



<https://doi.org/10.34883/PI.2023.13.1.033>
УДК 616.8:616-036.86



Чапко И.Я.✉, Филиппович А.Н., Овсянник Ю.А., Перкова В.Е.
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации, Минск, Беларусь

Комплексная оценка реабилитационного потенциала пациентов с невропатиями

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста, редактирование – Чапко И.Я.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста, редактирование – Овсянник Ю.А.; сбор материала, обработка, написание текста – Филиппович А.Н.; сбор материала, обработка, написание текста – Перкова В.Е.

Подана: 14.12.2022
Принята: 27.03.2023
Контакты: nevrologia@meir.by

Резюме

Введение. Реабилитационный потенциал представляет совокупность потенциальных возможностей пациента, основанную на комплексной экспертно-реабилитационной диагностике, определяющей прогноз эффективности медицинской реабилитации, максимальную возможность восстановления или компенсации нарушенных функций органов и систем организма.

Цель. Разработать метод оценки реабилитационного потенциала пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями.

Материалы и методы. В исследование включены 62 пациента в возрасте от 18 до 63 лет с наличием периферического вялого пареза различной степени выраженности (62 чел., 100%), алгического синдрома (33 чел., 53,2%), нейротрофическими (23 чел., 37,1%) и вегетососудистыми нарушениями (14 чел., 22,6%).

Результаты. Определение реабилитационного потенциала целесообразно выполнять на основе анализа трех групп факторов: медицинских, психологических, социальных, а также с использованием оценки функций, структур, активности и участия. С учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья были выделены критерии, характеризующие высокий, средний и низкий потенциал.

Заключение. Оценка реабилитационного потенциала учитывалась при формировании реабилитационного диагноза и составлении индивидуальной программы медицинской реабилитации, абилитации пациента, позволяла определить задачи реабилитации для мультидисциплинарной реабилитационной бригады.

Ключевые слова: болезни периферической нервной системы, невропатия, нарушения функций, медицинская реабилитация, реабилитационный потенциал

Igor Y. Chapko✉, Aleksandr N. Filippovich, Yuliya A. Ovsyannik, Victoriya E. Perkova
Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and Rehabilitation,
Minsk, Belarus

A Comprehensive Assessment of Rehabilitation Potential in Patients with Neuropathies

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: study concept and design, material collecting, processing, text writing, editing – Igor Y. Chapko; study concept and design, data collecting, processing, text writing, editing – Yuliya A. Ovsyannik; material collecting, processing, text writing – Aleksandr N. Filippovich; material collecting, processing, text writing – Victoriya E. Perkova.

Submitted: 14.12.2022

Accepted: 27.03.2023

Contacts: nevrologia@meir.by

Abstract

Introduction. Rehabilitation potential represents the overall potential of a patient, based on a comprehensive expert and rehabilitation diagnosis, which determines the prognosis for medical rehabilitation efficiency, the maximum possibility of restoring or compensating for impaired functions of organs and body systems.

Purpose. To elaborate a method for rehabilitation potential assessment in patients with traumatic and compression ischemic neuropathies.

Materials and methods. The study included 62 patients aged 18 to 63 years with peripheral flaccid paresis of varying severity (62 subjects, 100%), algic syndrome (33 subjects, 53.2%), neurotrophic (23 subjects, 37.1%) and vegetative-vascular disorders (14 subjects, 22.6%).

Results. It is expedient to determine the rehabilitation potential based on the analysis of three groups of factors: medical, psychological, social, as well as using an assessment of functions, structures, activity and participation. Taking into account the provisions of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health, criteria were identified characterizing high, medium and low potential.

Conclusion. The assessment of rehabilitation potential was taken into account when formulating a rehabilitation diagnosis and drawing up an individual program of medical rehabilitation and habilitation for each patient, allowing to determine rehabilitation tasks for a multidisciplinary rehabilitation team.

Keywords: diseases of the peripheral nervous system, neuropathy, functional disorders, medical rehabilitation, rehabilitation potential

■ ВВЕДЕНИЕ

Реабилитационный потенциал (РП) представляет совокупность потенциальных возможностей пациента, основанную на комплексной экспертно-реабилитационной диагностике, определяющей прогноз эффективности медицинской реабилитации (МР), максимальную возможность восстановления (компенсации) нарушенных



функций органов и систем организма и минимизацию или полное устранение ограничений жизнедеятельности пациента, то есть вероятность достижения намеченных целей МР в определенный отрезок времени [1, 2]. РП пациента с невропатиями – показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных способностей организма. Оценка РП, используемая при планировании реабилитационных мероприятий, должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсируемости функциональных нарушений, готовность пациента к реабилитации, наличие и степень выраженности коморбидной патологии, возможности компенсации при помощи технических средств [3, 4].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка метода оценки РП пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу разработок положены результаты исследования 62 человек. Среди обследованных пациентов было 48 (77,5%) мужчин и 14 (22,5%) женщин. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство обследованных находилось в возрастной категории 51–60 лет – 24 чел. (38,7%), 41–50 лет – 20 чел. (32,3%), до 40 лет – 16 чел. (25,8%), старше 60 лет – 2 чел. (3,2%). Среди установленного этиологического фактора преобладала подгруппа пациентов с травматическим генезом заболевания – 37 чел. (59,7%). Компрессионно-ишемические невропатии отмечались у 25 (40,3%) пациентов. Преобладало поражение срединного нерва (16 чел.; 25,8%), достаточно часто встречались невропатии малоберцового нерва (13 чел.; 21,0%), несколько реже отмечалась невропатия локтевого (10 чел.; 16,1%) и лучевого (8 чел.; 12,9%) нервов, реже встречались невропатии большеберцового (6 чел.; 10,0%), седалищного (5 чел.; 8,0%), подмышечного (4 чел.; 6,5%) нервов. Двигательные нарушения у пациентов с невропатиями проявлялись в виде вялого периферического пареза различной степени выраженности (62 чел.; 100,0%), который у 32 чел. (51,6%) был в пределах функционального класса (ФК) 1, у 28 чел. (45,2%) – ФК 2 и у 2 пациентов (3,2%) имели место выраженные нарушения (ФК 3). Алгический синдром, зафиксированный у 33 чел. (53,2%), был представлен болевыми ощущениями различного генеза, преимущественно ноцицептивной болью, хотя у ряда пациентов имелось болевое поведение, обусловленное хроническим болевым расстройством. У 21 (33,9%) обследованного нами пациента алгии оценивались в рамках ФК 1, у 12 (19,4%) диагностировался умеренный (ФК 2) болевой синдром. Трофические нарушения, проявлявшиеся в виде гипотрофии или атрофии мышц, истончения и индурации кожных покровов, рубцов от заживших язв выявлялись у 23 пациентов (37,1%), при этом у 11 чел. (17,7%) нарушения были в рамках ФК 1; 12 чел. (19,4%) – ФК 2. У 14 пациентов (22,6%) во время осмотра отмечались различные проявления вегетативных нарушений: цианотичность кожных покровов, снижение кожно-мышечной температуры, отечность. У 10 (16,1%) обследованных пациентов нарушения оценивались как ФК 1, у 4 (6,5%) – ФК 2.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного анализа медицинской, медицинской экспертной документации и собственных исследований были определены характер и степень влияния на РП и тяжесть инвалидности изменений в функции, структурах, активности и участии с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [5, 6]. Применение МКФ осуществлялось для определения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, которые изменялись вследствие двигательных, мышечно-тонических, вегетативно-сосудистых, трофических нарушений, болевого синдрома, а также формирования лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий с использованием современного взгляда на проблему МР при поражениях периферической нервной системы [7–11]. Кроме определения составляющих здоровья, использовались связанные со здоровьем составляющие благополучия (образование и труд), которые представляют собой социализацию последствий болезни. Использовалась и такая категория, как домен, – сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов, определяющих здоровье. Таким образом, домены, представленные в МКФ и адаптированные для использования в МР, могут рассматриваться как домены здоровья и как домены, связанные со здоровьем. Эти домены описываются с позиций организма, индивида и общества посредством основных перечней: функции (b) и структуры организма (s), активность и участие (d), факторы окружающей среды (e) [5, 6]. Определение РП целесообразно выполнять с учетом 3 групп факторов: медицинских, психологических, социальных, а также с использованием оценки функций, структур, активности и участия, определяемых в соответствии с МКФ. Медицинские факторы: этиологический фактор (травматический, компрессионно-ишемический, смешанный), локализация поражения корешков и нервов; сторона поражения (правостороннее, левостороннее), характер изменений структур организма (s120, s720, s730, s740, s750) и вид функциональных нарушений (b260, b270, b710, b730, b735, b750, b770), наличие сопутствующих заболеваний, наличие синдрома взаимного отягощения, изменения в доменах активности и участия (d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d460, d465, d540, d550), эффективность МР и потребность в последующих курсах повторной стационарной (амбулаторной) МР; наличие функциональных резервов организма, определение локомоторных и иных способностей организма к развитию компенсаторных возможностей (определение показателей работоспособности в условиях моделируемых физических нагрузок с оценкой профессионально значимых функций и качеств), клинко-трудовой прогноз с определением возможности продолжения трудовой деятельности в своей специальности или доступной тяжести и напряженности трудового процесса. Психологические факторы: психологические особенности личности реабилитанта (b122), определение установки на продолжение трудовой деятельности или возможность ее коррекции, отношение к болезни и лечению (b126, b130, b152), эмоциональная поддержка семьи и ближайших родственников (e410). Социальные факторы: место жительства реабилитанта (e215), уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки, профессиональная пригодность в основной профессии (d850), наличие других квалифицированных специальностей, возможность приобретения другой (d840, d845), показанной по состоянию здоровья профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии), наличие условий для рационального



трудоустройства (e590), экономическое положение реабилитанта (d870) и его семьи. При оценке РП в отношении активности и участия, формировании профилей МКФ реабилитологу необходимо учитывать определители «реализация» и «потенциальная способность». Определитель «реализация» устанавливает, что делает пациент в условиях реально окружающей его среды, в частности на момент проведения обследования. Определитель «потенциальная способность» (капаситет) устанавливает прогнозируемую способность пациентом выполнять или справляться с какой-либо задачей или действием. Этот параметр предназначен для отражения наиболее высокого уровня предельного функционирования, которого может достигнуть индивид при полной реализации РП в оцениваемом домене и в текущий момент. Данный определитель целесообразно использовать при формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации (абилитации) пациента (ИПРА) и постановки конкретных задач на этапах ее реализации. С учетом медицинских, психологических и социальных факторов были выделены следующие критерии РП: высокий, средний, низкий (крайне низкий).

Критерием высокого РП являлось прогнозирование полного восстановления или высокого уровня восстановления (компенсации) нарушенных функций органов и систем организма пациента (до незначительной или легкой степени), базовых категорий жизнедеятельности пациента (до ФК 0, ФК 1) в результате проведения мероприятий МР, медицинской абилитации (МА). К реабилитантам с высоким РП относились лица: с незначительными (xxx.1 – в системе МКФ) (или реже умеренными xxx.2) нарушениями функций вследствие невропатии (b260.1, b270.1, b710.1, b730.1, b735.1, b750.1, b770.1); при благоприятном течении восстановительного процесса, с незначительными изменениями в доменах активности и участия (d410.1, d415.1, d420.1, d430.1, d440.1, d445.1, d450.1, d460.1, d465.1, d540.1, d550.1), имеющие достаточные функциональные резервы организма с благоприятным клинико-трудовым прогнозом в отношении возможности продолжения трудовой деятельности в своей специальности.

Критерием среднего РП являлось прогнозирование восстановления (компенсации) нарушенных функций органов и систем организма пациента (до умеренной степени), базовых категорий жизнедеятельности (до ФК 2) в результате проведения мероприятий МР, МА. К реабилитантам со средним РП относились лица: с умеренными, но стойкими нарушениями функций вследствие основного заболевания (b260.2, b270.2, b710.2, b730.2, b735.2, b750.2, b770.2), с наличием (незначительного или умеренно выраженного) синдрома взаимного отягощения, с умеренными изменениями в доменах активности и участия (d410.2, d415.2, d420.2, d430.2, d440.2, d445.2, d450.2, d460.2, d465.2, d540.2, d550.2), при умеренном снижении физической работоспособности (у лиц физического труда), которая с учетом прогноза может быть в дальнейшем сохранена или повышена в результате следующего курса МР или продолжении выполнения локомоторных тренировок на домашнем этапе; с адекватной внутренней картиной болезни (при наличии анозогнозического и эргопатического типов отношения к болезни и лечению), благоприятным клиническим прогнозом, имеющие положительную трудовую установку или с возможностью ее коррекции, профессионально пригодные к выполнению работы в своей профессии, но со снижением объема или имеющие возможности для переобучения в новой показанной профессии меньшего объема (d850.2).

Критерием низкого РП являлось прогнозирование частичного восстановления (компенсации, адаптации) нарушенных функций органов и систем организма пациента (до выраженной степени), базовых категорий жизнедеятельности пациента (до ФК 3) в результате проведения мероприятий МР, МА. Критерием крайне низкого РП являлось прогнозирование незначительного восстановления (компенсации, адаптации) нарушенных функций органов и систем организма пациента (в пределах резко выраженной степени), базовых категорий жизнедеятельности пациента (в пределах ФК 4) в результате проведения мероприятий МР, МА. К реабилитантам с низким РП относились лица: со значительными нарушениями функций вследствие основного заболевания или с тяжелым синдромом взаимного отягощения при сочетании двух и более заболеваний с выраженными нарушениями функций (чаще всего сочетание статодинамических нарушений вследствие невропатий с проявлениями коксартроза, сердечно-сосудистой патологией), тяжелыми нарушениями функций, структур, активности и участия (ххх.3 – в системе МКФ, 50–95%), при низкой физической работоспособности с незначительной ее динамикой или без динамики (несмотря на проведение реабилитационных мероприятий), при незначительном эффекте МР, при неадекватной внутренней картине болезни с преобладанием эгоцентрического типа отношения к лечению, профессионально пригодные к труду со значительными ограничениями в своей профессии или иной, подобранной с учетом ранее приобретенных профессиональных навыков; при возможности рационального трудоустройства в специально (индивидуально) созданных условиях (d850.3, d850.4) с последующей адаптацией на рабочем месте. Вместе с тем у пациентов с низким РП определенную роль в возможности повышения потенциальной способности к реализации реабилитационных возможностей играют контекстовые факторы. Контекстовые факторы представляют полную обстановку, в которой живет и существует индивид. Они включают факторы окружающей среды и личностные факторы, которые могут влиять на показатели здоровья, а также показатели, связанные со здоровьем индивида. Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими, как активность и участие, и могут оказывать различное влияние на одного и того же пациента с определенными последствиями невропатии. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможности реализации РП, среда же с облегчающими факторами может, напротив, способствовать более эффективной реализации мероприятий МР, МА и уменьшению степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Оценка РП учитывалась при формировании реабилитационного диагноза и составлении ИПРА. В МР пациентов комплексно использовались технологии лечебной физкультуры, эрготерапии, психотерапии, аппаратной физиотерапии, водолечения, а также медикаментозная терапия.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт организации МР пациентов с учетом практического использования положений МКФ показал, что комплексная оценка трех групп факторов: медицинских, психологических, социальных, а также использование количественных критериев в определении степени выраженности нарушений в оценке функций, структур, активности и участия пациентов с последствиями невропатий позволяют в более полной мере оценить РП, сформировать реабилитационный диагноз и составить ИПРА.



Оценка трех групп факторов делает возможным постановку и разделение конкретных задач реабилитации для всех членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады: невролога-реабилитолога, физиотерапевта, инструктора-методиста лечебной физкультуры, эрготерапевта, психолога, психотерапевта, иных специалистов, привлекаемых для осуществления мероприятий реабилитации.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. On the approval of the Instructions on the procedure for organizing and conducting medical rehabilitation, medical habilitation on an outpatient, inpatient basis, in a day stay, outside healthcare organizations [Electronic resource]: order of the Ministry of Health of the Rep. Belarus, September 1, 2022 No. 1141 // ILEX / YurSpektr LLC. – Access mode: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/201855>. – Access date: 11/22/2022. (In Russian)
2. Smychek V.B., Khulup G.Y. et al. (2005) *Medico-social expertise and rehabilitation*. Minsk: Unipack, 420 p. (In Russian)
3. *Method of medical rehabilitation of patients with neuropathies: instructions for use No. 142-1121: approved. Ministry of Health of the Republic of Belarus 24.12.2021*. Comp. I.Y. Chapko, A.N. Filippovich, Y.A. Ovsyannik, V.E. Perkova. Minsk, 2021; 35 p. (In Russian)
4. Bogolyubov V.M. (2007) *Medical rehabilitation*. Volume 2. Moscow: Antidor, 631 p. (In Russian)
5. Smychek V.B. (2012) *Modern aspects of disability*. Minsk: BGATU, 268 p. (In Russian)
6. Smychek V.B., Golikova V.V. (2015) *Fundamentals of the International Classification of Functioning*. Minsk, 432 p. (In Russian)
7. Ponomarenko G.N. (2021) *Medical rehabilitation*. Moscow: GEOTAR-Media, 368 p. (In Russian)
8. Ponomarenko G.N. (2020) *Rehabilitation of the disabled*. Moscow: GEOTAR-Media, 544 p. (In Russian)
9. Goldblat Y.V. (2017) *Fundamentals of rehabilitation of neurological patients*. St. Petersburg: SpetsLit, 767 p. (In Russian)
10. Epifanov V.A., Epifanov A.V. (2013) *Rehabilitation in neurology*. Moscow: GEOTAR-Media, 416 p. (In Russian)
11. Mozolevsky Y.V. (2019) *Diseases of the peripheral nervous system*. Moscow: MEDpress, 432 p. (In Russian)