

НОВЫЕ ПОДХОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Смычек В.Б.¹, Короткий А.А.²

*¹ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации»,*

*²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

rnrc@meir.by, med_examination@belmapo.by

Публикация посвящена особенностям медико-социальной экспертизы при болезни Паркинсона и синдроме паркинсонизма, усовершенствованию процесса проведения медико-социальной экспертизы и реабилитации путем научного обоснования и практического внедрения критериев инвалидности и медико-социальной реабилитации.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза; болезнь Паркинсона; реабилитация; критерии инвалидности*

NEW APPROACHES OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION IN PARKINSON'S DISEASE

Smychek V.B.¹, Korotkiy A.A.²

*¹State institution «National Science and Practice Centre of Medical
Assessment and Rehabilitation»,*

*²Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education
Minsk, Belarus*

The publication is devoted to the peculiarities of medical and social expertise in Parkinson's disease and parkinsonism syndrome, improving the process of conducting medical and social expertise and rehabilitation through scientific substantiation and practical implementation of criteria for disability and medical and social rehabilitation.

Key words: *medical and social expertise; Parkinson's disease; rehabilitation; disability criteria*

Научная новизна исследования заключается в изучении и уточнении клинических проявлений при болезни Паркинсона и синдроме паркинсонизма, являющиеся экспертно значимыми показателями, выделении факторов, влияющих на качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона и синдромом паркинсонизма, разработке экспертных характеристик и степени их выраженности, определении их влияния на социальную адаптацию пациентов и подходы к коррекции нарушений.

Болезнь Паркинсона (БП) неизбежно приводит к инвалидизации, которая может наступать в разные сроки от момента появления первых симптомов заболевания. Непосредственной причиной установления одной из групп инвалидности могут быть как моторные симптомы БП (гипокинезия, ригидность, тремор, постуральная неустойчивость, нарушение ходьбы), ограничивающие мобильность пациентов и способность к выполнению тонких движений, так и немоторные симптомы (прежде всего психические и вегетативные расстройства) [2, 6].

На определенном этапе заболевания все пациенты направляются на медико-социальную экспертизу, однако до настоящего времени не разработано единых стандартизированных критериев для определения степени ограничения жизнедеятельности и группы инвалидности у больных с БП, что предопределяет возникновение ошибок при определении группы инвалидности, которые в основном связаны с недостаточным учетом функциональных нарушений, вызываемых заболеванием. Как показывает практика, пациентам, имеющим одинаковую степень тяжести заболевания, в различных медико-реабилитационных экспертных комиссиях зачастую определяются разные группы инвалидности.

Ошибочное определение более высокой группы инвалидности нередко объясняется убеждением, что БП всегда является прогрессирующим заболеванием, быстро приводящим к обездвиженности. Более часто встречающееся на практике «занижение» группы инвалидности может быть связано с недостаточным знанием клинических проявлений заболевания.

С целью выделения критериев определения инвалидности при БП, проведено ретроспективное изучение медицинских, медицинских экспертных документов пациентов, проконсультированных в консультативно-поликлиническом отделении государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» в период с 2015 по 2019 год.

Были изучены основная и сопутствующая патологии в данной группе пациентов (31 человек), характер и локализация нарушений, приведших к ограничению жизнедеятельности.

Данные пациенты были распределены на три группы в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности (ОЖ): 1) пациенты с выраженным ОЖ (от 51% до 75%) – имели 2 группу инвалидности, 2) пациенты с умеренным ОЖ (от 26% до 50%) – 3 группу инвалидности, 3) пациенты с легким ОЖ (от 1% до 25%) – не имеющие оснований для установления одной из групп инвалидности (таблица 1). Случаев 1 группы инвалидности, а соответственно резко выраженного ОЖ не наблюдалось.

Таблица 1 – Процентное и количественное распределение пациентов с БП в зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности (n=31)

Степень выраженности ограничения жизнедеятельности	Количество	
	абс.	P±m _p , %
Выраженное ОЖ – 2 группа инвалидности	5	16,1±6,7
Умеренное ОЖ – 3 группа инвалидности	19	61,3±8,9
Легкое ОЖ – группа инвалидности не определена	7	22,6±7,6
Итого	31	100,0

В ходе исследования выявлено, что среди пациентов с БП преобладали случаи умеренного ограничения жизнедеятельности, которым была определена 3 группа инвалидности – 61,3%. Удельный вес пациентов, которым была определена 2 группа инвалидности составил 16,1%. В тоже время, группа инвалидности не была определена в 22,6% случаев.

Следовательно, у пациентов с БП, проконсультированных в консультативно-поликлиническом отделении государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» в период с 2015 по 2019 год, чаще определялось умеренное ограничение жизнедеятельности, что являлось основанием для определения 3 группы инвалидности в 19 (61,3%) случаях.

Общеизвестно, что степень ограничения жизнедеятельности больных БП определяется выраженностью моторных (дрожание, гипокинезия, ригидность, постуральная неустойчивость, нарушение ходьбы) и немоторных симптомов (психические расстройства и прогрессирующая вегетативная недостаточность) в зависимости от стадии паркинсонизма [1, 3].

Классификация БП по Хен-Яру выделяет пять стадий (степеней тяжести) заболевания, которые рекомендуется использовать для клинической практики. Однако данная классификация отражает распространенность процесса, но не позволяет оценить выраженность отдельных симптомов (гипокинезия, тремор, ригидность) [4]. При 1 стадии (гемипаркинсонизм) выраженность симптомов может варьировать от незначительной до умеренной, которые, как правило, хорошо компенсируются дофаминергическими средствами, не приводя к ограничению жизнедеятельности, в связи с чем пациенты длительно остаются трудоспособными [5].

В то же время стойкие умеренные нарушения функций организма, обусловленные БП у 31 пациента привели к ограничению способностей к трудовой деятельности, к самостоятельному передвижению, к самообслуживанию, что предопределило необходимость применения мер социальной защиты и установления 3-й группы ивальнойности в 61,3% случаев.

Таблица 2 – Распределение пациентов с БП по Хен-Яру в зависимости от определения одной из групп инвалидности (n=31)

Группа инвалидност ти	БП, 1ст. по Хен-Яру	БП, 2ст. по Хен-Яру	БП, 3ст. по Хен-Яру	БП, 4ст. по Хен-Яру	БП, 5ст. по Хен-Яру
	абс. Число ($p \pm m_p, \%$)	абс. Число ($p \pm m_p, \%$)	абс. Число ($p \pm m_p, \%$)	абс. Число ($p \pm m_p, \%$)	абс. Число ($p \pm m_p, \%$)
1	-	-	-	-	-
2	-	2 (10,0±6,7)	3 (60,0±21,9)	-	-
3	1 (16,7±15,2)	16 (80,0±8,9)	2 (40,0±21,9)	-	-
Не установлена	5 (83,3±15,2)	2 (10,0±6,7)	-	-	-
Итого:	6 (100,0)	20 (100,0)	5 (100,0)	-	-

Результаты исследования, как видно из таблицы 2, показали, что у пациентов с 1 стадией БП по Хен-Яру в 83,3±15,2% случаев группа инвалидности не была установлена. В тоже время, пациентам со 2 стадией БП по Хен-Яру в большинстве (80,0±8,9%) своем была определена 3 группа инвалидности. У пациентов с 3 стадией БП по Хен-Яру в трех случаях была определена 2 группа инвалидности (60,0±21,9), в двух случаях – 3 группа (40,0±21,9). Следовательно, пациентам с БП наиболее часто определялась 3 группа инвалидности (80,0±8,9%), при этом у них была диагностирована 2 стадия БП по Хен-Яру.

Таким образом, для определения группы инвалидности необходимо учитывать не только стадию болезни, но и выраженность отдельных моторных и немоторных симптомов, темп прогрессирования заболевания, эффективность и переносимость лечебных мероприятий, включая инвазивные методы коррекции симптомов.

Список литературы

1. Левин, О.С. Недвигательные флюктуации при болезни Паркинсона/ О.С. Левин, И.Г. Смоленцева, А.К. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 3. – С. 90–96.
2. Смычѣк В.Б. Основы МКФ / В.Б. Смычѣк – Минск, 2015. – 432 с.
3. Martinez-Martin, P. International study on the psychometric attributes of the non-motor symptoms scale in Parkinson disease / P. Martinez-Martin [et al.] // Neurology. – 2009. – Vol. 73(19). – P. 1584– 1591.
4. Chaudhuri, K.R. Nonmotor symptoms of Parkinsons disease: diagnosis and management / K.R. Chaudhuri, D.G. Healy, АН. Schapira // Lancet Neurol. – 2006. – Vol. 5, № 3. – P. 235–245.
5. Aarsland D., Kurz M.W. // Brain Pathol. – 2010. – Vol. 20. – P. 633–639.
6. Помников, В.Г. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации/ В.Г. Помников, М.В. Коробов // Санкт-Петербург, 2017. – С. 500–504.