

установления стойкой утраты трудоспособности” позволит более эффективно использовать средства Фонда социального страхования для лечения пострадавших от несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний с первого дня заболевания.

Эффективность защиты граждан от профессиональных рисков, обеспечение их прав по возмещению ущерба их здоровью вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний базируются на принципах формирования единства взглядов на содержание, направления деятельности, организационные и методологические основы функционирования и преемственности работы служб, решающих медико-социальные экспертные и реабилитационные вопросы на государственном уровне.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А. Показатели медицинской статистики в свете реформирования системы здравоохранения. *Здравоохран. Рос. Федерации* 2005; 5: 31—35.
2. Панфилова Е. В. О проблемах здравоохранения и потребности общества в здоровье. *Здравоохран. Рос. Федерации* 2006; 5: 42—45.

3. Пузин С. Н., Запарий С. П., Равдугин Т. Г. Современные технологии управления процессом формирования инвалидности и совершенствования реабилитации инвалидов. М.; 2009. 6—17.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”. М.; 1998.
5. Щепин В. О. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективы направления развития. *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* 2005; 2: 3—7.
6. Тишук Е. А. Некоторые вопросы состояния здоровья населения Российской Федерации. *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* 2001; 6: 3—8.

Поступила 09.10.12

### Сведения об авторах:

Михалева Т. С. — канд. мед. наук, заместитель руководителя по клинико-экспертной работе Центра профпатологии ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента РФ; Тарасов А. А. — канд. мед. наук, зав. терапевтическим отд-нием № 2 с профпатологическими койками ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента РФ.

### Для контактов:

Михалева Татьяна Семеновна, 107150, Москва, ул. Лосиноостровская, 45. Телефон: 8(499)167-32-20, e-mail: fcp-fcp@yandex.ru.

© С. В. ТРЕКИН, 2013

УДК 616-036.865:616.8-009.1

С. В. Трекин

## ОЦЕНКА ШКАЛ ТЯЖЕСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ СРАВНЕНИЕ СО СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЙ СТАТОДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ

ФКУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области, Самара

*В своей статье автор предлагает классификацию статодинамических нарушений, которая основывается на оценке количественных показателей шкал тяжести при различных заболеваниях нервной системы, используемых в практике неврологических стационаров, и сравнении этих показателей со степенями выраженности стойких нарушений функций организма человека, на основании которых проводится медико-социальная экспертиза граждан.*

**Ключевые слова:** шкала EDSS, шкала Рэнкина, индекс Бартела, шкала ASIA, степень нарушений статодинамической функции.

EVALUATION OF NEUROLOGICAL DISEASES SEVERITY SCALE AND THEIR COMPARISON WITH THE DEGREE OF STATIC-DYNAMIC VIOLATIONS

S.V. Trekin

*Head office of medical and social assessment in the Samara region, Samara*

*In his article the author offers a classification of static-dynamic disturbances, which is based on an assessment of the severity of quantitative scales in various diseases of the nervous system, used in neurological practice, hospitals, and comparing them with the severity degree of permanent disability of the human body, which is conducted on the basis of medical and social examination of citizens.*

**Key words:** scale EDSS; Rankin scale, Barthel Index, scale ASIA; violation degree of static-dynamic functions.

В своей практической деятельности врачи по медико-социальной экспертизе — неврологи обязаны подробно изучать и анализировать все представляемые медицинские сведения, в том числе включая шкалы тяжести различных неврологических заболеваний,

которые указываются специализированными медицинскими центрами в диагнозах пациентов. Итогом анализа всех экспертно-медицинских документов и объективных данных, выявленных при осмотре больного, является установление основного и сопутствующего

щего диагнозов, в которые, согласно используемым в практике медико-социальной экспертизы классификациям заболеваний, данные шкалы тяжести не включаются. Поэтому для унифицирования экспертного диагноза бюро медико-социальной экспертизы предлагается внести некоторые изменения в диагнозы, которые уже имеют этиопатогенетическую и функциональную части, и создать единую экспертную часть статодинамических нарушений, понятную каждому врачу-неврологу. Однако вначале необходимо ознакомиться и провести анализ наиболее часто встречающихся в неврологической практике шкал тяжести, при

оценке которых врачи лечебно-профилактических учреждений используют одни и те же единицы измерения, вследствие чего информация о больном всегда полная и не искажается при наблюдении в различных медицинских центрах. К сожалению, информация по данному вопросу представлена в Интернете в разрозненном виде, поэтому автор решил собрать сведения в статье для удобного их использования в практической деятельности врача по медико-социальной экспертизе невролога. Различные медицинские центры уже давно работают со шкалами тяжести. Так, например, Московский центр экстракорпоральной гемокор-

Таблица 1

**Шкалы оценки степени инвалидизации Disability Status Scale (DSS) и Expanded Disability Status Scale (EDSS)**

DSS — шкала оценки степени инвалидизации, 1981		EDSS — расширенная шкала оценки степени инвалидизации, 1983		FS Kurtzke Functional Systems — шкала функциональных систем Куртцке, 1989
0	Симптомов нет	0	Симптомов нет	
1	Только микросимптомы (пирамидные знаки или снижение вибрационной чувствительности)	1.0	Нет нарушений	Одна из шкал FS = 1
2	Небольшая слабость, слабо выраженные нарушения походки, сенсорные или глазодвигательные нарушения	1.5	Нет нарушений	Более чем одна шкала по FS = 1
		2.0	Амбулаторный больной	Одна шкала FS = 2, по другим 0 или 1
3	Умеренно выраженная слабость или монопарез, атаксия, либо их комбинация	2.5	Амбулаторный больной	Две шкалы FS = 2, по другим 0 или 1
		3.0	Умеренные нарушения	Одна шкала FS = 3 или по 3—4 шкалам FS = 2
4	Относительно выраженная слабость, до 12 ч в день может находиться в вертикальном положении, себя обслуживает полностью	3.5	Умеренные нарушения, амбулаторный больной	Одна шкала FS = 3 и одна—две FS = 2, или две FS = 3, или пять FS = 2
		4.0	Как в DSS, больной себя обслуживает, может пройти без помощи и отдыха 500 м	Одна FS = 4 и остальные 0 или 1, или менее тяжелые комбинации
5	Самостоятельная ходьба на небольшие расстояния, неполный рабочий день	4.5	Требуется минимальная помощь, может работать полный день, пройти без помощи и отдыха 300 м	
		5.0	Может пройти без помощи и отдыха 200 м, неполный рабочий день	Одна FS = 5 и остальные 0 или 1, или другие комбинации тяжелее, чем в графе 4
6	Ходьба только при поддержке	5.5	Может пройти без помощи и отдыха 100 м, неполный рабочий день	
		6.0	Односторонняя поддержка при ходьбе на расстояние 100 м	По нескольким шкалам FS = 3
7	Активность в пределах кресла-коляски, сам в ней передвигается, садится	6.5	Постоянная поддержка с двух сторон для ходьбы на 20 м без отдыха	По нескольким шкалам FS = 3 и более
		7.0	Может передвигаться в кресле-коляске весь день	По нескольким шкалам FS = 4 или только по шкале пирамидной системы 5 и более
8	Ограничен кроватью или креслом, себя обслуживает с помощью рук	7.5	Необходима помощь при передвижении в кресле-коляске, не может быть в ней весь день	
		8.0	Как в DSS	Комбинация FS = 4 по нескольким шкалам
9	Полностью прикован к постели и беспомощен	8.5	Эффективно использует руки, но трудности в самообслуживании	
		9.0	Прикован к постели. Возможны общение и еда	В большинстве шкал FS = 4 и более
		9.5	Беспомощен, не может говорить, есть, глотать	

рекции представил шкалу оценки тяжести состояния больных по J. Kurtzke [1] (табл. 1).

Однако нельзя установить степень инвалидизации по EDSS без подробного разбора классификации функциональных систем по Куртске [2] (табл. 2).

Оценив степень нарушенных функций нервной системы в соответствии с вышеуказанными шкала-

ми, врачами лечебных учреждений устанавливаются группы степеней инвалидизации:

- ◆ EDSS от 0 до 3 баллов. У больных наблюдаются отдельные неврологические симптомы, выявляемые при неврологическом осмотре, — легкая степень инвалидизации.
- ◆ EDSS от 3,5 до 6,0 балла включительно. Амбула-

Таблица 2

Шкала состояния функциональных систем Куртске (FS Kurtzke Functional Systems, 1989)	
Группа симптомов	Классификация в зависимости от степени нарушения функций, баллы
Поражения зрительного нерва	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Скотома, острота зрения лучше, чем 0,6</li> <li>2. Худший глаз со скотомой с максимальной остротой зрения от 0,6 до 0,4</li> <li>3. Худший глаз с большой скотомой или умеренное сужение полей зрения, но при максимальной остроте зрения от 0,4 до 0,2</li> <li>4. Худший глаз со значительным сужением полей зрения и максимальной остротой зрения от 0,2 до 0,1 или симптомы из раздела 3 плюс максимальная острота зрения лучшего глаза 0,4 или меньше</li> <li>5. Худший глаз с максимальной остротой зрения ниже 0,1 или симптомы из раздела 4 плюс острота зрения лучшего глаза 0,4 и меньше</li> <li>6. Симптомы из раздела 5 плюс острота зрения лучшего глаза 0,4 и меньше</li> </ol>
Нарушения черепных нервов (кроме II пары)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Симптомы без нарушения функций</li> <li>2. Умеренно выраженный нистагм или другие незначительные нарушения</li> <li>3. Выраженный нистагм, отчетливые симптомы вовлечения глазодвигательных или лицевого нервов, умеренные симптомы поражения других черепных нервов</li> <li>4. Выраженная дизартрия или другие выраженные нарушения</li> <li>5. Невозможность глотать или говорить</li> </ol>
Симптомы поражения пирамидного пути	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Патологические пирамидные рефлексy без снижения силы</li> <li>2. Незначительное снижение мышечной силы</li> <li>3. Незначительный или умеренный геми- или парапарез (слабость, но расцениваемая как повышенная утомляемость при сохранении основных функций после небольшого отдыха), тяжелый монопарез (значительная утрата функции)</li> <li>4. Отчетливый геми- или парапарез (с нарушением функций), умеренный тетрапарез (функция значительно восстанавливается после короткого отдыха)</li> <li>5. Параплегия, гемиплегия или отчетливый тетрапарез</li> <li>6. Тетраплегия</li> </ol>
Нарушения координации	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неврологические симптомы без нарушения функции</li> <li>2. Незначительная атаксия (функции практически не страдают, но интенционный тремор или мимопадание отчетливо выявляются в пробах)</li> <li>3. Умеренная атаксия туловища или конечностей (тремор и дисметрия затрудняют движения)</li> <li>4. Выраженная атаксия во всех конечностях (выполнение направленных движений сильно затруднено)</li> <li>5. Невозможность выполнения направленных движений из-за атаксии</li> </ol>
Нарушения чувствительности	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение вибрационной и мышечно-суставной чувствительности на одной—двух конечностях</li> <li>2. Некоторое снижение тактильной, болевой чувствительности или чувства давления, и/или умеренное снижение вибрационной чувствительности на одной или двух конечностях, или только снижение мышечно-суставного чувства на трех или четырех конечностях</li> <li>3. Отчетливое снижение тактильной, болевой чувствительности или чувства давления, и/или потеря вибрационной чувствительности на одной или двух конечностях, или незначительное снижение тактильной, болевой и/или умеренное снижение всей проприоцептивной чувствительности на трех или четырех конечностях</li> <li>4. Значительное снижение тактильной, болевой чувствительности или потеря проприоцептивной (или в комбинации) на одной или двух конечностях, или умеренное снижение тактильной, болевой чувствительности, и/или выраженные нарушения проприоцепции более чем на двух конечностях</li> <li>5. Потеря чувствительности на одной или двух конечностях, или умеренное снижение тактильной или болевой и/или потеря проприоцепции на всем теле ниже головы</li> <li>6. Потеря всех видов чувствительности ниже головы</li> </ol>
Нарушения функций тазовых органов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Незначительные нарушения мочеиспускания (императивные позывы или задержки)</li> <li>2. Умеренно выраженные задержки, императивные позывы, запоры или редкие эпизоды недержания</li> <li>3. Частые эпизоды недержания мочи</li> <li>4. Необходимость в постоянной катетеризации и постоянных дополнительных мероприятиях для эвакуации кишечника</li> <li>5. Полное недержание мочи</li> <li>6. Полное недержание мочи и кала</li> </ol>
Изменения интеллекта	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение памяти (не влияет на работоспособность)</li> <li>2. Незначительное снижение интеллекта</li> <li>3. Умеренное снижение интеллекта</li> <li>4. Заметное снижение интеллекта</li> <li>5. Деменция</li> </ol>

торные пациенты, не нуждающиеся в постоянной посторонней помощи — умеренная инвалидизация.

- ◆ EDSS более 6,0 балла. Больные нуждаются в постоянной посторонней помощи — выраженная инвалидизация. В группу вошли больные только с прогрессирующими типами течения заболевания [2].

Наиболее широкое применение в клинической практике для оценки функционального состояния больного после инсульта получили шкала Рэнкина (табл. 3) и индекс Бартела (табл. 4). Функциональные шкалы включают измерения инвалидизации или зависимости в повседневной жизненной активности и измерение функциональной независимости. Эти шкалы позволяют врачам лечебных учреждений и реабилитационных центров объективизировать динамику симптомов и функциональных нарушений, оценить эффективность реабилитационных мероприятий, необходимость в использовании вспомогательных приспособлений и др.

Исходя из данных табл. 3, 1-я степень предполагает отсутствие признаков инвалидности, больной в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Однако это не исключает у больного наличия мышечной слабости, расстройств чувствительности, нарушений речи или других неврологических функций. Эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности.

2-я степень инвалидизации по Рэнкину предполагает наличие легких признаков инвалидности, но больной в состоянии ухаживать за собой без посторонней помощи. Например, не может вернуться к прежней работе, но способен обслуживать себя без постороннего присмотра.

3-я степень — умеренно выраженные признаки инвалидности, больной нуждается в некоторой посторонней помощи при одевании, гигиеническом уходе за собой; больной не в состоянии внятно читать или свободно общаться с окружающими. Больной может пользоваться ортопедическими приспособлениями или тростью.

4-я степень предполагает наличие выраженных признаков инвалидности. Больной не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи, он нуждается в круглосуточном присмотре и в ежедневной посторонней помощи. При этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи

со стороны выполнять какую-то часть мероприятий по уходу за собой.

5-я степень — сильно выраженные признаки инвалидности. Больной прикован к постели, неопрятен и нуждается в постоянном уходе и наблюдении [3].

Индекс активности повседневной жизни Бартела основан на оценке 10 функций, количественно распределенных по степени их выполнения больным: от полностью независимо выполняемых до полностью зависимых от посторонней помощи [4] (см. табл. 4).

Оценив степень нарушенных функций, вычисляется их суммарная оценка в диапазоне от 0 до 100 баллов.

Суммарный балл:

- ◆ от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного,
- ◆ от 25 до 60 — выраженной зависимости,
- ◆ от 65 до 90 — умеренной зависимости,
- ◆ 95 баллов — легкой зависимости,
- ◆ 100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности.

В практике нейрохирургических стационаров используется классификация уровня и степени тяжести травмы спинного мозга (полное или неполное повреждение спинного мозга), разработанная Американской ассоциацией спинальной травмы — American Spinal Injury Association (ASIA) [5], представленная в табл. 5.

Оценивая количественные показатели шкал тяжести при различных заболеваниях нервной системы, врачи по медико-социальной экспертизе и реабилитации могут сформулировать показатели нарушения статодинамической функции в виде экспертной части диагноза. В приказе Минздравсоцразвития России от 23 декабря 2009 г. № 1013н “Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы” [6] выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека. Если эти степени выраженности принять за основу экспертной части диагноза, то можно предложить классификацию статодинамических нарушений, которая будет понятна каждому врачу по медико-социальной экспертизе и реабилитации:

- ◆ 0-я степень — отсутствие нарушений статодинамической функции;

Таблица 3

Шкала Рэнкина (J. Rankin, 1957)

Степень инвалидизации	Степень нарушения жизнедеятельности
0	Нет симптомов
1	Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни; способен выполнять все повседневные обычные обязанности
2	Легкое нарушение жизнедеятельности; не способен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи
3	Умеренное нарушение жизнедеятельности; потребность в некоторой помощи, но ходит без посторонней помощи
4	Выраженное нарушение жизнедеятельности; не способен ходить без посторонней помощи, не способен справиться со своими телесными (физическими) потребностями без посторонней помощи
5	Грубое нарушение жизнедеятельности; прикован к постели, недержание кала и мочи, потребность в постоянной помощи медицинского персонала

Таблица 4

**Индекс активности повседневной жизни Бартела (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index, 1955)**

Контролирование дефекации	
0	Недержание (или нуждается в применении клизмы, которую ставит ухаживающее лицо)
5	Случайные инциденты (не чаще одного раза в неделю) либо требуется помощь при использовании клизмы, свеч
10	Полное контролирование дефекации, при необходимости может использовать клизму или свечи, не нуждается в помощи
Контролирование мочеиспускания	
0	Недержание или использует катетер, управлять которым самостоятельно больной не может
5	Случайные инциденты (максимум один раз за 24 ч)
10	Полное контролирование мочеиспускания, в том числе те случаи катетеризации мочевого пузыря, когда больной сам управляется с катетером)
Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица)	
0	Нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены
5	Независим при умывании лица, причесывании, чистке зубов, бритье (орудия для этого обеспечиваются)
Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета)	
0	Полностью зависим от помощи окружающих
5	Нуждается в некоторой помощи, однако часть действий, в том числе гигиенические процедуры, может выполнять самостоятельно
10	Не нуждается в помощи (при перемещениях, снятии и одевании одежды, выполнении гигиенических процедур)
Прием пищи	
0	Полностью зависим от помощи окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
5	Частично нуждается в помощи, например при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т. д.; при этом принимают пищу самостоятельно
10	Не нуждается в помощи (способен есть любую нормальную пищу, не только мягкую; самостоятельно пользуется необходимыми столовыми приборами; пища приготавливается и сервируется другими лицами, но не разрезается)
Перемещение (с кровати на стул и обратно)	
0	Перемещение невозможно, не способен сидеть (держат равновесие), для поднятия с постели требуется помощь двух человек
5	При вставании с постели требуется значительная физическая помощь (одного сильного обученного лица или двух обычных лиц), может самостоятельно сидеть в постели, при вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая одного лица) или требуется присмотр, вербальная помощь
10	При вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая, одного лица), или требуется присмотр, вербальная помощь
15	Не нуждается в помощи
Прием ванны/душа	
0	Нуждается в посторонней помощи
5	Принимает ванну (входит и выходит из нее, моется) или моется под душем, не требуя присмотра и помощи
Одевание и раздевание	
0	Полностью зависим от помощи окружающих
5	Частично нуждается в помощи (например, при застегивании пуговиц, кнопок и т. д.), но более половины действий выполняет самостоятельно, некоторые виды одежды может одевать полностью самостоятельно, затрачивая на это разумное количество времени
10	Не нуждается в помощи, в том числе при застегивании пуговиц, кнопок, молний, завязывании шнурков и т.д., может выбирать и надевать любую одежду
Мобильность (перемещения в пределах дома/палаты и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)	
0	Не способен к передвижению
5	Может передвигаться с помощью инвалидной коляски, в том числе огибать углы и пользоваться дверями до 500 м
10	Может ходить с помощью одного лица (физическая поддержка либо присмотр и моральная поддержка) до 500 м
15	Не нуждается в помощи (самостоятельно передвигается до 500 м; может использовать вспомогательные средства, например трость)
Подъем и спуск по лестнице	
0	Не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
5	Нуждается в присмотре или физической поддержке
10	Не нуждается в помощи (может использовать вспомогательные средства)

**Шкала тяжести и повреждения спинного мозга ASIA**

Степень повреждения	Тяжесть повреждения
A (полное)	Нет ни двигательной, ни чувствительной функции в крестцовых сегментах S <sub>IV</sub> —S <sub>V</sub>
B (неполное)	Сохранена чувствительность, но отсутствует двигательная функция в сегментах ниже неврологического уровня, включая S <sub>IV</sub> —S <sub>V</sub>
C (неполное)	Двигательная функция ниже неврологического уровня сохранена, но более половины ключевых мышц ниже неврологического уровня имеют силу менее 3 баллов
D (неполное)	Двигательная функция ниже неврологического уровня сохранена, и по крайней мере половина ключевых мышц ниже неврологического уровня имеют силу 3 балла и более
E (норма)	Двигательная и чувствительная функции нормальные. Категория E интересна тем, что к ней относят больных с травмой спинного мозга без какого-либо неврологического дефицита, по крайней мере обнаруживаемого при неврологическом обследовании

Таблица 6

**Сравнение степеней нарушения статодинамической функции со шкалами тяжести заболеваний**

Степень нарушения статодинамической функции	Шкала EDSS	Шкала Рэнкина	Индекс Бартела	Шкала ASIA
0	0—1,5	0	100	E
1	2,0—2,5	1	95	D (сила мышц более 3 баллов)
2	3,0—5,5	2	65—90	D (сила мышц 3 балла)
3	6,0	3	25—60	C
4	6,5—9,5	4—5	0—20	A—B

- ◆ 1-я степень — незначительные нарушения статодинамической функции;
- ◆ 2-я степень — умеренные нарушения статодинамической функции;
- ◆ 3-я степень — выраженные нарушения статодинамической функции;
- ◆ 4-я степень — значительно выраженные нарушения статодинамической функции.

Имея классификацию степеней выраженности статодинамических нарушений, можно данные степени соотнести с количественными показателями шкал тяжести заболеваний нервной системы (табл. 6).

Таким образом, при подробном изучении представленных медицинских документов на медико-социальную экспертизу врачи-специалисты бюро

медико-социальной экспертизы уже будут иметь представление о состоянии здоровья гражданина еще до его осмотра. А при вынесении в экспертную часть диагноза степени нарушения статодинамической функции диагноз будет унифицирован и понятен каждому врачу-эксперту. Кроме того, при переходе на оформление акта освидетельствования в электронном виде основной диагноз можно будет зашифровать двумя составляющими: МКБ-10 и степенью нарушения статодинамической функции (например, M51-2, I69-3). Учитывая, что врачи по медико-социальной экспертизе должны работать с электронным документооборотом, все источники данной статьи представлены как электронный ресурс, чтобы каждый специалист при необходимости мог ознакомиться с источниками статьи на своем рабочем месте, выйдя в Интернет.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Электронный ресурс: <http://w.w.w.center-hc.ru/>.
2. Электронный ресурс: <http://rscleros.ru/250.php>.
3. Электронный ресурс: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-8213/article-8234/>.
4. Электронный ресурс: <http://neuroreha.ru/indeks-bartela/>.
5. Электронный ресурс: <http://www.sci-rus.com/categorization/asia.htm>.
6. Электронный ресурс: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/82>.

Поступила 14.03.12

**Сведения об авторе:**

Трекин Сергей Викторович — руководитель бюро медико-социальной экспертизы № 7 ФКУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области, врач по медико-социальной экспертизе, невролог высшей категории. 443087, Самара, проспект Карла Маркса, 360А. Телефон: 8(8462) 01-98-62.