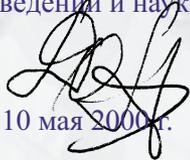


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

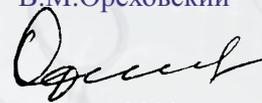
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



10 мая 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



11 мая 2000 г.
Регистрационный № 7-0001

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ С РИСКОМ ИНВАЛИДИЗАЦИИ
ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ**

Минск 2000

Учреждение-разработчик:

Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

Автор: И.Я. Чапко

Рецензент: доц., канд. мед. наук Г.С. Северин

В настоящих методических рекомендациях изложены принципы определения степени риска инвалидизации при дисциркуляторной энцефалопатии (с целью профилактики выхода на инвалидность), стандарт обследования больного, критерии диагностики, подходы к составлению индивидуальных программ реабилитации преинвалидов, физиотерапия при начальных формах дисциркуляторной энцефалопатии, примерный комплекс упражнений лечебной физической культуры, количественные критерии при оценке эффективности реабилитации, критерии медико-социальной экспертизы (временной нетрудоспособности и инвалидности).

Методические рекомендации предназначены для невропатологов, реабилитологов лечебно-профилактических учреждений, врачебно-консультативных комиссий, врачей медико-реабилитационных экспертных комиссий.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПРИ ДЭ	6
СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО	10
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ДЭ	12
ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЭ	15
Блок «А». Общие терапевтические мероприятия	15
Блок «Б». Синдромальные типовые ИПР	18
ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ ДЭ	20
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ	22
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ ДЭ	24
Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН)	24
Критерии определения инвалидности	25

ВВЕДЕНИЕ

Прогрессирующие нарушения кровообращения головного мозга являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это определяется как частотой сосудистых заболеваний (и в частности дисциркуляторной энцефалопатии), так и тяжестью их клинических последствий, обуславливающих высокий риск инвалидности среди лиц трудоспособного предпенсионного и пенсионного возраста. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) занимает второе место в структуре первичной инвалидности в группе болезней системы кровообращения, уступая только хронической ишемической болезни сердца. ДЭ по мере своего прогрессирования сопровождается развитием не только разнообразных неврологических симптомов, но и приводит к формированию интеллектуально-мнестических нарушений различной степени выраженности: от легких, не ограничивающих трудоспособности больных, до выраженной деменции, вызывающей резкое ограничение жизнедеятельности и стойкую социальную дезадаптацию. Актуальность проблемы ДЭ обусловлена также постарением населения Республики Беларусь, где уже сегодня каждый пятый житель в возрасте старше 60 лет. Немаловажное значение имеют и факторы риска: неблагоприятные социально-экономические и экологические условия, нездоровый образ жизни большинства населения, что приводит к преждевременному старению населения, увеличивает частоту встречаемости ДЭ. Таким образом, возникла необходимость разработки критериев медико-социальной экспертизы (МСЭ) и подходов к реабилитации больных с риском инвалидности (прединвалидов) при ДЭ (с использованием количественных критериев экспертизы и реабилитации), что будет способствовать снижению экономических потерь, связанных с инвалидностью.

В настоящих методических рекомендациях изложены принципы определения степени риска инвалидизации при ДЭ (с целью профилактики выхода на инвалидность), стандарт обследования больного, критерии диагностики, подходы к составлению индивидуальных программ реабилитации преинвалидов, физиотерапия при начальных формах ДЭ, примерный комплекс упражнений лечебной физической культуры, количественные критерии при оценке эффективности реабилитации, критерии медико-социальной экспертизы (временной нетрудоспособности и инвалидности).

Методические рекомендации предназначены для невропатологов, реабилитологов лечебно-профилактических учреждений, врачебно-консультативных комиссий, врачей медико-реабилитационных экспертных комиссий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПРИ ДЭ

Показатели риска инвалидизации при ДЭ используются с целью определения приоритетности оказания реабилитационной помощи при профилактике инвалидности. При этом в первую очередь реабилитации подлежат лица с высоким и средним риском инвалидности.

Целесообразно анализировать комплекс признаков (медицинских, медико-профессиональных, социально-бытовых), определяющих риск выхода на инвалидность. При этом анализируются данные за длительный период (5–10 лет), предшествовавший обращению больного к врачу с целью определения инвалидности. При анализе используются следующие методы: анализ медицинской документации (амбулаторная карта, выписки-эпикризы из историй болезни, результаты функциональных исследований), интервьюирование и анкетирование больного.

При определении степени риска выхода на инвалидность целесообразно оценивать следующие показатели.

Медицинские факторы: субъективные проявления, объективная неврологическая симптоматика, характер и степень изменения высшей нервной деятельности, характер течения, наличие и степень выраженности сердечно-сосудистых заболеваний, показатели работоспособности по результатам клинико-физиологических исследований в динамике до и после лечения, тип отношения личности к болезни, эффект и объем поддерживающей терапии.

Медико-профессиональные факторы: профессия, категория тяжести выполняемого труда, характер профессиональных перемещений, трудовая установка, профессиональная пригодность, наличие возможности для рационального трудоустройства, наличие неблагоприятных и вредных факторов производства.

Социально-бытовые факторы: тип населенного пункта в котором проживает больной (развитость инфраструктуры), семейное положение (наличие на иждивении членов семьи), бытовые условия, уровень образования, удаленность места работы.

Высокий риск наступления инвалидности (в ближайшие 1–2 года) отмечается у больных с быстропрогредиентным характером течения заболевания, наличием необратимых изменений высшей нервной деятельности, выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, низкими показателями работоспособности (по результатам клинико-физиологических исследований в динамике до и после лечения), неадекватным типом отношения к болезни, низким эффектом и значительным объемом поддерживающей терапии. Высокий риск наступления инвалидности обусловлен неблагоприятными медико-профессиональными факторами: наличием профессии, относящейся к IV и выше категории тяжести труда, частые профессиональные перемещения и отрицательная трудовая установка, утрата профессиональной пригодности, отсутствие возможности для рационального трудового устройства, неблагоприятные и вредные факторы производства. К числу факторов, ухудшающих благоприятный прогноз, относятся и социально-бытовые: неразвитая инфраструктура населенного пункта, затрудняющая возможность рационального трудоустройства. У ряда лиц с высоким риском инвалидности отмечается невысокий образовательный уровень, а также неудовлетворительные материально-бытовые условия.

Умеренная степень риска инвалидности отмечается у больных с прогрессивным характером течения заболевания, наличием изменений высшей нервной деятельности, частично корригирующихся под влиянием реабилитационных мероприятий (улучшение памяти, внимания), уменьшением или полным исчезновением субъективной клинической симптоматики; сопутствующей умеренной сердечно-сосудистой патологией, низкими показателями работоспособности, восстанавливающимися до среднего или высокого уровня под влиянием лечения, адекватным типом отношения к болезни, достаточным эффектом и небольшим объемом поддерживающей терапии. Среди медико-профессиональных факторов, определяющих риск инвалидности, являются неблагоприятные и вредные факторы производства, профессия, относящаяся к IV категории тяжести труда. В качестве факторов, увеличивающих риск наступления инвалидности, выступают неразвитая инфраструктура населенного пункта, затрудняющая возможность рационального трудоустройства, невысокий образовательный уровень, а также неудовлетворительные материально-бытовые условия.

Низкий риск выхода на инвалидность имеют больные с медленнопрогредиентным характером течения заболевания, при наличии незначительных изменений в высшей нервной деятельности, значительно корригирующихся под влиянием реабилитационных мероприятий (улучшение памяти, внимания), с полным исчезновением субъективной клинической симптоматики, незначительно выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, достаточно высокими показателями работоспособности, адекватным типом отношения к болезни, достаточным эффектом и небольшим объемом поддерживающей терапии. Снижают риск выхода на инвалидность благоприятные медико-профессиональные факторы: профессия, относящаяся к I–III категории тяжести труда, положительная трудовая установка, сохранение профессиональной пригодности, наличие возможностей для рационального трудового устройства, отсутствие неблагоприятных и вредных факторов производства. К числу социально-бытовых факторов, снижающих риск инвалидности, относится развитая инфраструктура населенного пункта, способствующая возможности рационального трудоустройства, высокий образовательный уровень, хорошие материально-бытовые условия.

СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Обследование больного с ДЭ предусматривает проведение объективного неврологического обследования, консультаций специалистов, инструментальные (специальные) методы исследования. В **таблице 1** представлены необходимые и дополнительные (обозначенные знаком*) методы исследования.

Стандарт обследования больного

Вид исследования	Цель исследования	Регистрируемые параметры
1	2	3
Неврологическое обследование	Оценка неврологического статуса	Состояние черепно-мозговых нервов, рефлекторной, чувствительной, координаторной, вегетативной сфер
Психиатрическое обследование	Оценка психического статуса	Состояние интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей.
Психологическое обследование	Оценка интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей	Состояние внимания, памяти, интеллекта, мышления, эмоционально-волевого реагирования, психологической структуры личности, типа отношения к болезни, значимые жизненные сферы (по необходимости)
Терапевтическое обследование	Уточнение сопутствующей патологии	Состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, выделительной системы
Хирургическое обследование*	Уточнение сопутствующей патологии	Состояние опорно-двигательного аппарата
Офтальмологическое обследование*	Уточнение сопутствующей патологии	Состояние органа зрения (в т.ч. изменение глазного дна)
Отоларингологическое обследование*	Уточнение сопутствующей патологии	Состояние органов слуха
Реоэнцефало-графия	Оценка церебральной гемодинамики	Кровоснабжение головного мозга в бассейнах внутренних сонных и вертебробазилярной артерий, состояние кровотока (артериального и венозного)
Эхоэнцефало-графия	Оценка эхоструктур головного мозга	Признаки внутричерепной гипертензии
Электроэнцефалография	Оценка биоэлектрической активности головного мозга	Оценка частотной, амплитудной характеристики ЭЭГ, определение пространственно-временного распределения характерных феноменов ЭЭГ, уточнение локализации очагов патологической активности

	2	3
Компьютерная томография головного мозга (рентгенологическая, магнитно-резонансная)*	Оценка структур головного мозга	Оценка признаков и степени атрофических процессов, внутричерепной гипертензии
Профессионально-диагностическое обследование	Оценка состояния психофизиологических функций, выявление их соответствия требованиям основной профессии, подбор доступного вида труда для больного	Профессиографический анализ, диагностика профессиональной пригодности на основе исследования профессионально значимых функций и качеств, а также нормативных документов. Оценка условий и характера труда, препятствующих прогрессированию заболевания; рекомендации по трудоустройству

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ДЭ

Постановка диагноза ДЭ базируется на следующих признаках:

1. Наличие *выраженного* сосудистого заболевания или состояния, вызывающего серьезную дисциркуляцию в мозге, т.е. наличие этиологического фактора. Важно помнить, что ДЭ служит проявлением далеко зашедшего сосудистого заболевания, значительной недостаточности общей гемодинамики и др. длительно существующих причин дисциркуляции.

2. Своеобразная клиническая картина заболевания, складывающаяся из сочетания психопатологических нарушений с двигательными нарушениями. Наличие только одного из клинических синдромов для постановки диагноза хронической ДЭ недостаточно.

3. Характерная картина при визуализации мозга с помощью КТ-методов: наличие атрофии мозга в сочетании с различными очаговыми ишемическими изменениями паренхимы, возможно проявление только одного признака, особенно атрофии. Ввиду недостаточной доступности, диагностика ДЭ может проводиться и без КТ-методов. Однако при решении экспертных вопросов (оценка трудоспособности, годности к вождению и др.) проведение КТ обязательно.

4. Психологическое тестирование позволяет объективно оценить такие параметры, как память, внимание, интеллект и другие когнитивные функции, эмоциональную сферу, определение которых чаще всего проводится только путем консультации психиатра и часто недостаточно объективно. Вместе с тем, указанные нарушения высших мозговых функций составляют суть психопатологического синдрома при ДЭ и их объективизация весьма важна и для постановки диагноза, и для определения стадии ДЭ. Психологическое тестирование — обязательный метод при решении спорных экспертных вопросов, в особенности экспертизы профпригодности у водителей или допущения к вождению инвалидов.

5. Визуализация сосудов — вспомогательный метод диагностики ДЭ, так как поражение сосудов, особенно крупных, далеко не всегда коррелирует с наличием и выраженностью ДЭ. Выявление окклюдизирующих поражений сосудов — дополнительный критерий диагностики сосудистой природы заболевания. В то же время он не абсолютный, так как стеноз и окклюзия артерии, если коллатеральный кровоток развит хорошо, не приводят к дисциркуляции. И напротив, дисциркуляция может возникать и без грубого поражения крупных артерий в связи с гемодинамическими и реологическими нарушениями, поэтому нормальное состояние артерий не исключает ДЭ.

Все вышеизложенное обосновывает использование только неинвазивных методов визуализации сосудов (экстра-, интракраниальная доплерография, ЯМР-ангиография) для диагностики ДЭ, если такая возможность предоставляется.

ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЭ

Предлагаемые подходы к составлению программ реабилитации предназначены для реализации на амбулаторном и стационарном этапе реабилитации. Ввиду того, что нарушение функций при ДЭ, которые могут вызвать ограничение жизнедеятельности и социальную недостаточность, различны и определяются наличием синдромов и их сочетанием, индивидуальные программы реабилитации (ИПР) формируются по следующей двухблочной схеме.

Блок «А» представляет собой комплекс общих терапевтических мероприятий, реализуемых у всех больных с ДЭ вне зависимости от вида (формы) и степени выраженности клинического синдрома, ограничивающего жизнедеятельность. Основные терапевтические мероприятия у больных с ДЭ должны быть направлены на три ведущих звена: основной патологический процесс, улучшение церебральной гемодинамики и повышение функциональных возможностей мозга.

Блок «Б» представляет собой программы реабилитации, построенные по типу ведущего клинического синдрома.

Блок «А». Общие терапевтические мероприятия

Основные терапевтические мероприятия у больных с ДЭ должны быть направлены на основной патологический процесс, улучшение церебральной гемодинамики и повышение функциональных возможностей мозга.

Воздействие на основной патологический процесс — первое направление терапии ДЭ. Так как в качестве основных причин развития ДЭ фигурируют гипертоническая болезнь и атеросклероз, воздействие проводится дифференцированно, в зависимости от наличия и степени влияния этиологических факторов.

Терапевтическое воздействие на *артериальную гипертензию* заключается в комплексном дифференцированном применении и сочетании антигипертензивных препаратов с диуретиками, транквилизаторами, адренергическими блокаторами, антидепрессантами, седативными препаратами (терапия осуществляется врачом-терапевтом).

Лечение *атеросклероза* должно носить патогенетический и дифференцированный характер (также осуществляется врачом-терапевтом совместно с невропатологом).

Воздействие на основные патогенетические звенья предусматривает влияние на механизмы всасывания холестерина (1), сосудисто-тромбоцитарный механизм (2), механизм перекисидации (3).

1. Наиболее оптимальными гиполипидемическими средствами являются препараты, препятствующие всасыванию в кишечнике холестерина путем связывания последнего. Целесообразно применение полиспонина и трибуспонина (назначаются после еды по 0,1–0,2 г 2–3 раза в день) повторными циклами длительностью до 3-х недель с перерывами между ними на 7–10 дней, курс лечения 3–4 мес.

2. Воздействие на сосудисто-тромбоцитарный механизм достигается применением ацетилсалициловой кислоты в дозе до 100 мг/сут, тиклопедин (тиклидин, тиклид) в суточной дозе 250–500 мг (принимается во время еды), дипиридамол (курантил) — не реже 4-х раз в день натошак, в суточной дозе 100–150 мг. В той или иной степени повышенную функциональную активность тромбоцитов снижают и некоторые другие препараты, которые используются для лечения больных с сосудистыми заболеваниями: альфа- и бета-адренергические блокаторы, но-шпа, алкалоиды спорыньи, камфора. Второе направление воздействия на сосудисто-тромбоцитарный механизм атеросклероза — нормализация функциональной активности эндотелия сосудистой стенки с помощью эндотелиотропных средств: пармидин (продектин, ангинин) 0,25–0,5 г 3–4 раза в день, суточная доза 1–2 г, курс лечения 2–4 мес.

3. В качестве мембраностабилизирующих препаратов, тормозящих перекисидацию применяются антиоксиданты прямого действия: аскорбиновая кислота (витамин С) 0,5–1,0 г/сут, токоферола ацетат в инкапсулированной форме по 0,1–0,2 мл в 50% растворе (0,05–0,1 г) 3 раза в день в течение 1–2 мес., аскорутин по 0,05 г 2 раза в день; антиоксиданты непрямого действия: метилметионинсульфония хлорид по 100–150 мг (2–3 таблетки) 3 раза в день, эмоксипин, вводимый внутривенно капельно в возрастающей дозе от 3 до 15 мл 1% раствора в 200 мл изотонического раствора (0,03–0,15 мг).

Улучшение мозговой гемодинамики — второе направление терапии ДЭ. Терапия подбирается от конкретного механизма сосудистых церебральных расстройств. Так, при изменениях со стороны сердца необходимо применение адекватной кардиальной терапии: коронаролитиков, антиаритмических препаратов, бета-адреноблокаторов и др.

При изменении гемостатических свойств крови необходима их адекватная коррекция — назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию: дипиридамола, компламина, ацетилсалициловой кислоты, тиклидина и др. (см. выше). В ряде случаев целесообразно применение малых доз гепарина (по 5000 ЕД 4 раза в сутки под кожу живота в течение 12 дней).

Проводится также гемодилюция (при отсутствии противопоказаний): 3–5 капельных внутривенных инфузий декстранов (400 мл полиглюкина или реополиглюкина, или 200 мл реоглюмана). Используются сосудистые препараты: кавинтон по 20–30 мг в сутки трехразово внутривенно с последующим переходом на пероральный прием; эуфиллин в дозе 0,15 г 3 раза в день в течение 3–5 недель, пентоксифиллин (трентал) в инъекциях и перорально в дозе 600–1200 мг в день.

Улучшение метаболизма головного мозга — третье направление терапии ДЭ. Показано использование ноотропных препаратов: аминалон по 0,5–0,75 г (2–3 таблетки) 2–3 раза в сутки в течение 2–4 мес.; пирацетам (ноотропил, нормобрейн), капсулы по 400 мг, по 2 капсулы 3 раза в день с последующим постепенным уменьшением доз или в виде инъекций по 5 мл 20% раствора внутримышечно; пиридитол (энцефабол, энабол), драже по 100 мг, принимается по 1 драже 3 раза в день в течение нескольких недель; церебролизин до 10 мл и более внутримышечно ежедневно или через день, 30 инъекций на курс.

Блок «Б». Синдромальные типовые ИПР

В основе типовой ИПР лежит клинический синдром. Выделены следующие синдромы ДЭ:

- неврозоподобный синдром (или его сочетание с вегетативной лабильностью);
- психоорганический синдром;
- дистазия-дизбазия и др. нарушения координации;

- пирамидные парезы (корковый очаговый синдром);
- акинетико-ригидный синдром;
- псевдобульбарный синдром.

В зависимости от характера клинических (синдромальных) проявлений, степени выраженности синдрома проводится подбор терапии (в связи с обширностью материала по вопросам терапии при указанных синдромах мы не останавливаемся подробно на этом вопросе).

Так как у каждого больного ведущее место в клинической картине ДЭ занимают один-два синдрома, выраженность которых варьирует, при составлении ИПР необходимо осуществлять комбинированный подход, используя комбинацию отдельных блоков.

Немаловажное значение при реабилитации больных имеют психотерапевтические мероприятия, роль которых особенно высока при неврозоподобных синдромах. Индивидуальная и групповая психотерапия (с использованием таких методик как рациональная психотерапия, нейролингвистическое программирование, семейная психотерапия, аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.) проводится с целью коррекции внутренней картины болезни, создания мотивационной установки на труд, адекватной интеграции в общество.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ ДЭ

Цель физиотерапии — нормализовать регуляцию сосудистого тонуса и церебральную гемодинамику, повысить энергетический потенциал мозга, улучшить метаболизм нервной ткани, соотношение возбuditельно-тормозных процессов в ЦНС.

При начальных клинических проявлениях заболевания назначают:

– электрофорез веществ, улучшающих обменные и окислительно-восстановительные процессы нервной ткани (глутаминовая кислота, аскорбиновая кислота, аминалон), лекарственных средств липопротениазного и фибринолитического (калия йодид), местноанестезирующего (новокаин), сосудорасширяющего (никотиновая кислота, эуфиллин, платифиллин, но-шпа и др.) седативного (натрия бромид, седуксен, натрия оксибутират, магния сульфат и др.) действия по глазозатылочной методике (сила тока до 3–4 мА), эндоназально (сила тока до 0,5–2 мА), на область проекции шейных симпатических узлов (сила тока до 3–5 мА), на воротниковую зону (сила тока до 10–15 мА) или по методике общей гальванизации (сила тока до 10–15 мА). Продолжительность воздействия — 15–20 мин. Курс лечения — 10–15 процедур ежедневно;

– электросон. Частота импульсов — 10–20 Гц. Продолжительность воздействия 30–40 мин. Курс лечения — 15–20 процедур ежедневно;

– переменное магнитное поле на область проекции шейных симпатических узлов. Прямоугольные индукторы устанавливают на грудинно-ключично-сосцевидные мышцы или паравертебрально на уровне сегментов С2-D2. Магнитная индукция — 25 мТл. Продолжительность воздействия 10–15 мин. Курс лечения — 10–12 процедур ежедневно;

– дарсонвализация головы и воротниковой зоны. Продолжительность воздействия 3–5 мин. Курс лечения — 10–15 процедур ежедневно или через день;

- дождевой, циркулярный душ. Температура 33–35–37°C. Продолжительность воздействия 5–10 мин. Курс лечения — 10–15 процедур ежедневно или 2–3 раза в неделю;
- пресные, хвойные, соляные (морские) ванны. Температура ванн 36–37°C. Продолжительность 10–15 мин. Курс лечения — 10–15 процедур;
- азотные, жемчужные ванны. Температура ванн 35–36°C. Продолжительность 10–15 мин. Курс лечения — 10 ванн ежедневно или через день;
- радоновые ванны концентрации 1,5–3 кБк/л. Температура ванн 36–37°C. Продолжительность 10–15 мин. Курс лечения — 10 ванн через день;
- четырехкамерные ванны с постепенным повышением температуры по Гауфффе. Продолжительность воздействия 20 мин. Курс лечения — 8–10 процедур ежедневно или через день;
- местные теплые и с постепенным повышением температуры ручные и ножные ванночки. Курс лечения — 10–20 процедур и более ежедневно;
- влажные обтирания с последующим самомассажем шеи, рук, туловища ежедневно;
- ЛФК (см. Приложение), легкие спортивные игры, плавание, аэротерапия (воздушные ванны, прогулки и др.).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

В качестве количественных критериев при оценке эффективности реабилитации могут быть использованы показатели реабилитации на стационарном (амбулаторном) этапе в кратковременном (непосредственно по окончании этапа реабилитации) и долговременном (спустя полгода–год после завершения реабилитации и адаптации больного к изменившейся социальной роли) интервалах. Целесообразно оценивать эффективность реабилитации по трем уровням: органном (отражающем степень неврологического дефицита или дефекта, характер и степень восстановления функции), организменном (указывающем на нарушение интегративных функций целостного организма, обозначаемых как ограничение жизнедеятельности), социальном (опосредованно свидетельствующем о затруднении в выполнении социальной роли). Интегральный показатель эффективности реабилитации рассчитывается как среднее от суммы всех отдельных количественных показателей, используемых при расчете. При этом необязательно учитывать все показатели, а только те, которые реально можно использовать в каждом отдельном случае. Ниже (в табл. 2) приводятся отдельные показатели по трем уровням последствий болезни, а также пределы их варьирования.

Количественные критерии эффективности реабилитации

Уровни и показатели	Предметы варьирования	
	в рамках ФК**	в% (от — до)
<i>Органный уровень</i>		
Восстановление функции	0–2	0–50
Динамика показателей работоспособности (по данным нагрузочных тестов)	0–2	0–50
Необходимый объем поддерживающей фармакотерапии	0–1	0–25
Динамика клинического течения*	0–1	0–25
<i>Организменный уровень</i>		
Восстановление жизнедеятельности (в том числе субъективно по результатам опроса и объективно по результатам исследований)	0–2	0–50
Восстановление трудоспособности (в том числе по самооценке больного и объективно)	0–2	0–50
Динамика реабилитационного потенциала	0–1	0–25
Динамика внутренней картины болезни (отношение к болезни и лечению)*	0–1	0–25
<i>Социальный уровень</i>		
Динамика трудовой установки*	0–1	0–25
Фактическое трудоустройство*	0–2	0–50
Осуществление переобучения при показаниях	0–1	0–25
Выход на инвалидность	0–2	0–50

*данный показатель целесообразно использовать на долговременном интервале

**функциональный класс

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ ДЭ

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН)

Решение вопросов ЭВН проводится в ранних стадиях ДЭ, если заболевание проявляется в трудоспособном возрасте или больные пенсионного возраста продолжают трудовую деятельность. Хроническое течение болезни резко суживает показания к выдаче листка нетрудоспособности (л/н) при ДЭ.

В случаях пароксизмального течения болезни л/н выдается при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) с учетом его характера (тяжести) и этиологии, а также стадии ДЭ.

Сама ДЭ служит показанием к освобождению от работы, если в течении заболевания наступает декомпенсация, вызванная дополнительным фактором: ОРВИ, грипп, физическое переутомление, нервно-психическое перенапряжение и др. Декомпенсация иногда проявляется явным усугублением астенического синдрома и вегетативной лабильности, наступившими в непосредственной связи с экзогенным воздействием. Период декомпенсации в таких случаях продолжается от 5 до 10 дней. Это определяет продолжительность ВН. Чаще декомпенсация вызывает нарушение гемодинамики и/или ликвороциркуляции. При гипертонической болезни это сопровождается повышением давления по сравнению с рабочим уровнем, усилением субъективных симптомов (головной боли, шума и др.), снижением работоспособности. При нарушении венозного оттока появляются признаки внутричерепной гипертензии. В подобных случаях для достижения компенсации требуется более продолжительное время, и сроки ВН составляют 10–14 дней в I стадии ДЭ и от 2 до 3 недель во II стадии.

Повторение периодов декомпенсации состояния и прогрессирование ДЭ с переходом во II стадию создают показания к определению инвалидности.

Критерии определения инвалидности

Основанием для установления инвалидности служит ограничение жизнедеятельности больных ДЭ, приводящее к социальной недостаточности (необходимости регулярной социальной помощи).

В целях унификации количественных оценок выраженности нарушений функций и ограничений жизнедеятельности целесообразно оценивать их ФК, под которым понимается состояние любого параметра, определяемое по 5-балльной шкале от 0 до 4 класса:

ФК-0 характеризует нормальное состояние параметра функции, способности;

ФК-1 — легкое нарушение, не более 25% от нормы;

ФК-2 — умеренное (средней выраженности), от 26 до 50%;

ФК-3 — значительное, от 51 до 75%;

ФК-4 — резкое и полное нарушение, от 76 до 100%.

Нарушения функции при ДЭ (последствия на органном уровне), которые могут вызвать ограничение жизнедеятельности и социальную недостаточность, различны:

- неврозоподобный синдром или его сочетание с вегетативной лабильностью;
- психоорганический синдром;
- дистазия-дизбазия и др. нарушения координации;
- пирамидные парезы;
- акинетико-ригидный синдром;
- псевдобульбарный синдром.

Алгоритм использования количественных критериев для определения ограничения трудоспособности (у прединвалидов с ДЭ)

Деадаптирующий синдром (нарушения)	Степень выраженности деадаптирующего синдрома	Количественная оценка степени тяжести инвалидности	Группа инвалидности
Неврозоподобный синдром	легкий умеренный	ФК-0, ФК-1 до 25% ФК-2 10–50%	не устанавливается не устанавливается или III группа*
Психоорганический синдром	легкий умеренный	ФК-1 до 25% ФК-2 26–50%	не устанавливается или III группа* III группа**
Двигательные нарушения (парез)	легкие умеренные	ФК-1, ФК-2 10–50% ФК-2 26–50%	не устанавливается или III группа*** III группа
Координаторные нарушения (атаксия)	легкие умеренные	ФК-1, ФК-2 10–50% ФК-2 26–50%	не устанавливается или III группа*** III группа
Акинетико-ригидный синдром	легкий умеренный	ФК-1, ФК-2 10–50% ФК-2 26–50%	не устанавливается или III группа*** III группа
Псевдобульбарный синдром	легкий умеренный	ФК-1 до 25% ФК-2 25–50%	не устанавливается не устанавливается или III группа****

*инвалидность устанавливается при необходимости сужения объема производственной деятельности или снижения квалификации труда, ограничении перспектив трудоустройства

**инвалидность устанавливается при необходимости сужения объема и снижения квалификации (в том случае, если больные не могут выполнять интеллектуальный труд большого объема, а также работы, требующие сосредоточенного внимания, частого переключения, быстроты и точности реакций, предписанного темпа, в условиях, затрудняющих концентрацию внимания)

продолжение комментариев см. на след. стр.

*******инвалидность устанавливается в том случае, если имеется дефектность моторных (координаторных) профессионально значимых функций, приводящая к профнепригодности из-за невозможности или противопоказанности труда. Ограничение возможностей трудовой деятельности возникает у лиц, выполняющих ручные или механизированные сенсорно-физические виды труда, требующие тонких, точных и координированных движений, работу с предписанным темпом (конвейер), значительными перемещениями, выполняющуюся стоя, с повышенной физической нагрузкой. Противопоказания к труду возникают у лиц водительских профессий, работающих на высоте и в др. случаях, если работа предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья, оговариваемые специальными регламентирующими документами

********инвалидность устанавливается в редких случаях значительного сужения объема работы у руководителей или потери квалифицированной профессии при невозможности равноценного трудоустройства (в случае если профессионально значимой является речевая функция: педагог, экскурсовод, воспитатель, руководящий работник и др.)

У каждого больного ведущее место в клинической картине ДЭ занимают один-два синдрома, выраженность которых варьирует. Неврозоподобный синдром может быть ведущим только в I и в начале II стадии заболевания, когда он поддается коррекции и бывает непостоянным. Другие синдромы появляются позднее и носят стойкий характер, практически не уменьшаясь под влиянием лечения. В зависимости от характера ведущего синдрома нарушения жизнедеятельности возникают при меньшей или большей его выраженности, а ограничение критериев жизнедеятельности носит избирательный характер, сказываясь в большей мере на одних способностях и не влияя на другие. Это предопределяет необходимость раздельной количественной оценки каждого клинического синдрома и вызываемых им нарушений жизнедеятельности, выраженность которых может не совпадать. В то же время между степенью ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточностью существует параллелизм.

При этом легкое ограничение любой из сторон жизнедеятельности не влияет на способность выполнять социальную роль данного человека. Социальная дезадаптация, приводящая к инвалидности, возникает, когда ограничение хотя бы одного критерия жизнедеятельности достигает умеренной (ФК-2) или более значительной степени.