

Задачи медицинской реабилитации на амбулаторном этапе для пациентов с ревматоидным артритом

Львова Н.Л., Венско М.П.

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

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, которое может вызывать повреждение хрящей и костей, а также приводить к инвалидности. Прогрессирующее течение заболевания, ограничение функционирования, потеря профессиональных и социальных навыков, выход на инвалидность представляют серьезную общемедицинскую и социальную проблему, приводя к экономическим потерям.

Цель работы – повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов с РА путем разработки критериев оценки нарушенных функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала. Одной из задач исследования являлась разработка задач медицинской реабилитации на амбулаторном этапе.

В целевую выборку было включено 169 пациентов с РА. Среди обследованных пациентов было 43 (25,4%) мужчины, средний возраст которых составил $51,9 \pm 13,3$ года и 126 (74,6%) женщин, средний возраст которых составил $55,7 \pm 12,8$ лет.

У пациентов, включенных в исследование, РА серопозитивный был выявлен в 143 (84,6%) случаях, серонегативный – в 26 (15,4%). Позитивный по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) РА был выявлен у 92 (54,4%) пациентов, АЦЦП-негативный РА – у 39 (23,1%), а АЦЦП не определялся в 38 (22,5%) случаях. Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеры, в модификации): I Rtg стадия была выявлена у 20 (11,8%) пациентов; II Rtg стадия – у 69 (40,8%); III Rtg стадия – у 43 (25,4%); IV Rtg стадия – у 37 (21,9%).

Нами проведена оценка встречаемости нарушений функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности у пациентов с РА, включенных в исследование, представленная на рисунке 1.

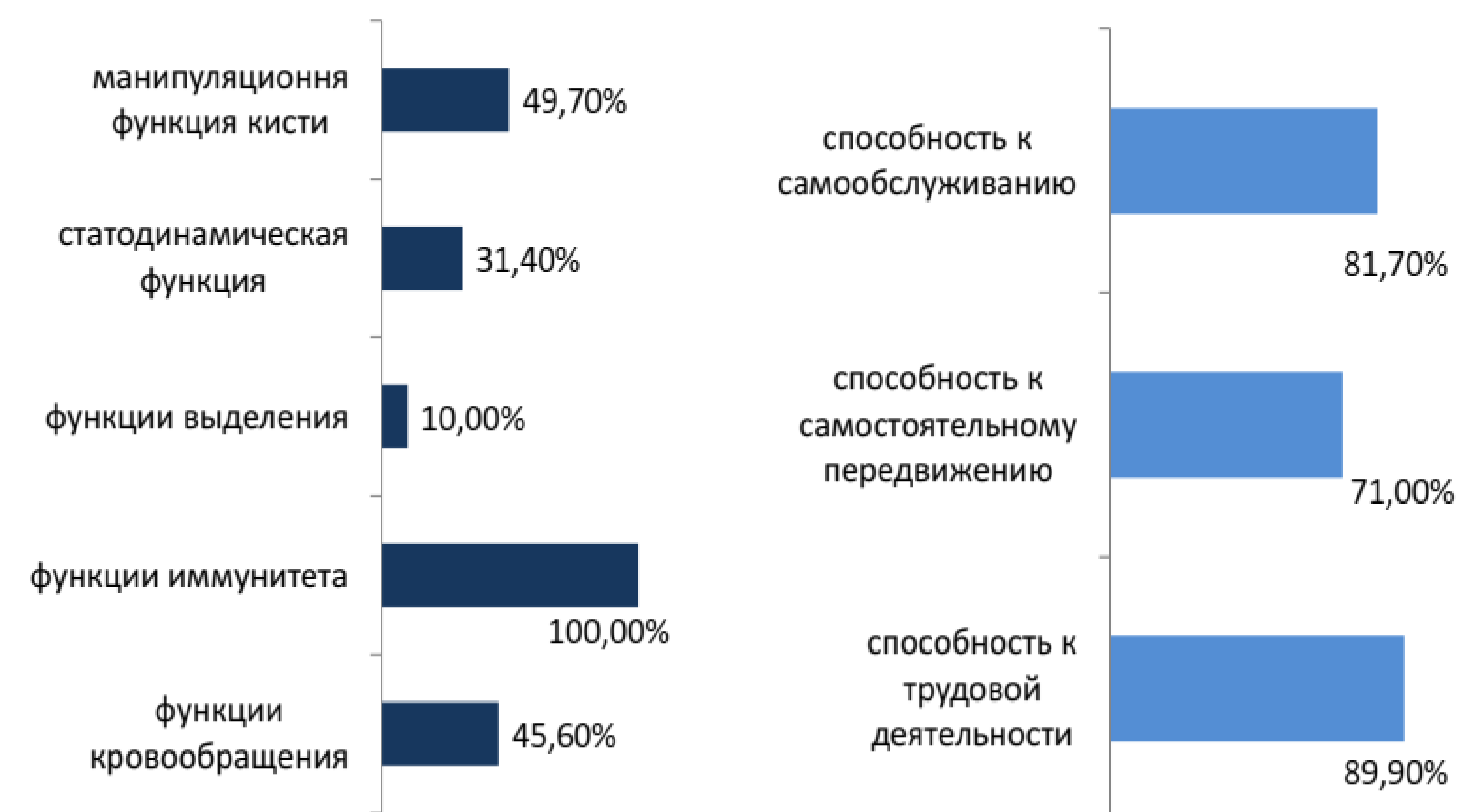


Рисунок 1- Встречаемость нарушений функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности у пациентов с РА

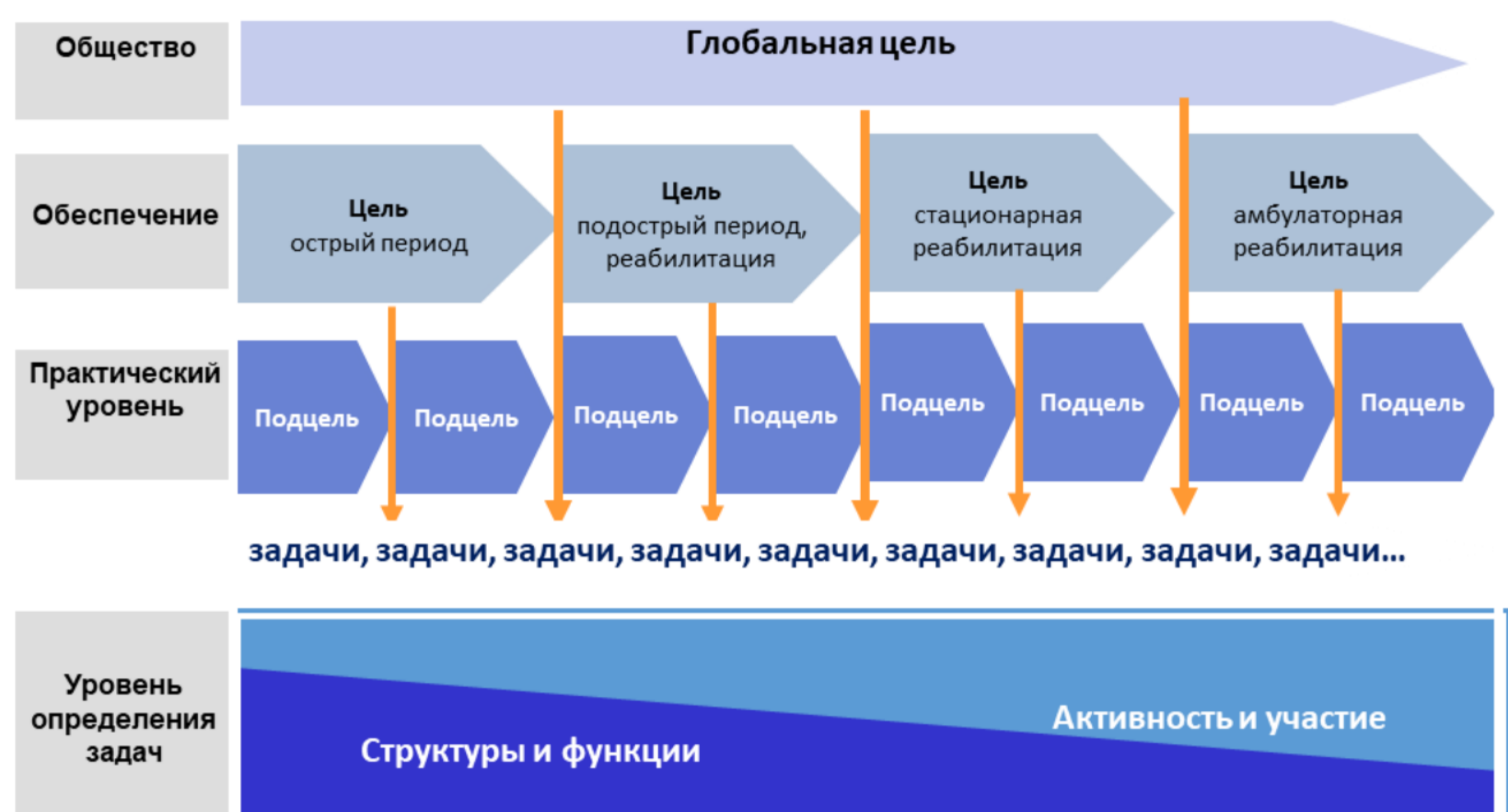


Рисунок 2- Иерархия формирования цели и задач медицинской реабилитации

Ограничения функционирования оценивались по краткому комплексу доменов МКФ (ВОЗ, 2011), включающем 25 категорий. В таблице 1 представлена встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с РА, включенных в исследование.

У 100,0% пациентов были нарушены функции боли и функции, связанные с мышцами и двигательными функциями (скованность), у 100,0% пациентов – были нарушения функции подвижности составов; нарушения структуры плечевого пояса было выявлено у 6 (3,6%), структуры локтя – у 14 (8,3%) пациентов, структуры суставов кисти и пальцев были нарушены в 67 (39,6%) случаях, структура коленного сустава справа нарушена в 66 (39,1%), а слева – у 61 (36,1%) пациента.

У пациентов, включенных в исследование, ограничения способности к ходьбе были выявлены в 71,0% случаях, при этом у большинства пациентов (36,1%) были отмечены легкие ограничения способности к ходьбе d 450.1

Ограничения способности к оплачиваемой работе (d850) были выявлены в 117 (89,3%) случаях. При этом у большинства пациентов (38,2%) отмечены легкие ограничения d850.1, в меньшей степени (28,2%) случаев – умеренные ограничения d850.2, выраженные ограничения d850.3 определены в 6 (4,6%) случаях. Не работали на момент проведения исследования 55 (41,9%) пациентов, пенсионеров по возрасту было 26 (19,8%), в том числе среди мужчин было 5 (3,8%) человек, а среди женщин – 21 (16,0%) человек.

Для формирования целей реабилитации мы использовали метод SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) помогает сделать процесс реабилитации более структурированным, измеримым и достижимым.

При определении задач медицинской реабилитации мы учитывали потенциальные возможности восстановления нарушенных функций и компенсации ограничений жизнедеятельности, а также факторы, препятствующие достижению целей реабилитации. Важным аспектом являлось определение реалистичных и достижимых целей, которые будут мотивировать пациента к активному участию в процессе реабилитации.

Целью проведения медицинской реабилитации является полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных в результате заболевания, функций органов или систем организма пациента.

Задачи связаны с отдельными аспектами функционирования (функции, структуры, факторы среды, персональные факторы, активность и участие). Схематично иерархия формирования цели и задач медицинской реабилитации представлена на рисунке 2 (Мауро Замполини, 2016).

Таблица 1 - Встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с РА, включенных в исследование (n=169)

Домен МКФ	Нарушения	Встречаемость абс. (%)
b280	ощущения боли	169 (100%)
b710	функции подвижности суставов	169 (100%)
b780	ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями (скованность)	169 (100%)
b455	функции толерантности к физической нагрузке	96 (56,8%)
s7103	структура головы и шеи	–
s7201	структура плечевого пояса (справа)	6 (3,6%)
s7201	структура плечевого пояса (слева)	6 (3,6%)
s73001	структура локтя (справа)	14 (8,3%)
s73001	структура локтя (слева)	14 (8,3%)
s73021	структура кисти и пальцев (справа)	109 (64,5%)
s73021	структура кисти и пальцев (слева)	109 (64,5%)
s73011	структура лучезапястного сустава (справа)	67 (39,6%)
s73011	структура лучезапястного сустава (слева)	67 (39,6%)
s75011	структура коленного сустава (справа)	66 (39,1%)
s75011	структура коленного сустава (слева)	61 (36,1%)

Метод SMART

S — specific (конкретный)

Цель должна быть направлена на конкретный навык.

M — measurable (измеримый)

У цели должны быть количественные показатели.

A — attainable (достижимый)

Цель по силам пациенту — физически, когнитивно, психологически — и реалистична с точки зрения организации реабилитации — наличия оборудования, специалистов и их рабочего времени.

R — relevant (значимый)

Цель должна быть важной для пациента.

T — time-bound (ограниченный по времени)

У каждой цели должна быть конкретная дата, когда она должна быть достигнута.

SMART

Сформированы цели медицинской реабилитации для пациентов с РА на амбулаторном этапе:

- снижение степени интенсивности генерализованной или локализованной боли (b280) в одной или нескольких частях тела на 10% (1 см) по визуальной/нумерологической шкале оценки боли;
- уменьшение скованности на 30 минут;
- улучшение функции подвижности суставов;
- улучшение функций, связанных с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки (увеличение пройденного расстояния за 2/6/12 минут на 20% по результатам 2-минутного, 6-минутного или 12-ти минутного шагового теста);
- улучшение переносимости нагрузок (шкала Борга);
- улучшение способности выполнять координированные действия кистями рук с объектами, способность хватать, манипулировать и отпускать их с помощью кисти руки, пальцев и большого пальца руки.