності до навчання другого і третього ступеню з обмеженнями однієї або декількох інших категорій життєдіяльності.

Клініко-функціональними критеріями обмеження вище вказаних категорій життєдіяльності другого ступеню або другого та третього ступеню і встановлення ІІ групи інвалідності є: виражені стато-динамічні порушення (виражений геміпарез, вестибулярно-мозочкові порушення), моторна афазія, дизартрія, виражене мнестико-інтелектуальне зниження, часті епілептиформні пароксизми, зорові порушення та ін.

Критерієм для визначення ІІІ групи інвалідності є соціальна недостатність, що вимагає соціального захисту або допомоги, внаслідок порушення здоров'я зі стійким помірним розладом функцій організму, що призводить до помірно вираженого обмеження однієї з наступних категорій

життєдіяльності або їх поєднання: здатності до самообслуговування першого ступеню, пересування першого ступеню, навчання першого ступеню, орієнтації першого ступеню, спілкування першого ступеню. Обмеження здатності до спілкування першого ступеню і здатності до навчання першого ступеню є основою для встановлення III групи інвалідності при їх поєднанні з обмеженням однієї або декількох інших категорій життєдіяльності.

Клініко-функціональними критеріями обмеження перерахованих категорій життєдіяльності першого ступеню і визначення III групи інвалідності є помірні стато-динамічні порушення (геміпарез, монопарез верхньої або нижньої кінцівки, вестибулярні розлади), сенсорні порушення (слухові, зорові), мнестико-інтелектуальне зниження, моторна, амнестична афазія, рідні або середньої частоти епілептиформні пароксизми та ін.

Таким чином, комплексна експертно-реабілітаційна діагностика з використанням клініко-функціональних, електрофізіологічних та інших методів дослідження дозволяє об'єктивізувати важкість різних категорій життєдіяльності, що призводять до інвалідності при неврологічній патології у осіб молодого віку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Руководство для врачей / Под ред.. А.Ю.Макарова. – СПб., 2006. – 600 с.
2. Мороз Н.Г. Основные тенденции первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы у лиц молодого возраста в Российской Федерации в 2001-2006 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – №4. – С. 25-26.
3. Мороз Н.Г. Характеристика лиц молодого возраста, повторно признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы в Российской Федерации в 2001-2006 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – №4. – С. 26-27.
4. Основні проказники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2006 рік (аналітико-інформаційний довідник). – Дніпропетровськ, 2007. – 98 с.
5. Пугиев Л.И. Сравнительный анализ структуры первичной и общей инвалидности по классам болезней у лиц молодого возраста в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – №1. – С. 27-28.
6. Lopes A.D., Mathers C.D., Ezzati M. et al. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systemic analysis of population health data // Lancet, 367 (9524): 1747-1757.

Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

**ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ ІНВАЛІДІВ
МОЛОДОГО ВІКУ
ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ
ТА ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ І
РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ**

Методичні рекомендації

*Здано до складання 16.12.2011 р.
Підписано до друку 27.12.2011 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman. Друк різнографічний.
Умовн. друк. арк. 1,86
Замовлення № 4622
Тираж 150 прим.*

*Видавець ФОП Данилюк В.Г.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 57-65-44
e-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи ДК № 3510 від 25.06.2009 р.*

*Виготовлювач ФОП Горбачук І.П.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 57-65-44
e-mail: dilo2007dilo@rambler.ru
Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи ДК № 3509 від 25.06.2009 р.*