

# МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

**В.В. Голикова**

Республиканский научно–практический центр медицинской экспертизы и реабилитации

Эпилепсия представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, проявляющееся спонтанно возникающими судорожными и (или) бессудорожными припадками с нарушением (в том числе с потерей) или без нарушения сознания.

Эпилепсия характеризуется не только большой распространенностью, но и потенциально тяжелыми медико–социальными последствиями, которые существенно дезадаптируют больных детей и приводят к возникновению ограничения жизнедеятельности. Основным дезадаптирующим клиническим признаком эпилепсии является наличие припадков (приступов, судорог), повторяемость которых ограничивает жизнедеятельность ребенка и снижает качество жизни взрослого, осуществляющего за ним процесс ухода и воспитания.

В основе процесса медико–социальной экспертизы лежит медико–социальная оценка нарушенных функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности, в данном случае это функции сознания и интеллекта. В свою очередь, медико–социальная оценка базируется на реабилитационно–экспертной диагностике, которая является многоуровневым процессом и включает следующие блоки: клиничко–функциональная диагностика, диагностика медико–биологических последствий болезни, психологическая и социальная диагностика.

Перечень основных диагностических мер клиничко–функционального блока включает: сбор анамнестических сведений у ребенка и его законных представителей о первых клинических проявлениях эпилепсии, причинах ее спровоцировавших, о частоте повторения припадков в течение определенного временного промежутка, о наблюдаемом характере пароксизмов; объективную оценку неврологического статуса; объективную оценку соматического статуса; электроэнцефалографическое исследование; компьютерную и (или) магнитно–резонансную томографию головного мозга; психологическое тестирование и психодиагностику.

Перечень дополнительных диагностических мер таким пациентам должен назначаться по показаниям в связи с необходимостью объективизации, имеющихся функциональных нарушений других систем организма, а также сочетанности их патологического влияния, создающей синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящей к более выраженному её ограничению.

В рамках блока медико–биологических последствий с учетом психологической и социальной диагностики, у лиц до 18 лет, в соответствии с возрастными нормами развития, принято анализировать следующие категории жизнедеятельности: способность к самообслуживанию; передвижению, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, ведущей возрастной деятельности [1].

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, ведущей возрастной деятельностью (у лиц в возрасте до 18 лет), которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычном для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности.

Наличие эпилептических припадков у ребенка с эпилепсией приводит, в большей или меньшей степени, к ограничению всех категорий жизнедеятельности, но в наибольшей степени страдают способность контролировать свое поведение и способность к ориентации в рамках ее параметров (личность, место, время, пространство) и систем (зрение, слух и др.). Это, как правило, приводит в совокупности к синдрому социальной компенсации, что дает основания для признания ребенка инвалидом.

Синдром социальной компенсации – это наличие у ребенка ограничения трех и более категорий жизнедеятельности (из пяти: способность к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), что приводит к более выраженной степени социальной недо-

статочности, чем при наличии снижения одной или двух категорий жизнедеятельности, и повышает уже имеющуюся степень утраты здоровья (СУЗ).

Исходя из инструктивно-методических документов, регламентирующих проведение медико-социальной экспертизы, детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей или четвертой СУЗ [2]. Четвертая СУЗ соответствует резко выраженному ограничению жизнедеятельности, третья СУЗ – выраженному ограничению жизнедеятельности, вторая СУЗ – умеренному ограничению жизнедеятельности, а первая СУЗ устанавливается при наличии легкого ограничения жизнедеятельности, которое приводит к дезадаптации ребенка в социальной среде, задержке и неадекватности дальнейшего физического, нервно-психического, педагогического, личностного и социального развития, но носит временный характер и компенсируется полностью или частично в более старшем возрасте, обеспечивая социальную адаптированность к 18 годам, не влияя на профессиональную пригодность.

Точность определения степени утраты здоровья очень важна, так как в соответствии с 73 статьей Закона Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» социальные пенсии исчисляются из наибольшей величины утвержденного Правительством Республики Беларусь бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения за два последних квартала в следующих размерах: детям-инвалидам в возрасте до 18 лет при степени утраты здоровья: первой – 60%, второй – 65%, третьей – 75%, четвертой – 85% [3].

При оценке медико-социальных последствий у детей с эпилепсией первостепенную значимость приобретает частота повторения эпилептических припадков в течение определенного временного промежутка, которая зависит от характера приступов (генерализованные, парциальные (фокальные), сочетание парциальных и фокальных и т.д.), типа припадков (простые парциальные, сложные парциальные, парциальные со вторичной генерализацией, миоклонические, атонические и т.д.), возрастного периода их манифестации и обусловлена морфоструктурной патологией головного мозга, а также коррелирует с состоянием интеллектуально-мнестической и двигательной сферы (если имеют места данные нарушения).

Как показали результаты десятилетнего динамического наблюдения за пациентами с эпилептическими припадками, легкое ограничение жизнедеятельности возникает:

- при наличии медикаментозной ремиссии на фоне одновременного приема двух и более антиконвульсантов для купирования средней частоты, частых и очень часто повторяющихся припадков, при невозможности отмены препаратов и необходимости создания определенных режимных мер;

- при сочетании редко повторяющихся припадков, не поддающихся лечению с незначительными клинико-функциональными нарушениями интеллектуально-мнестической сферы и легкими нарушениями двигательной сферы, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к легкому ее ограничению.

Умеренное ограничение жизнедеятельности возникает:

- при средней частоте повторения эпилептических припадков, не компенсирующихся лекарственными средствами;

- при сочетании редко повторяющихся припадков, не поддающихся лечению с легкими клинико-функциональными нарушениями интеллектуально-мнестической и двигательной сферы, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к умеренному ее ограничению;

- при сочетании редко повторяющихся припадков, не поддающихся лечению с умеренным клинико-функциональным нарушением интеллектуально-мнестической сферы (или двигательной сферы), создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к умеренному ее ограничению.

Выраженное ограничение жизнедеятельности возникает:

- при часто повторяющихся эпилептических припадках, не компенсирующихся лекарственными средствами;

- при сочетании средней частоты повторяющихся приступов, не поддающихся купированию с легкими клинико-функциональными нарушениями интеллектуально-мнестической и двигательной сферы, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к выраженному ее ограничению;

- при сочетании средней частоты приступов, не поддающихся купированию с умеренными клинико-функциональными нарушениями интеллектуально-мнестической сферы (или двигатель-

ной сферы), создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к выраженному ее ограничению;

- при сочетании редко повторяющихся приступов, не поддающихся купированию с выраженными клинико–функциональными нарушениями интеллектуально–мнестической сферы (или двигательной сферы), создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к выраженному ее ограничению;

- при сомнительном прогнозе, в том числе трудовом (учебно–профессиональном).

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности возникает:

- при очень часто повторяющихся эпилептических припадках, не компенсирующихся лекарственными средствами;

- при сочетании часто повторяющихся приступов, не поддающихся купированию с выраженными клинико–функциональными нарушениями интеллектуально–мнестической сферы (или двигательной сферы), создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящих к резко выраженному ее ограничению;

- при наличии неблагоприятного прогноза, в том числе трудового (учебно–профессионального).

Таким образом, медико–социальная оценка клинико–функционального состояния детей с эпилепсией предусматривает определение степени выраженности следующих экспертно значимых показателей: частота повторения припадков, состояние интеллектуально–мнестической и двигательной сфер и их сочетанного взаимоотношения.

В целом, это позволит улучшить качество и организацию осуществления медико–социальной экспертизы детям с эпилепсией, что будет способствовать снижению тяжести детской инвалидности и уменьшению ее сроков.

### **Литература:**

1. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – М. : Мед. лит., 2009. – 560 с.
2. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показателей, дающих право на получение социальной пенсии на детей–инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья : утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 г. № 97. – Минск, 2007. – 39 с.
3. О пенсионном обеспечении : Закон Республики Беларусь от 17 апр. 1992 г. № 1596 – XII с изм. и доп. : текст по состоянию на 11 июля 2007 г. – Минск, 2007. – 50 с.