

## КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ И ДЕГЕНЕРАТИВНОМ СТЕНОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

*Овсянник Юлия Анатольевна*

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
медицинской экспертизы и реабилитации»*

*г. Минск, Республика Беларусь*

*e-mail: [nevrologia@meir.by](mailto:nevrologia@meir.by)*

**Введение.** Высокие показатели тяжести первичного выхода на инвалидность у пациентов с нарушениями функций тазовых органов (НФТО) при посттравматическом и дегенеративном стенозе позвоночного канала (СПК) обусловлены влиянием нескольких факторов, связанных как непосредственно с клиническими проявлениями заболевания и его последствиями, развитием поздних неврологических расстройств на фоне развившейся травматической деформации и нестабильности позвоночника, сочетанием двигательных и нейротрофических нарушений, социальной и психологической дезадаптацией. Совокупное влияние указанных факторов вызывает утяжеление клинико-социальных последствий патологического процесса, что требует объективного комплексного и междисциплинарного подхода к планированию мероприятий медицинской реабилитации (МР) на различных этапах. В процессе проведения экспертно-реабилитационной диагностики и установления реабилитационного диагноза, включающего характеристики функций, структур организма, активности и участия на основе «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) важным является определить реабилитационный прогноз (РП) пациента, т.е. предположить возможности устранения или минимизации ограничений жизнедеятельности и достижения намеченных целей МР для корректировки индивидуальной программы медицинской реабилитации (абилитации) (ИПРА) пациента.

**Цель:** Разработать критерии определения РП у пациентов с НФТО при посттравматическом и дегенеративном стенозе позвоночного канала (СПК) для применения в медико-социальной экспертизе (МСЭ) и медицинской реабилитации (МР).

**Материалы и методы.** Проведена клиничко-функциональная оценка состояния пациентов (обследовано 45 человек) с НФТО, обусловленными посттравматическим и дегенеративным СПК грудного и поясничного отделов позвоночника: 31 (68,9%, 95,5ДИ: 54,3-80,5) мужчина и 14 (31,1%, 95,5ДИ: 19,5-45,7) женщин. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство обследованных мужчин были представлены в группах: до 40 лет – 11 (35,5%, 95,5ДИ: 21,1-53,1) и 51-60 лет – 13 (41,9%, 95,5ДИ: 26,4-59,2). Возрастной диапазон 42,8% обследованных женщин – старше 60 лет (6 чел., 95,5ДИ: 21,4-

67,4). По продолжительности заболевания пациенты распределялись следующим образом: до одного года – 18 чел. (40,0%; 95,5ДИ: 27,0-54,6); от 1 года до 3-х лет – 20 чел. (44,4%, 95,5ДИ: 30,9-58,8); от 3-х до 10 лет – 7 чел. (15,6 %, 95,5ДИ: 7,8-28,8). Анализ медицинской документации обследованных лиц показал, что, в первую очередь, вопросы МСЭ и МР пациентов с НФТО при дегенеративном и посттравматическом СПК возникают в активном трудоспособном возрасте (до 60 лет) лиц мужского пола (26 чел., 57,8%) и с продолжительностью заболевания от дебюта до настоящего времени 0-3 года (38 чел., 84,4%). Распределение обследованных лиц в зависимости от этиологического фактора показало, что НФТО, в первую очередь, связаны со сложным генезом процесса (посттравматический СПК) на уровне грудного и поясничного отделов позвоночника (14 чел., 31,1%; 95,5ДИ: 19,5-45,7); реже – с СПК на грудном уровне – 9 чел., 20,0%, 95,5ДИ: 10,9-33,8 и с ПСМТ на грудном и поясничном уровнях одновременно (7 чел., 15,6%; 95,5ДИ: 7,8-28,8). Патоморфологические процессы, вызванные СПК, наряду с тазовыми нарушениями, в большом количестве случаев сопровождались радикальной симптоматикой, усугубляя нарушения функций и ограничения жизнедеятельности пациентов. Чаще всего поражались Th1-Th12-корешки (14 чел., 31,1%, 95,5ДИ: 19,5-45,7) и поясничное утолщение (16 чел., 35,6%, 95,5ДИ: 23,2-50,2), реже встречалась сочетанная локализация поражения (Th1-Th12-корешки и поясничное утолщение, поясничное утолщение и конус) – 13 чел., 28,9%, 95,5ДИ: 17,7-43,4; в 2 случаях выявлено поражение изолированно конуса (4,4%; 95,5ДИ: 1,2-14,8). У всех пациентов клинический диагноз, уровень повреждения позвоночника или структур СМ был подтвержден методами нейровизуализации: грыжи (протрузии) межпозвонковых дисков, в том числе посттравматические, выявлены у 4 чел. (8,9%, 95,5ДИ: 3,5-20,7); дегенеративно-дистрофические изменения – у 11 чел., 24,4%, 95,5ДИ: 14,2-38,7; сочетание патоморфологических структурных изменений (остеопения, сосудистая патология, рубцово-спаечный процесс, деформация позвонков и позвоночного столба) – у 23 чел., 51,1%, 95,5ДИ: 37,0-65,0). В 40 случаях из 45 (88,0%) наблюдалась сопутствующая патология, приводящая к нарушениям функций органов и систем организма, различной степени выраженности (болезни системы кровообращения (17,5%), болезни вен нижних конечностей, сахарный диабет (10,0%), расстройства поведения (22,5%), болезни мочеполовой системы и др.)). Нарушения статодинамической функции у пациентов вследствие пареза (центрального спастического, вялого периферического, комбинированного) различной степени выраженности наблюдались в 43 случаях (95,6%, 95,5ДИ: 85,2-98,8). Наряду с нарушениями функций выделения (100% случаев) часто встречались нарушения функций кровообращения (16 чел., 35,6%, 95,5ДИ: 23,2-35,6); психических функций (9 чел., 20,0%, 95,5ДИ: 10,9-33,8); функций обмена веществ и метаболизма (5 чел., 11,1%, 95,5ДИ: 4,8-23,5). У 55,6% обследованных пациентов (25 чел., 95,5ДИ: 41,2-69,1) реабилитационный потенциал оценен как высокий, у 13,3% (6 чел., 95,5ДИ: 6,3-26,2) – средний, у 31,1% (14 чел., 19,5-45,7) – низкий.

Проведены: оценка НФТО инструментальными методами исследования; оценка функционального статуса с использованием шкалы Международного стандарта неврологической классификации травмы СМ (International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury, ISNCSCI); оценка способности к самообслуживанию с использованием шкалы функциональной независимости (Functional Independence Measure – FIM); оценка способности к самостоятельному передвижению с использованием индекса мобильности Ривермид (Rivermead Mobility Index, динамического индекса походки – Dynamic Gait Index, индекса ходьбы Хаузера); оценка качества жизни с использованием шкалы симптомов нейрогенного мочевого пузыря (The Neurogenic Bladder Symptom Score (NBSS)) и шкалы SF-36 Health Status Survey с применением метода экспертной оценки медицинской документации. Комплексная оценка нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности у пациентов с НФТО, обусловленными посттравматическим и дегенеративным СПК грудного и поясничного отделов позвоночника проводилась с учетом влияния на функциональный статус сопутствующей патологии и контекстовых факторов с применением доменов и кодов МКФ.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам анализа медицинской документации и собственных исследований определены характер и степень влияния на РП и тяжесть инвалидности изменений в функции, структурах, активности и участии с учетом применяемых в МР и МСЭ положений МКФ. РП определялся относительно конкретных базовых категорий ограничений жизнедеятельности (самостоятельное передвижение, самообслуживание), исходя из этиологии, степени выраженности синдромальных и функциональных нарушений, с учетом возраста, коморбидности, предполагаемого влияния средовых факторов. РП оценивался с учетом вероятности реализации целей МР, преимущественно в соответствии со степенью выраженности НФТО и сопутствующих нарушений статодинамической функции, наличия алгического и мышечно-тонического синдромов. Для пациентов с высокой тяжестью ограничений жизнедеятельности в пределах функционального класса (ФК) 3 по способности к самостоятельному передвижению или самообслуживанию, прогнозирование осуществлялось с учетом предполагаемого восстановления в полугодовой период после МР. У пациентов с категориями ограничений жизнедеятельности в рамках ФК 2 прогнозирование исходило из предполагаемого восстановления способности к трудовой деятельности и, соответственно, реализации клиничко-трудового прогноза. Благоприятный РП определялся при высокой вероятности полного восстановления нарушенных базовых категорий жизнедеятельности при наличии объективных возможностей для реализации реабилитационного потенциала в полном объеме с учетом восстановления способности к трудовой деятельности. РП определялся как сомнительный при вероятной возможности частичной реализации реабилитационного потенциала в случаях недостаточной эффективности мероприятий по выполнению ИПРА при прогнозировании частичного

восстановления нарушенных ограничений жизнедеятельности с уменьшением степени их ограничений. Неблагоприятный РП возникал, когда имела место неосуществимость частичного восстановления нарушенных ограничений жизнедеятельности и уменьшения степени их ограничений, невозможность реализации реабилитационного потенциала, при прогрессировании основной патологии, наличии коморбидной патологии опорно-двигательного аппарата, патогенетически не связанной с СПК.

**Выводы.** Таким образом, в процессе исследования разработаны критерии РП с учетом системного совокупного влияния изменений в функции, структурах, активности и участии и действия контекстовых факторов с применением кодов и доменов МКФ у пациентов с НФТО, обусловленными посттравматическим и дегенеративным СПК. Применение разработанных критериев оценки РП в экспертно-реабилитационной диагностике позволяет объективизировать степень выраженности нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности на различных этапах МСЭ, индивидуализировать план реабилитационных мероприятий и оценить эффективность проведенной МР.