

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АКИНЕТИКО-РИГИДНЫМ СИНДРОМОМ

Короткий А. А., Смычек В. Б.

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. Проведен анализ результатов исследования 40 пациентов с акинетико-ригидным синдромом. Изучена структура имеющихся у пациентов моторных и немоторных клинических симптомов, формирующих стойкое нарушение функций, приводящих к инвалидности. Изучена структура сопутствующей патологии. Выделены основные мероприятия экспертно-реабилитационной диагностики для оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Выявлено отсутствие корреляции группы инвалидности со стадией заболевания по Хен — Яру.

Ключевые слова: ограничение жизнедеятельности, акинетико-ригидный синдром, моторные клинические симптомы, немоторные клинические симптомы, группа инвалидности.

Введение. Акинетико-ригидный синдром представляет собой ядро клинической картины болезни Паркинсона (БП) — хронического прогрессирующего дегенеративного заболевания головного мозга, проявляющегося гипокинезией, мышечной ригидностью, тремором

покою и постуральной неустойчивостью, обусловленного дегенерацией и гибелью преимущественно дофаминергических нейронов черной субстанции. Неуклонно прогрессирующий рост заболеваемости, все еще недостаточная эффективность лечения, тяжелая инвалидизация превращают акинетико-ригидный синдром в серьезную социальную проблему, требующую всестороннего и интенсивного изучения.

В настоящее время акинетико-ригидный синдром рассматривается как один из наиболее распространенных неврологических синдромов пожилого возраста. В связи с увеличением продолжительности жизни людей и старением населения отмечается возрастание числа пациентов с акинетико-ригидным синдромом. Такая тенденция характерна для всех развитых стран. Это одна из ведущих проблем клинической неврологии и гериатрии. В настоящий момент степень ограничения жизнедеятельности пациентов БП определяется выраженностью моторных (дрожание, гипокинезия, ригидность, постуральная неустойчивость, нарушения ходьбы) и немоторных нарушений (психические расстройства и прогрессирующая вегетативная недостаточность), без учета клинико-трудового прогноза и индивидуальных особенностей организма, страдающего данным заболеванием. В период «включения» нарушения функций организма могут быть расценены как умеренные или даже незначительные, в то время как в периоде «выключения», который может длиться до нескольких часов и занимать основную часть суток, двигательные функции пациента нарушены значительно, вплоть до полной обездвиженности и могут значительно ограничивать все категории жизнедеятельности человека.

Таким образом, в настоящее время в республике отсутствуют объективные критерии оценки ограничения жизнедеятельности у пациентов с акинетико-ригидным синдромом, что предопределяет значительные трудности у врачей-экспертов как при определении степени ограничения жизнедеятельности, клинико-трудового прогноза, группы инвалидности, реабилитационного прогноза, так и сроков инвалидности.

Задачами исследования являются:

1. Провести анализ медицинских документов пациентов с акинетико-ригидным синдромом и выделить нозологические единицы, вызывающие данный синдром и приводящие к инвалидности.

2. Провести комплексное клинико-функциональное исследование пациентов с акине-

тико-ригидным синдромом и выделить основные клинические симптомы, формирующие стойкие нарушения функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности.

3. Разработать критерии оценки нарушений функций и структур организма, ограниченный «активность и участие» у пациентов с акинетико-ригидным синдромом с учетом компенсации лекарственными средствами, техническими или иными вспомогательными средствами, а также в зависимости от контекстуальных факторов.

4. Разработать методику составления профиля индивидуального функционирования пациентов с акинетико-ригидным синдромом с учетом основных положений МКФ.

5. Разработать алгоритм оценки ограниченной жизнедеятельности у пациентов с акинетико-ригидным синдромом.

6. Разработать критерии оценки общей и профессиональной трудоспособности у пациентов с акинетико-ригидным синдромом.

7. Разработать метод, включающий критерии оценки ограничений жизнедеятельности у пациентов с акинетико-ригидным синдромом.

Цель работы — разработка и практическое применение метода медицинской реабилитации и критериев оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с акинетико-ригидным синдромом.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 40 пациентов с акинетико-ригидным синдромом (основная группа) в возрасте от 52 до 90 лет.

Критериями включения в группу исследования являются: наличие стойких нарушений функций организма у пациентов с акинетико-ригидным синдромом, приводящих к ограничению жизнедеятельности, статус инвалид (основная группа). Критерии исключения — синдром социальной компенсации, синдром взаимного отягощения.

В ходе анализа результатов исследования сопутствующей патологии у пациентов с акинетико-ригидным синдромом выявлено, что все тематические пациенты (40 человек) имели сопутствующие заболевания, в том числе приводящие к ограничению жизнедеятельности. Всего у исследованных пациентов было выявлено 232 случая сопутствующих заболеваний. В среднем на одного пациента приходилось 5,8 заболеваний.

Анализ результатов исследования показал, что наиболее частой сопутствующей патологией у пациентов с акинетико-ригидным синдромом являются ишемическая болезнь сердца

(87,5 %, 95% ДИ: 73,9–94,5) и артериальная гипертензия (92,5 %, 95% ДИ: 80,1–97,4), что доказывает их высокую роль в формировании стойких нарушений функций органов и систем организма и усугубляет имеющиеся ограничения жизнедеятельности у данного контингента.

Объектом исследования для изучения эпидемиологии инвалидности при акинетико-ригидном синдроме явились показатели первичной инвалидности (ПИ) лиц в возрасте от 18 лет и старше в Республике Беларусь за период 2012–2021 гг. Единицей наблюдения являлось лицо, впервые признанное МРЭК инвалидом.

В ходе анализа использованы материалы базы данных информационной системы «Инвалидность» за 2012–2013 гг. и Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации Республики Беларусь за 2014–2021 гг., функционирующих на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Цель и задачи исследования предопределили необходимость использования ретроспективных и проспективных принципов исследования. В ходе выполнения работы проводилось изучение русскоязычной и иностранной литературы, медицинской документации (медицинская карта пациента МРЭК, медицинская карта амбулаторного больного, эпикризы и иные документы), анализировались результаты интервьюирования и тестирования, оценки социально-средового и социально-бытового окружения, психолого-педагогической среды. Полученные данные заносились в тематические карты и электронные базы данных.

Верификация патологии у пациентов (нозологическая диагностика) проводилась в соответствии с унифицированными стандартными методами исследования, клиническими протоколами [1–4]. В процессе исследования анализировались эти данные, а также использовались следующие методы: сбор анамнеза (жизни, заболевания) у пациентов и (или) их законных представителей, интервьюирование пациентов и их законных представителей, комплексная оценка состояния здоровья пациентов. Осуществлялась оценка основных категорий жизнедеятельности их параметров в соответствии с основными принципами клинико-экспертного исследования, принятого в Республике Беларусь [4–6].

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов комплексного клинико-функцио-

нального исследования и сведений из медицинских документов позволил определить степень выраженности ограничения категорий жизнедеятельности, вызванное стойким нарушением функций организма у пациентов с акинетико-ригидным синдромом.

Клинические проявления акинетико-ригидного синдрома и сопутствующей в основном хронической патологии, учитывая возраст пациентов, приводили к нарушениям различных функций организма, препятствующих нормальному функционированию и ограничению жизнедеятельности, что представлено в таблице 1.

Установлено, что основная и сопутствующая патология приводила у 100,0 % (95% ДИ: 91,2–100,0) пациентов к нарушению статодинамической функции, степень выраженности которой являлась критерием для установления одной из групп инвалидности. Несколько реже страдали функции кровообращения — у 85,0 % (95% ДИ: 70,9–92,9) пациентов, психические функции — у 55,0 % (95% ДИ: 39,8–69,3) и внутренней секреции — у 17,5 % (95% ДИ: 8,8–32,0) пациентов. Нарушение функции дыхания, обусловленное патологией органов дыхания, выявлено у одного пациента (2,5 %, 95% ДИ: 0,4–12,9).

Данные нарушения приводили к ограничениям жизнедеятельности тематических пациентов. Удельный вес ограничений жизнедеятельности у 40 пациентов тематической группы с акинетико-ригидным синдромом представлен в таблице 2.

Анализ полученных результатов, показал, что у данных пациентов в 100,0 % (95% ДИ: 91,2–100,0) случаев страдала способность к самообслуживанию, трудовой деятельности и к самостоятельному передвижению. Ограничение способности контролировать свое поведение было выявлено у 24 (60,0 %, 95% ДИ: 44,6–73,7) пациентов, к ориентации — у 7 (17,5 %, 95% ДИ: 8,8–32,0), к общению — у 5 (12,5 %, 95% ДИ: 5,5–26,1).

Учитывая специфику акинетико-ригидного синдрома, был проведен детальный анализ степени выраженности ограничения способности к самостоятельному передвижению и способности контролировать свое поведение.

Способность к самостоятельному передвижению была ограничена у всех пациентов, но наибольшее количество случаев характеризовалось выраженным (ФК3) ограничением данной способности (47,5 %, 95% ДИ: 32,9–62,5), что отображено в таблице 3.

В ходе исследования была установлена связь и прямая зависимость степени выра-

Таблица 1 — Удельный вес случаев нарушений функций организма, приводящих к инвалидности у пациентов с акинетико-ригидным синдромом с учетом основной и сопутствующей патологии ($n = 40$)

Наименование функций организма с нарушениями	Количество		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ
Статодинамическая	40	100,0	91,2–100,0
Кровообращения	34	85,0	70,9–92,9
Психические	22	55,0	39,8–69,3
Внутренней секреции	7	17,5	8,8–32,0
Сенсорная	5	12,5	5,5–26,1
Обмена веществ и метаболизма	3	7,5	2,9–19,2
Выделения	3	7,5	2,9–19,2
Голоса и речи	3	7,5	2,9–19,2
Дыхания	1	2,5	0,4–12,9

Таблица 2 — Удельный вес случаев ограничения категорий жизнедеятельности у 40 тематических пациентов ($n = 40$)

Категория жизнедеятельности	Количество		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ
Способность к трудовой деятельности	40	100,0	91,2–100,0
Способность к самообслуживанию	40	100,0	91,2–100,0
Способность к самостоятельному передвижению	40	100,0	91,2–100,0
Способность контролировать свое поведение	24	60,0	44,6–73,7
Способность к ориентации	7	17,5	8,8–32,0
Способность к общению	5	12,5	5,5–26,1

Таблица 3 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от степени выраженности ограничения способности к самостоятельному передвижению ($n = 40$)

Степень выраженности ограничения	Количество		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ
Умеренная (ФК2)	12	30,0	18,1–45,4
Выраженная (ФК3)	19	47,5	32,9–62,5
Резко выраженная (ФК4)	9	22,5	12,3–37,5

женности моторных симптомов и ограничения способности к самостоятельному передвижению.

Способность контролировать свое поведение была ограничена у 24 (60,0 %, 95% ДИ: 44,6–73,7) пациентов, которым была определена одна из групп инвалидности. Среди пациентов преобладали случаи легкого (37,5 %, 95% ДИ: 21,2–57,3), умеренного (29,2 %, 95% ДИ: 14,9–49,2) и резко выраженного (20,8 %, 95% ДИ: 9,2–40,5) ограничения жизнедеятельности в категории способность контролировать свое поведение, что представлено в таблице 4.

Анализ данных, полученных вследствие оценки степени выраженности нарушений функций, ограничений жизнедеятельности по результатам комплексного клинико-функционального

исследования пациентов с акинетико-ригидным синдромом и изучения медицинских документов медицинских документов и иных документов, с учетом профессиональных аспектов позволил выявить у 50,0 % (95% ДИ: 35,2–65,0) пациентов критерии для установления 2 (второй) группы инвалидности, 30,0 % (95% ДИ: 18,1–45,4) — 1 (первой) группы, 20,0 % (95% ДИ: 10,5–34,8) — 3 (третьей) группы (рисунок).

В ходе исследования был проведен анализ взаимосвязи стадии прогрессирования заболевания по Хен и Яру и определения одной из групп инвалидности.

Результаты исследования показали, что у пациентов со 2-й стадией заболевания по Хен — Яру имели место критерии для установления 2-й группы инвалидности в 10 (25,0 %, 95% ДИ: 10,5–34,8) пациентов.

95% ДИ: 14,2–40,2) случаях, 3-я группа инвалидности — в 6 (15,0 %, 95% ДИ: 7,1–29,1) случаях, в трех случаях (7,5 %, 95% ДИ: 2,9–19,2) была определена 1-я группа инвалидности, что отображено в таблице 5.

У пациентов с 3-й стадией заболевания по Хен — Яру в 9 (60,0 %, 95% ДИ: 35,7–80,2) случаях были верифицированы критерии для определения 2-й группы инвалидности, в 5 (33,3 %, 95% ДИ: 15,2–58,3) случаях — 1-й группы инвалидности, и в одном случае (2,5 %, 95% ДИ: 0,4–12,9) — 3-й группы инвалидности.

У пациентов с 4-1 стадией заболевания по Хен — Яру в 75,0 % (95% ДИ: 30,1–95,4) случаях имели место критерии для установления 1-й группы инвалидности, в одном случае (25,0 %, 95% ДИ: 4,6–70,0) — 2-й группы инвалидности.

У двух пациентов с 1-й и 5-й стадиями заболевания по Хен — Яру определялась 3-я и 1-я группы инвалидности соответственно (по 100,0 %), что в перспективе предполагает набор таких пациентов для исследования данной закономерности.

Следовательно, у тематических пациентов наиболее часто имели место критерии для установления 2-й группы инвалидности — 20 случаев (50,0 %, 95% ДИ: 35,2–64,8), при этом

у них были диагностированы 2, 3, 4-я стадии заболевания по Хен — Яру, что отвергает предположение о корреляции группы инвалидности со стадией заболевания по Хен — Яру.



Закключение. Таким образом, анализ результатов оценки ограничений жизнедеятельности у 40 пациентов с акинетико-ригидным синдромом позволил установить, что имею-

Таблица 4 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от степени выраженности ограничения способности контролировать свое поведение (n = 24)

Степень выраженности ограничения	Количество		
	абс.	p, %	95% ДИ
Легкая (ФК1)	9	37,5	21,2–57,3
Умеренная (ФК2)	7	29,2	14,9–49,2
Выраженная (ФК3)	3	12,5	4,3–31,0
Резко выраженная (ФК4)	5	20,8	9,2–40,5

Таблица 5 — Распределение тематических пациентов по Хен — Яру в зависимости от определения одной из групп инвалидности

Группа инвалидности	Стадии по Хен — Яру				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
	Количество				
	абс.; p, % (95% ДИ)	абс.; p, % (95% ДИ)	абс.; p, % (95% ДИ)	абс.; p, % (95% ДИ)	абс.; p, % (95% ДИ)
Первая	—	3; 15,8 (5,5–37,6)	5; 33,3 (15,2–58,3)	3; 75,0 (30,1–95,4)	1; 100,0 (20,6–100,0)
Вторая	—	10; 52,6 (31,7–72,7)	9; 60,0 (35,7–80,2)	1; 25,0 (4,6–70,0)	—
Третья	1; 100,0 (20,6–100,0)	6; 31,6 (15,4–54,0)	1; 6,7 (1,2–29,8)	—	—
Итого	1; 100,0 (20,6–100,0)	19; 100,0 (83,2–100,0)	15; 100,0 (79,6–100,0)	4; 100,0 (51,0–100,0)	1; 100,0 (20,6–100,0)

шаяся у них основная и сопутствующая патология приводила в 100,0 % (95% ДИ: 91,2–100,0) случаев к нарушению статодинамической функции, степень выраженности которой являлась критерием для установления одной из групп инвалидности. Несколько реже страдали функции кровообращения (85,0 %, 95% ДИ: 70,9–92,9) и психические функции (55,0 %, 95% ДИ: 39,8–69,3). Данные нарушения приводили к ограничениям способностей к самообслуживанию, трудовой

деятельности и самостоятельному передвижению в 100,0 % (95% ДИ: 91,2–100,0) случаев. Анализ результатов исследования позволил выявить у 50,0 % (95% ДИ: 35,2–65,0) пациентов критерии для установления 2-й группы инвалидности, 30,0 % (95% ДИ: 18,1–45,4) — 1-й группы, 20,0 % (95% ДИ: 10,5–34,8) — 3-й группы.

Выявлено отсутствие корреляции группы инвалидности со стадией заболевания по Хен — Яру.

Список цитированных источников

1. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)» [Электронный ресурс] : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.01.2018 № 8. — Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/СProtokol/КП_Диагностика_и_лечение_пациентов_взросл_с_заболеваниями_нейрохирургического_профиля_в_стационарных_условиях_пост_МЗ_29102021_117.pdf. — Дата доступа: 16.06.2022.
2. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: рук-во для врачей / А. Н. Белова. — М.: Практическая медицина, 2018. — 696 с.
3. Федулов, А.С. Неврология и нейрохирургия. Пропедевтика и семиотика поражений нервной системы / А.С. Федулов, Е.С. Нургушаев. — Минск: Новое зрение, 2015. — 304 с.
4. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХП (с изм. и доп.). — Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=v19302435>. — Дата доступа: 16.06.2022.
5. О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 № 304. — Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=c22100304>. — Дата доступа: 16.06.2022.
6. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 № 77. — Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=w22136972>. — Дата доступа: 16.06.2022.

Peculiarities of disability assessment in patients with akinetic rigid syndrome

Korotky A. A., Smychek V. B.

*State institution “National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation”,
Minsk, Republic of Belarus*

The results of a study of 40 patients with akinetic-rigid syndrome were analyzed. The structure of motor and non-motor clinical symptoms present in patients, which form persistent dysfunctions leading to disability, was studied. The structure of concomitant pathology was studied. The main measures of expert-rehabilitation diagnostics are identified to assess the degree of severity of disability. There was no correlation between the disability group and the stage of the disease according to Hoehn — Yar.

Keywords: disability, akinetic-rigid syndrome, motor clinical symptoms, non-motor clinical symptoms, disability group.

Поступила 28.06.2022