

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

*А.Н. Филиппович, Н.В. Стахейко*

*Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации*

Проблема нейроинфекций до настоящего времени сохраняет свою актуальность и определяется значительным уровнем заболеваемости во всех возрастных группах. Следует признать пока еще недостаточным опыт врачей-неврологов и врачей смежных специальностей в вопросах ранней и дифференциальной диагностики, реабилитации пациентов с нейроинфекцией, что нередко приводит к стойким последствиям заболевания.

**Цель** работы — разработка алгоритма экспертной оценки, перечня методов объективизации наличия и выраженности неврологических нарушений у пациентов с последствиями перенесенной нейроинфекции.

Для выполнения поставленной цели проанализированы данные, полученные в результате наблюдения за 100 (40 мужчин и 60 женщин) пациентами с последствиями перенесенной нейроинфекции, среди которой преобладала вирусная (47 человек). Пациенты проходили обследование в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», УЗ «11-я городская поликлиника г. Минска» и ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации» за 2009–2013 гг. Средний возраст составил  $40,2 \pm 1,2$  года, т. е. это были лица трудоспособного возраста.

Последствия перенесенной нейроинфекции представлены достаточно широким спектром нарушений, что вызывает необходимость использования обширного спектра диагностических методов. В перечень методов экспертной диагностики нарушений, обусловленных перенесенной нейроинфекцией включалось:

1. Анализ субъективных проявлений заболевания и анамнестических данных, представленных в медицинской документации. При опросе пациента и его родных, а также при изучении медицинской документации можно выяснить характер первичного случая заболевания, его течение.

2. Анализ объективных данных, неврологического статуса. Учитывая, что длительно существующая нейроинфекция приводит к определенным изменениям психологического статуса, консультация психолога также имеет важное значение в оценке нарушений и ограничений жизнедеятельности (прежде всего, «качества жизни»).

3. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования (иммунограмма, исследование цереброспинальной жидкости, нейровизуализация, электроэнцефалографии).

4. Оценка ограничений жизнедеятельности.

5. Оценка профессиональной пригодности пациентов (уровень образования; квалификацию; профессиональный маршрут; условия и организация труда, рациональность трудоустройства; установки инвалида на труд).

Для всесторонней оценки состояния функции той или иной системы организма был предложен функциональный класс (ФК), который предполагает пятибалльную шкалу: ФК-0 характеризует начальное состояние параметра, ФК-1 — легкое его нарушение (до 25%), ФК-2 — умеренное (от 26 до 50%), ФК-3 — значительное (от 51 до 75%), ФК-4 — резко выраженное или полное нарушение данного параметра (от 76 до 100%).

Наиболее частыми функциональными нарушениями при перенесенной нейроинфекции были разнохарактерные и различно сочетающиеся друг с другом психопатологические нарушения, которые выявлялись у 32 обследованных нами пациентов; 33 человека имели когнитивное нарушение, наиболее тяжелая картина которых отмечалась при поражении коры лобных и височных долей и при диффузном поражении поверхностей обоих полушарий.

С целью диагностики статодинамической функции нами проводилось исследование общего вида, позы, походки пациента; определялась амплитуда движений в суставах, мышечный тонус и мышечная сила. Объем активных движений измерялся с помощью угломера в градусах и сравнивался с объемом движений здоровой конечности, мышечный тонус и мышечная сила измерялись динамометрически в баллах. В качестве дополнительного инструментального метода оценивались результаты электромиографии. При экспертной оценке степени пареза необходимо, прежде всего, учитывать сохранность функций руки, принимающей основное участие во всех трудовых операциях и в процессах повседневной деятельности. У 37 исследуемых пациентов выявлялись статокинетические нарушения, при этом у 24 человек они соответствовали ФК-1, по 6 человек ФК-2 и ФК-3, 1 пациент имел резко выраженное нарушение статодинамической функции (ФК-4).

Атактические нарушения наблюдались у 23 пациентов (16 человек — ФК-1; 5 человек — ФК-2; по 1 человеку — ФК-3 и ФК-4), в подавляющем большинстве случаев сочетающиеся с другими нарушениями: вегетативными, неврозоподобными. Диагностика атактических расстройств включала анализ частоты, характера, продолжительности приступов, признаков вестибулярной лабильности (плохая переносимость духоты, транспорта, неприятные ощущения при взгляде с высоты), наличие вегетативной дисфункции. В качестве инструментальных методов экспертной диагностики использовалась битемпоральная калорическая проба, классическая вращательная проба Барани и дозированная вращательная проба.

Вегетативные нарушения, наблюдаемые у 28 пациентов были легко выражены (ФК-1) и связаны с поражением различных звеньев лимбической системы. Экспертная диагностика вегетативных нарушений базируется на исследовании вегетативного тонуса, расчета специальных вегетативных показателей (индекс Кердо, минутный объем крови и др.), с использованием фармакологических, физических и других методов. Широко используется велоэргометрия, дозированная ходьба и другие методы. Эпилептический синдром выявлялся у 21 человека, при этом у 17 пациентов имели место редкие приступы, что соответствовало ФК-1, у 3 пациентов регистрировались приступы средней частоты (ФК-2) и у 1 — частые (ФК-3). В клинической картине эпилептического синдрома на первый план выступают генерализованные тонико-клонические приступы (15 человек), реже фокальные (4 человека) и полиморфные (2 человека). Экспертная диагностика эпилептического синдрома основывается на анализе клинической картины заболевания, при этом характер и частота припадков должны быть подтверждены медицинскими наблюдениями; результатами электроэнцефалографического исследования, с применением различных нагрузок. Вместе с тем необходимо помнить, что электроэнцефалографическое исследование не всегда может оказаться информативным. При анализе его результатов судорожная готовность отмечалась у 14 исследуемых нами пациентов в виде «спайк-волна», генерализованных высокоамплитудных «острых волн», «спайков и пиков», выраженных обычно в виде групповых разрядов. Гипертензивный синдром (15 человек) в большинстве случаев проявлялся в остром периоде нейроинфекции и имел регрессирующее течение. Вместе с тем, как самостоятельная и ведущая причина инвалидности, он выступал редко, обычно сочетаясь с вегетативно-сосудистыми, вестибулярными, астеническими нарушениями. В качестве инструментальных методов экспертной диагностики использовались эхоэнцефалография, нейровизуализация головного мозга, офтальмологическое исследование.

Афатические нарушения наблюдались у 8 пациентов в виде легких нарушений (ФК-1) и в одном случае умеренных (ФК-2), что было связано с поражением ствола мозга и реже доминантного в отношении речевой функции полушария головного мозга. Исследование афатических расстройств включало изучение всех сторон речевой деятельности: экспрессивной и рецептивной функции речи, чтения, письма.

Экспертная оценка при определении тяжести инвалидности предусматривает комплексную оценку всех неврологических нарушений с учетом их совокупного влияния на категории жизнедеятельности, которое представляет собой отклонение от нормы в интегративной деятельности целостного организма, в отличие от работы органа или механизма. Согласно Международной классификации нарушений (1980) к ограничениям жизнедеятельности относят: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю за своим поведением, способность к обучению и труду.

Способность к самостоятельному передвижению — способность эффективно передвигаться в своем окружении, обеспечивающая мобильность человека. Для оценки передвижения используются такие параметры, как расстояние, на которое пациент может передвигаться, где отправной точкой является постель, темп передвижения, характер походки, возможность использования медико-технических средств для компенсации нарушений передвижения, необходимость посторонней помощи при передвижении, возможность использования транспорта: 36 исследуемых нами пациентов с последствиями перенесенной нейроинфекции имели ограничения способности к самостоятельному передвижению, при этом 24 — в рамках ФК-1, по 6 человек — ФК-2 и ФК-3 соответственно. Способность к самообслуживанию — способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое существование в окружающей среде: у 43 пациентов выявлялось ограничение способности к самообслуживанию (ФК-1 наблюдался у 30 человек, ФК-2 — у 9, ФК-3 — у 4).

Ориентация — способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, воспринимать и анализировать ее состояние и соответственно реагировать на ее изменения. Для реализации ориентации необходимо интегрированное функционирование нескольких систем: зрения, слуха, осязания, обоняния, речи, чтения, письма; центральной и периферической нервной системы для передачи, анализа информации и выработки ответной реакции на ее изменение, адекватной психической деятельности: 24 пациента с анализируемой патологией имели ограничение способности к ориентации, при этом у 13 — в пределах ФК-1, у 7 — ФК-2 и у 4 — в ФК-3.

Общение — способность человека устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения. Среди обследованных нами пациентов с последствиями перенесенной нейроинфекции выявлялось легкое ограничение в рамках ФК-1 (9 человек).

Критерии оценки способности к труду много лет используемые в экспертной практике, сохраняют свое значение в медико-социальной экспертизе и реабилитации: 30 пациентов с последствиями перенесенной нейроинфекции имели ограничения способности к труду в рамках ФК-1, 25 человек — ФК-2, 10 — ФК-3. У 1 пациента труд был невозможен (ФК-4).

Исходя из имеющихся нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, пациенты в зависимости от группы инвалидности распределились следующим образом: третью группу инвалидности имели 19 че-

ловек, вторую — 11, первую — 1 исследуемый. Ограничения по результатам врачебно-консультативной комиссии выдавалось 16 пациентам, 53 — группа инвалидности, а также ограничения не определялись.

Таким образом, с учетом разнообразия используемых методов диагностического исследования при последствиях перенесенной нейроинфекции, регламенты экспертно-реабилитационной диагностики зависят от конкретных задач, решаемых в процессе медицинской экспертизы, уровня оснащенности учреждения, где проводится обследование пациента и должны быть соотнесены применительно к нарушениям основных функций организма человека и ограничений жизнедеятельности, вызванных в результате заболевания.

Исследование позволяет рекомендовать методику для использования в работе врачам-экспертам медико-реабилитационных экспертных комиссий, а также специалистам управлений здравоохранения облисполкомов, осуществляющих контроль службы медико-социальной экспертизы.

## **DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR EXPERT EVALUATION OF NEUROLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES INFECTION OF THE NERVOUS SYSTEM**

*A.N. Filippovich, N.V. Staheyko*

The study showed that taking into account the diversity of methods used in studies of diagnostic implications infection of the nervous system, regulations expert rehabilitation diagnostics depend on the specific problems to be solved in the course of a medical examination, the level of equipment of the institution where the patient survey is conducted, the degree of training of medical personnel and expert techniques should be correlated with respect to violations of the basic functions of the human body caused by disease, as well as the limitations of life.

The technique developed standardized quantitative assessment of the degree of neurological disorders caused infection of the nervous system, designed to assess the severity of disturbances in the determination of disability specialist medical and rehabilitation expert committees.

The study enables us to recommend the methodology developed for use in the medical doctors and rehabilitation expert's expert committees, as well as skilled health departments of regional executive committees, supervising service medical and social expertise.

**Proposals for co-operation:** advisory assistance in the implementation.