



А.Г. Кириченко

КРИТЕРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЭПИЛЕПСИЯ)

ГУ «УкрГосНИИ МСПИ МЗ Украины», г. Днепропетровск

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, інвалідність, епілепсія, працездатність, обмеження життєдіяльності.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалидность, эпилепсия, трудоспособность, ограничение жизнедеятельности.

Key words: medical-social examination, disability, epilepsy, efficiency, vital activity limitation.

Медико-соціальна експертиза хворих та інвалідів внаслідок неврологічної патології (епілепсії) вимагає постійної уваги. Для оцінки наслідків захворювання розроблено новий концептуальний підхід до критеріїв інвалідності як дорослого, так і працездатного населення України, що дозволяє оцінити функціонування особистості в конкретному навколишньому середовищі й відповідній обстановці, а також поліпшити якість життя людини з обмеженими можливостями.

Медико-социальная экспертиза больных и инвалидов вследствие неврологической патологии (эпилепсии) требует постоянного внимания. Для оценки последствий заболевания разработан новый концептуальный подход к критериям инвалидности трудоспособного населения Украины, который позволяет оценить функционирование личности в конкретной окружающей среде и соответствующей обстановке, а также улучшить качество жизни человека с ограниченными возможностями.

Medical and social examination of sick and disabled persons as a result of neurological disorders (epilepsy) requires constant attention. To assess the effects of the disease, a new conceptual approach to the criteria of disability as of an adult and able-bodied population of Ukraine is developed, which allows to evaluate the functioning of the individual in a specific environment and in appropriate condition, to improve life quality of people with disabilities.

Эпилепсия представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, проявляющееся спонтанно возникающими судорожными и (или) бессудорожными припадками с нарушением (в т.ч. потерей) или без нарушения сознания, которые являются главным дезадаптирующим фактором, приводящим к ограничениям жизнедеятельности больного разной степени выраженности.

В мире насчитывается 50 млн больных эпилепсией. В Украине полноценный анализ эпидемиологических данных к настоящему времени не проведен, имеются лишь немногочисленные исследования, касающиеся детского и подросткового возраста, которые выявили распространенность заболевания от 1,7 до 14,8 случая на 1 000 населения в различных возрастных группах, заболеваемость – от 24 до 240 на 100 тыс. населения [1].

Социальное значение эпилепсии определяется распространенностью, молодым возрастом больных, потенциально тяжелыми последствиями, осложнениями и недостаточной эффективностью лечения в 20–25% случаев. Заболевание существенно ограничивает жизнедеятельность, приводит к социальной недостаточности многих больных. Около 50% из них со временем становятся инвалидами, причем более 50% признаются нетрудоспособными [2]. В 75% случаев это лица в возрасте до 30 лет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести оценку влияния проведения своевременной медико-социальной экспертизы клинично-функционального состояния больного эпилепсией на формирование социализации личности в будущем.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сотрудники ГУ «УкрГосНИИМСПИ МЗ Украины» на

основе анализа годовой отчетной документации МСЭ первичной инвалидности вследствие эпилепсии разработали систему определения критериев ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Обследованы пациенты (157 человек) с симптоматической эпилепсией с различными вариантами припадков и проанализированы медицинские документы (ф. №14): годовые отчеты МСЭК показателей временной нетрудоспособности и первичной инвалидности (230). Осмотр пациентов, которые обратились для установления групп инвалидности, проводили согласно Положению о МСЭ, утвержденной постановлением Кабинета Министров Украины от 03 декабря 2009 г. №1317 (1317-2009-п).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные показали, что наличие припадков (преимущественно генерализованного или комплексного типа) ведет к ограничению жизнедеятельности, сказывается на качестве жизни больных. Однако степень социальной недостаточности в определенной степени зависит от тяжести и других клинических особенностей приступа (серийности или статуса). Как особо тяжелые состояния следует выделить сумеречные расстройства сознания, затяжные дисфории, серийные припадки, эпилептические статусы. Во время эпилептического припадка, постприпадочного состояния большинство пациентов теряют контроль за своим поведением, создаются опасные условия для жизни самого больного и окружающих. Поэтому для таких пациентов целесообразно использовать следующие критерии временной утраты трудоспособности:

1. Первично или вторично генерализованный припадок, развернутый Джексонский (с маршем, последующим

Количественная оценка частоты повторения эпилептических припадков

Тип припадков		Частота повторения припадков			
		редкие	средние	частые	очень частые
Простые парциальные	моторные	2–3 в месяц	3–4 в неделю	3–4 в день	5 и более в день
	соматосенсорные	1–2 в месяц	1–2 в неделю	1–2 в день	3 и более в день
	с вегетативно-висцеральными проявлениями	2–3 за полугодие	2–3 в месяц	2–3 в неделю	4 и более в неделю
	с нарушением психических функций	1–2 в квартал	1–2 в месяц	1–2 в неделю	3 и более в неделю
Комплексные парциальные		1–2 в квартал	1–2 в месяц	1–2 в неделю	3 и более в неделю
Парциальные со вторичной генерализацией		3–4 в год	2–3 в квартал	3–4 в месяц	5 и более в месяц
Генерализованные	абсансы	3–4 в неделю	1–4 в день (сутки)	5–10 в день (сутки)	более 10 в день (сутки)
	клонические, тонические, тонико-клонические	3–4 в год	2–3 в квартал	3–4 в месяц	5 и более в месяц
	атонические	1-2 в год	1-2 в квартал	1-2 в месяц	3 и более в месяц

параличом Тодда), двигательный автоматизм – временная нетрудоспособность (ВН) в течение 2–3 дней;

2. Состояния, требующие госпитализации (эпилептический статус, сумеречное расстройство сознания, дисфория, психоз), являются основанием для ВН сроком 1–2 месяца;

3. Декомпенсация эпилептического процесса – для амбулаторного обследования (КТ, МРТ), коррекции схемы лечения – ВН может быть ограничена 2–3 неделями;

4. После хирургического лечения временная нетрудоспособность в зависимости от результатов – 1–2 месяца и более.

Простые парциальные припадки, абсансы и некоторые другие единичные приступы не являются основанием для ВН.

С учетом влияния на жизнедеятельность следует также по-разному определять частоту тяжелых и легких припадков [3]. Количественная оценка частоты повторения эпилептических припадков приведена в *таблице 1*.

Для определения частоты припадков необходимо использовать медицинскую документацию и подсчет приступов, который пациенты самостоятельно проводят в течение дня, месяца или года. На основании обычного математического подсчета по частоте приступы делятся на редкие, умеренные и частые. Генерализованные и комплексные припадки считаются редкими, если они возникают не чаще 1–2 раза в месяц или 1–2 раза в год, средней частоты – 3 раза в месяц до нескольких десятков приступов в год, частыми – 4 раза и более в месяц, соответственно и в год. Частота парциальных припадков определяется в течение дня следующим образом: 1–2 припадка – редкие; 3–4 – средней частоты; 5 и более – частые.

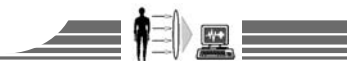
Для оценки изменения личности учитывали 3 критерия: познавательные способности, характерологические особенности личности и нарушения психических функций. Для первого критерия основным является то, насколько больной соответствует требованиям, предъявляемым к его профессиональным качествам, для второго – как он адаптирован к взаимоотношениям в трудовом коллективе,

с окружающими, в семье, для третьего – состояние психики и поведенческих реакций [4–6].

Результаты показали, что критерии личностной оценки делятся на 3 степени выраженности. При умеренных изменениях познавательных способностей отмечается некоторая медлительность в мышлении, склонность к излишней обстоятельности, детализации, трудности усвоения нового. Вследствие этого снижается способность к приобретению новых знаний, происходит уменьшение темпа в работе. При средней степени этих нарушений отмечается значительная вязкость мышления, снижение общих интересов, нарушение памяти и способности к абстрактному мышлению, охвату и интерпретации ситуации. При выраженной степени снижения познавательных способностей нарушение интеллекта может достигать степени выраженного психоорганического синдрома или слабоумия.

При умеренных характерологических изменениях личности отмечается некоторая раздражительность, придирчивость, настойчивость, мелочность может компенсироваться в процессе работы и учебы целеустремленностью, исполнительностью, усидчивостью, способностью корректировать свое поведение, и поэтому межличностные взаимоотношения обычно не страдают. Средняя степень характерологических изменений проявляется неуживчивостью, конфликтностью, аффективностью, что часто требует исключения постоянного контакта с большим количеством людей. Выраженные изменения, проявляющиеся злобностью, нетерпимостью, постоянной конфликтностью, агрессивными тенденциями, значительно нарушают взаимоотношения на производстве, в семье, снижают способность к адекватному поведению в кризисных ситуациях.

Незначительно выраженные нарушения психических функций организма характеризуются бедностью субъективной симптоматики (повышенной утомляемостью, нарушением сна (инсомнией), периодическими головными



болями, раздражительностью, эмоциональной лабильностью). Декомпенсация наступает после выраженных физических и нервно-психических нагрузок. При нейропсихологическом исследовании (НПИ) выявляют нормальные показатели внимания и памяти. Незначительно выраженные нарушения не приводят к ограничению категорий жизнедеятельности, соответственно, группа инвалидности не устанавливается.

При умеренно выраженных нарушениях наблюдается следующая клиническая картина: субъективная симптоматика более выражена, относительно стабильна: почти постоянные головные боли (головные боли напряжения), ощущение неустойчивости при ходьбе, быстрая утомляемость, общая слабость, плохой сон, раздражительность; отмечаются различные вегетативные нарушения (потливость, сердцебиение, «перебои» в сердце, одышка, чувство нехватки воздуха и др.). Больные плохо переносят физиогенные раздражители (шум, вибрация, оптико-кинестические и вестибулярные нагрузки), отмечается плохая переносимость алкоголя, метеозависимость. Декомпенсации наступают при умеренных физических и нервно-психических нагрузках. НПИ выявляет умеренное снижение внимания и памяти, снижение работоспособности, темпа работы, снижение продуктивности деятельности. Эти нарушения приводят к ограничению способности контролировать свое поведение 1-й степени, к ориентации 1-й степени, самообслуживанию 1-й степени, трудовой деятельности 1-й степени, обучению 1-й степени. Устанавливается III группа инвалидности.

При выраженных нарушениях психических функций отмечается выраженность и стабильность субъективной симптоматики: резкая слабость и повышенная утомляемость при незначительных физических и нервно-психических нагрузках, постоянные головные боли, выраженные нарушения сна (бессонница, дневная сонливость), сенестопатии. Астенический синдром сочетается с ипохондрическими, тревожными, депрессивными нарушениями. НПИ выявляет значительное ухудшение показателей внимания (концентрации, устойчивости, переключения), умеренное снижение памяти.

Выраженные нарушения психических функций приводят к ограничению способности контролировать свое поведение 2-й степени, к ориентации 2-й степени, самообслуживанию 2-й степени, трудовой деятельности 2-й степени; обучению 2-й степени. Устанавливается II группа инвалидности.

При значительно выраженных нарушениях наблюдается наличие грубой очаговой церебральной симптоматики, резкое снижение памяти, внимания, утрата прежних знаний и навыков, резкие аффективные нарушения, адинамия, апатия, нарушение движения, галлюцинаторно-бредовые переживания и др., отсутствие критики к своему состоянию, реакции или неадекватное поведение на обычную ситуацию, несоблюдение личной безопасности, затруднение контакта с окружающими на бытовом уровне. Это приводит к ограничению способности контролировать свое поведение 3-й степени, к ориентации 3-й степени, самообслуживанию 3-й степени, трудовой деятельности 3-й степени, обучению

3-й степени. Устанавливается I-B группа инвалидности.

Группа I-A устанавливается, когда возникает полная зависимость от постоянной посторонней помощи, при имеющихся нарушениях, приводящих к полной утрате психических способностей, отсутствие контроля за своим поведением, ориентации, самообслуживания, акинезия и пр.

В основе медико-социальной экспертизы (МСЭ) пациентов лежит медико-социальная оценка нарушений функций органов и систем организма, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, которая основывается на критериях, отображенных в Положении о порядке установления групп инвалидности МОЗ Украины Кабинета Министров от 3 декабря 2009 г. №1317 [7]. Медико-социальная оценка, в свою очередь, базируется на реабилитационно-экспертной диагностике, многоуровневом процессе, включающем основные и дополнительные методы исследования.

К основным диагностическим методам исследования относят сбор анамнестических сведений о первых клинических проявлениях эпилепсии, причинах, ее спровоцировавших, частоте повторения припадков в течение определенного временного промежутка, наблюдаемом характере пароксизмов, а также объективную оценку неврологического и соматического статусов.

Дополнительные диагностические исследования назначают по показаниям, в связи с необходимостью объективизации имеющихся функциональных нарушений других систем организма.

Показаниями к направлению пациента с эпилепсией на МСЭ являются противопоказанные виды и условия труда; прогрессирующее течение эпилептического процесса (частые, резистентные к терапии припадки, психические нарушения, изменения личности); недостаточно эффективное оперативное лечение. Для пациентов с эпилепсией противопоказаны следующие виды труда: работы, связанные с повышенной опасностью травматизма и риском для жизни больного (у воды, у огня, на высоте, у движущихся механизмов); работы, внезапное прекращение которых опасно для окружающих (вождение любого транспорта, профессии, связанные с ответственностью за безопасность движения (диспетчер, стрелочник, дежурный по станции и т. п.), оперирующий хирург и др.); работы, неправильное поведение во время которых может принести вред обществу (с ядохимикатами, ионизирующим излучением, у пультов управления, с оружием, ценностями, секретной документацией) [8]. Кроме основных имеются индивидуальные противопоказания в зависимости от особенностей припадков с учетом возможных провоцирующих факторов, профессии и условий труда (опасность травматизма).

Таким образом, для больных эпилепсией определены следующие критерии инвалидности по основным доменам: III группа – умеренное ограничение жизнедеятельности, абсолютные, а иногда относительные противопоказания в работе в связи с ограничением способности к трудовой деятельности первой степени или к обучению первой степени (в сочетании с ограничением способности к трудо-



вой деятельности). Основания для определения III группы инвалидности при припадках средней частоты, умеренных изменениях личности чаще возникают у рабочих, чем у служащих, в связи с противопоказаниями в работе, трудностями в трудоустройстве. Большим с редкими припадками, легкими изменениями личности группа инвалидности определяется на период переобучения и рационального трудоустройства; II группа – выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное частыми (документально подтвержденными) припадками, выраженными изменениями личности (при отсутствии эффекта от лечения), и вследствие этого, ограничением способности к трудовой деятельности второй, иногда третьей степени, контроля за своим поведением второй степени. Большинство больных могут продолжать работу в специально созданных условиях (в спеццехах, на дому); I-B группа – резко выраженное ограничение жизнедеятельности, например, вследствие очень частых эпилептических припадков на фоне резко выраженных изменений личности, частых припадков с повторными статусами в течение года, слабоумия (по критериям ограничения способности к самообслуживанию третьей степени, контроля за своим поведением третьей степени); I-A группа – резко выраженное ограничение жизнедеятельности, требующее постоянной посторонней помощи, при имеющихся нарушениях, приводящих к полной утрате психической или физической способности (отсутствие передвижения, ориентации, самообслуживания, контроля за своим поведением и пр.).

При стойкой утрате трудоспособности (I или II группа инвалидности), бесперспективности реабилитационных мероприятий при достижении пенсионного возраста для мужчин и женщин группа инвалидности устанавливается бессрочно [9].

ВЫВОДЫ

Показано, что при оценке функционирования, ограниче-

ния жизнедеятельности и здоровья пациента особую роль необходимо уделять именно личностным особенностям.

Доказано, что на «ограничение жизнедеятельности» человека наиболее существенное влияние оказывает ограничение эмоционально-личностных барьеров, которые определяют взаимоотношения человека с ограниченными возможностями с физической и социальной сферами. Это положение принципиально важно для трактовки определения и понятия «инвалидность» и является одной из важнейшей задач современного общества для снижения первичного выхода на инвалидность вследствие эпилепсии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: ВОЗ, 2011. – 28 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
3. *Лаврова Д.И.* Критерии оценки жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы: Метод. реком. для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации // *Д.И. Лаврова, Е.С. Либман, С.Н. Пузин* // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – №2. – С. 45–47.
4. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ): Посobie для врачей и психологов / МЗ Российской Федерации. – СПб, 1998. – 56 с.
5. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология / *Менделевич В.Д.* – М.: «МЕД-Пресс-информ», 2002. – 588 с.
6. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія. Рекомендації по використанню / За наук. ред. д. м. н. *С.В. Пхиденко*. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 60 с.
7. Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 року №1317 (1317-2009-п).
8. Професійна реабілітація інвалідів: Довідково-методичний посібник / *Упор. Іпатютов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін.; за ред. к. м. н. Маруніча В.В.* – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 227 с.
9. Наказ МОЗ України №561 від 05.09.2011 р. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua

Сведения об авторе:

Кириченко А.Г., к. мед. н., доцент, ведущий научный сотрудник отдела неврологии и пограничных состояний ГУ «Украинского государственного НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины».

Адрес для переписки:

Кириченко Алла Григорьевна, г. Днепропетровск, ул. Исполкомовская, 49.
E-mail: grial09 @ list.ru

Поступила в редакцию 11.06.2012 г.