

УДК 616.831-005.1:614.4

Особенности эпидемиологии инвалидности при заболеваниях нервной системы в Украине: клиничко-експертные сопоставления (10-летний украинский опыт)

В. А. Голик, Н. А. Гондуленко, Е. Н. Мороз, Д. Д. Богуславский, В. А. Погорелова

ГУ «Украинский государственный науково-дослідний інститут медико-социальных проблем инвалидности Міністерства охорони здоров'я України», Днепропетровск

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

Ввиду этого, на период функционирования Семилетней Объединенной Программы Европейской Комиссии (FP7, 2007–2013) был инициирован структурированный мультиэкспертный (включающий представителей нейронаук, клиницистов, представителей фармацевтической индустрии, благотворительных организаций и объединений пациентов) исследовательский проект, имеющий целью выработать приоритетные направления и пути решения данной проблемы. Одной из прикладных эпидемиологических мишеней деятельности данного объединения явилась характеристика не только традиционных клинических показателей неврологической патологии, но и сбор эпидемиологической информации о распространенности и популяционной динамике различных неврологических дефицитов (гемипарезы, афазии, атактические расстройства, деменции различного генеза) с целью определения количественной необходимости в специфических реабилитационных интервенциях, различных компенсирующих приспособлениях.

В Украине данная проблема является не менее актуальной, что обусловлено низким технологическим уровнем диагностики заболеваний мозга, особенно используемым в рутинной неврологической практике на этапе первичной неврологической помощи, несовершенством системы последипломного образования, зачастую дистанцирующей основную массу практикующих неврологов от пер-

вичных информационных источников мировой и европейской неврологии, организации стационарной и амбулаторной неврологической помощи (обеспеченность неврологическими койками в мире составляет 0,36 на 10 000 населения, в Европе – 0,53, в Украине – 6,01, количество неврологов на 10 000 населения в мире – 0,91, в Европе 0,48 и в Украине – 1,47 [1, 5, 6]), несовершенством системы нейрореабилитации, связанным с ее фармакологическим уклоном и фактическим отсутствием в медицинском поле специалистов физической реабилитации (нет в номенклатуре медицинских специальностей Украины) и эрготерапевтов (специалистов, занимающихся восстановлением функций повседневной жизненной активности – нет в номенклатуре специальностей в Украине вообще).

Динамическое исследование и сопоставление показателей клинической (заболеваемости и распространенности) и экспертной (первичная и накопленная инвалидность) неврологической эпидемиологии являются принципиально важными для понимания масштабов проблемы в Украине, косвенного анализа диагностических и лечебных ошибок и последующего использования управленческих рычагов с целью ее решения.

Методология. На протяжении многих десятков лет централизованным сбором ежегодной статистической информации по показателям инвалидности вследствие различных заболеваний и состояний занимается ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», на протяжении более 35 лет ежегодно выпускается аналитико-информационный справочник «Основные показатели инвалидности и деятельности медико-социальных экспертных комиссий Украины» [7]. Объем собираемых данных, регламентированной формой № 14, утвержденной Центром медицинской статистики МЗО Украины [8], обеспечивает лишь ограниченный перечень данных по первичной инвалидности (экспертный эпидемиологический аналог показателя «заболеваемость»). По неврологической патологии имеется информация только по заболеваниям нервной системы в классе VI (заболевания нервной системы), а именно «эпилепсия» и «заболевания периферической нервной системы», в классе IX (заболевания системы кровообращения), а именно «цереброваскулярные заболевания» без какой-либо детализации и в классе XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) – «остеохондроз

позвоночника». С 2002 года по настоящее время путем запросов областными Центрами медико-социальной экспертизы (МСЭ) и центральным городским медико-социальными экспертными комиссиями (МСЭК) городов Киева и Севастополя, нами собрана более детализованная информация, касающаяся первичной инвалидности вследствие основных неврологических заболеваний. МСЭК было предложено представить совокупную статистическую информацию в соответствии с кодами МКБ-X: цереброваскулярная патология: инсульт (I 60–I 64), геморрагический инсульт (I 60, I 61, I 62), ишемический инсульт (I 63, I 64), последствия инсульта (I 69), транзиторные ишемические атаки (G 45), «дисциркуляторная энцефалопатия» (I 67.2, I 67.3, I 67.4, I 67.8, I 67.9), демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы: рассеянный склероз (G 35), рассеянный энцефаломиелит (G 36, G 37), болезнь Паркинсона и синдром Паркинсона (G 20, G 21), эпилепсия и эпилептиформные синдромы (G 40, G 41), а также арахноидиты различной этиологии и их последствия. Полученная данная информация сопоставлена с официальной клинической статистикой МЗО Украины (ГУ «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины», директор – профессор М. В. Голубчиков), собираемой в рамках статистической формы № 12, регламентированной тем же Приказом МЗО [8]. Для упрощения сравнения клинической и экспертной эпидемиологической информации все показатели представлены в формате «количество случаев на 100 000 населения».

Полученные результаты

Согласно существующей в Украине нормативной базы по вопросам медико-социальной экспертизы [8], последняя проводится лицам, которые обращаются для установления инвалидности по

направлениям лечебно-профилактических учреждений после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных о необратимости нарушения функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и вызывающими ограничения жизнедеятельности. Т.е., контакт пациента с системой МСЭ происходит после установления диагноза, проведения всех возможных видов лечения при констатации куратором – неврологом и врачебно-контрольной комиссией соответствующего медицинского учреждения факта необратимости функциональных изменений. Иными словами, клинические неврологические диагнозы МСЭК корректировать может только в части степени выраженности функциональных нарушений и следующих за ними ограничений жизнедеятельности.

Неврологическая патология в целом

На протяжении 10 лет (2003–2012 годы) наблюдается постепенный рост распространенности заболеваний нервной системы (G00–G99) среди взрослого населения 4243,1–4325,6–4358,2–4445,2–4502,4–4553,9–4574,7–4594,7–4600,6–4588,0 случаев на 100 000, при этом показатель заболеваемости претерпевает нерезкие колебания с тенденцией в сторону роста и составил 1479,3–1485,1–1488,2–1523,2–1499,6–1506,6–1518,7–1516,9–1502,4–1477,8 случаев соответственно (рис. 1). В то же время, за последние 3 года наблюдается постепенное снижение первичной инвалидности вследствие неврологической патологии (соответственно 29–31–32–26–29–27–29–24–24–23 случаев в 2003–2012 годах). Фактически среди популяции взрослых пациентов общего неврологического профиля (без цереброваскулярной патологии) на протяжении 2003–2012 гг. от 0,50 до 0,73 % первично признавались инвалидами.

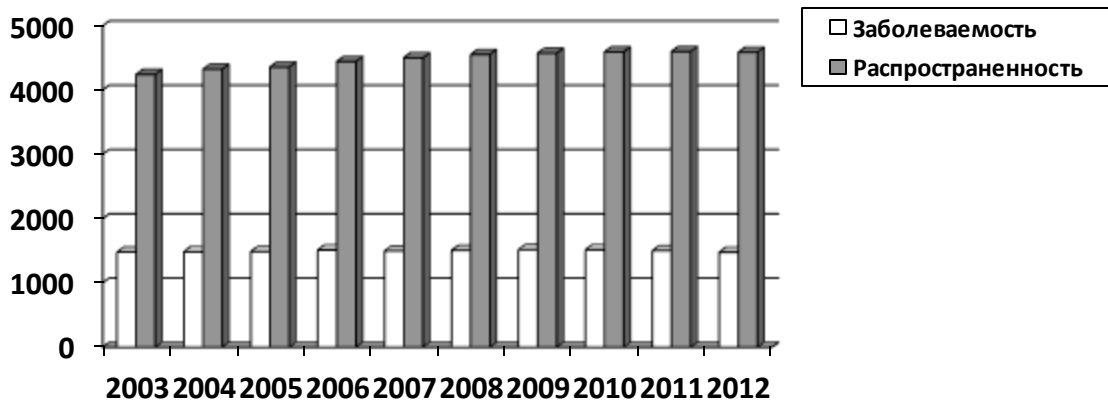


Рис. 1. Динамика заболеваемости и распространенности заболеваний нервной системы.

Цереброваскулярная патология. Согласно данным мировой статистики, главной причиной неврологической инвалидности является инсульт. Из 4 млн. жителей США, живущих с последствиями инсульта, треть требует посторонней помощи, более 15 % ввиду выраженных перманентных функциональных расстройств находятся в учреждениях сестринского ухода. Большая часть пострадавших от инсульта имеют те или иные огра-

ничения трудоспособности спустя 7 лет. Рассмотрим ситуацию с данной группой заболеваний в Украине.

На протяжении 10 лет (2003–2012 гг.), несмотря на внедрение государственных программ первичной профилактики цереброваскулярной и кардиоваскулярной патологии, наблюдается постепенный рост распространенности цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). За эти годы указанный показа-

тель соответственно составлял 7609,5–7873,8–8082,4–8131,7–8219,3–8369,6–8432,9–8482,6–8439,0–8458,6 случаев на 100 000 взрослого населения. В то же время, обращает на себя внимание относительная стабилизация с тенденцией к снижению показателя заболеваемости ЦВЗ за изучаемый период (993,0–1009,6–991,2–1000,1–984,8–991,7–978,2–979,1–962,8–937,6), при росте заболеваемости всеми видами инсультов (260,7–256,2–269,8–

281,2–278,2–282,9–280,2–282,3–294,6–297,8 случаев) и транзиторными ишемическими атаками (53,5–60,5–72,8–80,6–86,0–92,5–97,9–100,9–97,7 случаев) (рис. 2). При этом следует отметить рост доли инсультов (с 26,2 % в 2003 году до 31,7 % в 2012 году) в общей заболеваемости ЦВЗ, что, безусловно, приближает нас к показателям мировой неврологической статистики, характеризующей цереброваскулярную патологию.

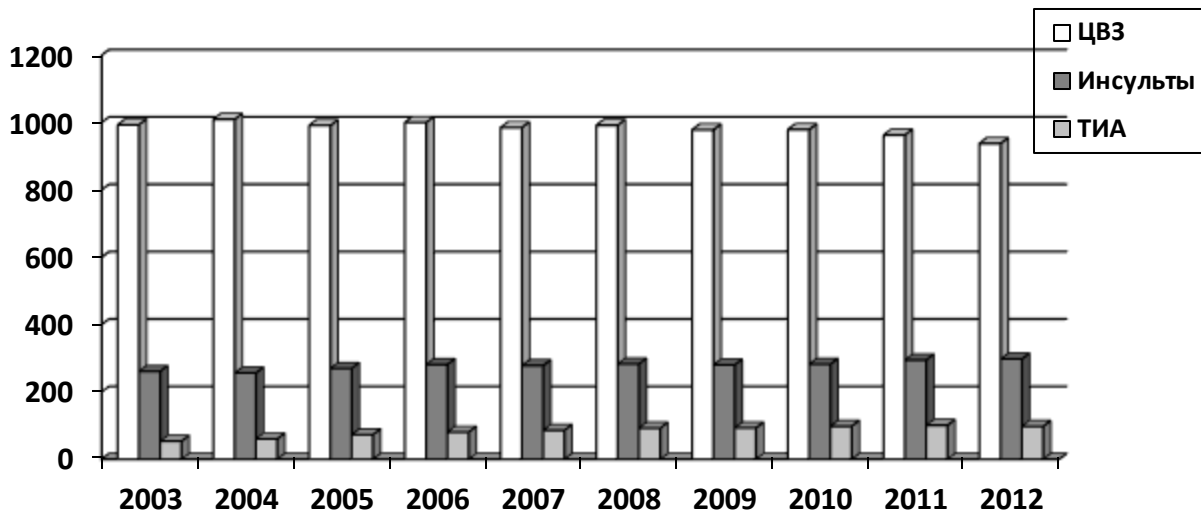


Рис. 2. Динамика заболеваемости цереброваскулярной патологией.

Таковы данные клинической эпидемиологии. Показатель первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии для взрослого населения на протяжении последнего десятилетия после резкого подъема в 2004 году (70 случаев на 100 000 взрослого населения, аналогично пику заболеваемости ЦВЗ – 1009,6 случая постепенно снижается (37–70–63–56–59–49–46–47–48–46), при этом также отмечается постепенное снижение инвалидности вследствие инсультов (соответственно за 2003–2012 годы 24,2–25,5–25,4–22,5–23,7–20,6–22,1–21,6–21,3–21,7 случая) (рис. 3).

мости ЦВЗ – 1009,6 случая постепенно снижается (37–70–63–56–59–49–46–47–48–46), при этом также отмечается постепенное снижение инвалидности вследствие инсультов (соответственно за 2003–2012 годы 24,2–25,5–25,4–22,5–23,7–20,6–22,1–21,6–21,3–21,7 случая) (рис. 3).

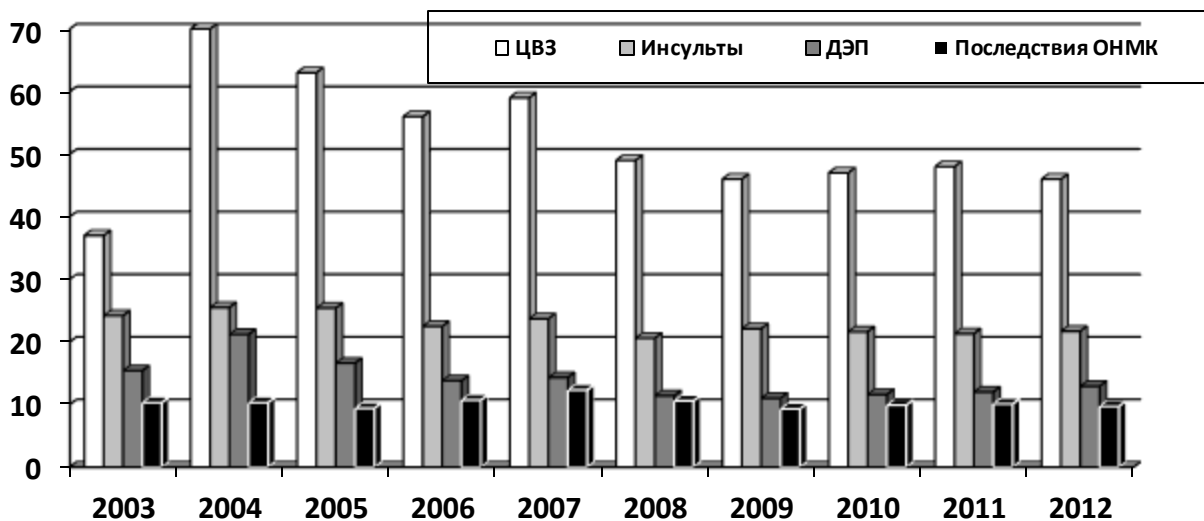


Рис. 3. Динамика первичной инвалидности вследствие цереброваскулярной патологии.

При сопоставлении показателей заболеваемости и первичной инвалидности вследствие инсультов для взрослого населения в разрезе регионов Украины нами получены интересные данные. На протяжении последнего пятилетия (2008–2012) лидерами заболеваемости инсультами стабильно

являются город Севастополь (435,8–386,3 случая), Волынская (398,9–371,6 случаев), Хмельницкая (390,7–361,2 случая) и Луганская (382,9–349,2 случая) области. При этом лидером по первичной инвалидности вследствие инсультов с учетом вышеизложенной клинической статистики является

только город Севастополь (59,0–44,9 случая). Совпадений по другим регионам не получено, наибольшие показатели инвалидности зарегистрированы в Киевской (48,4–23,0 случая), Запорожской (34,1–15,4 случая), Николаевской (39,0–24,0 случая) областях. Данная ситуация требует дальнейшего изучения как со стороны оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях, так и корректности данных медицинской статистики, предоставляемых структурами медико-социальной экспертизы. Доля пациентов, заболевших инсультом (общеевропейские данные), которые впоследствии стали инвалидами, составила за 10 лет соответственно 9,3–9,9–9,4–8,0–8,5–7,3–7,9–7,6–7,2–7,3 %, т.е. наблюдается постепенное снижение данного показателя.

Обращаясь к данным мировой статистики, заболеваемость инсультом превышает таковую для острых коронарных синдромов [3] и исходы пациентов выглядят следующим образом: из 2 400 инсультов, случающихся на 1 млн. населения (белое), ежегодно 700 (29 %) погибают, 600 (25 %) становятся инвалидами (зависимыми от окружающих), 1 100 (46 %) являются независимыми от окружающих в повседневной жизни. Вышеуказанная процентная украинская статистика исходов инсультов с учетом реальных возможностей оказания помощи и постинсультной реабилитации заставляет задуматься.

Детализованная оценка вышеобозначенных данных и тенденций с учетом доступных показате-

лей смертности (2006–2010 годы) вследствие инсульта показала несколько другую картину. При оценке показателей первичных событий вследствие инсульта (заболеваемость и первичная инвалидность) нами получены следующие данные. Заболеваемость инсультом (все виды) среди взрослого населения за 2006–2010 годы составила соответственно 281,2–278,2–282,9–280,2–282,3, первичная инвалидность вследствие инсульта (все формы) за аналогичный период составила 22,5–23,7–20,6–22,1–21,6 случая, а показатель смертности взрослого населения от инсульта в Украине составил соответственно 95,2–91,3–91,8–91,6–91,8 случая. Таким образом в 2006–2010 годах из числа заболевших инсультом (всеми формами) 33,8–32,8–32,4–32,7–32,5 % погибли, 8,0–8,5–7,3–7,9–7,6 % стали инвалидами (имеющими те или иные ограничения жизнедеятельности вследствие патологии). Получается так, что оставшиеся соответственно 58,2–58,7–60,3–59,4–59,9 % восстановили свои функции в такой степени, что не попали в поле зрения системы медико-социальной экспертизы. Указанная ситуация также требует дальнейшего уточнения по части корректности формулирования диагнозов у пациентов, перенесших инсульт, на этапе их направления в структуры МСЭ.

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

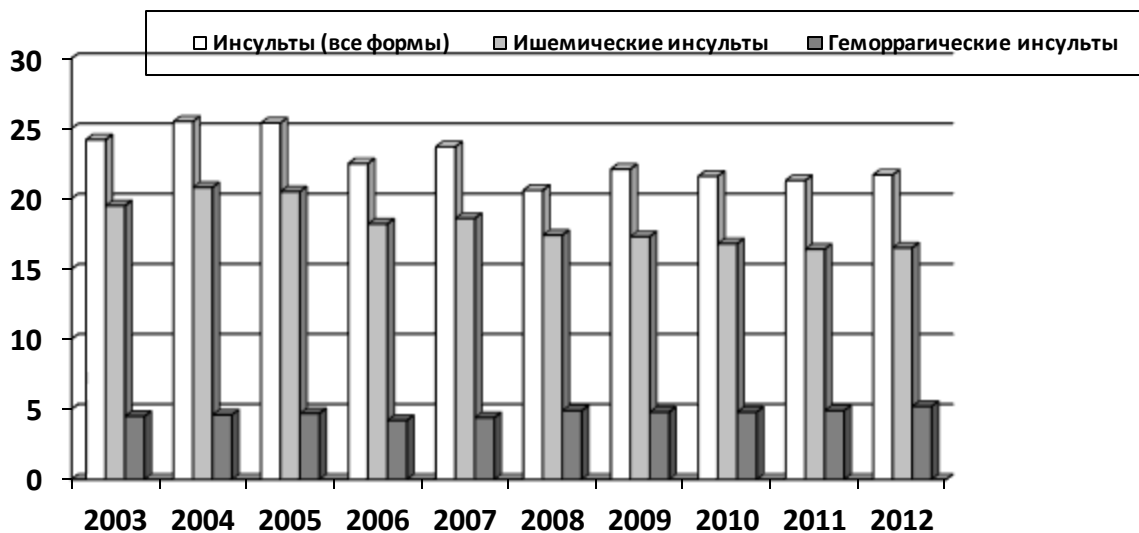


Рис. 4. Динамика первичной инвалидности вследствие инсультов.

«Последствия инсульта» явились причиной первичной инвалидности в 2002–2012 гг. в Украине соответственно у 10,3–10,3–94,0–10,7–12,3–10,6–93,0–99,0–10,1–97,0 лиц на 100 000 взрослого населения. Следует обратить внимание, что данная категория инвалидов предполагает (согласно квалификации состояния как «последствия») первичное их обращение во МСЭК спустя 12 месяцев с момента развития инсульта. При этом, максимально возможная длительность временной утраты трудо-

способности до момента первичного обращения на МСЭК по одному заболеванию составляет 4 месяца без перерыва, или 5 месяцев с перерывом, на протяжении 12 месяцев. То есть, речь в данном случае идет не о первичном обращении пациента на МСЭК после только перенесенного инсульта, а освидетельствовании спустя определенное время или в случае, когда в процессе повторного освидетельствования МСЭК инвалида с ранее установленным диагнозом «инсульт» диагноз меняется на

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

Уникальным явлением в отечественной экспертной практике является инвалидность вследствие транзиторных ишемических атак.

Общеизвестно, что данная нозология, относясь к переходящим нарушениям мозгового кровообращения, является состоянием, краткосрочным по своей продолжительности (в большинстве случаев до нескольких десятков минут) и априори не оставляющим после себя каких-либо морфологических следов.

В то же время, транзиторные атаки являются предшественниками инсультов и по факту своего возникновения требуют реализации стандартного протокола оказания медицинской помощи при инсульте и скрининга факторов риска развития инсульта с инициацией плановых мероприятий вторичной (ввиду свершившегося сосудистого события) профилактики. При всем этом имеется статистика инвалидности вследствие транзиторных ишемических атак (за 2003–2012 годы соответственно 0,4–0,4–0,3–0,3–0,4–0,6–0,5–1,1–1,0–0,2 случая на 100 000 взрослого населения). На протяжении 2003–2012 годов стабильные показатели в этом направлении демонстрируют Волынская, Житомирская, Одесская, Ровненская, Черновицкая, Черниговская области, город Киев. С одной стороны, данная группа заболеваний требует четкой дифференциальной диагностики с вариантами доброкачественного позиционного головокружения – нозологии, практически неизвестной неврологам и специалистам МСЭК, но фактически широко распространенной и являющейся глобальной причиной ложноположительной диагностики транзиторных ишемических атак и инсультов в вертебробазилярном бассейне на основании моносимптома «головокружение» без томографической верификации. С другой стороны, различные пароксизмальные состояния изменения сознания, начиная от вариантов эпилептических приступов и синкопальных состояний, и заканчивая психовегетативными пароксизмами с гипервентиляционным компонентом, также могут быть ошибочно трактованы как «транзиторные ишемические атаки» в аналогичном сосудистом бассейне. Так или иначе, данная нозология не может быть поводом для стойкого ограничения жизнедеятельности ввиду отсутствия морфологической базы, в противном случае наличие «регулярно повторяющихся сосудистых эпизодов» на протяжении месяцев и лет противоречит основным принципам клинической неврологии или является результатом хронической некорректной диагностики нозологий, не относящихся к категории цереброваскулярных заболеваний.

Характерным для украинской неврологии является высокая доля среди цереброваскулярных заболеваний нозологии, традиционно именуемой «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭП). Обращаясь к данным клинической статистики [10, 11], до 95 % в структуре распространенности ЦВП занимают хронические медленно прогрессирующие

формы. Это привело к тому, что в Украине 6,1 % населения страдает от «дисциркуляторной энцефалопатии» [10, 11]. Данные клинической эпидемиологии в рамках форм официальной статистической отчетности по этому состоянию не собираются, но нами получена сводная статистика по первичной инвалидности вследствие данной патологии путем сбора информации по кодам МКБ-X, традиционно используемым для этой цели (I 67.2, I 67.3, I 67.4, I 67.8, I 67.9). В общеукраинском масштабе первичная инвалидность вследствие ДЭП за 2003–2012 годы составила соответственно 15,4–21,2–16,6–13,8–14,3–11,4–11–11,6–12–12,9 случая на 100 000 взрослого населения, формируя от 23,2 до 41,6 % первичной инвалидности вследствие ЦВЗ в аналогичной демографической группе (рис. 3). По состоянию на 2012 год (средний показатель по Украине составил 28 %) лидерами по первичной инвалидности вследствие ДЭП в группе цереброваскулярной патологии (% доля) являлись Полтавская (62,2 %), Житомирская (45 %), Винницкая (43,9 %) и Хмельницкая (42,6 %) области. Наиболее эффективно борющимися с данным явлением в 2012 году оказались Днепропетровская область (3,8 %), Севастополь (5,9 %), Киевская (8,6 %), Ивано-Франковская (9,3 %) и Херсонская (9,7 %) области.

С синдромологической точки зрения, основными клиническими проявлениями, являющимися формальным основанием ложноположительной диагностики «хронической ишемии мозга» («дисциркуляторной энцефалопатии»), являются проявления когнитивных расстройств различной степени выраженности («сосудистая деменция», либо психоорганический синдром, ввиду сосудистого поражения головного мозга), экстрапирамидные расстройства («сосудистый паркинсонизм»), постральные нарушения («центральный вестибулярный синдром»), либо совокупная трактовка последствий повторных перенесенных мозговых инсультов без кодирования, как «последствие цереброваскулярной болезни» (I 69.0 – I 69.8). Ввиду этого, всегда требует уточненного соответствия актуальным критериям диагноз «сосудистая деменция». Говоря о «дисциркуляторной энцефалопатии с паркинсоновским синдромом» следует принять во внимание данные мировой и корректной отечественной статистики «сосудистого паркинсонизма», которые характеризует его долю в спектре паркинсоновских расстройств, всего лишь, как 2,1 – 3,5 % [12, 13, 14]. В настоящее время корректность диагностики значительной части случаев рецидивирующего центрального вестибулярного синдрома, как следствия влияния сосудистых факторов (хроническая дисциркуляция в вертебробазилярном бассейне), также ставится под сомнение ввиду широкого недоучета практически неврологами клинических проявлений периферических рецидивирующих вестибулярных расстройств (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера) [15, 16]. Данные традиционные ошибки дифференциальной диагностики являются принципиально важными для последующего

правильного кодирования нозологической формы согласно МКБ X пересмотра с целью получения корректной статистической информации.

Отдельно нужно отметить категорию инвалидов вследствие заболеваний, находящихся в причинной связи с действием факторов, связанных с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС, перечень которых регламентирован Приказом № 150 (от 17.05.1997) с последующими изменениями [17], в частности раздел 5, касающийся острых и хронических нарушений мозгового и спинального кровообращения (группа 3 «...Переліку хвороб, за яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінення та інших шкідливих чинників у дорослого населення, яке постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС ... розділ 5.3. Хронічні прогресуючі порушення мозкового та спинального кровообігу (дисциркуляторні енцефалопатія та мієлопатія) (437.0, 437.2, 437.8, 336.1, 348.3)...»). Ввиду жесткого формулирования в рамках законодательного документа эти диагнозы не могут быть скорректированы клиническим путем, а только путем внесения изменений в соответствующую нормативно-правовую базу.

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

За 10-летний период, ввиду распространения информации о клинике, диагностике и лечении болезни Паркинсона, наблюдается рост показателя распространенности нозологии с приближением его к ожидаемому мировым статистическим позициям (соответственно, для взрослого населения 44,4–48,1–50,5–51,2–54,1–56,0–58,1–59,6–61,4–63,7 случая на 100 000). Традиционными лидерами в этом направлении являлись регионы с эффективно функционирующими специализированными центрами оказания помощи пациентам с данной патологией. По состоянию на 2012 год это: Винницкая область (125,5), город Киев (112,4), Львовская (100,5), Киевская (95,3), Черкасская (93,9) области при общеукраинском показателе 63,7 случая на 100 000 взрослого населения. Отмечается минимум двукратная первичная гиподиагностика заболевания на территории Украины по отношению к ожидаемому эпидемиологическим показателям [12, 13, 14], а также практика гипердиагностики сосудистого паркинсонизма с некорректным рассмотрением данной группы пациентов, как относящихся к цереброваскулярным заболеваниям и отсутствием соответствующего специфического подхода к медикаментозной коррекции имеющихся функциональных расстройств.

В то же время (2003–2012 гг.) показатель первичной инвалидности для населения Украины претерпевал разносторонние изменения, соответственно 1,9–2,0–1,9–1,5–1,7–1,5–1,4–1,3–1,3–1,4 случаев на 100 000 взрослого населения с колебаниями по регионам по состоянию на 2012 год в пределах 0,6–2,5 случаев. Максимальные показатели (на 2012 год) отмечались в Запорожской (2,5), Тернопольской (2,3) областях, городах Киев (2,3) и Севастополь (2,2), минимальные значения показателя отмечались в Донецкой и Ивано-Франковской (по 0,6 случая), Волынской и Житомирской (по 0,7 случая) и Днепропетровской (0,8 случая на 100 000 взрослого населения) областях (рис. 5).

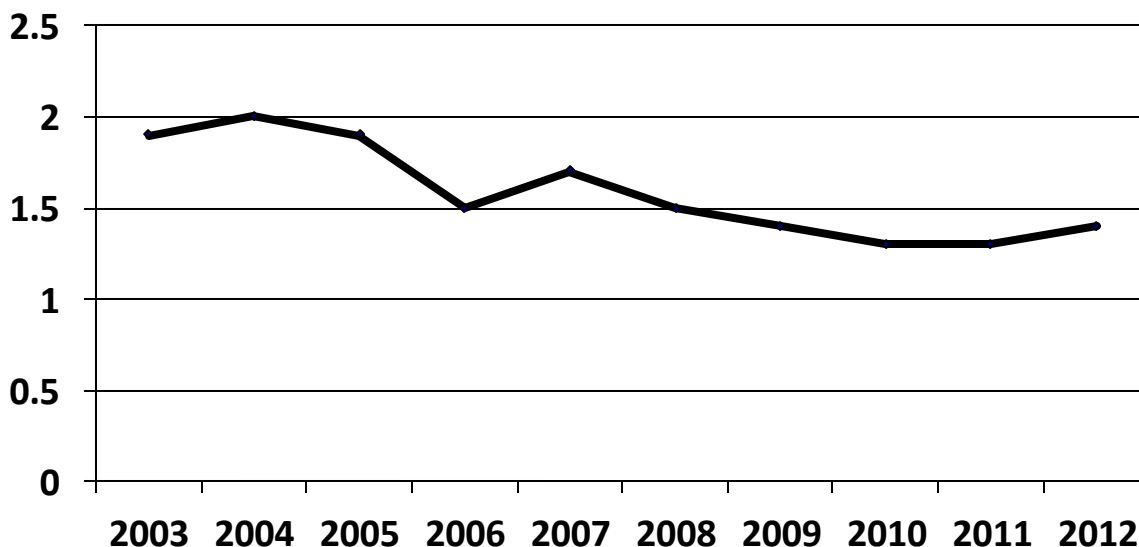


Рис. 5. Динаміка первичної інвалідності внаслідок хвороби Паркінсона.

Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы

Рассеянный склероз, как аутоиммунное воспалительное и нейродегенеративное заболевание ЦНС, несмотря на значительно меньшую распространенность, тем не менее, имеет существенное социально-экономическое значение ввиду своего хронического прогрессирующего течения, приводящего к неизбежной инвалидизации и поражению преимущественно лиц молодого и социально активного возраста. В Украине на протяжении последних лет функционирует программа МЗО по оказанию адекватной медикаментозной помощи данной категории пациентов, в рамках которой

происходит обеспечение пациентов препаратами терапии, модифицирующей течение болезни, и контрастными веществами для магнитно-резонансной томографии. В рамках действующего нормативно-правового поля и мировой неврологической концепции критериев диагностики и системы оценки функциональных нарушений при рассеянном склерозе изданы соответствующие методические рекомендации для службы медико-социальной экспертизы.

Согласно данным Центра медицинской статистики МЗО Украины определяется рост заболеваемости и распространенности патологии на протяжении последнего десятилетия (рис. 6).

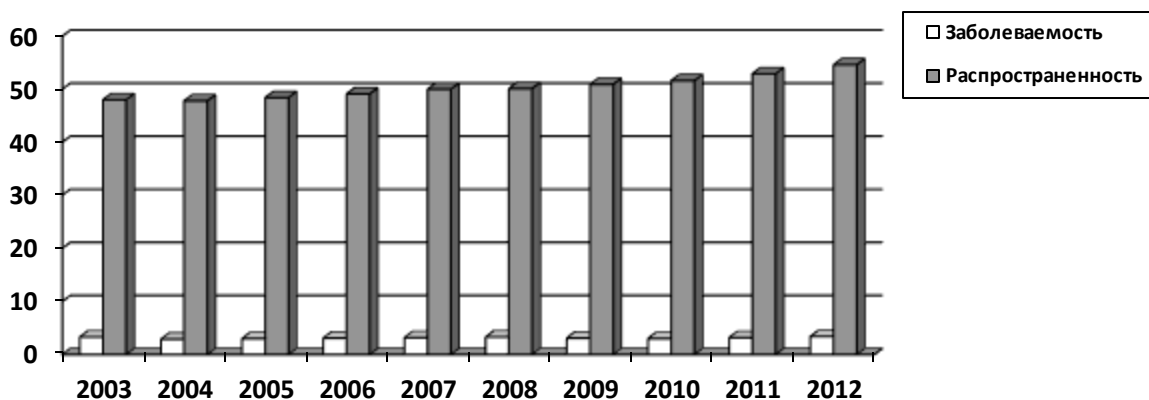


Рис. 6. Динамика заболеваемости и распространенности рассеянного склероза для взрослого населения.

За 10-летний период (2003–2012 гг.) он составил соответственно 48,0–47,8–48,4–49,1–50,0–50,1–50,9–51,6–52,9–54,6 случая на 100 000 взрослого населения с вариациями от 100,4 (Винницкая область) до 25,5 (Одесская область) случая. Аналогичная тенденция отмечается и для первичной инвалидности, где динамика общеукраинского показателя составляет за 10-летний период 2,4–2,4–2,6–2,7–2,6–2,5–2,6–2,9–3,0–3,1 случая на 100 000 взрослого населения. По состоянию на 2012 г. значение показателя первичной инвалидности варьирует в пределах 4,6–0,4 случая на 100 000 в различных регионах Украины. Интересными представляются полученные данные, характеризующие пока-

затель первичной инвалидности вследствие рассеянного энцефаломиелита за 2003-2012 годы. Динамика показателя по Украине демонстрирует тенденцию к снижению (1,3–1,2–1,3–1,1–1,2–1,2–1,0–1,0–1,1–0,9 случаев на 100 000 населения) с вариациями по регионам Украины в пределах от 0 до 2,6 случаев. Дальнейший мониторинг состояния клинической и экспертной статистики рассеянного склероза позволит обеспечить более эффективную оценку всеукраинских организационных мероприятий, направленных на оказание современной медицинской помощи и улучшение качества жизни данной специфической группы пациентов (рис. 7).



Рис. 7. Динамика первичной инвалидности вследствие рассеянного склероза и рассеянного энцефаломиелита для взрослого населения.

Обращает на себя внимание соотношение показателя для рассеянного склероза и рассеянного энцефаломиелита, в ряде случаев превышающее 50%, что отражает частоту клинической диагностики нозологии «рассеянный энцефаломиелит». Ввиду этого требуется более щепетильное отношение клиницистов неврологов к существующим критериям диагностики рассеянного склероза, поскольку данные мировой статистики свидетельствуют о значительно меньшей доле указанного заболевания в спектре демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы.

При направлении запросов в региональные центры медико-социальной экспертизы нами было также предложено представить информацию по первичной инвалидности взрослого населения вследствие «арахноидита» различной этиологии. Как известно, существование данной нозологии в значительно большей степени дискуссионно, чем «дисциркуляторной энцефалопатии». Определение подобного диагноза широко практиковалось не-

сколько десятков лет назад ввиду технологического несовершенства возможностей витальной нейровизуализации церебральных структур томографическими методами. Указанная нозология «включала в себя» широкий спектр состояний различной этиологии, преимущественно пароксизмального характера.

Нами получены внушительные данные показателя первичной инвалидности, сравнимые, и, в некоторые годы превышающие, значение показателя инвалидности вследствие рассеянного склероза (2,2–2,1–2,4–2,1–2,4–2,1–2,2–1,5–1,6–1,5).

На протяжении 10 лет стабильно высокая первичная инвалидность ввиду данного состояния отмечалась в Волынской (7,7–1,1 случай на 100 000 населения), Житомирской (7,4–2,9 случаев), Львовской (5,8–2,6 случаев) областях. По состоянию на 2012 год колебания значения показателя среди регионов Украины составляли от 0 до 5,2 случаев на 100 000 взрослого населения (рис. 8).

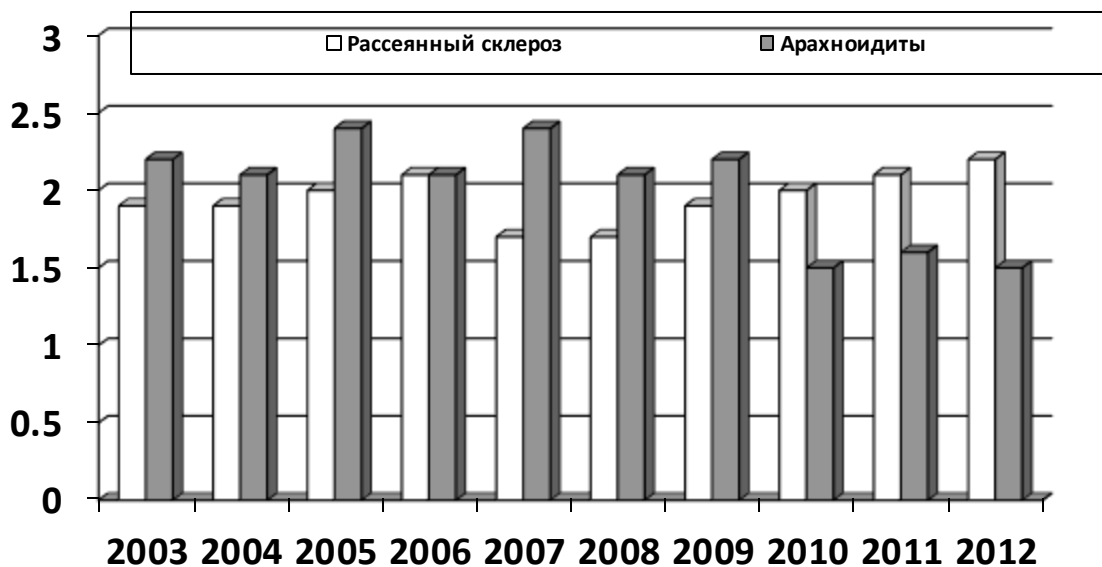


Рис. 8. Динамика первичной инвалидности вследствие арахноидитов различной этиологии (для сравнения - вследствие рассеянного склероза) для взрослого населения.

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

Литература

1. Atlas country resources for neurological disorders. Geneva, World Health Organization, 2004, 60p.
2. Olesen J., Baker M., Freud T. et al. Consensus document on European brain research // J. Neurol.

Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – Vol.77 (Suppl I). – P. i1–i49.

3. Murray C. J. L., Lopez A. D. eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

4. Голик В. А. Организация неврологической службы в мире // Нейрон-ревью. – 2008. – №2. – 4-8.

5. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H-U. et al. Costs of disorders of the brain in Europe. // Europ. J. Neurol. – 2005. – Vol.12 (suppl.1). – P. 1–24.

6. Хобзей Н. К., Мищенко Т. С., Голик В. А., Гондуленко Н. А. Особенности эпидемиологии инвалидности при заболеваниях нервной системы

в Україні // *Международный неврологический журнал* – 2011. – № 5(43). – С. 15–19.

7. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2012 рік: Аналітико-інформаційний довідник / Черняк С. І., Іпатов А. В., Мороз О. М. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2013. – 149с.

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

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

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

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

12. Московко Сергій Петрович. Клініко-епідеміологічна характеристика хвороби Паркінсона і синдрому паркінсонізму в Подільському регіоні України: дис. д-ра мед. наук: 14.01.15 / Київська

медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2006.

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

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

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

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

17. Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: наказ МОЗ України № 150 від 17.05.97 // *Офіційний вісник України* від 20.10.1997 – 1997. – № 40. – С. 57.

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



УДК 616.831-005.1-07:572.025

Принципи медико-соціальної експертизи при неврологічній патології

В. А. Голик, О. М. Мороз, Д. Д. Богуславський

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ

Медико-соціальна експертиза хворих та інвалідів базується на результатах проведення експертно-реабілітаційної діагностики. Клініко-функціональна діагностика, як найбільш важливий її аспект, забезпечує об'єктивну характеристику стану основних функцій організму, що визначають обмеження життєдіяльності та ступінь інвалідизації хворих.

Первинна експертно-реабілітаційна діагностика будується на визначенні ступенів обмеження різних видів життєдіяльності. В теперішній час методологічною базою для цієї діяльності в Україні є Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» та Наказ МОЗ України від 05.09.2011 № 561 «Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності». Наявна законодавча база

орієнтована на прийняту ВООЗ Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (ВООЗ, 2001). Основні види обмежень життєдіяльності – здатність до самообслуговування, переміщення, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, здатність вести домашнє господарство, здатність до повсякденної активності, взаємодії з навколишнім середовищем, можливості до навчання та трудової діяльності.

Донині функціонування медико-соціальної експертизи базувалось на трибальній оцінці вираженості функціональних розладів (грубі, помірні та легкі). На жаль, використання в рутинній неврологічній (як клінічній, так і експертній) практиці стандартизованих бальних шкал оцінки функціонального стану неврологічних хворих відсутнє, або не є системним. Технології, що використовувались