

РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Смычек В.Б., Осипов Ю.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», п. Городище, РБ

По данным Национального статистического комитета повреждений спинного мозга, частота позвоночно-спинальной травмы (ПСТ) в США составляет примерно 40 случаев на миллион населения – около 12 тыс. пациентов в год. В 2010 г. в США число лиц с ПСТ составляло 265 тыс. человек [1].

Проведенный нами мониторинг первичной инвалидности при ПСТ по РБ за 2002–2011 гг. определил ее частоту среди населения 18 лет и старше: ПСТ шейного отдела – 0,11 на 10 тыс. населения; ПСТ грудного отдела – 0,04 на 10 тыс. населения; ПСТ поясничного отдела – 0,03 на 10 тыс. населения [2].

Реабилитация при ПСТ, вследствие исключительной функциональной значимости последствий повреждений структур спинного мозга (СМ), приводящих к высокому уровню ПИ, имеет особое значение.

Цель исследования: повышение качества жизни пациентов с последствиями ПСТ путем комплексного этапного оказания медицинской реабилитационной и экспертной помощи.

Материалы и методы: Обследовано 125 пациентов в возрасте 18 лет и старше с ПСТ, проходивших МР в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации» (РКБ МР) и медико-социальную экспертизу (МСЭ) в консультативно-поликлиническом отделении медицинской экспертизы ГУ «РНПЦ МЭиР», за 2007-2011 гг.

Методы исследования: анализ медицинской документации, сбор жалоб и анамнеза, экспертно-реабилитационная диагностика (ЭРД) неврологических нарушений методами осмотра, пальпации, линейных измерений, нарушений функции тазовых органов (НФТО), функциональной недостаточности позвоночника; МРТ, оценка лабораторных данных; ограничений жизнедеятельности (ОЖ) по функциональным классам (ФК).

Результаты и их обсуждение: Наибольшая встречаемость у

лиц наиболее трудоспособного возраста, подтвердила что ПСТ является одной из важных проблем медицины: средний возраст пациентов в группе исследования составил ($M \pm m$) – $36,7 \pm 11,09$ лет, большинство пострадавших мужчины – 82,4%.

Исследование тяжести повреждений СМ по шкале Американской Ассоциации спинальной травмы (ASIA, 1996г.) показало, что на уровне функционально подвижных отделов позвоночника СМ повреждался чаще и чаще возникала наиболее тяжелая ПСТ типа “А” с полным нарушением чувствительности и двигательных функций ниже уровня поражения СМ (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов с ПСТ по локализации и тяжести повреждений спинного мозга по шкале

Локализация повреждений спинного мозга	Класс тяжести повреждений спинного мозга								Всего:	
	“А”		“В”		“С”		“D”			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Шейный отдел	18	14,4	9	7,2	9	7,2	6	4,8	42	33,6
Грудной отдел	7	5,6	3	2,4	2	1,6	–	–	12	9,6
Поясничный	19	15,2	16	12,8	20	16	16	12,8	71	56,8
Всего:	44	35,2	28	22,4	31	24,8	22	17,6	125	100

Целью МР у пациентов с ПСТ являлось: восстановление и/или компенсация нарушенных вследствие ПСТ функций организма и ограничений жизнедеятельности, восстановление индивидуально-личностного статуса. Объектом реабилитации – формирующие качество жизни, нарушенные повседневные способности: мобильность, способность к самообслуживанию, уходу за собой при НФТО, профессиональная трудоспособность.

Согласно разработанной нами комплексной этапной системе МР (КЭСМР) при ПСТ, технология реабилитации представляет совокупность составляющих ее взаимосвязанных этапов и технологических элементов, с конкретной поставленной целью МР для каждого из этапов (рис. 1). Мероприятия МР интегрировались в лечебный процесс в острой фазе ПСТ в специализированных нейрохирургических (травматологических) отделениях стационаров после стабилизации жизненно-важных функций и достигнутой консервативной и/или интраоперационной стабильности позвоночника с декомпрессией спинного мозга, подтвержденных КТ, МРТ исследованием – лечебно-реабилитационный этап.

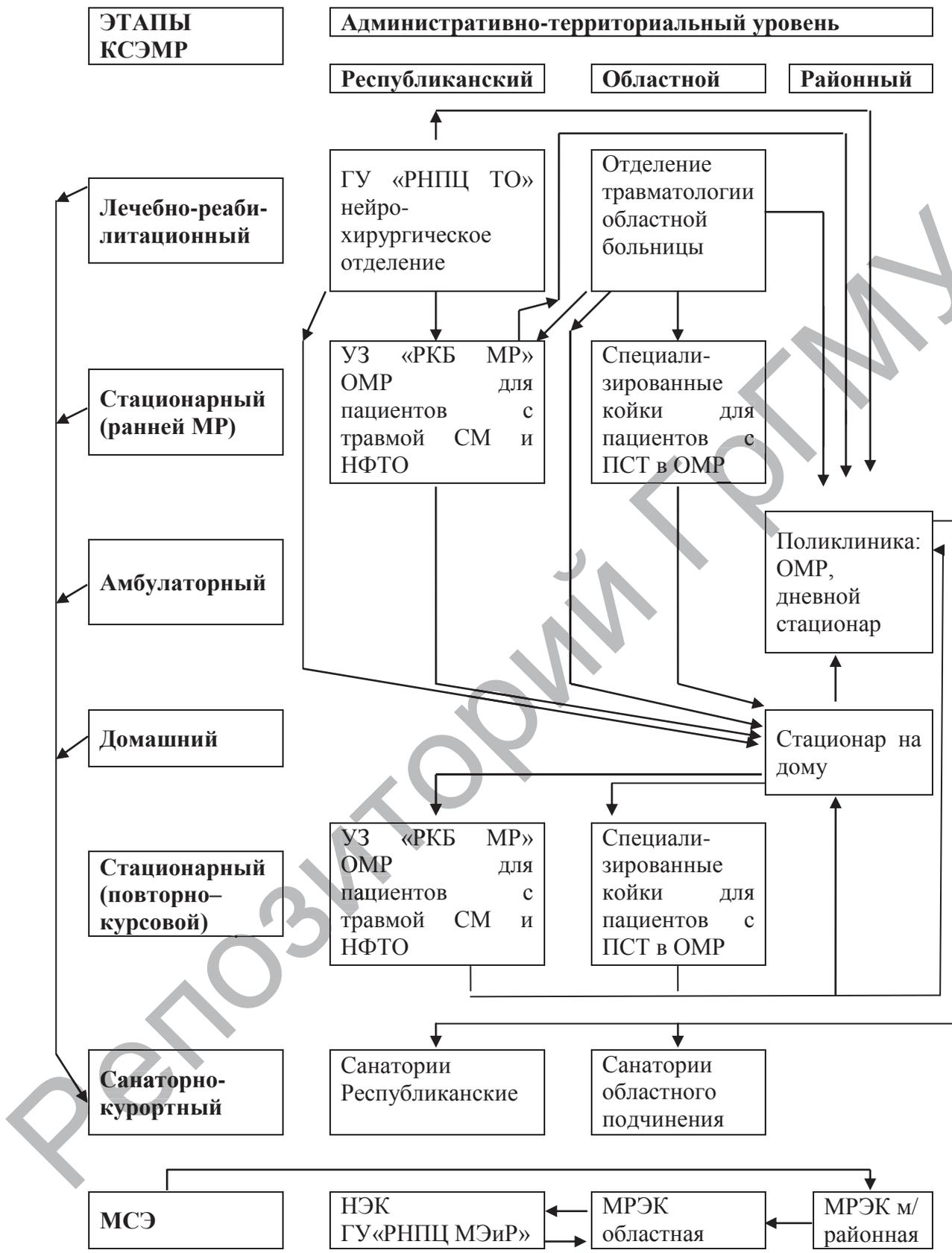


Рисунок 1 – Структура комплексной этапной системы МР при позвоночно-спинальной травме

Дальнейшая очередность этапов МР в реабилитационном маршруте определялась в зависимости от ФК двигательных нарушений и ОЖ, реабилитационного потенциала (РП) и реабилитационного прогноза (РПр) в конкретном случае ПСТ, при отсутствии противопоказаний к проведению МР (табл. 2).

Таблица 2 – Критерии отбора пациентов с ПСТ на этапы МР

Код по МКБ-10	Этап МР		ФК ОЖ	РП* и РПр**	Сроки направления	Сроки курса МР
S14.0 S14.1 S14.2 S24.0	Стационарный (ранней МР)		ФК-2; ФК-3; ФК-4.	РПВ РПрБ; РПС РПрОБ; РПС РПрОНБ; РПН РПрС;	12-14 день 14-21 день 28-30 день	18-21 день 18-21 день 28-30 дней 1 курс
S24.1 S24.2 S34.0	Амбулаторно- поликлинический, (дневной стационар)		ФК-1; ФК-2.	РПВ РПрБ; РПС РПрОБ; РПС РПрОНБ	14-21 день после операций	30-40 дней 1-2 курса в год
S34.1 S34.3 T06.0 T06.1 T91.3	Домашний, (стационар на дому)		ФК-3; ФК-4.	РПС РПрОНБ; РПН РПрС; РПН РПрН; РПО РПрН	28-40 день после операций	30-40 дней 1-2 курса в год
T06.0 T06.1 T91.3	Санаторно- курортный	санатории неврологи- ческого профиля	ФК-1; ФК-2.	РПС РПрОБ; РПС РПрОНБ	1 год после ПСТ, поздний восстанови- тельный период	18-21 день 1 курс в год
		при ПСТ (инвалиды- колясочники)	ФК-3; ФК-4.	РПС РПрОНБ; РПН РПрС		

Примечание: * РПВ – РП высокий; РПС – РП средний; РПН – РП – низкий; РПО – РП крайне низкий;

** РПрБ – РПр благоприятный; РПрОБ – РПр относительно благоприятный, РПрОНБ – РПр относительно неблагоприятный, РПрС – сомнительный, РПрН – неблагоприятный.

Формирование индивидуальной программы реабилитации (ИПР) на этапах КЭСМР проводилось реабилитационными бригадами в соответствии с программами МР, представленными в виде перечня реабилитационных мероприятий (физической, физиотерапевтической, психологической, медикаментозной) согласно инструкции по оказанию реабилитационной помощи при ПСТ [3].

Проведение МР в рамках КЭСМР при ПСТ включало, как стандартные технологические элементы, так и разработанный нами элемент МСЭ, применяемый с лечебно-реабилитационного этапа и экстраполированный на своевременную ЭРД социальной недостаточности и ее компенсацию, как одной из основных в формировании качества жизни у пациентов с ПСТ (рис. 2).

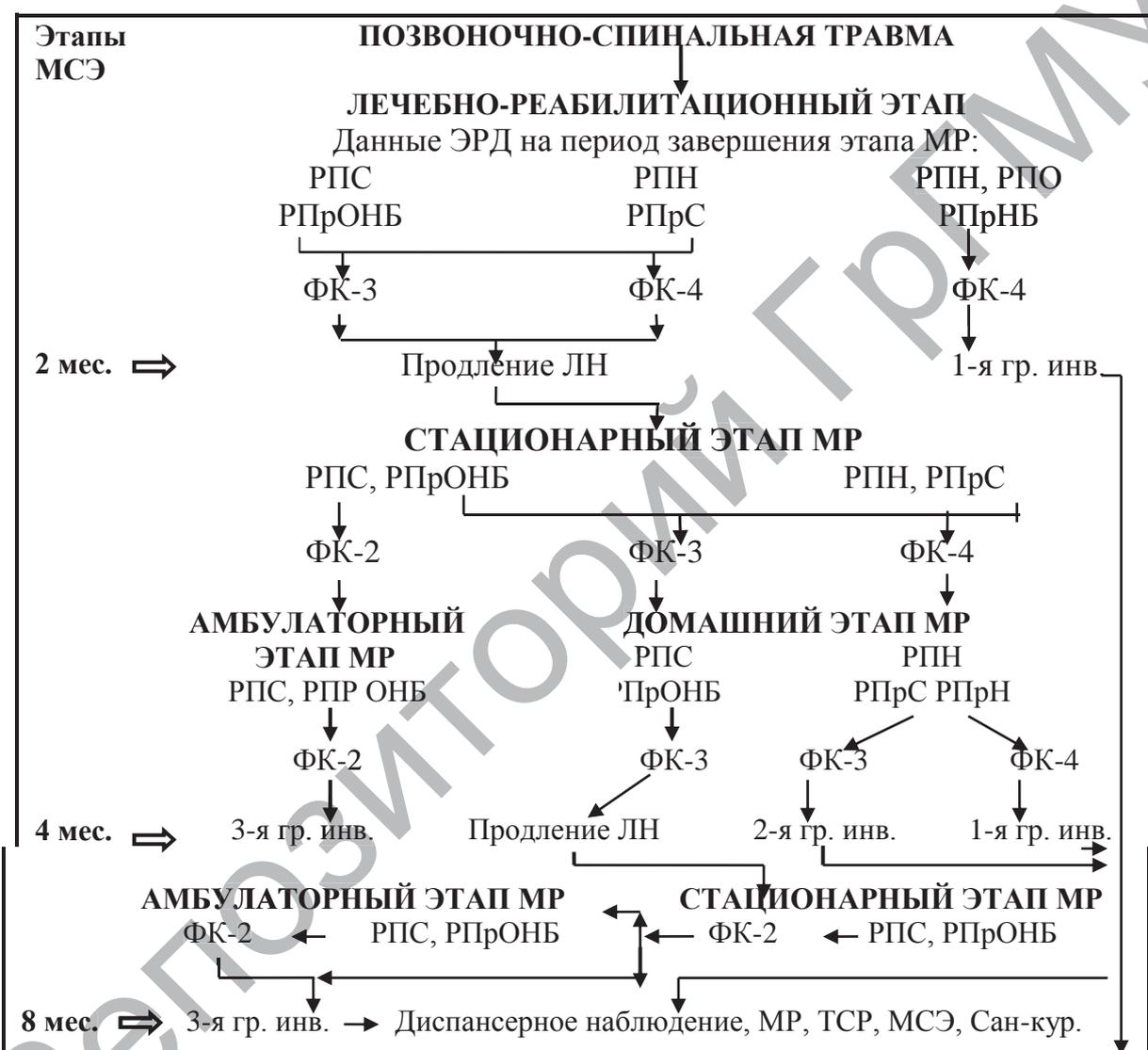


Рисунок 2 – Этапы МСЭ и формирование реабилитационного маршрута у пациентов с ПСТ при среднем и низком РП

Пациенты с РПС и РПрОНБ (28 чел.-22,4%) и РПН и РПрС (44 чел.-35,2%) направлялись на домашний этап реабилитации после завершения стационарного этапа ранней МР.

У 55 пациентов (44,0%) в результате реализации программы реабилитации с использованием разработанной КЭСМП удалось добиться улучшения способности к передвижению на 1 ФК, у 4 чел. (3,2%) пациентов - на 2 ФК, что оценивается клинически, как значительное улучшение.

Своевременное, согласно представленной КЭСМП, проведение МСЭ 1-группы инвалидности у пострадавших с ПСТ (43 пациента – 34,4%) с формированием ИПР, включающей показанные виды ухода и технические средства реабилитации (инвалидная коляска, поручни, матрас противопролежневый, памперсы), позволило уменьшить частоту осложнений и, частично компенсировав стойкие ОЖ, повысить социально-бытовую адаптацию.

Предложенная этапная система медицинской реабилитации при ПСТ эффективна в повышении качества жизни пациентов за счет снижения тяжести ограничений жизнедеятельности путем комплексного взаимодополняющего проведения медицинской реабилитации и МСЭ ограничений жизнедеятельности со своевременной интеграцией в ИПР медико-социальной помощи.

Литература

1. National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCIS) / Spinal cord injury facts and figures at a glance. February 2011; – Accessed August 30, 2011. – Available at https://www.nscisc.uab.edu/public_content/pdf/Facts_2011_Feb_Final.pdf.

2. Осипов, Ю.В. Анализ первичной инвалидности при травмах позвоночника и позвоночно-спинальной травме в Республике Беларусь / Ю.В. Осипов // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. - 2012. - № 2 (8). – С. 138-143.

3. Смычек, В.Б. Медицинская реабилитация пострадавших от позвоночно-спинальной травмы на этапах оказания специализированной медицинской помощи / В.Б. Смычек, Ю.В. Осипов, О.И. Дулуб. – ГУ «РНПЦ МЭиР» МЗ РБ. – Минск, 2009. – 28 с.