Ю.А. Овсянник, И.Я. Чапко

ИНСТРУМЕНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск*

Y.A. Ovsyannik, I.Y. Chapko

TOOLS FOR PREDICTING THE FORMATION OF DISABILITY IN PATIENTS WITH PELVIC ORGAN FUNCTION DISORDERS

Tutor: prof. V.B. Smychek

*Republican Scientific and Practical Center for Medical Examination and Rehabilitation,
Minsk*

Резюме. Проведена оценка факторов и причин формирования инвалидности у 73 пациентов с нарушениями функций тазовых органов, обусловленными стенозом позвоночного канала, травмами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Установлено, что риск формирования инвалидности обусловлен влиянием нескольких факторов, связанных как непосредственно с клиническими проявлениями заболевания и последствиями в виде ограничения категорий жизнедеятельности, так и имеющими социальный и профессиональный характер: ограничениями способности к прежней профессиональной деятельности.

Ключевые слова: болезни и травмы центральной нервной системы, нарушения функции тазовых органов, медико-социальная экспертиза.

Resume. An assessment was made of the factors and causes of disability in 73 patients with dysfunction of the pelvic organs caused by spinal stenosis, injuries of the thoracic and lumbosacral spine. It has been established that the risk of disability is due to the influence of several factors related both directly to the clinical manifestations of the disease and consequences in the form of limitation of categories of life activity, and those of a social and professional nature: limitations in the ability to perform previous professional activities.

Keywords: diseases and injuries of the central nervous system, dysfunction of the pelvic organs, medical and social examination.

Актуальность. В настоящее время актуальным представляется разработка новых технологий медицинской реабилитации (МР), базирующихся на модели оценки факторов формирования инвалидности, формирование на этой основе реабилитационных мероприятий, предусматривающих максимальную возможность восстановления (компенсации) нарушенных функций органов и систем организма и минимизацию или полное устранение ограничений жизнедеятельности (ОЖ) [1,2,3]. По данным статистической системы «Инвалидность», ежегодно в Республике Беларусь последствия стеноза позвоночного канала (СПК) и позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) являются причиной первичного выхода на инвалидность у 100-130 человек [4]. Формирование инвалидности у пациентов с нарушениями функций тазовых органов (НФТО) на фоне СПК, травм грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника обусловлено не только факторами, связанными с тяжестью поражения структур позвоночника, спинного мозга (СМ), но и зависит от ряда других условий, несоблюдение которых в процессе восстановления может привести к первоначально незапланированному исходу МР: раннее начало,

этапность организации реабилитационного процесса, рациональное трудоустройство пациента при наличии противопоказанных условий труда [5,6]. Это обуславливает необходимость анализа причин формирования инвалидности с целью ее профилактики и снижения тяжести.

Цель: анализ причин формирования инвалидности пациентов с НФТО, обусловленными СПК, травмами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.

Задачи:

1. Провести клинико-функциональный анализ результатов обследования пациентов с применением метода экспертной оценки медицинской документации.

2. Провести оценку нарушений функций органов и систем организма, обусловленных ПСМТ и СПК, оценку ОЖ, с целью объективизации степени их выраженности.

Материалы и методы. В основу разработок положены результаты исследования 73 пациентов с НФТО, обусловленными СПК, травмами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника: 41 (56,2%) мужчина и 32 (43,8%) женщины. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство обследованных мужчин были представлены в возрасте до 40 лет – 17 (41,4%, 95 ДИ: 27,8-56,6) и 41-50 лет – 14 (34,2%, 95 ДИ: 21,6-49,5); 43,8% обследованных женщин представлены возрастной группой до 40 лет (14 чел., 95 ДИ: 28,2-60,7). Также «уязвимая» возрастная категория среди обследованных лиц мужского пола – старше 60 лет (7 чел., 17,1%, 95 ДИ: 8,5-31,3). По продолжительности заболевания пациенты распределялись следующим образом: до одного года – 36 чел. (49,3%, 95 ДИ: 38,2-60,5); от 1 года до 3-х лет – 19 чел. (26,0%, 95 ДИ: 17,3-37,1); от 3-х до 10 лет – 17 чел. (23,3 %, 95 ДИ: 15,1-34,2); более 10 лет – 1 чел. (1,4 %, 95 ДИ: 0,2-0,7). Распределение обследованных лиц в зависимости от этиологического фактора показало, что у большинства пациентов (25 чел., 34,3%) НФТО связаны, в первую очередь, со сложным генезом процесса (на уровне грудного отдела позвоночника – 10 чел., 13,7%, 95 ДИ: 7,6-23,4; на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника – 15 чел., 20,6%, 95 ДИ: 12,9-31,2); реже – с ПСМТ грудного отдела – 19 чел., 26,0%, 95 ДИ: 17,3-37,1. Сочетание двух и более факторов наблюдалось в 7 случаях (9,5%, 95 ДИ: 4,7-18,5). Патоморфологические процессы, вызванные СПК, травмами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, наряду с тазовыми нарушениями, в большом количестве случаев сопровождалась, так называемой, радикулярной симптоматикой, усугубляя нарушения функций и ОЖ пациентов. Чаще всего поражалось поясничное утолщение (32 чел., 43,8%, 95 ДИ: 33,1-55,3), реже наблюдалась сочетанная локализация (Th1-Th12 и поясничное утолщение, поясничное утолщение и конус) (22 чел., 30,2%, 95 ДИ: 20,8-41,4). Статодинамические нарушения у пациентов проявлялись в виде пареза (центрального спастического, вялого периферического, комбинированного) различной степени выраженности (65 чел.; 89,0 %, 95 ДИ: 79,8-94,3). Достаточно часто встречались: алгический синдром (46 чел.; 63,0 %, 95 ДИ: 51,6-73,2), мышечно-тонические нарушения (52 чел.; 71,2 %, 95 ДИ: 60,0-80,4), другие виды нарушений (51 чел.; 69,9 %, 95 ДИ: 58,6-79,2), частично усугубляющие степень тяжести ОЖ: нарушения

поверхностной, а также глубокой чувствительности, нейротрофические нарушения, сопутствующая патология.

Проведенный клинико-функциональный анализ результатов обследования пациентов, применение метода экспертной оценки медицинской документации («Направление на МСЭ», «Акт освидетельствования МРЭК», медицинская карта амбулаторного больного и др.), в том числе с ретроспективным анализом инвалидности за прошедшее время, позволил выделить основные факторы, влияющие на риск инвалидизации пациентов с НФТО. При анализе факторов инвалидности проводилась оценка нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, в соответствии с классификацией основных видов нарушений функций органов и систем организма пациента, согласно приложению 2 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы, и степени их выраженности ограничений жизнедеятельности и степени их выраженности в соответствии с классификацией основных категорий жизнедеятельности и степени выраженности их ограничений согласно приложению 1 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы [7]. Для оценки ОЖ, с целью объективизации степени их выраженности использовался Метод оценки ограничений жизнедеятельности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 февраля 2022 г. № 131 [8].

Результаты и обсуждение. Первая группа инвалидности была установлена 30 пациентам (41,1%). Имело место резко выраженное (функциональный класс (ФК) 4) ограничение одной из базовых категорий жизнедеятельности: чаще всего способности к самостоятельному передвижению, реже способности к самообслуживанию; выраженное стойкое нарушение функций двух и более взаимосвязанных систем организма (с учетом компенсации лекарственными средствами и (или) техническими средствами социальной реабилитации (ТССР)), создающее синдром взаимного отягощения, приводящее к резко выраженному (ФК 4) ограничению одной из базовых категорий жизнедеятельности. Вторая группа инвалидности была установлена 24 пациентам (32,9%). Отмечалось выраженное (ФК 3) ограничение одной из базовых категорий жизнедеятельности (способности к самостоятельному передвижению, самообслуживанию) или умеренное стойкое нарушение функций двух и более взаимосвязанных систем организма пациента (с учетом компенсации лекарственными средствами и (или) ТССР), создающее синдром взаимного отягощения, приводящее к выраженному (ФК 3) ограничению одной из базовых категорий жизнедеятельности. Основанием для установления третьей группы инвалидности (19 чел., 26,%) являлось умеренное (ФК 2) ограничение одной из базовых категорий жизнедеятельности (способности к самостоятельному передвижению, самообслуживанию); легкое стойкое нарушение функций двух и более взаимосвязанных систем организма пациента (с учетом компенсации лекарственными средствами и (или) ТССР), создающее синдром взаимного отягощения, приводящее к умеренному (ФК 2) ограничению одной из базовых категорий жизнедеятельности; легкое (ФК 1) ограничение трех и более базовых категорий жизнедеятельности, приводящее к синдрому социальной компенсации.

Установлено, что риск формирования инвалидности, как правило, обусловлен влиянием нескольких факторов в их сочетании, связанных как непосредственно с клиническими проявлениями заболевания и его последствиями в виде ограничения базовых категорий жизнедеятельности, так и имеющими социальный и профессиональный характер (ограничениями способности к прежней профессиональной деятельности). Высокую значимость имели такие факторы как: степень выраженности дефицитарного неврологического синдрома в виде комбинированного синдрома комплекса (алгический синдром, спастический, вялый или комбинированный парез конечностей, вертебральный синдром, НФТО); низкая динамичность восстановления нарушенных функций в процессе лечения и МР; неблагоприятный тип течения заболевания в подостром и восстановительном периодах. Важное значение в формировании инвалидности имели такие критерии, как ограничения способности к трудовой деятельности без изменения режима рабочего времени, без изменения условий труда; изменение (снижение) вредных условий труда, приводящее к утрате основной профессии; уменьшение норм труда, объемов выполняемой работы; изменение режима рабочего времени; утрата способности к трудовой деятельности по основной профессии рабочего при сохранении способности к выполнению неквалифицированного труда; снижение полноты выполнения трудовых функций по профессии рабочего, должности служащего. Значимость отдельных факторов в разные периоды заболевания неравнозначна. В остром и восстановительном периодах заболевания более высока значимость медицинских факторов, связанных с особенностями травматической болезни СМ, в отдаленном периоде более высока роль социальных (профессиональных факторов). В ряде случаев у пациентов возникали трудности в реализации мероприятий МР в части выполнения рекомендованных условий и видов труда, что особенно касалось лиц предпенсионного возраста, занятых в профессиях с высокой ролью физического труда, вынужденного положения тела, предписанного темпа работы, с низким квалификационным уровнем. Определенную роль в риске развития инвалидности в периоде последствий имели место вновь формирующиеся нарушения, обусловленные появлением морфологических изменений в структурах СМ, связанных с сосудистой дисфункцией или компрессией структур СМ и корешков, с дегенеративно-дистрофическим процессом в позвоночнике. По мере прогрессирования патологических процессов (локальная или диффузная субатрофия СМ, миеломалация, кистозная дегенерация, спаечный процесс в оболочках, компрессия СМ, деформация позвоночного канала), увеличивалась роль вновь возникших или прогрессирующих неврологических синдромов, причем не всегда связанных с превалированием НФТО. Роль чисто этиологического травматического характера процесса существенно не влияла на риск развития инвалидности. Смешанный характер течения и прогрессирования процесса (сосуществование сосудистых изменений и появление маркеров нейродегенерации вследствие косвенных реактивных изменений иммунной системы после травмы СМ) относился к факторам риска неблагоприятного течения заболевания и риска инвалидизации.

Выводы: риск формирования инвалидности у пациентов с НФТО при ПСМТ и СПК обусловлен не только клинико-функциональными проявлениями заболевания в виде тазовых нарушений, но, в большей степени, ограничениями базовых категорий

жизнедеятельности (способности к самостоятельному передвижению, реже способности к самообслуживанию), а также умеренными ограничениями способности к прежней профессиональной деятельности.

Литература

1. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко, Я.К. Бесстрашнова и др. // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. — 2016. — Т. 93, № 6. — С. 12—20.

2. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькманович. – Минск, Юнипак, 2005. – 420 с.

3. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план / А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, Е.В. Мельникова и др. // Вестн. восстанов. медицины. — 2017. — № 2. — С. 16—22.

4. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. – Минск: ГУ РНПТ МТ, 2019. – 257 с. – Режим доступа: https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 30.11.2022.

5. Об использовании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методические рекомендации / В.Б. Смычек, В.В. Голикова, А.В. Копыток. – Минск: Медисонт, 2020. – 86 с.

6. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации / Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, Н.А. Шамалов и др. // Вестн. восстанов. медицины. — 2018. — № 3. — С. 14—20.

7. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июня 2021 г. №77 // ILEX /ООО «ЮрСпектр». – Режим доступа: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/211916>. – Дата доступа: 18.01.2024.

8. Метод оценки ограничений жизнедеятельности при последствиях заболеваний и травм, состояниях у лиц в возрасте старше 18 лет [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 4 февраля 2022 г. №131 // ILEX /ООО «ЮрСпектр». – Режим доступа: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/201263>. – Дата доступа: 19.01.2024.