

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Разрешено Минздравом Республики
Беларусь для практического использования

Первый заместитель министра здраво-
охранения, председатель комиссии по способам
профилактики, диагностики, лечения и
организационным формам работы МЗ РБ

 В.М. Ореховский

12 сентября 2001 г.
Регистрационный № 119-0901

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (инструкция по применению)

Учреждение-разработчик: НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук Т.Д. Рябцева, И.Я. Чапко,
Е.Ф. Святская

[Перейти к оглавлению](#)

Оглавление

1. ОСНОВНЫЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	3
2. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	29
3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	44
3.1. Экспертиза временной нетрудоспособности	44
3.2. Критерии определения инвалидности	46

1. ОСНОВНЫЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Клинические проявления последствий черепно-мозговых травм характеризуются разнообразным сочетанием различных невротоподобных и психопатологических синдромов, вегетативно-сосудистых и других расстройств. В соответствии с современной концепцией последствий болезни в практике медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации используется количественная оценка последствий болезни, которая позволяет количественно измерить функциональные нарушения и вызванные ими ограничения жизнедеятельности. В целях унификации количественных параметров при разных нарушениях и ограничениях жизнедеятельности использовано понятие *функциональный класс* (ФК), ранжированное по 5-балльной шкале (от 0 до 4), принятой за 100%, интервал между баллами (ФК) составляет 25%.

- ФК-0 — характеризует нормальное состояние параметра;
- ФК-1 — легкое нарушение функции или критерия жизнедеятельности (в пределах от 1 до 25%);
- ФК-2 — умеренное нарушение (от 26 до 50%);
- ФК-3 — значительное нарушение (от 51 до 75%);
- ФК-4 — резкое нарушение вплоть до полной утраты функции или способности (от 76 до 100%).

В соответствии с ранжированными функциональными классами проводится экспертная оценка основных инвалидизирующих синдромов у больных с последствиями ЧМТ.

Клинико-функциональные проявления острой ЧМТ в восстановительный период, когда решается вопрос о состоянии трудоспособности, дальнейшей тактике реабилитации больного, претерпевают значительные изменения: ликворно-сосудисто-дисциркуляторные нарушения, очаговые симптомы, гипертензионные проявления, психические нарушения, ярко выраженные в острый период, исчезают или существенно смягчаются у большинства больных.

В зависимости от характера, времени возникновения, течения, влияния на социальную адаптацию клинические проявления и последствия ЧМТ могут быть разделены на три группы: дефицитарные синдромы, неврозоподобные синдромы, прочие неврологические синдромы (гипертензионный, эпилептический, вестибулярный, вегетативный синдромы).

Дефицитарные синдромы встречаются преимущественно при тяжелых, реже при среднетяжелых травмах, максимально проявляясь в их остром периоде. Дефицитарные синдромы делятся на две группы: собственно неврологические (парезы конечностей, афазии, атаксии, выпадение чувствительности, зрительные, слуховые и другие нарушения) и психопатологические (психоорганический синдром). Для данных синдромов характерен преимущественно регрессирующий (80% наблюдений), реже стационарный вариант течения в раннем и позднем восстановительном периоде ЧМТ.

Двигательные нарушения (в виде параличей и парезов) чаще всего отмечаются при тяжелой ЧМТ. При ушибах головного мозга нарушения двигательной функции конечностей в посттравматическом периоде, по результатам наших исследований, встречаются в 22–28% случаев. При ЧМТ поражается центральный двигательный нейрон, вследствие чего развиваются центральные параличи и парезы, основными чертами которых являются гипертония мышц, повышение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы и так называемые сопутствующие движения (синкинезии). У большинства больных восстановление двигательных функций начинается в течение 1–2 мес. после ЧМТ и особенно активно происходит в первые 6–12 мес., продолжаясь затем нередко на протяжении многих лет. Быстрота восстановления движений зависит от степени их нарушения в раннем периоде, времени появления первых движений. В ряде случаев процесс восстановления функций может принять затяжное течение, что обусловлено несоблюдением лечебно-охранительного режима, наличием неблагоприятных факторов труда.

В экспертной практике важное значение имеет определение степени выраженности двигательных нарушений. С целью диагностики проводится исследование общего вида, позы, походки больного, определение амплитуды движений в суставах, мышечного тонуса и мышечной силы. Объем активных движений измеряется с помощью угломера в градусах и сравнивается с объемом движений здорового человека или здоровой конечности (определяется процентное соотношение), мышечный тонус и мышечная сила измеряются в баллах и динамометрически. В качестве дополнительного инструментального метода оцениваются результаты электромиографии. При экспертной оценке степени пареза необходимо прежде всего учитывать сохранность функций руки, принимающей основное участие как во всех трудовых операциях, так и в процессах повседневной деятельности. При ЧМТ рука обычно страдает больше, чем нога, и восстановление ее функции протекает медленно.

В табл. 1.1. приводятся основные диагностические критерии при оценке степени выраженности пареза.

Характеристика степени выраженности гемипареза

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
ФК-0 нет нарушений или имеется пирамидная недостаточность	Объем движений полный, мышечная сила, мышечный тонус в норме. Возможна анизорефлексия ($D > S$, $S > D$).
ФК-1 Легкий парез	Объем движений полный, умеренное снижение мышечной силы (до 4 баллов), преодолевает силы гравитации, сопротивление действующей извне силы умеренно затруднено. Легкое повышение мышечного тонуса, анизорефлексия ($D > S$, $S > D$). Неубедительный симптом Бабинского.
ФК-2 Умеренный парез	Объем движений полный или незначительно ограничен, обычно в дистальном отделе, преодолевает силы гравитации, снижена мышечная сила (до 3 баллов), сопротивление действующей извне силе затруднено. Анизорефлексия, стойкие патологические рефлексии. Умеренное повышение мышечного тонуса: сопротивление мышц-антагонистов позволяет осуществить лишь 75% от полного объема пассивного движения в норме.
ФК-3 Значительно выраженный парез	Движения в вертикальной плоскости отсутствуют, возможны только в горизонтальной (не преодолевает силы гравитации). Мышечная сила снижена до 2 баллов, сопротивление действующей извне силе резко затруднено. Анизорефлексия резко выраженная. Клонусы стоп и патологические рефлексии четко выражены. Значительное повышение мышечного тонуса: при значительном сопротивлении исследующему удается достичь не более половины объема нормального движения в данном суставе.
ФК-4 Плегия или резко выраженный парез	Активные движения конечностей отсутствуют или возможны отдельные движения мышечных групп. Мышечная сила снижена до 0 или 1 балла. Мышечный тонус может быть резко повышен или склонность к гипотонии. Резкая анизорефлексия, патологические рефлексии, клонусы. Сопротивление мышц-антагонистов настолько велико, что исследующему не удается изменить положения сегмента конечности.

Афатические нарушения достаточно часто сопутствуют двигательным нарушениям, встречаясь при тяжелых ЧМТ в 12–20% случаев. Характер афатического синдрома зависит от локализации повреждения. В раннем восстановительном периоде этот синдром часто проявляется тотальной афазией при одновременно выраженных общемозговых нарушениях. Лишь на более поздних этапах, после исчезновения общемозговых симптомов, афазия приобретает черты локального мозгового синдрома, что проявляется в вычленении различных клинических вариантов афатического расстройства. Афатические расстройства при ЧМТ возникают вследствие поражения доминантного в отношении речевой функции полушария головного мозга, обуславливая развитие кортикальной и субкортикальной моторной и сенсорной афазий, в основе которых лежит структурное повреждение соответствующих речевых анализаторов или их проводящих путей. При ЧМТ могут наблюдаться и другие речевые расстройства (анартрия, дизартрия), при которых обычно сохранена словесная сигнализация, и которые, как правило, связаны с нарушением механизмов речи более низкого уровня.

Исследование афатических расстройств должно включать изучение всех сторон речевой деятельности: экспрессивной функции речи (собственная речь), рецептивной функции речи (понимание речи окружающих), чтения, письма, счета. Основные диагностические критерии при оценке степени выраженности афатических нарушений представлены в **табл. 1.2**.

Развивающийся в результате ЧМТ *психоорганический синдром* является результатом дезинтеграции психических функций головного мозга, в результате чего искажается восприятие, затрудняется мышление, неправильно отражается действительность, со временем происходит формирование характеропатий.

В развитии психоорганических характеропатий, проявляющихся в виде выраженного заострения отдельных черт характера, определяющую роль играют преморбидные особенности личности больных. Ключевым признаком психоорганического синдрома является и общее снижение интеллектуальных функций, характеризующееся снижением памяти, внимания, осмысливания, умозаключения, критики. Наиболее выраженная психическая картина синдрома отмечается при поражении коры лобных, нижнетеменных и отчасти височных долей, а также при диффузном поражении поверхностей обоих полушарий.

Имеющие место в остром периоде психические нарушения обычно носят регрессирующий характер, в то время как сформировавшийся в периоде последствий психоорганический синдром относится к сравнительно стойким, малообратимым нарушениям, которые под влиянием внешних неблагоприятных воздействий могут обостряться и прогрессировать.

Характеристика степени выраженности афатических нарушений

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-1 Легкие афатические нарушения</p>	<p><i>Моторная афазия.</i> Отмечается снижение способности быстро и легко подбирать слова (имеющийся в распоряжении словарный запас не затронут). Уменьшено число используемых слов. Более редкие названия вспоминаются с трудом, замедленно, затруднения при нахождении названий обнаруживаются при перечислении представителей какого-либо более общего класса или при названии общего признака. Увеличивается частота использования «избитых» фраз и слов, речевых штампов, излюбленных словосочетаний, привычных оборотов речи.</p> <p><i>Сенсорная афазия.</i> Обнаруживается неправильное выполнение серийных заданий, в то время как отдельные задания выполняются верно. Увеличение времени реакции или замедленность при выполнении заданий и восприятии словесного материала. Словесно предъявляемый материал в половине случаев плохо интерпретируется и неточно повторяется, особенно при обсуждении связанных и последовательных тем или если задания индикаторны либо двусмысленны.</p>
<p>ФК-2 Умеренно выраженные афатические нарушения</p>	<p><i>Моторная афазия.</i> Речь больного понятна окружающим, однако она замедлена, лишена выразительности, неправильное грамматическое построение речи, речь состоит главным образом из существительных в именительном падеже, иногда встречаются глаголы в неопределенной форме, много восклицаний.</p> <p><i>Сенсорная афазия.</i> Больной выполняет инструкцию средней степени сложности и некоторые сложные задания. Речь больного из-за отсутствия слухового контроля малопонятна окружающим, отмечаются литеральные и вербальные парафазии. Умеренно нарушены повторная речь, чтение и письмо.</p>

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-3 Значительно выраженные афатические нарушения</p>	<p><i>Моторная афазия.</i> Собственная речь практически отсутствует, на вопросы отвечает одним словом, в других случаях отмечаются литеральные парафазии. <i>Сенсорная афазия.</i> Больной выполняет инструкции простой и средней степени сложности. Возможно прочитывание отдельных слов. Грубо нарушен процесс письма.</p>
<p>ФК-4 Резко выраженная афазия</p>	<p><i>Моторная афазия.</i> Речь больного невозможна или сводится к единственному слову или группе слов, составляющих целую фразу, которые постоянно повторяются (речевой эмбол). Использования стереотипных «да» либо «нет»; и «да», и «нет». <i>Сенсорная афазия.</i> Больной не понимает инструкций, не выполняет простых действий. По мере восстановления может выполнять несколько простейших инструкций (закрывать и открывать глаза, открывать рот, поднимать руку).</p>

В экспертной диагностике степени выраженности психоорганического синдрома используются экспериментально-психологические исследования. Для обнаружения симптомов утомляемости, ослабления внимания, снижения темпа психической деятельности применяется корректурная проба, метод Шульце, счет по Крепелину, отсчитывание; для выявления расстройств памяти используют заучивание слов, пересказ несложных сюжетов; особенности мышления оцениваются с помощью методик раскрытия смысла пословиц, сравнения предметов и понятий; личностные особенности оцениваются в ходе клинической беседы, а при достаточной сохранности интеллекта — с помощью личностных опросников. Диагностические критерии психоорганического синдрома представлены в *табл. 1.3*.

Неврозоподобные синдромы (астенический, ипохондрический, депрессивный, неврастенический или их сочетание) наблюдаются при травмах различной степени тяжести в разные периоды ЧМТ. В большинстве случаев их первые проявления относятся к раннему периоду ЧМТ, когда при легких травмах они зачастую являются единственными клиническими синдромами, а при более тяжелых травмах сочетаются с другими синдромами. Течение неврозоподобных синдромов в раннем периоде ЧМТ регрессирующее, однако, под влиянием ряда факторов, может формироваться и ремиттирующее течение. Ремиттирующее течение, возникающее в раннем и позднем, и продолжающееся в отдаленном периоде ЧМТ, наиболее часто обусловлено соблюдением лечебно-охранительного режима, преждевременным возвращением к работе (особенно это касается профессий с неблагоприятными факторами труда), психотравмирующими ситуациями, повторными травмами и интоксикациями, ятрогениями.

Характеристика степени выраженности нарушений при психоорганическом синдроме

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-1 Легкий психоорганический синдром</p>	<p>Наличие неврозоподобной симптоматики в виде повышенной возбудимости, раздражительности, ранимости, слабодушие (выявляемое под влиянием сильных эмоциональных воздействий), внутреннее напряжение, повышенная гиперестезия (непереносимость резких звуков радио, телевизора). Легкое снижение концентрации и переключаемости внимания. Эмоциональная лабильность, легкое заострение черт характера, легкое снижение интеллектуальных и мнемонических способностей. Сохранность критики, позволяющая больным компенсировать возникшие нарушения (использование в работе записных книжек, сложившихся стереотипов).</p>
<p>ФК-2 Умеренный психоорганический синдром</p>	<p>Выраженная эмоциональная лабильность, раздражительность, амбивалентный переход от благодушия к озлобленности. Умеренное снижение показателей внимания и восприятия. Быстрая истощаемость мыслительных процессов, повышенная утомляемость, низкая продуктивность деятельности. Ригидность и обстоятельность мышления, снижение способности к абстрагированию. Выраженное нарушение памяти (преимущественно в воспроизведении недавних событий). Снижение критики к своему состоянию.</p>

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
ФК-3 Выраженный психоорганический синдром	Эмоциональное притупление, сужение круга интересов. Выраженное заострение отдельных черт характера. Значительное сужение круга интересов, отсутствие мотивации к целенаправленной деятельности. Значительное снижение показателей внимания, памяти, восприятия, интеллекта. <u>Выраженная ригидность мышления.</u>
ФК-4 Резко выраженный психоорганический синдром	Наличие выраженной деструктивно-органической симптоматики в виде резкой истощаемости психических процессов, резких нарушений интеллектуальных и мнемонических способностей, утраты прежних знаний и навыков, утрата критических способностей, аффективные расстройства (расторможенность, дезорганизация поведения или падение уровня активности), нивелировка черт личности.

Формирование невротоподобных синдромов определяется наличием трех групп факторов: структурой инициального посттравматического периода (изменение реактивности различных систем организма после травмы, состояние психоэмоционального напряжения, аномальная личностная реакция, возникающая по механизму психической гипертензии); особенностями индивидуального онтогенеза (условия воспитания, наличие резко выраженных черт в преморбидной личности); социальным функционированием личности после травмы. В зависимости от сочетания приведенных факторов формируются те или иные невротоподобные синдромы, в основе которых лежит непосредственно посттравматический астенический синдром, ключевым признаком которого является повышенная утомляемость. Астеноневротический синдром характеризуется сочетанием астенических и аффективных проявлений (эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость, вспыльчивость, обидчивость); астеноипохондрический синдром характеризуется сосредоточением внимания больного на своих болезненных ощущениях, стремлением к их анализу, неуверенностью; астеноорганический синдром отличается тем, что кроме астенических проявлений включает снижение интеллектуальных и мнемонических способностей личности, ригидность мыслительных процессов.

В практике медико-социальной экспертизы оценка степени выраженности невротоподобных синдромов базируется на результатах экспериментально-психологического исследования. Наши исследования показали, что наиболее значимым диагностическим признаком в разграничении степени выраженности невротоподобных синдромов является количественная оценка астении, которая определяется по показателям состояния внимания (с помощью таблиц Шульце, корректурной пробы Бурдона — Анфилова). Диагностические критерии степени выраженности астенических расстройств представлены в **табл. 1.4**.

Характеристика степени выраженности астенических нарушений

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-1 Легкие астенические нарушения</p>	<p>Бедность субъективных симптомов. При пробе с таблицами Шульце: высокая степень вработываемости, достаточный темп работы на протяжении всей пробы, достаточная концентрация внимания, отсутствие пропусков цифр, не возникающее или незначительное утомление к концу пробы. При корректурной пробе (вариант Бурдона — Анфилова) имеет место повышение точности работы к началу второй минуты без существенного изменения ее скорости, стабилизация количества ошибок ко 2-й минуте с последующим снижением; темп работы до 5-й минуты не меняется, некоторое нарастание скорости на 5-й минуте. Ошибки сводятся в основном к нарушению дифференцировки при вычеркивании знаков.</p>
<p>ФК-2 Умеренные астенические нарушения</p>	<p>Качественное разнообразие субъективных симптомов. При пробе с таблицами Шульце: средняя степень вработываемости, темп работы снижается к середине пробы, пропуски цифр возникают к середине выполнения пробы и значительно увеличиваются к ее окончанию, плавно нарастающее утомление от начала работы. При корректурной пробе (вариант Бурдона — Анфилова) отмечается снижение продуктивности деятельности, повышение точности работы на 2-й минуте со снижением ее скорости; стабилизация количества ошибок и темпа деятельности на 2-й минуте. Характер ошибок сводится в основном к нарушению дифференцировки при вычеркивании букв, редко встречаются пропуски знаков.</p>

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-3 Выраженные астенические нарушения</p>	<p>Насыщенность и относительная стабильность субъективных симптомов. При пробе с таблицами Шульце: замедление периода вработываемости, многочисленные пропуски цифр, быстро развивающееся утомление с начала времени работы. При корректурной пробе (вариант Бурдона — Анфилова) отмечается замедление темпа корректуры с самого начала работы; нарастание количества ошибок, несмотря на тенденцию к уменьшению просматриваемых знаков. Характер ошибок сводится к нарушению дифференцировки при вычеркивании букв наряду с высокой частотой пропусков знаков.</p>

Гипертензионный синдром в большинстве случаев проявляется в остром периоде тяжелых и среднетяжелых травм и имеет регрессирующее течение. В некоторых случаях синдром может возникнуть в связи с нарушением ликвороциркуляции в позднем периоде ЧМТ и иметь прогрессирующее течение. Гипертензионный синдром редко выступает в качестве самостоятельной и ведущей причины инвалидности, обычно сочетаясь с вегетативно-сосудистыми, вестибулярными, астеническими нарушениями.

Диагностика гипертензионного синдрома включает анализ частоты, характера, продолжительности гипертензионных кризов: тип течения заболевания, сочетание с другими дезадаптирующими синдромами, наличие осложнений со стороны органа зрения. В качестве инструментальных методов экспертной диагностики используются краниография, эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), компьютерная томография (КТ) головного мозга, при которых оценивается степень гидроцефально-гипертензионных проявлений, офтальмологическое исследование. Диагностические критерии при оценке степени выраженности гипертензионного синдрома представлены в [табл. 1.5](#).

Характеристика степени выраженности нарушений при гипертензионном синдроме

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-1 Легкий гипертензионный синдром</p>	<p>Наличие «гипертензионных» жалоб, возможны редкие (4–5 раз в год) легкие гипертензионные кризы (не всегда сопровождающиеся рвотой, умеренная вегетативная симптоматика во время криза). Ремиттирующий тип течения, легкие гипертензионные изменения (по данным КТ).</p>
<p>ФК-2 Умеренный гипертензионный синдром</p>	<p>Средней частоты (1–2 раза в месяц) умеренно выраженные гипертензионные кризы (сопровожающиеся тошнотой, рвотой), сочетающиеся с вестибулярными расстройствами (во время криза и в межприступный период). Умеренные гипертензионно-гидроцефальные изменения (по данным ЭхоЭГ, КТ), наличие изменений дисков зрительных нервов (при офтальмоскопии).</p>
<p>ФК-3 Выраженный гипертензионный синдром</p>	<p>Частые (3–4 и более раз в месяц) тяжелые гипертензионные кризы, ремиттирующий или прогрессирующий тип течения. Грубые нарушения функций зрения, вестибулярно-мозжечковые расстройства. Выраженные гипертензионно-гидроцефальные изменения (по данным ЭхоЭГ, КТ), выраженные изменения при офтальмоскопии (застойные диски зрительных нервов, изменения полей зрения).</p>

Эпилептический синдром в большинстве случаев возникает в первые два года после тяжелых травм: обширных ушибов мозга, особенно сопровождающихся внутримозговыми (субарахноидальными и др.) кровоизлияниями. Припадки, отмечающиеся в первые дни после травмы, в большинстве случаев не повторяются, в то время как появившиеся в более поздние сроки рецидивируют и прогрессируют. Структура эпилептического синдрома в периоде последствий ЧМТ зависит от многих причин: характера и вида травмы, осложнений, преморбидных, конституциональных особенностей личности, эндогенных факторов и др. В клинической картине эпилептического синдрома на первый план выступают генерализованные, большие, тонико-клонические припадки. Наряду с общими судорожными припадками могут возникать джексоновские приступы, малые припадки (абсансы), психические эквиваленты.

Экспертная диагностика эпилептического синдрома основывается на анализе клинической картины заболевания, при этом характер и частота припадков должны быть подтверждены медицинскими наблюдениями. Для подтверждения эпилептических припадков и их дифференциации возможно использование электроэнцефалографии (ЭЭГ). Применение при ЭЭГ различных нагрузок способствует уточнению функционального состояния головного мозга (особенно в тех случаях, когда на ЭЭГ покоя пароксизмальной активности не выявляется). В случае выявления в ЭЭГ покоя эпилептической активности (в виде высокоамплитудных пароксизмов в ритме спайк-волна, генерализованных высокоамплитудных пароксизмов в дельта- и тета-ритмах, генерализованных высокоамплитудных острых волн, спайков и пиков, выраженных обычно в виде групповых разрядов) функциональные нагрузки не рекомендуются. Вместе с тем, необходимо помнить, что ЭЭГ не всегда может оказаться информативной.

При экспертной оценке степени выраженности нарушений необходимо учитывать не только частоту и характер припадков, но и течение процесса (регрессирующий, медленно прогрессирующий), наличие изменений личности (по посттравматическому астеноорганическому или эпилептическому типу). Диагностические критерии степени выраженности эпилептического синдрома представлены в **табл. 1.6.**

Характеристика степени выраженности нарушений при эпилептическом синдроме

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
ФК-1 Легкие нарушения	Редкие генерализованные (1 раз в месяц) приступы; регрессирующий тип течения; отсутствие изменений личности (определяемое при экспериментально-психологическом исследовании). В большинстве случаев отсутствие пароксизмальной активности при ЭЭГ покоя, в 50% случаев появление пароксизмальной активности при нагрузочных пробах.
ФК-2 Умеренно выраженные нарушения	Средней частоты (3–4 раза в месяц) приступы, редкие психические эквиваленты; медленно прогрессирующий или стационарный тип течения; легкие изменения личности по посттравматическому астеническому типу. Наличие пароксизмальной активности (в 50% случаев) при ЭЭГ покоя, усиливающейся или появляющейся при нагрузочных пробах.
ФК-3 Значительно выраженные нарушения	Частые большие (свыше 4 в месяц) или очень частые малые судорожные припадки, медленно прогрессирующий тип течения; умеренные изменения личности по посттравматическому астеноорганическому типу. Наличие пароксизмальной активности (в большинстве случаев) при ЭЭГ покоя.
ФК-4 Резко выраженные нарушения	Частые припадки или эпилептические статусы, выраженные и частые психические эквиваленты, быстро прогрессирующий тип течения; выраженные изменения личности по посттравматическому астеноорганическому и эпилептоидному типу (вплоть до слабоумия).

Вестибулярный синдром наблюдается у 15–20% больных, перенесших ЧМТ. Как правило, данный синдром более выражен в восстановительном периоде ЧМТ и имеет регрессирующий характер течения. Вместе с тем, у части больных вестибулярный синдром носит ремиттирующий характер, нередко возникая в периоде последствий ЧМТ, когда более выраженная дефицитарная симптоматика постепенно нивелируется. Возникновение вестибулярных расстройств в этих редких случаях связано с наследственно-конституциональной несостоятельностью церебральных вегетативных структур. В подавляющем большинстве вестибулярный синдром сочетается с другими нарушениями: вегетативными, неврозоподобными. В ряде исследований отмечено, что лица, страдающие вестибулярными пароксизмами, характеризуются наличием тревожно-фобических нарушений с преобладанием фобий типа «страх высоты», сочетающихся с другими фобиями на фоне высокого уровня личностной тревожности, интровертированного типа личности с признаками эмоциональной неустойчивости, акцентуации личности по истероидному и психастеническому типам.

Диагностика вестибулярных расстройств включает анализ частоты, характера, продолжительности вестибулярных пароксизмов, признаков вестибулярной лабильности (плохая переносимость духоты, качелей, транспорта, неприятные ощущения и страх при взгляде с высоты, наличие вестибулярного головокружения), наличия вегетативной дисфункции, неврозоподобных расстройств, состояния в межприступный период. В качестве инструментальных методов экспертной диагностики (вестибулометрия) используются битемпоральная калорическая проба, классическая вращательная проба Барани и дозированная вращательная проба (с целью определения нистагменного и сенсорного порогов возбудимости вестибулярных структур с регистрацией электронистагмограммы). Диагностические критерии при оценке степени выраженности вестибулярных расстройств представлены в **табл. 1.7.**

Вегетативные нарушения являются одним из распространенных синдромов последствий ЧМТ (частота вегетативных нарушений варьирует от 29% до 62%), что определяется высокой частотой поражения при ЧМТ различных звеньев лимбической системы, включающей в себя и надсегментарные вегетативные образования. Основными проявлениями данного синдрома являются вегетовисцеральные пароксизмы смешанного, реже симпатoadреналового либо вагоинсулярного типа.

*Характеристика степени выраженности
вестибулярных нарушений*

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-1 Легкий вестибулярный синдром</p>	<p>Редкие (1 раз в месяц) и легкие приступы головокружения (продолжительность до 10 мин), несопровождающиеся вегетативно-сосудистыми реакциями. Отсутствие неврозоподобной симптоматики. Наличие признаков вестибуляторной лабильности (вестибулярных жалоб) в межприступном периоде. Практически нормальные показатели при вестибулометрии.</p>
<p>ФК-2 Умеренный вестибулярный синдром</p>	<p>Средней частоты (2–3 раза в месяц), средней тяжести приступы головокружения (продолжительностью более 10 мин), сопровождающиеся вегетативно-сосудистыми реакциями. Наличие легких (или умеренных) вегетативных и неврозоподобных нарушений в межприступный период. Умеренное изменение показателей при вестибулометрии.</p>
<p>ФК-3 Выраженный вестибулярный синдром</p>	<p>Частые (4 и более раз в месяц) и тяжелые приступы головокружения, сопровождающиеся выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями. Выраженные неврозоподобные (вегетативные) нарушения в межприступный период. Выраженные изменения показателей при вестибулометрии.</p>

Экспертная диагностика вегетативных нарушений базируется на клинко-инструментальном подходе, сущность которого составляет функциональное динамическое исследование вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности. Исследование вегетативного тонуса проводится на основании жалоб, данных анамнеза, результатов объективного осмотра, расчета специальных вегетативных показателей (индекс Кердо, минутный объем крови и др.). Исследование вегетативной реактивности проводится с использованием фармакологических, физических и других методов. Однако наиболее важным компонентом является определение вегетативного обеспечения деятельности (используется моделирование физической деятельности — велоэргометрия, дозированная ходьба; умственно-эмоциональной деятельности — информационная проба). Диагностические критерии при оценке степени выраженности вегетативных нарушений представлены в **табл. 1.8**.

Характеристика степени выраженности вегетативных нарушений

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-0 Незначительные вегетативные нарушения</p>	<p>Наличие редких (1–2 в месяц) или средней частоты (1–2 в неделю) легких вегетативных кризов. Отсутствие изменений по данным информационной пробы.</p>
<p>ФК-1 Легкие вегетативные нарушения</p>	<p>Наличие частых (2–3 в день) легких, редких (1 в неделю) или средней частоты (1–2 в неделю) умеренных, редких (1–3 в месяц) выраженных вегетативных кризов. Легкие кризы характеризуются моносистемным проявлением с заинтересованностью сердечно-сосудистой системы; продолжительность до 10 мин, кризы проходят самостоятельно; в межприступный период больные жалоб не предъявляют. При проведении информационной пробы имеет место нерезко выраженная гипертензивная реакция (систолическое и диастолическое АД не превышает 15 мм рт. ст., а ЧСС 15–17 ударов в минуту); адекватная реакция артериального давления и частоты сердечных сокращений в процессе тестирования. Восстановление АД на первой минуте отдыха. Коэффициент информационной переработки более 50%. Отсутствие жалоб во время тестирования.</p>

Вид и степень нарушений	Характеристика нарушений
<p>ФК-2 Умеренные вегетативные нарушения</p>	<p>Наличие частых (3 и более в неделю) умеренно выраженных, средней частоты (4–8 в месяц) выраженных вегетативных кризов. Умеренные вегетативные кризы характеризуются полисистемными проявлениями с вовлечением сердечно-сосудистой и дыхательной, реже других систем, продолжительность криза от 10 до 40 мин, купируются таблетированными препаратами, в межприступный период имеют место субъективные полисистемные проявления. При проведении информационной пробы имеет место умеренно выраженная гипертензивная реакция или дистоническая по гипотоническому типу, колебания АД 15–20 мм рт. ст., возвращение АД к норме на 2–3-й минуте отдыха. Коэффициент информационной переработки 40–50%. Отдельные жалобы во время и после тестирования.</p>
<p>ФК-3 Выраженные вегетативные нарушения</p>	<p>Наличие частых выраженных (2 и более в неделю) вегетативных кризов, характеризующихся полисистемностью проявлений, продолжительностью более 40 мин, приступы купируются препаратами в инъекционной форме, в межприступный период имеют место объективные полисистемные проявления. При проведении информационной пробы имеет место выраженная гипертензивная или дистоническая реакция, колебание АД более 20 мм рт. ст. Подъем давления максимален на первой минуте, сохраняется на протяжении всей нагрузки и длительно после ее окончания. Коэффициент информационной переработки менее 40%. Разнообразные многочисленные жалобы во время и после тестирования.</p>

2. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В соответствии с современной концепцией инвалидности, базирующейся на трехмерной модели ВОЗ «болезнь-ограничение жизнедеятельности-социальная недостаточность» и рассматривающей последствия болезни (травмы) на трех уровнях (органный, организменный, социальный), ограничение жизнедеятельности у больного с последствиями ЧМТ представляет собой невозможность участвовать в повседневной деятельности в обычном для здорового человека объеме, что воздвигает барьер в среде обитания больного и ставит его в невыгодное положение по сравнению со здоровым.

У больных с последствиями ЧМТ в большинстве случаев наблюдается сочетание различных функциональных нарушений. Учитывая, что каждая из категорий жизнедеятельности реализуется при участии многих органов и систем, роль которых в формировании отдельных способностей неравнозначна, у больных часто имеет место сочетанное ограничение различных категорий жизнедеятельности, требующее дифференцированной оценки. В практике МСЭ необходимо учитывать, какое из ограничений способностей имеет место в первую очередь (и следовательно приводит к социальной недостаточности и инвалидности), и какое имеет второстепенное (дополнительное) значение в формировании социальной дезадаптации. Зависимость ограничений жизнедеятельности (степени их выраженности) от вида (степени выраженности) функциональных нарушений представлена в **табл. 2.1**. Как следует из данных табл. 2.1. каждый вид функциональных нарушений влияет на способность к участию в профессиональной деятельности, влияние же на другие категории жизнедеятельности обусловлено спецификой функциональных нарушений. Ниже нами рассмотрено влияние функциональных нарушений на каждую из категорий жизнедеятельности у больных с последствиями ЧМТ.

Способность к передвижению — способность эффективно передвигаться в своем окружении (ходить, бегать, преодолевать препятствия, пользоваться личным и общественным транспортом и др.) — непосредственно ограничивается преимущественно у больных с двигательными нарушениями и косвенно затруднена (из-за ограничения других сторон жизнедеятельности) у больных с другими резко выраженными функциональными нарушениями.

Легкое снижение способности к передвижению отмечается у больных с легким монопарезом. Снижение мобильности проявляется в незначительном затруднении передвижения по плоской местности на длительные расстояния или в ускоренном темпе ходьбы, неспособности ходить по пересеченной местности (преодолевать препятствия). Периодическое нарушение мобильности может быть обусловлено как изменившимся состоянием функциональных систем организма, так и влиянием внешней среды. Воздействие средовых факторов проявляется в ограничении мобильности в темное время суток при сопутствующих координаторных нарушениях, снижении мышечно-суставного чувства, затруднении передвижения в зимнее время из-за неудовлетворительного состояния дорожного покрытия.

Умеренное снижение способности к передвижению отмечается у больных с умеренным нижним монопарезом, гемипарезом. Снижение мобильности проявляется в затруднении передвижения по плоской местности, невозможности бегать и преодолевать препятствия, подниматься и спускаться по лестнице в обычном темпе, затрудняется контроль за движением ног. При этом ограниченно сохранена способность пользоваться общественным транспортом, передвигаться пешком в пределах микрорайона и небольшого населенного пункта. Умеренное ограничение мобильности встречается также при зрительных нарушениях (гемианопсии без нарушения центрального зрения), умеренных координаторных расстройствах, резко выраженных эпилептическом, вестибуляторном синдромах, резко выраженной афазии, резко выраженном психоорганическом синдроме. При этом нарушение мобильности обусловлено снижением способности к ориентации (зрительные нарушения), общению (афатические нарушения) и контролю за своим поведением (психоорганический синдром).

Значительное снижение способности к передвижению отмечается у больных с выраженным нижним парезом, гемипарезом, моноплегией нижней конечности, при выраженных координаторных нарушениях. Снижение мобильности проявляется в значительном затруднении передвижения по плоской местности: больные испытывают трудности при подъеме по лестнице даже в замедленном темпе, снижается способность принимать и поддерживать некоторые позы (перенос центра тяжести на паретичную конечность при подъеме по лестнице). Значительно затрудняется контроль за движением ног: снижается автоматизм движения, произвольные движения требуют контроля сознания. Больные испытывают трудности при пользовании общественным транспортом: затруднена посадка и высадка из транспорта (особенно в тех типах автобусов, где подножка расположена выше 50 см от уровня дороги или бордюра), передвижение в общественном транспорте на длительные расстояния (общее время поездки больше 15 мин) возможно только в положении сидя. Сохранена возможность передвижения только в пределах квартала, небольшого микрорайона, однако больные могут быть приспособлены и к более дальним передвижениям с помощью вторых лиц или вспомогательных средств.

Резкое снижение способности к передвижению отмечается у больных с резко выраженным гемипарезом, гемиплегией. Передвижение возможно при наличии вспомогательных технических средств (кресло-коляска комнатная или прогулочная), а также приспособленности непосредственного окружения инвалида (наличие лифта, пандуса); возможно передвижение и на более длительные расстояния (в пределах подъезда, двора) при помощи других лиц.

Способность к самообслуживанию — способность эффективно участвовать в повседневной бытовой деятельности и удовлетворять потребности без помощи других лиц — непосредственно ограничивается у больных с двигательными нарушениями, опосредованно (из-за ограничения других сторон жизнедеятельности) у больных с другими резко выраженными функциональными нарушениями.

Легкое снижение способности к самообслуживанию отмечается у больных с легким монопарезом верхней конечности, легким гемипарезом, однако способность действовать руками и ухаживать за собой сохранена.

Умеренное снижение способности к самообслуживанию отмечается у больных с умеренным монопарезом ведущей верхней конечности, гемипарезом, выраженным монопарезом руки с преимущественным снижением силы в дистальных отделах, при выраженных координаторных нарушениях. Ограничение способности к самообслуживанию заключается в легком снижении способности действовать руками и владеть телом при решении повседневных бытовых задач при сохранности способности ухаживать за собой. Снижение способности действовать руками связано с трудностями при захватывании и удержании тяжелых предметов, при этом сохранена способность манипулировать пальцами, поднимать предметы с пола, протягивать руку и тянуться за предметами, передвигать предмет. Снижение способности владеть телом при решении повседневных бытовых задач обусловлено некоторыми трудностями при выполнении ежедневных домашних обязанностей: заправка постели, уборка, стирка, приготовление пищи, мытье посуды, однако способность регулировать окружающую среду (закрывать двери, окна и др.) сохранена. Умеренное снижение способности к самообслуживанию отмечается также при резко выраженной афазии (за счет ограничения или невозможности общения), гемианопсии с нарушением центрального зрения (за счет снижения способности к ориентации), при частых эпилептических припадках с умеренными и выраженными изменениями психики (за счет ограничения ориентации, контроля за своим поведением).

Значительное снижение способности к самообслуживанию отмечается у больных с выраженным гемипарезом, пlegией одной руки, выраженным парезом ведущей руки в сочетании с умеренным парезом второй. Ограничение способности к самообслуживанию заключается в значительном снижении способности действовать руками, владеть телом при решении повседневных бытовых задач, а также умеренном снижении способности ухаживать за собой. Снижение способности действовать руками связано с трудностями при фиксации предметов и удерживании их (вне зависимости от веса предмета), при перемещении предметов, доставании их с полки, расположенной выше уровня плеч, поднимании предметов с пола. Снижение способности владеть телом при решении повседневных бытовых задач обусловлено ограничением возможности полноценно и качественно выполнять домашние обязанности и регулировать окружающую среду (закрывать двери, окна, замки; пользоваться спичками, бытовыми приборами). Умеренно снижается способность ухаживать за собой: принимать ванну (трудности в мытье тела), одеваться (трудности при застегивании замков-молний, шнуровки ботинок). Значительное снижение способности к самообслуживанию имеет место при выраженном психоорганическом синдроме.

Резко выраженное снижение способности к самообслуживанию отмечается у больных с резко выраженным гемипарезом, гемиплегией, верхним резко выраженным парапарезом, параплегией, при резко выраженном психоорганическом синдроме. Ограничение способности к самообслуживанию заключается в резко выраженном снижении или полной утрате способности действовать руками, владеть телом при решении повседневных бытовых задач, а также ухаживать за собой. Снижение способности действовать руками связано с резким ограничением или невозможностью манипулирования пальцами, захватывать и удерживать предметы, доставать с полки или поднимать с пола, передвигать (толкать) предмет. Снижение способности владеть телом при решении повседневных бытовых задач обуславливает невозможность вести независимое существование и регулировать окружающую среду. Резко снижается или полностью утрачивается способность ухаживать за собой: соблюдать личную гигиену (умываться, чистить зубы, бриться, причесываться), одеваться (одевать носки, чулки, обувь, платье), больные испытывают значительные трудности при приеме пищи, затруднены естественные отправления.

Способность к ориентации — способность самостоятельно ориентироваться в пространстве и времени, иметь осведомленность об окружающих предметах — ограничивается преимущественно у больных с нарушениями зрения и слуха. Однако при последствиях ЧМТ может наступать опосредованное нарушение ориентации при нарушениях психической деятельности (психоорганический синдром), афатических расстройствах (сенсорная афазия).

Умеренное снижение способности к ориентации отмечается у больных со значительно выраженной сенсорной афазией, гемианопсией (без нарушения центрального зрения), выраженным психоорганическим синдромом. Трудности в ориентации при афатических нарушениях связаны с выраженным снижением способности понимать информацию высокой степени сложности, исходящую от субъектов и объектов, окружающих больного. Затруднения ориентации при психоорганическом синдроме обусловлены снижением способности понимать, интерпретировать и справляться с ситуацией. В умеренной или выраженной степени снижается способность воспринимать, понимать отношения между людьми, в ряде случаев может возникать ложная интерпретация связей между субъектами и объектами, расстраивается способность выполнять повседневные действия в специфических ситуациях.

Значительное снижение способности к ориентации отмечается у больных со значительно выраженной афазией (преимущественно сенсорной), гемианопсией с нарушением центрального зрения, при резко выраженном психоорганическом синдроме. Нарушение ориентации может быть обусловлено ограничением способности понимать смысл словесных сообщений (при сенсорной афазии), а также понимать информацию средней степени сложности, исходящую от субъектов, окружающих больного (при психоорганических расстройствах). При психоорганическом синдроме также значительно снижена способность понимать, интерпретировать и справляться с ситуацией, затруднена или невозможна правильная идентификация людей или объектов.

Способность к общению — способность устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения — снижается у больных с афатическими нарушениями. Косвенно способность к общению затрудняется у больных с выраженными зрительными нарушениями.

Легкое снижение способности к общению отмечается у больных с умеренной моторной и легкой сенсорной афазией. При моторной афазии затруднения в общении возникают из-за снижения речевой активности, ограничения устной речи, бедности активного словаря, неправильного грамматического построения речи. У больных с сенсорной афазией ограничения речевой коммуникации обусловлены трудностями в понимании сложных, развернутых грамматических конструкций и соответственно в замедлении реагирования на воспринимаемое событие.

Умеренное снижение способности к общению имеет место у больных со значительной моторной афазией (примитивность фразовых конструкций, аграмматизмы, использование отдельных слов или литеральных парафазий) и умеренной сенсорной афазией (затруднено понимание сложных видов речи, ошибки в осмыслении).

Значительное снижение способности к общению отмечается у больных с резко выраженной или полной моторной афазией (резкое нарушение устной речи, использование жестов и мимики) и значительно выраженной сенсорной афазией (крайне ограничен объем понимания речи, выполнение простых заданий и инструкций).

Резкое снижение способности к общению имеет место у больных с резко выраженной сенсорной афазией и связано с отсутствием понимания речи.

Способность к адекватному поведению — способность осознавать себя, окружающих людей и объекты, интерпретировать ситуацию и адекватно реагировать на нее, вести себя в соответствии с морально-этическими и правовыми нормами среды обитания — нарушается у больных с невротоподобными и психоорганическим синдромами.

Легкое снижение способности к адекватному поведению отмечается у больных с умеренными невротоподобными синдромами, при легком психоорганическом синдроме. Снижение способности проявляется в периодическом нарушении поведения, не соответствующем ситуации (т.е. являющимся неуместным в данном месте, в данное время и при данной стадии зрелости в соответствии с возрастом, полом и уровнем полученного образования). У больных снижается способность справляться с ситуацией в повседневной деятельности (в условиях средних, реже слабых психотравмирующих раздражителей); незначительно снижается способность к получению, усвоению и переработке профессиональной информации; незначительно снижается способность к адекватному выполнению семейной роли; снижается мотивация к профессиональной деятельности.

Умеренное снижение способности к адекватному поведению отмечается у больных со значительно выраженными невротоподобными синдромами, умеренном психоорганическом синдроме. У больных отмечается снижение способности производить адекватное впечатление на окружающих в ситуациях общения (выражающееся в отклонении от общепринятых норм поведения); незначительно снижается способность правильно понимать, интерпретировать и справляться с ситуациями в повседневной жизни; значительно снижается способность к полноценному участию в домашних делах; умеренно затрудняется выполнение профессиональной роли (участие в общепринятом графике работы, организации рабочего дня).

Значительное снижение способности к адекватному поведению отмечается у больных со значительно выраженным психоорганическим синдромом. При этом отмечается снижение личной чистоплотности, несколько затруднено адекватное определение своего местоположения в пространстве (реже во времени), имеют место затруднения в правильной идентификации людей или объектов, снижение способности соблюдать личную безопасность в окружающей среде. Значительно снижается способность правильно понимать, интерпретировать и справляться с ситуациями в повседневной жизни, значительно снижается мотивация к выполнению своей повседневной деятельности и социальной роли.

Резкое снижение способности к адекватному поведению отмечается у больных с резко выраженным психоорганическим синдромом: затруднена способность правильно осознавать себя, имеет место неспособность ориентации в образе тела, личная нечистоплотность, невозможность адекватно определять свое местоположение во времени и пространстве, идентифицировать людей и объекты, невозможность соблюдать личную безопасность.

Способность к трудовой деятельности — способность, позволяющая реализовывать трудовую занятость в определенной сфере производства в соответствии с требованиями к содержанию и объему производственной среды — является одним из наиболее часто встречающихся ограничений жизнедеятельности. Вместе с тем, четкие параллели между степенью выраженности дезадаптирующего синдрома и степенью снижения способности к трудовой деятельности отсутствуют, варьирование параметров может осуществляться в пределах одного-двух функциональных классов, что зависит от особенностей профессии, специальности, квалификации, особенностей производства, степени утраты профессионально значимых функций и качеств, возможности переобучения и (или) рационального трудоустройства и т.д. В табл. 2.1. были представлены общие закономерности снижения способности к трудовой деятельности у больных с различными видами (степенью) функциональных нарушений.

Легкое снижение способности к трудовой деятельности наблюдается при незначительном снижении профессионально значимых функций и качеств, когда больные могут продолжать труд в обычных производственных условиях с небольшими изменениями в условиях труда в зависимости от особенностей производства (освобождение от ночных смен, командировок, дополнительные перерывы в работе без ограничения объема работ).

Умеренное снижение способности к трудовой деятельности наблюдается при умеренном снижении профессионально значимых функций и качеств. Отмечается необходимость значительного изменения профессионального труда, выполняемого в обычных производственных условиях (проявляющееся в необходимости снижения квалификации, ограничении объема профессиональной деятельности).

Значительное снижение способности к трудовой деятельности наблюдается при значительном снижении профессионально значимых функций и качеств, когда больные могут выполнять труд только в специально созданных условиях.

3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

3.1. Экспертиза временной нетрудоспособности

В целях предупреждения осложнений в различные периоды ЧМТ важным является соблюдение оптимальных сроков временной нетрудоспособности (ВН).

Оптимальным является минимальный срок ВН, необходимый для компенсации состояния при травмах различной тяжести, ранее которого выписка больных на работу противопоказана. На основании клинических наблюдений и с учетом данных литературы, нами были разработаны оптимальные (минимальные) сроки ВН при различных травмах (табл.3.1.).

*Оптимальные (минимальные) сроки ВН
при различных травмах*

	Стационарный этап		Амбулаторный этап	Общий минимальный срок ВН
	постельный режим	режим активации	режим адаптации	
Сотрясение головного мозга с незначительными проявлениями	4–5 дней	3–4 дня	3–6 дней	не менее 10–15 дней
Сотрясение головного мозга с более выраженными проявлениями	7–15 дней	5–7 дней	7–12 дней	3–4 недели
Легкий ушиб головного мозга	10–14 дней	7–10 дней	10–12 дней	4–5 недель
Ушиб головного мозга средней тяжести, подострое хроническое сдавление мозга	2–3 недели	8–10 дней	3–4 недели	1,5–2 месяца
Тяжелый ушиб мозга и острое сдавление мозга	3–4 недели	2–3 недели	1–2 месяца	2,5–3 месяца

3.2. Критерии определения инвалидности

В соответствии с положениями современной концепции инвалидности, инвалидность представляет собой социальную недостаточность, обусловленную ограничением жизнедеятельности вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, которая вызывает необходимость применения регулярных мер социальной защиты. Социальная недостаточность (дезадаптация) отражает обусловленную нарушением функций и ограничением жизнедеятельности неспособность человека выполнять обычную для его положения роль в жизни (с учетом возраста, пола, места жительства, образования и др.).

Основанием для определения первой группы инвалидности являются последствия ЧМТ, при которых возникает зависимость от постоянной посторонней помощи или ухода вследствие резко выраженного ограничения жизнедеятельности, приводящего к социальной недостаточности. Первая группа инвалидности устанавливается больным с резко выраженными двигательными нарушениями (гемиплегия, резко выраженный гемипарез), резко выраженными афатическими нарушениями, резко выраженным психоорганическим синдромом, при которых, в первую очередь, имеет место резкое ограничение самообслуживания и возникает зависимость от постоянной посторонней помощи и ухода.

Вторая группа инвалидности устанавливается больным со значительно выраженными очаговыми синдромами (двигательные нарушения, афазии, психоорганический синдром), значительно выраженным гипертензионным, эпилептическим синдромами, при которых имеет место значительно выраженное ограничение жизнедеятельности.

Третья группа инвалидности устанавливается больным с умеренно выраженными очаговыми синдромами (двигательные нарушения, психоорганический синдром), значительными и резко выраженными неврозоподобными нарушениями, умеренном эпилептическом и гипертензионном синдромах, значительно и умеренно выраженными вегетативными и вестибулярными нарушениями, при которых отмечаются умеренно выраженные ограничения жизнедеятельности.

Следует отметить, что у больных с последствиями ЧМТ часто имеет место сочетание нескольких синдромов, приводящих к ограничению различных категорий жизнедеятельности, или в рамках отдельного синдрома могут также неоднозначно ограничиваться отдельные категории жизнедеятельности. В этих случаях для практики МСЭ и оценки социальной недостаточности производится выявление ограничения одной из категорий жизнедеятельности, которая вызывает наибольшую социальную недостаточность и соответственно по этой категории определяется тяжесть (группа) инвалидности.