

2. Начало восстановленного лечения и необходимых профилактических мероприятий в первые месяцы после инсульта позволяет предотвратить развитие контрактур.

3. Повторные курсы двигательной реабилитации в позднем периоде для больных, уже прошедших полноценный курс восстановительного лечения, малоэффективны.

4. Раннее начало речевой реабилитации более эффективно, оно позволяет предотвратить фиксацию патологических симптомов, однако в этом случае сроки начала лечения не имеют такого определяющего значения, как у больных двигательными нарушениями.

5. Восстановительное лечение больных с афазией должно быть длительным и проводиться в течение первых 2–3 лет после инсульта.

Наиболее эффективны повторные курсы речевой реабилитации больных с умеренной степенью речевых нарушений.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Дзяк Л. А., Цуркаленко Е. С. Инсульт у молодых пациентов. Здоровье Украины. 2009; 5: 12–15.
2. Johnston M. V., Keister M. Early rehabilitation for stroke patients: a new look. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1984; 65 (8): 437–441.
3. Столяров Л. Г., Кадыков А. С., Голланд Э. Б. Принципы организации восстановительного лечения неврологических больных // Вопросы организации восстановительного лечения больных и инвалидов. М., 1982: 14–20.
4. Kotila M., Waltimo O., Niemi M.-L. et al. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. Stroke 1984; 15 (6): 1039–1044.
5. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В., Черникова А. А. и др. Продолжительность двигательной и речевой реабилитации после инсульта. Невролог вестн. 1994; 26 (3–4): 18–21.
6. Henley S., Petits S., Todd-Pokropek A., Tapper A. Predictive factors in stroke recovery. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1985; 48 (1): 1–6.
7. Brandstater M. E. An overview of stroke rehabilitation. Stroke 1990; 21, Suppl. II: 40–42.
8. Feigensohn J. S. Stroke rehabilitations: effectiveness, benefits and cost. Some practical considerations. Stroke 1979; 10 (1): 1–4.
9. Sutin J. A. Clinical presentation of stroke syndromes. Stroke Rehabilitation / Eds P. E. Kaplan, L. J. Cerullo. Boston, 1986: 1–36.
10. Столярова Л. Г., Кадыков А. С., Черникова Л. А. Восстановительное лечение больных с постинсультными двигательными нарушениями: Метод. рекомендации. М., 1986.
11. Binder L. M. Emotional problems after stroke. Stroke 1984; 15 (1): 174–177.
12. Robinson R. G., Bolduc P. L., Price T. R. Two years longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years. Stroke 1987; 18 (5): 837–843.
13. Столярова Л. Г., Кадыков А. С., Ливоварова В. М. Миорелаксанты в комплексной реабилитации больных с постинсультными гемипарезами // Современные проблемы нейропсихотерапии, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями: Тезисы докладов пленума Правления Всесоюзного о-ва невропатологов и психиатров, Полтава, 23–25 окт. 1984 г. М., 1984: 163–165.
14. Столяров Л. Г., Кадыков А. С., Черникова Л. А. и др. Профилактика контрактур при постинсультных артропатиях. Журн. невропатол. и психиатр. 1989; 9: 63–65.
15. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.
16. Wertz R. T. Communications deficits in stroke survivors. An overview of classifications and treatment. Stroke 1990; 21, Suppl. II: 16–18.

Поступила 27.11.11

Сведения об авторах:

Суслова Г. А., д-р мед. наук, проф. зав. каф. реабилитологии ФПК и ПП ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия; Кравченко Е. В., аспирант кафедры реабилитологии ФПК и ПП ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Для контактов:

Кравченко Елена Васильевна, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2. Телефон 8 (812) 542-97-21; e-mail: kravchenko_lena@mail.ru

© И. Ю. СОЛОВЬЕВА, М. П. ДЬЯКОВИЧ, 2012

УДК 613.632:616-099-036.12-02:546.49]-036.86-08

И. Ю. Соловьева¹, М. П. Дьякович²

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

¹ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск; ²Ангарский филиал УРАМН ВСНЦ экологии человека СО РАМН НИИ медицины труда и экологии человека, Ангарск

Представлено современное состояние проблемы реабилитации пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации профессионального генеза. Анализ данных литературы и результатов собственных исследований выявил прогрессирующий характер этого заболевания, высокую степень инвалидности и крайне низкую эффективность реабилитации. Делается вывод о том, что для повышения эффективности реабилитации пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации необходим поиск новых подходов к разработке реабилитационных программ.

Ключевые слова: реабилитация, инвалидность, хроническая ртутная интоксикация, профессиональные заболевания.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC MERCURY INTOXICATION DUE TO THE PROFESSIONAL ACTIVITY

I.Yu.Solovyeva, M.P.Dyakovich

The current situation of patients rehabilitation suffering from chronic mercury intoxication due to professional activity. Analysis of the literature revealed the progressive nature of the disease, a high degree of disability and the extremely low efficiency of rehabilitation. It is concluded that to improve the efficiency of rehabilitation from chronic mercury intoxication, it is necessary to search for new approaches to the development of rehabilitation programs.

Key words: *rehabilitation, disability, chronic mercury intoxication, occupational diseases.*

Масштабность проблемы инвалидизации населения подтверждает мировая и отечественная статистика. По оценкам Международной организации труда, 386 млн человек из общей численности населения трудоспособного возраста в мире являются инвалидами [1]. По официальной статистике, в России сейчас около 10 млн инвалидов, а по оценке Агентства социальной информации, – не меньше 15 млн [2]. По данным отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по Иркутской области, доля инвалидов в 2010 г. составила 9,4%, причем темп прироста инвалидов был самый значительный за последние 3 года и составил 2,1% в основном за счет лиц старше 18 лет [3].

Проблема инвалидизации лиц трудоспособного возраста вследствие профессиональных заболеваний требует особого рассмотрения, так как в связи со сложившейся неблагоприятной медико-демографической ситуацией в России возрастает общественно-политическая и социально-экономическая цена потерь, связанная со стойкой утратой трудоспособности квалифицированных работников.

Согласно официальной статистике, воздействие химических факторов не является приоритетным в формировании профессиональной заболеваемости в России, поскольку нередко доказать этиологическую роль химических загрязнителей невозможно из-за трудностей гигиенической оценки условий труда по химическому фактору, а также из-за отсутствия адекватных диагностических критериев оценки нейротоксических воздействий [4]. Проблема ртутных нейротоксикозов является актуальной в медицине труда [5], так как воздействие ртути и ее соединений на работника все еще возможно на ртутных рудниках, в приборостроении, электротехнике, производстве фармацевтических препаратов, инсектофунгицидов, химических производствах с использованием ртутного электролиза (при производстве хлора, каустика, ацетальдегида) и катализаторов на сулеме (например, для производства винилхлорида), а также при демонтаже оборудования, осуществляющего вышеперечисленные технологические процессы.

Несмотря на то что, по данным Управления Роспотребнадзора, в структуре профессиональных заболеваний в Иркутской области доля хронических профотравлений незначительна (в 2010 г. – 2,1%, в 2009 г. – 4,5%, в 2008 г. – 6%), формирование выраженных форм нейроинтоксикаций от воздействия соединений ртути влечет за собой стойкую инвалидность больных в трудоспособном возрасте. По данным ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы», в Иркутской области хроническая ртутная интоксикация занимает 4-е место в структуре причин повторной инвалидности, связанной с профессиональными заболеваниями [6].

При длительном попадании в организм пары металлической ртути вызывают хроническую ртутную интоксикацию (ХРИ), патогенез которой к настоящему времени достаточно хорошо изучен. Обладая высокой липофильной способностью, ртуть хорошо проникает через мембраны (в том числе через гематоэнцефалический барьер), что объясняет ее выраженную тропность к нервной ткани [7–9]. Способность ртути блокировать сульфгидрильные группы белковых соединений опосредует нарушение ферментативных процессов, усиление перекисного окисления липидов в клетке [7, 10, 11] и приводит к глубоким нарушениям центральной нервной системы (ЦНС) [7, 12–14]. Исследователями описаны нарушения в симпатoadrenalовой системе, изменения секреторной функции гипоталамо-гипофизарной системы при ХРИ [7, 15], нарушения в системе кровообращения [16].

При постановке диагноза в клинической практике используется предложенная отечественными авторами подробная классификация профессиональной ХРИ с разделением на 3 степени выраженности, для каждой из которых характерна своя клиническая картина [7].

Клиника ХРИ подробно изучена отечественными и зарубежными авторами [14, 17–19]. Проявления ХРИ затрагивают практически все системы организма, с преобладанием нарушений в ЦНС. Сотрудниками Ангарского филиала ВСНЦ экологии человека СО РАМН в ходе многолетнего динамического наблюдения за больными с ХРИ установлено, что спустя несколько лет после прекращения производственного контакта с ртутью нередко наблюдается нарастание неврологической симптоматики с поражением различных отделов нервной системы [12, 20, 21].

При анализе литературы зарубежных авторов нами не встретилось конкретных методик лечения при ХРИ профессионального генеза. Впервые сотрудниками Ангарского филиала ВСНЦ экологии человека СО РАМН были подобраны и апробированы два лечебных комплекса, базисным средством которых явилась антидотная терапия в сочетании с симптоматической терапией. Оба лечебных комплекса в той или иной степени вызвали хороший, но временный эффект [10]. Положительные результаты были получены и врачами Усольской ЦРБ при лечении ХРИ по методике энтеросорбции и фитонастоев [22]. Наряду с этим в отечественной и зарубежной литературе встречается множество работ, посвященных традиционному и нетрадиционному лечению отдельных симптомов, характерных для ХРИ [12, 18, 23–25].

Действительно, положительный эффект при лечении ХРИ носит временный характер, так как клини-

ческой особенностью токсических энцефалопатий в отдаленном периоде профессиональных нейроинтоксикаций является их прогрессивное течение [12, 26] с формированием органического расстройства личности в виде преимущественно умеренно выраженных когнитивных нарушений [21]. Поэтому ранняя диагностика мозговых нарушений при профессиональных нейроинтоксикациях актуальна как с теоретической, так и с практической точки зрения, поскольку на этой стадии лечебно-профилактические мероприятия могут быть наиболее эффективными [27]. По мере прогрессирования последствия нейроинтоксикаций приводят к увеличению инвалидности среди данного контингента больных [28, 29], при этом около 25 % всех пострадавших вследствие профессиональных нейроинтоксикаций становятся инвалидами в наиболее трудоспособном возрасте (до 45 лет) [28]. В зарубежной литературе мы не нашли данных о распространенности, структуре и динамике инвалидности пострадавших вследствие ХРИ профессионального генеза. Среди немногочисленных работ отечественных авторов эта проблема освещена недостаточно [6].

Одним из важнейших и перспективных направлений медико-социальной экспертизы последствий профессиональных нейротоксикозов (в том числе ХРИ) является реабилитация больных, нуждающихся в обоснованном назначении социальной и медицинской помощи [14, 30–33]. К сожалению, при анализе отечественной и зарубежной литературы мы не встретили данных о реабилитации пострадавших вследствие ХРИ профессионального генеза. Имеются лишь немногочисленные сведения российских авторов о том, что реабилитация при ХРИ заведомо бесперспективна вследствие прогрессивного течения заболевания [6, 29], и поэтому, должна сводиться к комплексной поддерживающей реабилитации [34].

В России реабилитация делится на 3 главных направления: медицинскую, трудовую и социальную реабилитацию. К медицинской реабилитации главным образом относятся лекарственное обеспечение или медикаментозное лечение, рассмотренное выше и санаторно-курортное лечение (СКЛ), которому уделяется большое внимание [35]. До настоящего времени в России и за рубежом нет исследований об эффективности СКЛ пострадавших вследствие ХРИ. Наряду с этим имеются публикации о целесообразности ежегодного назначения этого вида реабилитации при ХРИ с целью уменьшения скорости прогрессирования этого заболевания [6].

Опыт показывает, что рациональное трудоустройство пострадавших вследствие нейротоксикозов значительно замедляет процесс прогрессирования заболевания. Пока человек трудится, находится в коллективе, может быть независимым материально, он чувствует себя нужным и проблемы со здоровьем у него находятся на втором плане, но как только он уходит с работы, проблемы, связанные со здоровьем, становятся главными, больной “уходит в болезнь”. Вот почему так важна профессиональная реабилитация, и возможность как можно дольше сохранять трудовую активность. Но, к сожалению, именно в этом разделе возникают большие трудности по ряду причин, установленных нами в собственных исследованиях,

а именно: отсутствие подходящих рабочих мест у работодателя, высокий уровень безработицы, низкая мотивация к труду у самих больных вследствие особенностей клинической картины болезни, предпенсионный и пенсионный возраст пострадавших и др. [34, 36]. Считается, что с увеличением срока наблюдения эффективность реабилитации, особенно профессиональной, значительно снижается [37], поэтому трудоустроить пострадавших вследствие профессиональных нейроинтоксикаций необходимо как можно раньше, пока сохраняется мотивация к труду. В настоящее время в литературе мы не нашли публикаций об исследовании влияния рационального трудоустройства на эффективность реабилитации и состояние здоровья больных с ХРИ.

К социальной реабилитации традиционно относятся: социально-средовая, социально-педагогическая, социокультурная, социально-бытовая, социально-психологическая реабилитации, а также физкультурно-оздоровительные мероприятия и технические средства реабилитации для бытовой и общественной деятельности. Из всех видов социальной реабилитации наибольшего внимания заслуживает психологическая реабилитация, главное условие которой – формирование адекватного осознания инвалидом своего дефекта, выработка у больного положительной установки на трудовую деятельность или на приобретение другой профессии, а также коррекция социально-психологических отношений. Только люди, занимающие активную жизненную позицию, будут систематически лечиться, следовать полученным рекомендациям и, как следствие, возвратятся к труду и активной социальной жизни [35, 38, 39]. Для пострадавших вследствие ХРИ это наиболее актуально. Отечественные авторы для улучшения психоэмоционального и функционального состояния больных в отдаленном периоде ХРИ на фоне медикаментозного лечения рекомендуют проведение комплексного психологического обследования с целью диагностики особенностей личности больного, психокоррекционную работу, включающую психотерапию, методы мышечного расслабления, тренинга с биологической обратной связью [40].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что потребности в мерах медицинской, профессиональной и социально-психологической реабилитации пострадавших вследствие ХРИ, а также степень их реализации в настоящее время до конца не изучены.

Несмотря на то, что способность ртути к кумуляции в организме достоверно установлена [26, 41], в отечественной литературе уделено мало внимания описанию психофизиологических, психоневрологических, поведенческих нарушений больных с ХРИ в отдаленном периоде заболевания во взаимосвязи со стажевой ртутной нагрузкой [42]. Зарубежные авторы отмечают, что у лиц, подвергавшихся хроническому воздействию паров ртути на рабочем месте в концентрациях превышающих ПДК в 6–10 раз, и прекративших контакт с ртутью более 10 лет назад, выраженность когнитивных и неврологических нарушений достоверно коррелировала с дозой ртутной экспозиции [19, 43, 44]. Некоторые авторы высказываются в пользу использования комплексной поддерживающей

реабилитации для больных с ХРИ, которая позволит замедлить или приостановить прогрессирующее течение этого заболевания и тем самым повысить КЖ этих больных [13]. Полученные в ходе подобных исследований результаты смогли бы помочь в решении экспертных вопросов о связи наблюдаемых неспецифических реакций с перенесенной интоксикацией, ориентировать лиц, назначающих лечебно-реабилитационных мероприятия, не на восстановление функций нервной системы, а на поддержание компенсированного состояния.

Число работ, посвященных критериям эффективности реабилитации при нервно-психических расстройствах, к которым относится ХРИ, невелико [45, 46]. В зарубежной и отечественной клинической практике для определения эффективности реабилитации больных с прогрессирующими неврологическими нарушениями успешно используют показатели качества жизни (КЖ) [47, 48]. При этом очень важны даже минимальные изменения значений шкал КЖ, воспринимаемые пациентами как благоприятные и дающие право вносить изменения в порядок лечения [49]. Отечественные авторы для обоснования критериев эффективности реабилитации при нервно-психических расстройствах предлагают включать данные о КЖ как субъективном уровне комфортности [45, 50], при расстройствах невротического (неврозоподобного) круга – тревожные расстройства, при органической патологии – показатели социального функционирования с определением категории и степени выраженности ограничений жизнедеятельности (ОЖД), клинко-психологического и неврологического обследования [51]. Оценка связанного со здоровьем КЖ, уровня социальной поддержки, социально-бытовых условий пострадавших вследствие ХРИ, а также ОЖД необходима для последующей разработки критериев эффективности реабилитации с целью ее повышения.

В ы в о д ы

Анализ данных литературы выявил сведения о прогрессирующем характере ХРИ, высокой степени инвалидности и крайне низкой эффективности реабилитации и позволил сделать вывод об отсутствии долговременных эффективных программ для лечения этого заболевания. Таким образом, актуальность исследований, направленных на повышение эффективности реабилитации пострадавших вследствие ХРИ, не вызывает сомнений. Необходим комплексный подход к изучению инвалидности вследствие ХРИ как клинического и социально-психологического явления, имеющего индивидуальную меру выраженности, специфические проблемы и кризисные состояния, с выявлением факторов, ведущих к адаптации или дезадаптации инвалида, обобщением полученных данных и определением путей их использования в практической работе службы МСЭ для повышения эффективности реабилитации пострадавших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная инвалидность. Цифры и факты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dislife.ru/flow/theme/207/>
2. Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидно-

- сти: социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов, 2006.
3. Заседание Совета при Правительстве Иркутской области по делам инвалидов от 03.06.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://society.irkobl.ru/sites/society/news/detail.php?ID=165851>
4. Шаяхметов С. Ф., Дьякович М. П., Мещакова Н. М., Со-рокина Е. В. Оценка профессионального риска нарушений здоровья работников производства эпихлоргидрина. Бюлл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. Иркутск, 2009. 1: 53–58.
5. Колесов В. Г., Бодиенкова Г. М., Лахман О. Л., Катаманова Е. В. Клиника, диагностика, лечение и реабилитация в отдаленном периоде профессиональной нейротоксикации у пожарных: Метод. рекомендации. Ангарск, 2002.
6. Самосват С. М., Губанова Т. Д., Соловьева И. Ю. Профессиональная хроническая ртутная интоксикация: проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации в современных социально-экономических условиях. Бюлл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2009; 1: 19–194.
7. Лахман О. Л., Рукавишников В. С., Катаманова Е. В. и др. Нейрофизиологические методы диагностики профессиональных поражений нервной системы: Учеб. пособие. Иркутск, 2008.
8. Милков Л. Е., Думкин В. Л. Профессиональные заболевания с преимущественным поражением нервной системы. Руководство по профессиональным заболеваниям / Под ред. Н. Ф. Измерова. М., 1983; 1: 151–214.
9. Чеботюк Г. А., Черногорец Т. О., Шандра А. А. Случаи отравления ртутью и ее соединениями в судебно-медицинской практике. I Съезд судебных медиков Украины. Киев, 1987: 162–163.
10. Катаманова Е. В., Лахман О. Л., Андреева О. К., Шевченко О. И. Лечение и медицинская реабилитация больных в отдаленном периоде профессиональных нейротоксикаций: Метод. рекомендации. Ангарск, 2009.
11. Mateo M. C., Aragon P., Prieto M. P. Inhibitory effect of cysteine and methionine on free radicals induced by mercury in red blood cells of patients undergoing haemodialysis. Toxicol. in Vitro. 1994; 8 (4): – P. 597–598.
12. Думкин В. Н. Вопросы комплексного лечения больных с профессиональными нейротоксикациями в постконтактном периоде. Гиг. труда. 1983; 8: 12–16.
13. Кириллов Ю. Б., Потапов А. А., Корвяков А. П. Влияние малых концентраций ртути на естественную резистентность организма. Врач. дело. 1988; 8: 97–98.
14. Тарасова Л. А., Думкин В. Н. Профессиональные заболевания с преимущественным поражением нервной системы. Профессиональные заболевания / Под ред. Н. Ф. Измерова. М., 1996; 1: 136–200.
15. Талакин Ю. Н. Проявления хронического стресса при воздействии тяжелых металлов как факторов малой интенсивности // Тяжелые металлы во внешней среде: современные гигиенические и токсикологические аспекты. Минск, 1994; 154–162.
16. Барышников С. Н., Зудин В. С., Ободчук Г. С. Исследование коагулограммы у рабочих цеха ртутных солей. Физико-химические проблемы в современной биологии и медицине. Тюмень, 1970; 1: 70–71.
17. Грацианская Л. Н., Платонов А. А., Фрадкина В. И. Вопросы профессиональной и медицинской реабилитации при хронической интоксикации марганцем. Гиг. труда. 1985; 8: 44–45.
18. Дрогичина Э. А. Профессиональные болезни нервной системы. М., 1968.
19. Kishi R., Doi R., Fukuchi Y. et al. Residual neurobehavioural effects associated with chronic exposure to mercury vapour. Occup. Environ. Med. 1994; 51, 1: 35–41.
20. Лахман О. Л., Колесов В. Г., Андреева О. К. Поражение нервной системы в отдаленном периоде хронической ртутной интоксикации. Бюлл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. Иркутск, 2002; 3: 72–75.

21. Рукавишников В. С., Лахман О. Л., Соседова Л. М. и др. Токсические энцефалопатии в отдаленном постконтактном периоде профессиональных нейроинтоксикаций (клинико-экспериментальные исследования). Медицина труда и пром. экол. 2010; 10: 22–30.
22. Асламова Л. Н., Романова Н. Г. Лечение больных хронической ртутной интоксикацией методом энтеросорбции. Актуальные проблемы нейрореабилитации. Иркутск–Чита, 1998: 15–16.
23. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. Депрессии в неврологической практике. М., 1998; 56–70.
24. Вознесенская Т. Г. Депрессия в неврологии. Избранные лекции по неврологии / Под ред. В. Л. Голубева. М., 2004. 55–79.
25. Шток В. Н. Фармакотерапия в неврологии. – М., 2000. – С. 106–109.
26. Измеров Н. Ф., Монаенкова А. М., Тарасова Л. А. Профессиональные заболевания / Под ред. Н. Ф. Измерова. М., 1996. 2: 259–260.
27. Катаманова Е. В., Шевченко О. И., Лахман О. Л. Некоторые итоги изучения нейropsychологических особенностей лиц, подвергавшихся хроническому воздействию ртути в условиях химического производства. Медицина труда и пром. экол. 2010; 1: 19–23.
28. Антонюженко В. А. Винилхлоридная болезнь – углеводородный нейротоксикоз. Горький, 1980.
29. Губанова Т. Д., Колесов В. Г., Бехтерева Г. Д. и др. Вопросы реабилитации инвалидов и пострадавших на производстве в результате профессиональных заболеваний в Иркутской области. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: Сборник статей. Иркутск, 2003; 154–157.
30. Морозова Е. В. Роль и значение психологической реабилитации личности в экспертно-реабилитационном процессе. Мед.-соц. эксперт. и реабил. – М., 2010; 1: 54–57.
31. Саковская В. Г. Экспертно-психологическая оценка когнитивной сферы при органических поражениях головного мозга. СПб., 2008.
32. Трошин В. В. Вопросы патогенеза и классификации хронических энцефалопатий от воздействия производственных нейротоксикантов (обзор литературы). Медицина труда и пром. экол. 2009; 7: 21–26.
33. Ihrig A., Dietz M. C., Bader M., Triebig G. Longitudinal study to explore chronic neuropsychologic effects on solvent exposed workers. Industr. Hlth. 2005; 43 (3): 588–596.
34. Дьякович М. П., Соловьева И. Ю., Казакова П. В. Медико-социальные и психологические проблемы инвалидов вследствие хронической ртутной интоксикации профессионального генеза. Материалы 9-го Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье» и 4-го Всероссийского съезда врачей-профпатологов, г. Москва, 24–26 ноября 2010 г. М., 2010; 169–171.
35. Лазарева О. А., Белопасов В. В. Эффективность санаторной реабилитации постинсультных больных в зависимости от психологического статуса. Мед.-соц. эксперт. и реабил. 2010; 4: 21–24.
36. Соловьева И. Ю., Дьякович М. П. Медико-социальные проблемы пострадавших на производстве от хронической ртутной интоксикации в Иркутской области. Современные исследования социальных проблем: Сборник статей / Под ред. Я. А. Максимова. Красноярск, 2009; 187–190.
37. Захарьян А. Г., Барковская О. С. Некоторые особенности реабилитации пострадавших на производстве в Новосибирской области (по результатам освидетельствования в учреждениях МСЭ). Мед.-соц. эксперт. и реабил. 2009; 1: 12–13.
38. Hause A., Dennis M., Molyneux A. et al. Mood disorder in the year after of stroke patients. Br. J. Psychiatry. 1991; 158: 83–92.
39. Perry L., MacLaren S. An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 month post-stroke. Hlth Soc. Care Commun. 2004; 12, 4: 288–297.
40. Казакова П. В. БОС-тренинг – инновационная форма работы медицинского психолога с больными с хронической ртутной интоксикацией. Материалы IV Междунар. науч.-практ. конф. «Практическая психология: от фундаментальных исследований до инноваций». М., 2009: 56–59.
41. Дулатова Г. М. Гигиеническая оценка уровней накопления ртути в организме и разработка способа ее выделения: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. М., 1996.
42. Дьякович М. П., Мецакова Н. М., Казакова П. В., Соловьева И. Ю. Влияние стажевой ртутной нагрузки на динамику хронической ртутной интоксикации профессионального генеза. Бюлл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2010; 1: 36–41.
43. Ellingsen D. G., Morland T., Anderson A., Kjuus H. Relation between exposure indices and neurological and neurophysiological effects in workers previously exposed to mercury vapour. Br. J. Industr. Med. 1993; 50, 8: 736–744.
44. Meyer-Baron M., Schaeper M., van Thriel C., Seeber A. Neurobehavioural test results and exposure to inorganic mercury: in search of dose-response relations. Arch. Toxicol. 2004; 78, 4: 207–211.
45. Абдраязова А. М., Булыгина В. Г. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации. Рос. психиатр. журн. 2006; 3: 54–58.
46. Карасаева Л. А. Прогностические критерии реабилитационного потенциала восстановления трудовых возможностей инвалидов с нарушением статодинамической функции. Вестн. Всероссийского общества специалистов по мед.-соц. эксперт., реабил. и реабил. индустрии. 2009; 3: 67–72.
47. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., 2007.
48. Nordeson A., Engstrqm B., Norberg A. Changes in quality of life after rehabilitation for patients with progressive neurological disorders. Scand. J. Caring. Sci. 1999; 13, 3: 147–152.
49. Jaeschke R., Singer J., Guyatt G. H. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. Control. Clin. Trials. 1989; 10: 407–421.
50. Незнанов Н. Г., Громов С. А., Михайлов В. А. Эпилепсия, качество жизни, лечение. СПб., 2005.
51. Шестаков В. П., Милютин С. М., Пинскер Б. Э. Критерии оценки эффективности реабилитации при органических и сосудистых поражениях головного мозга с неврологическими и тревожными нарушениями. Мед.-соц. эксперт. и реабил. 2010; 4: С. 17–19.

Поступила 11.11.11

Сведения об авторах:

Соловьева И. Ю. – врач-невролог ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области; Дьякович М. П. – д-р биол. наук, проф., вед. науч. сотр. Ангарского филиала УРАМН ВСНЦ экологии человека СО РАМН НИИ медицины труда и экологии человека.

Для контактов:

Соловьева Ирина Юрьевна, 664056, Иркутск. ул. Академическая, 74, а/я 166.
Телефон/факс: 8 (3952) 41-94-63; e-mail: agapitova-ira@mail.ru