

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Смычек В.Б., Осипов Ю.В.

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

Позвоночно-спинальная травма (ПСТ) – травматическое повреждение спинного мозга – вызывает комплекс нарушений: двигательных, чувствительных, функции тазовых органов, психоэмоциональных, формирующих у пациентов различной степени выраженности изменения основных категорий жизнедеятельности, которые приводят их в статус лиц с ограниченными возможностями.

ПСТ является тяжело инвалидизирующей патологией, что подтверждается уровнем установления 1 группы инвалидности – по данным нашего исследования по РБ за 2002-2011 гг. в 5 раз чаще, чем травмах ОДА: при ПСТ грудного отдела – 87,36%, при ПСТ шейного отдела – 63,96%, поясничного отдела – 51,08%.

С современных позиций для того, чтобы было возможно рассчитывать на оптимальное функциональное и социальное восстановление и функционирование индивидуума нужно не просто устранять «заболевание», а рассматривать последствие болезни в целом [1].

Цель исследования: оценить эффективность проведения диагностики показателей здоровья у пациентов с позвоночно-спинальной травмой (ПСТ) и его изменений в процессе медицинской реабилитации (МР) с позиции МКФ.

Материалы и методы: Обследовано 125 пациентов с ПСТ в возрасте 18 лет и старше. Период исследования – 2007-2011 гг.

В качестве классификация для идентификации показателей здоровья и его изменений использована Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health, сокращенно – ICF, МКФ), утвержденная в краткой версии 22 мая 2001 г. 54-й сессией ассамблеи ВОЗ, в полной версии – в 2007 г. [1].

Результаты и их обсуждение: В 92,0% контингент пациентов с ПСТ был представлен лицами трудоспособного возраста, мужчин – 103 чел. (82,4%), женщин – 22 чел. (17,6%).

ПСТ шейного отдела (S14) диагностирована у 42 чел. (33,6%), ПСТ поясничного отдела (S34) – 71 чел. (56,8%). При оценке тяжести повреждений спинного мозга (СМ) по шкале Американской Ассоциации спинальной травмы (ASIA), диагностированы следующие типы ПСТ: “А” – 44 чел. (35,2%) – полное нарушение проводимости при отсутствии чувствительности и двигательных функций ниже уровня поражения СМ; “В” – отсутствие двигательных функций ниже уровня повреждения СМ при сохранении глубокомышечного чувства и элементов чувствительности в сегментах S₄₋₅ – 28 чел. (22,4%); “С” – двигательная функция сохранена ниже уровня повреждения СМ, сила мышечных групп 3 и менее баллов – 31 чел. (24,8%), тип “D” – легкие парезы – у 22 чел. (17,6%).

У 106 пациентов с ПСТ (84,8%) установлены выраженные ФК-3 и резко выраженные ФК-4 ограничения жизнедеятельности (ОЖ). В течение проведенной реабилитации у 57 пациентов (45,6%) с ФК-3 и ФК-4 ограничениями способности к передвижению и у 38 пациентов (30,4%) с ФК-3 и ФК-4 ограничениями способности к самообслуживанию значения ФК не менялись (табл. 1).

Таблица 1 – Ограничения жизнедеятельности у пациентов с ПСТ

Степень выраженности ограничений жизнедеятельности	Передвижение				Самообслуживанию			
	до МР		после МР		до МР		после МР	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормальное состояние ФК-0	–	–	–	–	–	–	1	0,8
Легкое нарушение ФК-1	3	2,4	16	12,8	7	5,6	28	22,4
Умеренное нарушение ФК-2	16	12,8	28	22,4	22	17,6	36	28,8
Выраженное нарушение ФК-3	36	28,8	38	30,4	67	53,6	54	43,2
Резко выраженное ФК-4	70	56,0	43	34,4	29	23,2	6	4,8
Всего:	125	100	125	100	125	100	125	100

Представленные данные указывают на то, что информация о характере изменений в состоянии жизнедеятельности у пациентов с ПСТ при использовании оценки по ФК МКН, недостаточная для оценочной единицы при экспертно-реабилитационной диагностике (ЭРД) ОЖ.

Для достижения цели исследования – разработки критериев уточненного анализа последствий ПСТ в условиях реальной окружающей физической среды, при проведении ЭРД в качестве классификации была взята МКФ (табл. 2).

Таблица 2 – Набор МКФ – кодов и категорий доменов при ПСТ, относящихся к доменам здоровья

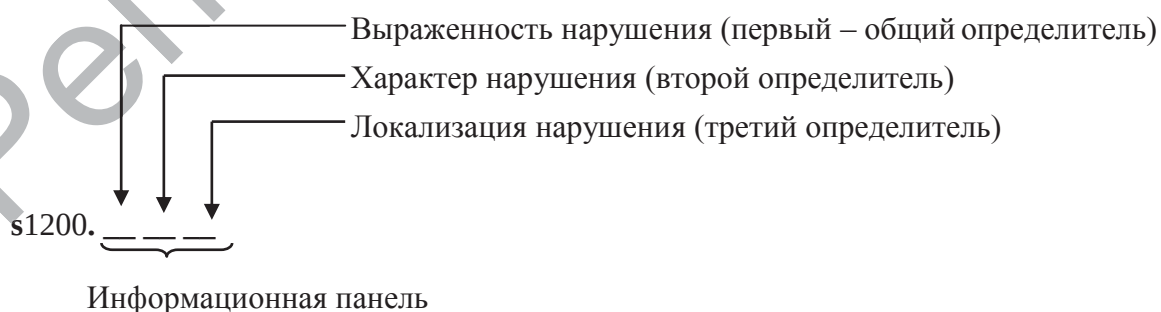
Составляющие МКФ		Код		Домен
s Структуры организма - это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты		s	810	Структура кожного покрова
		s	1200	Спинной мозг и его структуры
		s	7600	Структуры позвоночника
b Функции организма - это физиологические функции систем организма (включая психические функции)		b	152	Функции эмоций
		b	280	Ощущение боли
		b	415	Функции кровеносных сосудов
		b	525	Функции дефекации
		b	620	Функции мочеиспускания
		b	730	Функции мышечной силы
d Активность и участие	Мобильность - изменение и поддержание положения тела, перенос и манипуляция объектами, ходьба, бег, преодоление препятствий, использование транспорта	b	735	Функции мышечного тонуса
		d	410	Изменение позы тела
		d	415	Поддержание положения тела
		d	420	Перемещение тела
		d	430	Поднятие и перенос объектов
		d	445	Использование кисти и руки
		d	450	Ходьба (пешком)
		d	465	Передвижение с ТСР
		d	470	Использование транспорта
		d	475	Управление транспортом
	Активность – выполнение задачи или действия индивидом.	d	510	Мытье частей тела
		d	520	Уход за частями тела
		d	530	Физиологические отправления
		d	540	Одевание
		d	550	Прием пищи
		d	560	Питье
	Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.	d	570	Забота о своем здоровье
		d	825	Профессиональное обучение
		d	830	Высшее образование
		d	8450	Поиск работы
		d	8451	Выполнение трудовых обязанностей
	Главные сферы жизни – осуществление и выполнение задач и действий, требуемых в процессе работы, занятости	d	8502	Полная трудовая занятость

Степень выраженности проблем в доменах МКФ отражает общий определитель категорий доменов (ОКД) с негативной шкалой и коды МКФ теряют смысл, если они используются без ОКД. Градации ОКД: 0 – нет нарушений = 0–4%; 1 – легкие нарушения (незначительные) = 5–24%; 2 – умеренные нарушения = 25–49%; 3 – тяжелые нарушения = 50–95%; 4 – абсолютные нарушения = 96–100%; 8 – не определено; 9 – не применимо. Значение ОКД вносится в информационную панель домена МКФ для характеристики его состояния (табл. 3).

Таблица 3 – Определители категорий доменов МКФ

Определители	Составляющие МКФ и используемые для характеристики категорий их доменов определители			
	b - Функции организма	s - Структуры организма*	d - Активность и участие	e - Факторы окружающей среды
1-й определитель	Описывается ОКД с негативной шкалой	Описывается ОКД с негативной шкалой.	Реализация в реальных условиях описывается ОКД с негативной шкалой.	ОКД с негативной и позитивной шкалами: барьеры (-) облегчающие факторы (+)
2-й определитель	Отсутствует	Обозначает характер изменений структуры организма.	Потенциальная способность - снижение без помощи, описывается ОКД с негативной шкалой.	Отсутствует

Примечание: *Для характеристики нарушений структур организма используется три определителя:



Разработанные нами количественные критерии диагностики ОКД предполагают проведение клинического обследования методами: пальпацией, линейных и угловых измерений, лучевой

диагностики (МРТ), электронейромиографии, ультразвуковой диагностики, проведение тестовых проб и нагрузок.

Данные по динамике ОЖ, полученные при исследовании у пациентов с ПСТ с позиции МКФ, были более информативными, чем данные, полученные при анализе жизнедеятельности по ФК МКН (сравнить таблицы 1, 4).

Таблица 4 - Динамика общего определителя нарушений функций и ограничений активности и участия при ПСТ (n=125)

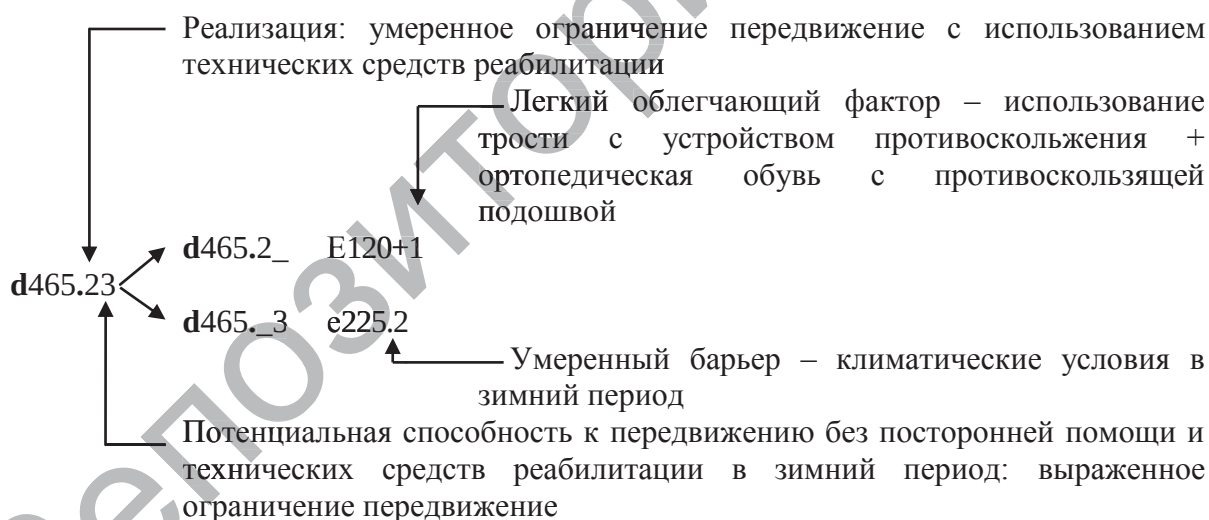
Категории доменов МКФ: 1 - до реабилитации; 2 - после реабилитации.		Значения определителей выраженности нарушений доменов в динамике реабилитации									
		0 (0-4%)		1 (5-24%)		2 (25-49%)		3 (50-95%)		4 (≥96%)	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
s12000– шейный отдел		–	–	5	4	8	6,4	9	7,2	16	12,8
s12001– грудной отдел		–	–	1	0,5	2	1,6	3	2,4	9	7,2
s12002– поясничный		–	–	13	10,4	17	13,6	13	10,4	17	13,6
s12003– конский хвост		–	–	3	2,4	4	3,2	3	2,4	2	1,6
b7300 Сила мышечных групп	1	83	66,4	4	3,2	13	10,4	10	8	15	12
	2	85	68	8	6,4	7	5,6	14	11,2	11	8,8
b7303 Сила мышц н/половины тела	1	–	–	5	4	28	22,4	52	41,6	40	32
	2	–	–	25	20	49	39,2	25	20	26	20,8
b620 Функции мочеиспускания	1	19	15,2	19	15,2	12	9,6	23	18,4	50	40,0
	2	20	16	21	16,8	9	7,2	47	37,6	28	22,4
d410 Изменение позы тела	1	–	–	–	–	2	1,6	54	43,2	69	55,2
	2	–	–	13	10,4	70	56	31	24,8	11	8,8
d415 Поддержание положения тела	1	–	–	–	–	2	1,6	47	37,6	76	59,6
	2	–	–	6	4,8	61	48,8	47	37,6	11	8,8
d420 Перемещение тела	1	–	–	–	–	–	–	46	36,8	79	63,2
	2	–	–	12	9,6	52	41,6	50	40	11	8,8
d445Использование кисти и руки	1	82	65,6	–	–	7	5,6	11	8,8	24	19,2
	2	88	70,4	4	3,2	9	7,2	14	11,2	10	8,0
d450 Ходьба	1	–	–	–	–	1	0,8	14	11,2	110	88,0
	2	1	0,8	8	6,4	11	8,8	25	20,0	80	64,0
d465 Передвижение с ТСР	1	–	–	–	–	17	13,6	29	23,2	79	63,2
	2	–	–	13	10,4	30	24	43	34,4	39	31,2

Пример 1: Описание изменений здоровья пациента А. с позиции МКБ-10 и МКФ в динамике реабилитации: 1– показатели здоровья при поступлении на МР; 2 – показатели здоровья после завершения МР; 3 – эффективность МР в баллах по динамике определителей категорий доменов.

№	МКБ -10	МКФ							
1	S14.0	b7303.3	b620.3	d410.3	d415.3	d445.3	d450.4	d465.4	d8451.4
2	S14.0	b7303.1	b620.2	d410.1	d415.2	d445.1	d450.2	d465.2	d8451.2
3		2	1	2	1	2	2	2	2

Кроме того, МКФ содержит перечень доменов, связанных со здоровьем: е – факторы окружающей среды, взаимодействующие с доменами здоровья (пример 2). Личностные факторы – не классифицируются в МКФ, но могут учитываться

Пример 2: ЭРД реализации активности и участия пациента А. в домене d465 - Передвижение с использованием ТСР.



Выводы: МКФ позволяет описывать здоровье индивида с ограниченными возможностями вследствие ПСТ в расширенном его медико-биологическом понимании с характеристикой облегчающих факторов и барьеров, оценить динамику ограничений жизнедеятельности и эффективность реабилитации.

Литература

1. Смычѣк, В.Б. Современные аспекты инвалидности /В.Б. Смычѣк.- Минск: БГАТУ, 2012.-268С.