

---

---

# Научные исследования

---

---

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

**В.В.Голикова**

Научно-исследовательский институт медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск

*Проведение медико-социальной экспертизы больным детским церебральным параличом с симптоматической эпилепсией, в силу своей сложности при оценке степени выраженности ограничения жизнедеятельности, требует нового комплексного подхода. В первую очередь, медико-социальная экспертиза предусматривает оценку степени выраженности двигательных нарушений и эпилептических припадков с учетом возрастного периода манифестации эпилепсии и характера эпилептических припадков. При этом степень выраженности ограничения жизнедеятельности, формируемая преимущественно за счет нарушения способностей к самообслуживанию, обучению и ведущей возрастной деятельности, зависит от степени тяжести двигательных нарушений, предопределяемых клинической формой детского церебрального паралича, а также от частоты повторения эпизодов эпилепсии, характера эпилептических припадков и возможности их компенсации антиконвульсантами.*

Наличие симптоматической эпилепсии у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) требует обязательного проведения медико-социальной экспертизы по причине взаимоотягощенности данной патологии, приводящей в большинстве случаев к ограничению жизнедеятельности, а, следовательно, и к определению инвалидности [1–4]. Статус инвалида, установленный медико-реабилитационной экспертной комиссией, предопределяет необходимость применения реабилитационных мероприятий, в том числе медицинской реабилитации, а также предоставления мер социальной помощи и защиты [1, 3, 5].

В настоящей работе отражены результаты исследования, целью которого являлось выделение основных экспертно значимых показателей, определяющих направление экспертного поиска для объективизации имеющихся функциональных нарушений органов и систем ребенка-инвалида, страдающего ДЦП с симптоматической эпилепсией.

Проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 535 детей-инвалидов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, проживающих в

г.Минске и страдающих ДЦП. Верификация патологии у данных больных (нозологическая диагностика) проводилась в соответствии с унифицированными стандартными методами исследования: сбор анамнеза жизни и заболевания у родителей и (или) их законных представителей, клинические, клиничко-инструментальные методы диагностики (электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ), нейросонография, компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга (КТ или МРТ)), анализ медицинской документации, социально-педагогическое интервьюирование. Конечный результат диагностики – количественная градация имеющихся нарушений и ограничений жизнедеятельности, унифицированная через понятие "функциональный класс" (ФК), ранжированная по 5-балльной шкале от 0 до 4, принятой за 100%, где интервалы между баллами составляют 25%: ФК 0 – характеризует нормальное состояние параметра или незначительное его нарушение; ФК I – легкое нарушение функции или категории жизнедеятельности (от 1 до 25%); ФК II (от 26 до 50%) – умеренное нарушение; ФК III – выраженное нарушение (от 51 до 75%); ФК IV

– резко выраженное нарушение функции или способности вплоть до полной утраты (от 76 до 100%) [4–6].

Анализ результатов комплексного обследования данного контингента позволил диагностировать у 150 (28,0%) детей-инвалидов симптоматическую эпилепсию. Интенсивный показатель составил  $0,48 \pm 0,04$  на 1000 детского населения г. Минска. При этом частота встречаемости эпилепсии зависела от клинической формы ДЦП и была следующей: при двойной гемиплегии (49 больных) припадки имели место у 29 (59,2%) детей, спастической диплегии (291 больной) – у 56 (19,2%), гемипаретической форме (85 больных) – у 33 (38,8%), атонически-астатической (101 больной) – у 29 (28,7%), при гиперкинетической форме (9 больных) – у 3 (33,3%).

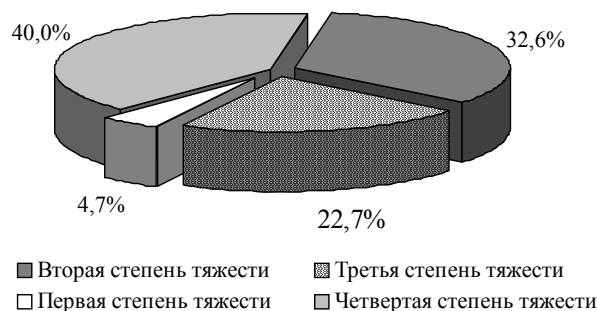
Установлено, что у 60 (40,0%) детей припадки носили фокальный (парциальный) характер, у 56 (37,3%) – генерализованный, у 32 (21,3%) больных определялось сочетание фокальных и генерализованных припадков, а у 2 (1,3%) – имели место припадки без несомненной генерализации и фокальности.

В соответствии с инструктивно-правовыми документами, регламентирующими проведение медико-социальной экспертизы, определение клинико-функционального состояния у больных ДЦП с симптоматической эпилепсией предполагает последовательную оценку степени выраженности всех функциональных нарушений органов и систем детского организма, а также категорий жизнедеятельности. У лиц до 18 лет принято анализировать следующие категории жизнедеятельности: способность к передвижению, самообслуживанию, общению, ориентации, обучению, контролю своего поведения, ведущей возрастной деятельности [4–6].

Так как основным функциональным субстратом ДЦП являются двигательные нарушения, то в первую очередь подлежит оценке статодинамическая функция, которая в данном случае определяется способностью к самостоятельному передвижению.

На начальном этапе исследования были выделены четыре степени тяжести ДЦП в зависимости от способности больных к передвижению: легкое нарушение способности к передвижению (ФК I) – первая степень тяжести ДЦП; умеренное нарушение способности к передвижению (ФК II) – вторая; выраженное нарушение способности к передвижению (ФК III) – третья; резко выраженное нарушение или полное отсутствие способности к передвижению (ФК IV) – четвертая степень тяжести ДЦП.

Среди обследуемого контингента первую степень тяжести ДЦП имели 7 (4,7%) детей, вторую – 49 (32,6%), третью – 34 (22,7%) и четвертую – 60 (40,0%) больных (рис. 1).



**Рис. 1. Структура больных ДЦП с симптоматической эпилепсией в зависимости от степени выраженности нарушения способности к передвижению**

Учитывая, что данные пациенты имели эпилепсию, можно констатировать тот факт, что наиболее часто эпилептические припадки возникали у больных ДЦП, имеющих четвертую степень тяжести заболевания (40,0%), а наиболее редко – первую степень тяжести ДЦП (4,7%). Следовательно, чем грубее нарушены функциональные структуры головного мозга, обеспечивающие, в том числе, возможность передвижения, тем чаще вероятность развития эпилепсии, что отмечают и другие авторы [1, 2, 7, 8].

Проанализировав время возникновения первых эпилептических припадков и наличие определенной степени тяжести ДЦП, было выявлено, что наиболее часто припадки у больных, имеющих на момент обследования четвертую степень тяжести ДЦП, развились в возрасте до года (78,3%), когда у большинства еще не была конкретизирована основная форма заболевания и соответственно тяжесть двигательной недостаточности.

При третьей степени тяжести ДЦП наиболее часто припадки возникали в период 1–3 года (44,1%), что соответствовало периоду активного восстановления функциональных нарушений нервной системы в основном медицинскими мероприятиями. При второй степени тяжести у больных ДЦП наблюдалась тенденция к нарастанию случаев возникновения припадков относительно периодов взросления – с 10,2 до 28,6%. У детей с первой степенью тяжести ДЦП припадки развивались преимущественно в возрасте 1–12 месяцев (57,1%) и 1–3 года (28,6%) и не встречались в раннем неонатальном периоде, а также в возрасте 8–30 дней и 7–13 лет. Однако из-за небольшо-

го количества таких наблюдений (7 человек) о данной закономерности нельзя утверждать окончательно (табл. 1).

В ходе исследования обнаружено, что степень тяжести ДЦП зависела от характера эпилептических припадков. Парциальные припадки в основном встречались у детей с легкими формами двигательной недостаточности: у 5 (71,4%) человек из числа детей с первой степенью тяжести ДЦП и у 29 (59,2%) – со второй степенью ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Среди детей с четвертой степенью тяжести ДЦП в основном преобладали генерализованные судороги ( $p < 0,05$ ), которые наблюдались у 33 (55,0%) пациентов из 60 человек, имеющих данную степень тяжести, а у больных с третьей степенью тяжести отмечался схожий, достаточно высокий удельный вес как парциальных, так и генерализованных припадков – 41,2 и 38,2% соответственно.

Следовательно, у больных ДЦП с легким и умеренным нарушением способности к передвижению (первая и вторая степень тяжести) чаще встречаются парциальные приступы (60,7%), а у детей с тяжелыми двигательными нарушениями (третья и четвертая степень тяжести) – генерализованные судороги (48,9%).

Таким образом, степень тяжести ДЦП, определяемая в зависимости от способности к передвижению, в определенной мере влияет на возникновение эпилепсии. В то же время, возраст-

ной период манифестации эпилепсии и характер эпилептических припадков отражаются в последующем на формировании степени тяжести ДЦП. Это особенно актуально для детей первых лет жизни, когда достаточно сложно оценить их функциональные статодинамические возможности, но существует потребность в определении прогноза формирования стойких двигательных нарушений.

В свою очередь, наличие эпилепсии у больных ДЦП предполагает детальную медико-социальную оценку эпилептических припадков. Важная экспертно значимая характеристика эпилептических припадков – частота их повторения в течение определенного временного промежутка [9], которая в рамках исследования оценивалась до начала противосудорожной терапии и в ходе ее проведения.

До применения антиконвульсантов у больных ДЦП с симптоматической эпилепсией чаще всего имели место частые и средней частоты случаи повторения припадков, которые наблюдались у 50 (33,3%) и 47 (31,4%) детей-инвалидов соответственно. Редкие случаи пароксизмов были отмечены у 39 (26,0%) больных, очень частые – у 9 (6,0%), а очень редкие – всего у 5 (3,3%) (рис. 2).

Частота повторения судорог зависела от определенной клинической формы ДЦП (табл. 3). При спастической диплегии чаще наблюдались эпилептические припадки средней частоты (41,1%) и редко повторяющиеся пароксизмы (32,1%). Для

Таблица 1

**Степень тяжести ДЦП в зависимости от возрастного периода манифестации эпилептических припадков у 150 больных**

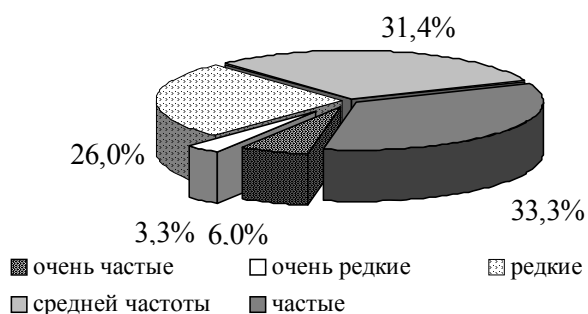
Возрастной период возникновения припадков	Степень тяжести ДЦП							
	1		2		3		4	
	n=7		n=49		n=34		n=60	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 7 дней	–	–	5	10,2	2	5,9	20	33,3
8–30 дней	–	–	–	–	2	5,9	–	–
1–12 мес.	4	57,1	7	14,3	8	23,5	27	45,0
1–3 года	2	28,6	12	24,5	15	44,1	5	8,4
4–6 лет	1	14,3	11	22,4	7	20,6	6	10,0
7–13 лет	–	–	14	28,6	–	–	2	3,3

Таблица 2

**Характер эпилептических припадков в зависимости от степени тяжести ДЦП у 150 больных**

Степень тяжести ДЦП	n	Характер эпилептических припадков*							
		П		Г		П+Г		другие	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	7	5	71,4	1	14,3	1	14,3	–	–
2	49	29	59,2	9	18,4	10	20,4	1	2,0
3	34	14	41,2	13	38,2	6	17,7	1	2,9
4	60	12	20,0	33	55,0	15	25,0	–	–

\* Примечание: П – парциальные припадки; Г – генерализованные; П+Г – сочетание парциальных и генерализованных припадков; другие – припадки без несомненной генерализации и фокальности



**Рис. 2 . Частота повторного возникновения эпилептических припадков у больных ДЦП (n=150)**

детей с двойной гемиплегией и атонически-астатической формой были характерны часто повторяющиеся судороги – 62,1 и 41,4% соответственно, а для гемипаретической формы – редко повторяющиеся приступы (39,4%).

В ходе исследования было акцентировано внимание на зависимость частоты повторения эпилептических припадков от их характера и возрастного периода манифестации (табл. 4).

Припадки, впервые возникшие в раннем неонатальном периоде (27 случаев), у 13 (48,1%) детей проявлялись преимущественно частыми судорогами, в 1–12 месяцев (46) – у 19 (41,3%) частыми и у 16 (34,8%) средней частоты, в 1–3 года (34) – у 13 (38,2%) больных редкими приступами. Кроме того, при манифестации припадков в 1–3 года, значим удельный вес частых и средней частоты пароксизмов, которые наблюдались у 9 (26,5%) и у 8 (23,5%) пациентов соответственно.

Припадки, дебютировавшие в возрасте 4–6 лет (25 человек), характеризовались средней частотой повторения (10 человек – 40,0%) и случаями редких приступов (8 – 32,0%).

Таблица 3

**Частота повторного возникновения припадков в зависимости от клинической формы ДЦП у 150 больных**

Частота	Форма ДЦП*									
	СД (n=56)		ДГ (n=29)		АА (n=29)		ГП (n=33)		ГК (n=3)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Очень редкие	3	5,4	–	–	1	3,5	1	3,0	–	–
Редкие	18	32,1	2	6,9	6	20,7	13	39,4	–	–
Средние	23	41,1	7	24,1	7	24,1	8	24,3	2	75,0
Частые	9	16,0	18	62,1	12	41,4	10	30,3	1	25,0
Очень частые	3	5,4	2	6,9	3	10,3	1	3,0	–	–

Примечание: СД – спастическая диплегия; ДГ – двойная гемиплегия; АА – атонически-астатическая форма; ГП – гемипаретическая форма; ГК – гиперкинетическая форма

Таблица 4

**Частота повторения эпилептических припадков в зависимости от их характера и возрастного периода манифестации (n=150)**

Характер припадков	Частота припадков*	Возрастной период возникновения припадков						Всего	
		до 7 дн.	8–30 дн.	1–12 мес.	1–3 года	4–6 лет	7–13 лет	абс.	%
П	1	–	–	1	1	1	–	3	2,0
	2	4	–	2	8	4	6	24	16,0
	3	2	1	2	4	7	4	20	13,3
	4	–	–	4	3	2	4	13	8,7
Г	1	–	–	1	1	–	–	2	1,3
	2	–	–	5	3	3	1	12	8,0
	3	5	1	6	2	1	–	15	10,0
	4	9	–	9	3	–	–	21	14,0
	5	2	–	1	1	1	1	6	4,0
П+Г	2	–	–	–	2	–	–	2	1,3
	3	–	–	8	2	2	–	12	8,0
	4	3	–	6	3	3	–	15	10,0
	5	1	–	1	1	–	–	3	2,0
Другие	2	–	–	–	–	1	–	1	0,7
	4	1	–	–	–	–	–	1	0,7
Итого	n	27	2	46	34	25	16	150	100
	%	18,0	1,3	30,6	22,7	16,7	10,7	–	100

\* – 1 – очень редкие, 2 – редкие, 3 – средней частоты, 4 – частые, 5 – очень частые

У лиц с развитием первых клинических проявлений эпилепсии в возрасте 7–13 лет (16 человек), чаще всего встречались редко повторяющиеся припадки, которые были зафиксированы у 7 (43,8%) больных.

Таким образом, чем в более раннем возрасте развиваются эпилептические приступы, тем выше частота их повторения, а, следовательно, и дезадаптирующее влияние, ограничивающее жизнедеятельность.

Что касается влияния характера эпилептических припадков на частоту их повторного возникновения, то установлено, что в группе больных ДЦП с наличием парциальных приступов (60 человек) в 24 (40,0%) случаях наблюдалось редкое их повторение, в 20 (33,3%) – средней частоты, в 13 (21,7%) – частое и в 3 (5,0%) – очень редкое, а случаев очень частого повторения судорог не было зарегистрировано.

У больных с наличием припадков генерализованного характера (56 человек) чаще всего отмечалось частое повторение эпизодов эпилепсии – у 21 (37,5%) ребенка. У 15 (26,8%) больных наблюдались приступы средней частоты, у 12 (21,4%) – редкие, у 6 (10,7%) – очень частые и у 2 (3,6%) детей – очень редкие пароксизмы.

Среди пациентов, у которых диагностировано одновременное представительство парциальных и генерализованных вариантов (32 человека), наибольший удельный вес (46,9%) составили случаи часто повторяющихся приступов. Средней частоты припадки отмечались у 12 (37,5%) детей, очень частые – у 3 (9,4%), редкие – у 2 (6,2%), а очень редких пароксизмов не наблюдалось.

Следовательно, высокая частота повторения эпилептических приступов в основном характерна для больных с наличием полиморфных припадков, включающих сочетание парциальных и генерализованных вариантов (46,9% – частые, 9,4% – очень частые). Дети с эпилептическими приступами генерализованного характера также в большом проценте случаев (37,5%) имели часто повторяющиеся эпизоды, однако удельный вес средней частоты и редко повторяющихся пароксизмов у них тоже был относительно высок (26,8% и 21,4%). При пароксизмах парциального характера чаще всего наблюдались редко повторяющиеся эпизоды (40,0%).

Частота повторения эпилептических припадков приводит к функциональным нарушениям всех систем детского организма, дезадаптируя ребенка в окружающей действительности и существенно ограничивая его жизнедеятельность. Однако по факту наличия определенной частоты повторения припадков до начала антиконвульсантной терапии

нельзя судить о степени выраженности ограничения жизнедеятельности у этих больных, так как ограничение жизнедеятельности обусловлено стойким функциональным дефектом вследствие заболевания и оценивается по суммарному его влиянию на каждую категорию жизнедеятельности [5].

В связи с этим в ходе исследования были проанализированы результаты динамического наблюдения за больными ДЦП, имеющими симптоматическую эпилепсию и принимающими противосудорожную терапию, назначенную в соответствии с основными принципами, используемыми для лечения эпилепсии [2, 10–12]. При этом очень часто повторяющиеся припадки оценивались как ФК IV, часто повторяющиеся – ФК III, средней частоты – ФК II, редко повторяющиеся – ФК I и очень редко повторяющиеся эпизоды – ФК 0.

Длительность противоэпилептического лечения у 28 (18,7%) детей составила до двух лет, у 31 (20,7%) – 2–3 года, у 38 (25,3%) – 4–6 лет, у 29 (19,3%) – 7–9 лет, у 21 (14,0%) ребенка – 10 лет и более, а 3 (2,0%) ребенка не принимали антиконвульсантов в связи с отказом родителей от данного вида препаратов. Поэтому эффективность противоэпилептического лечения и его влияние на формирование ограничения жизнедеятельности были оценены у 147 больных. Полная ремиссия – исчезновение эпилептических припадков, отсутствие эпилептической активности на электроэнцефалограмме и отмена противоэпилептической терапии (не ранее 2 лет после прекращения припадков) – отмечена всего у 23 (15,6%) детей, из числа которых у 15 (65,2%) больных приступы были купированы через 4–6 лет от начала приема противосудорожных препаратов, у 5 (21,7%) – через 7–9 лет и у 3 (11,1%) детей – через 10 лет и более. Кроме того, из числа обследованного контингента, у 24 (16,3%) больных отмечалось улучшение (снижение частоты повторного возникновения припадков) в пределах ФК, у 53 (36,1%) – на 1 ФК, у 41 (27,9%) – на 2 ФК, у 2 (1,4%) – на 3 ФК, у 1 (0,7%) – на 4 ФК и у 3 (2,0%) детей сохранялась исходная частота повторения приступов.

Надо отметить, что эффект снижения частоты повторения припадков на 50% и более за счет адекватной терапии был достигнут у 82 (55,8%) больных, из числа которых у 39 (47,6%) детей он наступил в первые 3 года приема антиконвульсантов, у 17 (20,7%) – через 4–6 лет, у 15 (18,3%) – через 7–9 лет, а у 11 (13,4%) – через 10 лет и более. Учитывая, что у 52,4% детей такой эффект был достигнут не менее чем через 4 года на фоне приема антиконвульсантов, лечение которыми требует соблюдения определенных режимных мер,



ограничивающих повседневную деятельность ребенка, при проведении медико-социальной экспертизы необходимо, кроме эффективности, учитывать длительность и кратность противосудорожной терапии.

Теоретически, наличие эпилептических припадков ограничивает у детей такую категорию жизнедеятельности, как способность к контролю своего поведения [4, 5], а по результатам нашего исследования – в равной мере и способность к ориентации в рамках ее параметров (личность, время, пространство, место). Суммируя результаты экспертной оценки этих категорий жизнедеятельности у 147 больных ДЦП, только по факту существующей на момент исследования частоты повторения эпилептических припадков с учетом эффективности и длительности противосудорожной терапии выявлено, что у 23 (15,6%) детей отсутствовало ограничение способностей к контролю своего поведения и ориентации в связи с полным купированием эпилептических припадков и отменой антиконвульсантов. У 47 (32,0%) больных выявлено незначительное ограничение данных способностей, у 45 (30,6%) – легкое, у 19 (12,9%) – умеренное, у 10 (6,8%) – выраженное и у 3 (2,1%) пациентов имело место резко выраженное ограничение способностей к контролю своего поведения и ориентации. Исходя из инструктивно-методических документов и литературных источников известно, что степень выраженности нарушения данных способностей приводит к соответствующей степени тяжести ограничения жизнедеятельности [4, 5]. Однако необходимо учесть, что на степень выраженности ограничения вышеприведенных способностей также влияют состоя-

ние интеллектуально-мнестической сферы, функционирование органов чувств и социальные факторы, в связи с чем окончательное заключение о степени выраженности ограничения этих способностей может быть вынесено только после детального анализа всех возможно влияющих факторов.

Не подлежит сомнению, что функциональные нарушения, присущие больным ДЦП с симптоматической эпилепсией, в существенной степени определяются не собственно биологическими, а биосоциальными факторами в виде ограничения самообслуживания, передвижения, общения, обучения, ориентации, контроля своего поведения и выполнения ведущей возрастной деятельности. Данные способности (кроме передвижения, способность к которому подробно рассмотрена выше) были проанализированы у 150 больных ДЦП.

В ходе исследования установлено, что эта патология в большей или меньшей степени ограничивала все категории жизнедеятельности ребенка, но наиболее страдала способность к самообслуживанию: у 38 (25,3%) человек выявлено умеренное ее нарушение (ФК II), у 26 (24,0%) – выраженное (ФК III), у 76 (50,6%) – резко выраженное (ФК IV), а возрастной нормы развития данной категории и ее легкого нарушения (ФК I) не отмечалось. В равной мере наблюдался высокий удельный вес случаев ФК IV (48,0%) и ФК III (26,0%) нарушения способностей к обучению и ведущей возрастной деятельности; возрастной нормы развития данных категорий также не было выявлено. Менее всего страдала способность к общению, при этом в 4,0% случаев отмечалось ее формирование в соответствии с возрастной нормой (табл. 5).

Таблица 5

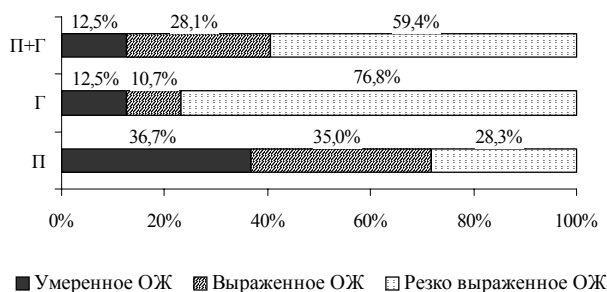
**Степень выраженности ограничения категорий жизнедеятельности по ФК у больных ДЦП с симптоматической эпилепсией (n=150)**

Категория	ФК									
	0		I		II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самообслуживание	–	–	–	–	38	25,3	36	24,0	76	50,7
Общение	6	4,0	23	15,3	38	25,3	31	20,7	52	34,7
Ориентация	3	2,0	24	16,0	34	22,7	36	24,0	53	35,3
Обучение	–	–	11	7,3	28	18,7	39	26,0	72	48,0
Контроль своего поведения	3	2,0	28	18,7	32	21,3	27	18,0	60	40,0
Ведущая возрастная деятельность	–	–	11	7,3	28	18,7	39	26,0	72	48,0

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных ДЦП, имеющих эпилептические припадки, более чем в половине случаев (от 55,3 до 74,7%) имели место выраженные и резко выраженные нарушения категорий ограничения жизнедеятельности.

Анализ результатов медико-социальной оценки основных категорий жизнедеятельности с учетом их взаимоотягощенности позволил констатировать наличие определенной степени выраженности ограничения жизнедеятельности у обследованного контингента. Так, у 34 (22,7%) больных выявлено умеренное ограничение жизнедеятельности, у 36 (24,0%) – выраженное, у 80 (53,3%) – резко выраженное; случаев легкого ограничения жизнедеятельности не отмечалось.

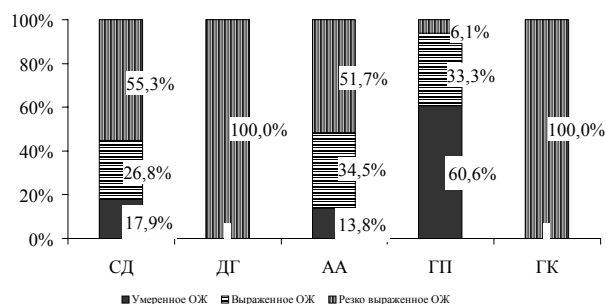
Вместе с тем, степень выраженности ограничения жизнедеятельности у больных ДЦП зависела от характера эпилептических припадков. При наличии парциальных припадков (60 человек) чаще встречалось умеренное (22 человека – 36,7%) и выраженное (21 – 35,0%) ограничение жизнедеятельности. При наличии генерализованных судорог (56) и сочетания парциальных и генерализованных приступов (32) достоверно ( $p < 0,05$ ) преобладали случаи резко выраженного ограничения жизнедеятельности (43 – 76,8% и 19 – 59,4%) (рис. 3).



**Рис. 3.** Степень выраженности ограничения жизнедеятельности у 148 больных ДЦП в зависимости от характера эпилептических припадков

Общеизвестно, что клиническая форма ДЦП влияет на тяжесть клинической картины заболевания [3, 8, 13], а, следовательно, можно предположить, что и на степень выраженности ограничения жизнедеятельности. В ходе исследования данный факт был подтвержден. Так, у больных, страдающих двойной гемиплегией (29 человек) и гиперкинетической формой заболевания (3) в 100,0% случаев имело место резко выраженное ограничение жизнедеятельности (рис. 4). При спастической диплегии и атонически-астатической форме ДЦП также преобладали случаи резко

выраженного ограничения жизнедеятельности (55,3 и 51,7%), но в то же время наблюдался достаточно высокий удельный вес (26,8 и 34,5%) выраженного ограничения жизнедеятельности. Гемипаретическая форма заболевания характеризовалась преимущественно (60,6%) случаями умеренного ограничения жизнедеятельности.



**Рис. 4.** Степень выраженности ограничения жизнедеятельности у 150 больных ДЦП в зависимости от клинической формы

Учитывая инструктивно-методические документы, регламентирующие проведение медико-социальной экспертизы у лиц до 18 лет, всем детям, признанным инвалидами, устанавливается степень утраты здоровья (СУЗ) в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности [5]. В соответствии с этим 34 (22,7%) детям, имеющим умеренное ограничение жизнедеятельности, определена вторая СУЗ, 36 (24,0%) больным, имеющим выраженное ограничение жизнедеятельности, – третья и 80 (53,3%) больным, имеющим резко выраженное ограничение жизнедеятельности, – четвертая СУЗ.

Принимая во внимание полученные данные, можно говорить о том, что у детей-инвалидов, страдающих ДЦП с симптоматической эпилепсией, преобладают случаи резко выраженного ограничения жизнедеятельности (53,3%), соответствующего СУЗ IV, которое формируется за счет ограничения способностей к самообслуживанию, обучению и к выполнению ведущей возрастной деятельности. Вместе с тем, степень выраженности ограничения жизнедеятельности, и соответственно СУЗ, зависит от характера эпилептических припадков и клинической формы ДЦП.

Сопоставление результатов оценки степени выраженности ограничения жизнедеятельности у 121 больного ДЦП из основной (исключены больные с двойной гемиплегией) и контрольной группы (без эпилептических припадков) показало, что, несмотря на идентичность по клинической форме ДЦП, возрастному составу и степени тяжести за-

болевания, определяемой по способности к передвижению, среди детей-инвалидов основной группы степень выраженности ограничения жизнедеятельности тяжелее. Следовательно, у больных ДЦП, имеющих эпилептические припадки, наблюдается более тяжелое течение заболевания, что отмечают и другие авторы [2, 7, 8], а, соответственно, и более выраженная утрата здоровья. Это доказывают следующие данные: из числа больных основной группы у 51 (42,1%) ребенка была установлена СУЗ IV, у 36 (29,8%) – СУЗ III и у 34 (28,1%) – СУЗ II; из числа больных контрольной группы у 35 (28,9%) больных определена СУЗ IV, у 33 (27,3%) – СУЗ III, у 49 (40,5%) – СУЗ II и у 4 (3,3%) детей имела место СУЗ I (рис. 5). Случаи резко выраженного ограничения жизнедеятельности, соответствующего СУЗ IV, достоверно ( $p < 0,05$ ) преобладали (на 31,4%) у детей-инвалидов основной группы. У детей контрольной группы доминировали случаи умеренного ограничения жизнедеятельности, соответствующего СУЗ II, которые на 30,6% превышали данный показатель у больных основной группы. Суммарный удельный вес случаев СУЗ III и СУЗ IV у детей-инвалидов основной группы составил 71,9%, а у контрольной – 56,2%.

Следовательно, у больных ДЦП с наличием симптоматической эпилепсии преобладают случаи резко выраженного ограничения жизнедеятельности (42,1%), соответствующего СУЗ IV, а при ее отсутствии – умеренного (40,5%), соответствующего СУЗ II.

Таким образом, медико-социальная оценка клинико-функционального состояния больных ДЦП с симптоматической эпилепсией предусматривает диагностику степени выраженности двигательных нарушений и эпилептических припадков с учетом возрастного периода манифестации

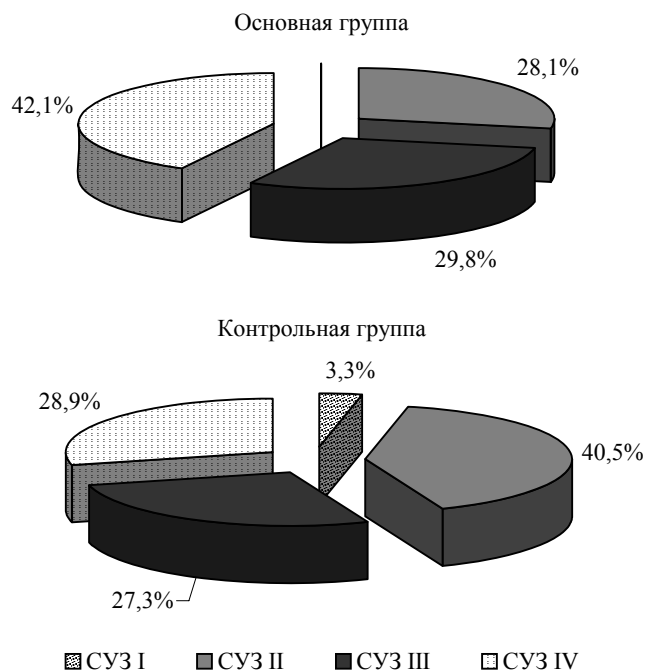


Рис. 5. Степень утраты здоровья у больных ДЦП с симптоматической эпилепсией (основная группа) и без эпилепсии (контрольная группа) (n=121)

эпилепсии и характера эпилептических припадков. Возникновение эпилепсии усугубляет клиническую картину ДЦП и приводит к более выраженному ограничению жизнедеятельности. Степень выраженности ограничения жизнедеятельности, формируемая преимущественно за счет нарушения способностей к самообслуживанию, обучению и ведущей возрастной деятельности, зависит от степени тяжести двигательных нарушений, предопределяемых клинической формой ДЦП, а также от частоты повторения эпизодов эпилепсии, характера эпилептических припадков и возможности их компенсации антиконвульсантами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляев, О.В.* Эпидемиология и реабилитация больных эпилепсией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / О.В.Беляев. – Санкт-Петербург, 2005. – 25 с.
2. *Гузева, В.И.* Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В.И.Гузева. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2007. – 568 с.
3. *Голикова, В.В.* Характеристика эпилептического синдрома у детей с детским церебральным параличом / В.В.Голикова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. / Под ред. В.Б.Смышка. – Минск, 2004. – Вып. 6. – С.26–29.
4. *Голикова, В.В.* Медико-социальная оценка ограничения жизнедеятельности у лиц в возрасте до 18 лет / В.В.Голикова // Мед. новости. – 2007. – №11. – С.48–56.
5. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, 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.
6. *Смышёк, В.Б.* Медико-социальная экспертиза с позиций аналитико-синтетического подхода / В.Б.Смышёк, В.В.Голикова // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: материалы респ.



- науч.-практ. конф., Минск, 28 июня 2007 г. – Минск: БелМАПО, 2007. – С.123–127.
7. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина. – Киев: Здоров'я, 1988. – 328 с.
  8. Сумеркина, М.Л. Эпилептический синдром при детском церебральном параличе / М.Л.Сумеркина // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997. – Т.97, №1. – С.8–12.
  9. Справочник по МСЭ и реабилитации / Под ред. проф. М.В.Коробова, проф. В.Г.Помникова. – СПб., 2003. – С.548–559.
  10. Лебедева, А.В. Фармакорезистентные эпилепсии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.13 / А.В.Лебедева. – Москва, 2006. – 37 с.
  11. Шанько, Г.Г. Современные методы диагностики и лечения генерализованной эпилепсии у детей первых трех лет жизни: Инструкция по применению / М-во здравоохранения РБ; Сост. Г.Г.Шанько, Л.В.Шалькевич, Е.Н.Ивашина, Л.И.Ясинская, И.П.Богданович, Е.Е.Шарко. – Минск, 2007. – 15 с.
  12. Шанько, Г.Г. Классификация, диагностика и лечение эпилепсии у детей: пособие для врачей / Г.Г.Шанько, Н.Г.Барановская, Е.Н.Ивашина, Л.В.Шалькевич. – Минск, 2003. – 80 с.
  13. Шанько, Г.Г. Частота и характер симптоматической эпилепсии у больных детским церебральным параличом / Г.Г.Шанько, В.Б.Смычэк, В.В.Голикова // Вісник епілептології. – 2008. – №1 (23–24). – С.44–45.

Поступила 16.06.2008 г.

## НАДЕЖНОСТЬ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПОДВЕРЖЕННОСТИ РИСКОВАННОМУ ПОЛОВОМУ ПОВЕДЕНИЮ И ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУПП РИСКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

**В.Н.Ростовцев, Н.Н.Протьюко, И.Б.Марченкова**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск  
Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

*Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), представляют одну из важнейших проблем общественного здоровья в Республике Беларусь. Актуальна разработка новых подходов к адресной первичной профилактике данной патологии. В статье описан метод, позволяющий выявлять лиц, подверженных рискованному половому поведению, и оценивать у них уровень риска ИППП. Диагностика подверженности обеспечивает адресность профилактики ИППП. Разный уровень риска ИППП позволяет дифференцированно подходить к выбору профилактических мероприятий. Подтверждена надежность представленного метода.*

### **Введение**

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), относятся к категории социально-значимых и социально-обусловленных заболеваний. Социальная значимость ИППП связана с их последствиями, приводящими к снижению трудового и репродуктивного потенциала населения. Социальная обусловленность определяется тем, что заболевания ИППП являются реализацией деструктивных тенденций в половом поведении современной молодежи, т.е. рискованного полового поведения (РПП). К наиболее распространенным моделям РПП относятся ранние внебрачные незащищенные беспорядочные половые связи.

В Беларуси сложилась неблагоприятная ситуация по распространенности ИППП [1, 2], что свидетельствует о необходимости проведения активной профилактики ИППП [3].

Наиболее эффективна для сохранения здоровья человека адресная первичная профилактика. Очевидно, что первичная профилактика ИППП должна быть адресована прежде всего лицам, входящим в группу риска, т.е. имеющим и подверженным РПП. В настоящее время адресная первичная профилактика ИППП проводится только в группах риска, включающих женщин сексуального бизнеса, мужчин, имеющих гомосексуальные связи, потребителей инъекционных наркотиков [4].