

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Коновалова Н.Г., Денисова Я.А., Крамер И.В.
ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из основных причин инвалидности и смертности во всем мире. В зависимости от характера и локализации, ОНМК вызывает широкий спектр долгосрочных инвалидизирующих функциональных нарушений (статодинамических, сенсорных, психических, речевых функций, функций тазовых органов), сопровождаемых ограничениями в различных сферах жизнедеятельности и определяя необходимость в комплексной реабилитации лиц, перенесших ОНМК. Однако в ряде случаев использование всего арсенала мероприятий по комплексной реабилитации инвалида с последствиями ОНМК, в силу имеющихся нарушений, невозможно и не принесет желаемого результата, что в условиях наблюдающегося в настоящее время дефицита ресурсов обуславливает необходимость индивидуального подхода к формированию комплекса реабилитационных мероприятий для данного контингента.

Цель работы: Предложить алгоритм формирования персонализированного комплекса реабилитационных мероприятий для инвалида с последствиями ОНМК.

Материал и методы. Обзор научных публикаций и результаты научно-исследовательских работ ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

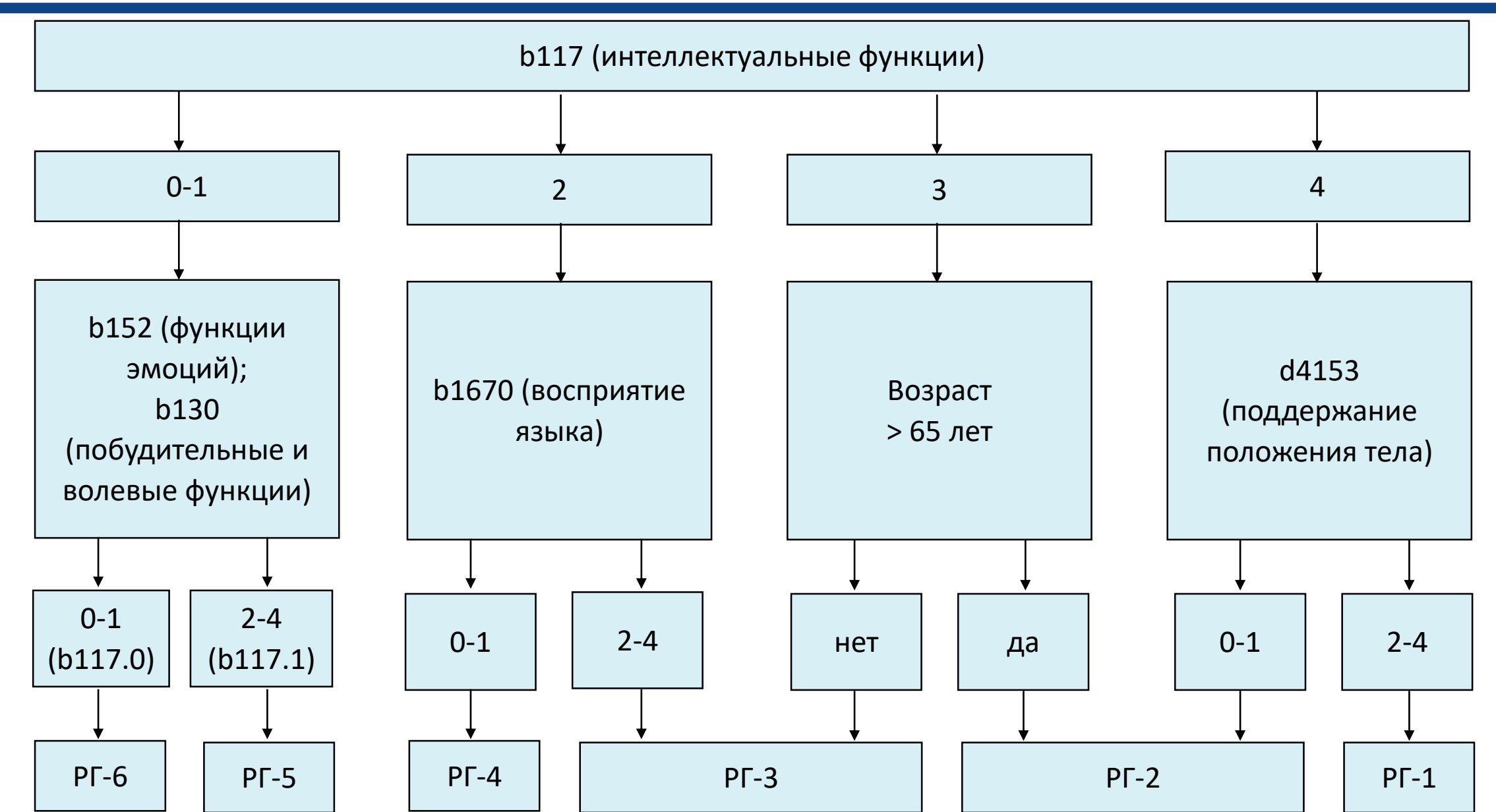


Рисунок 1- Алгоритм формирования реабилитационных групп инвалидов с последствиями ОНМК в зависимости от когнитивного статуса

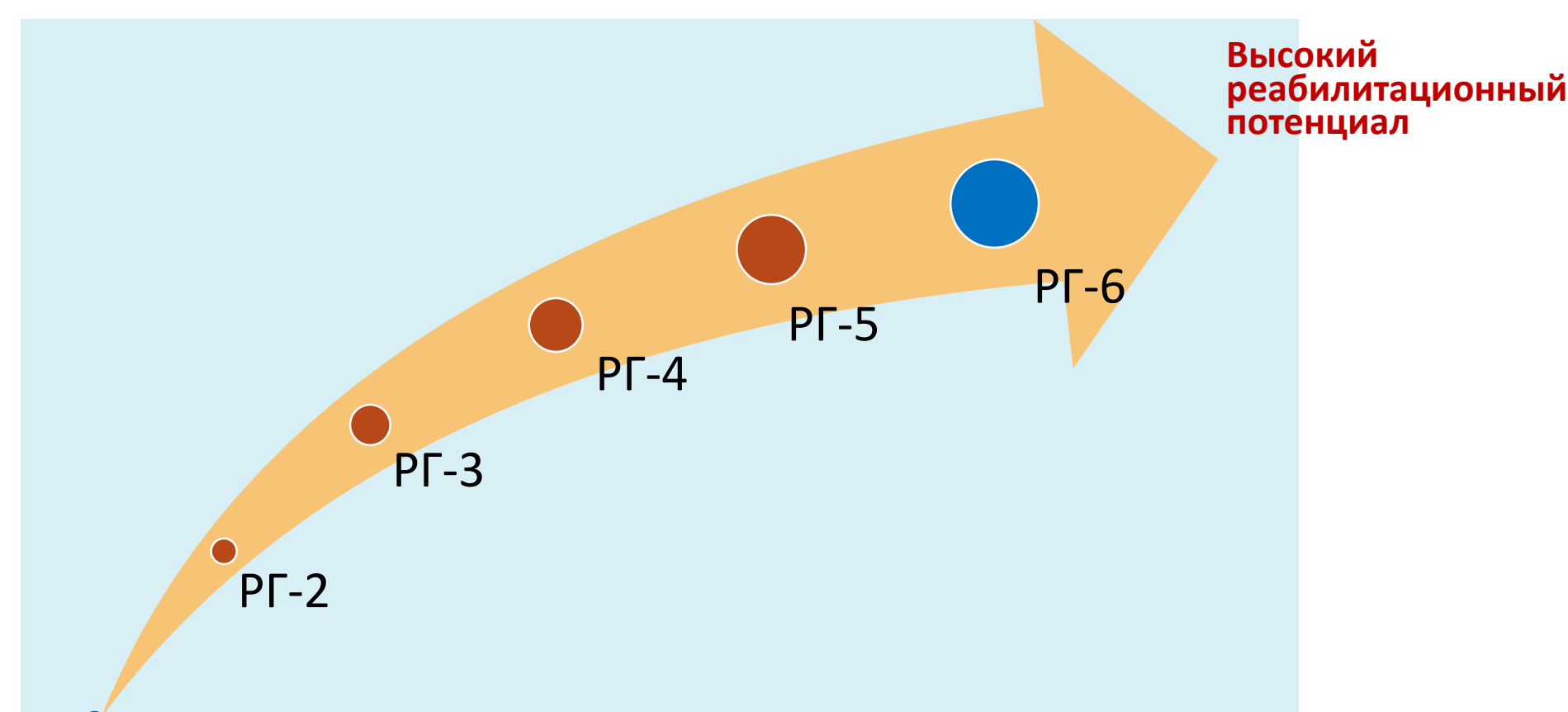


Рисунок 2 - Схематическое представление реабилитационного потенциала инвалидов с последствиями ОНМК различных реабилитационных групп

Результаты. К факторам, влияющим на эффективность реабилитации инвалидов с последствиями ОНМК и определяющим их реабилитационный потенциал, по мнению разных авторов, относятся: когнитивный статус (основной фактор), а также возраст, уровень двигательных нарушений, наличие афазии (в частности, способность понимать инструкции), психоэмоциональное состояние. Эти факторы (предварительно закодированные в соответствующие категории международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ) были использованы в алгоритме отнесения инвалида с последствиями ОНМК к определенной реабилитационной группе для формирования комплекса реабилитационных мероприятий (рис. 1). Предложены инструменты измерения для оценки обозначенных категорий и критерии отнесения инвалида к реабилитационной группе (табл. 1).

С помощью алгоритма инвалид с последствиями ОНМК относится к определенной реабилитационной группе в зависимости от уровня когнитивного статуса и предполагаемых реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, что позволяет сформировать адекватный комплекс реабилитационных мероприятий, соответствующий физическим и когнитивным возможностям и способностям инвалида. Схематическое представление реабилитационного потенциала представителей различных реабилитационных групп инвалидов с последствиями ОНМК, приведено на рисунке 2.

ПОРЯДОК ОТНЕСЕНИЯ ИНВАЛИДА К РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ГРУППЕ, ДЕТЕРМИНИРУЮЩЕЙ ВЫБОР МЕРОПРИЯТИЙ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Оценка основного фактора – скрининг когнитивных функций (b117) по шкале MMSE: 0-10 баллов – подозрение на тяжелую деменцию (4 в формате определителя МКФ); 11-19 баллов – подозрение на умеренную деменцию (3); 20-23 балла – подозрение на легкую деменцию (2); 24-27 баллов – легкие когнитивные нарушения (1); 28-30 баллов – нет когнитивных нарушений (0).

2. Оценка дополнительных факторов

У инвалидов с подозрением на тяжелую деменцию оценивается способность поддерживать позу сидя (d4153): если пациент не способен сидеть или способен сидеть без опоры не более 30 секунд – пациент относится к реабилитационной группе 1 (РГ-1). У представителей данной группы практически отсутствует реабилитационный потенциал, реабилитационный прогноз – неблагоприятный. Они нуждаются в уточнении диагноза (консультация психотерапевта), в паллиативной помощи, уходе, обеспечении противопролежневым матрасом, абсорбирующим бельем. Для обеспечения ухода показано обучение родственников, оказание им информационной и психологической поддержки, а при отсутствии способных ухаживать родственников – организация социального обслуживания в стационарной форме или оказание паллиативной помощи в медицинской организации. Если пациент может сидеть в течение 2 минут (под контролем или без него) – он относится к РГ-2.

У инвалидов с подозрением на умеренную деменцию оценивается возраст: до 65 лет – пациент относится к РГ-3, 65 лет и старше – к РГ-2.

У инвалидов с подозрением на легкую деменцию оценивается способность понимать инструкции (b1670 Восприятие языка): 8 баллов – пациент выполняет все команды (0-1 в формате определителя МКФ) – пациент относится к РГ-4; 0-4 – не выполняет команды или выполняет частично (2-4 в формате определителя МКФ) – пациент относится к РГ-3. Для представителей РГ-2-4 важны постановка реалистичных целей, использование модифицированных процедур, адаптированных к когнитивным способностям пациента, а также альтернативных способов коммуникации при наличии афазии; также важно привлечение родственников к реабилитационному процессу.

У инвалидов с отсутствием когнитивных нарушений или с легкими когнитивными нарушениями оцениваются: а) функции эмоций (b152): нормальные значения по субшкалам депрессии, тревоги, стресса оцениваются как 0 (в соответствии с градацией оценок по МКФ), легкие формы оцениваются как 1, умеренно выраженные формы – как 2, тяжелые формы – как 3, чрезвычайно тяжелые – как 4; б) побудительные и волевые функции (b130): 0-10 баллов – норма или легкая усталость (0-1); 11-40 баллов – патологическая усталость – астения (2-4). Если у пациента отмечаются признаки легких когнитивных нарушений и/или у него наблюдаются умеренные / выраженные нарушения хотя бы по одной из обозначенных шкал, то он относится к РГ-5. Если у пациента не обнаружены когнитивные и психоэмоциональные нарушения – пациент относится к РГ-6.

У представителей реабилитационных групп 5 и 6 наиболее высокий реабилитационный потенциал. Применительно к данному контингенту предпочтительны активные методы медицинской реабилитации (по показаниям), мероприятия по социальной реабилитации – в полном объеме, в зависимости от индивидуальных потребностей; лицам трудоспособного возраста показана профессиональная реабилитация. Однако в РГ-5 эффективность реабилитационных мероприятий ограничивается наличием признаков легких когнитивных нарушений и/или психоэмоциональных расстройств, низкой мотивации. Поэтому для представителей данной группы первоочередной задачей является коррекция выявленных нарушений (психотерапевтическая и/или психологическая помощь, стимуляция когнитивных функций). По показаниям мероприятия по медицинской и социальной реабилитации могут выполняться в полном объеме.

Таблица 1 – Факторы, влияющие на эффективность реабилитации инвалидов с последствиями ОНМК: описание в формате категорий МКФ; скрининговые оценочные инструменты

Факторы	Категория МКФ	Описание категории	Инструмент измерения
Когнитивный статус	b117	Интеллектуальные функции	Краткая шкала оценки психического статуса MMSE
Двигательный статус	d4153	Поддержание положения тела (сидя)	Шкала равновесия Берга (п 3)
Способность понимать инструкции	b1670	Восприятие языка	Европейская шкала инсульта (п 2)
Психоэмоциональное состояние	b152	Функции эмоций	DASS-21 (депрессия – пп. 3,5, 10,13,16,17,21; тревога – пп. 2,4,7, 9,15,19,20; Стресс – п.п. 1,6,8,11, 12,14,18)
Мотивация	b130	Побудительные и волевые функции	Шкала оценки усталости FAS

Таблица 2 – Дополнительные критерии нуждаемости инвалида с последствиями ОНМК в мероприятиях по реабилитации

КАТЕГОРИИ МКФ	Инструмент измерения	Критерий	Мероприятия	
b167	Умственные функции речи	MMSE (п. 6 -1,2,3)	≤ 4	Логопед, психолог
b620	Функции мочеиспускания	ICIQ – SF (п. 1)	≥ 2	ТСР, физиолечение
b730	Функции мышечной силы	MRCSS	≤ 2	ЛФК, физиолечение
b735	Функции мышечного тонуса	MAS	≥ 2	Физиолечение, медикаменты
b320	Функции артикуляции	NIHSS (п. 10)	2	Логопед
b 510	Функции приема нутриентов	Шкала оценки степени дисфагии	≥ 2	Логопед, эрготерапевт
d410	Изменение позы тела	Индекс мобильности Ривермид	≤ 7	ЛФК, эрготерапевт
d4154	Поддержание положения тела (стоя)	Шкала равновесия Берга (п. 2)	≤ 2	ЛФК
d420	Перемещение тела	SCIM-III (пп. 10,11)	≤ 1	ЛФК, эрготерапевт
d445	Использование кисти и руки	Тест для руки Френчай	≤ 3	ЛФК, эрготерапевт / социально-бытовая реабилитация, ЛФК, ортезирование
d450	Ходьба	ESS (п. 14)	≤ 6	ЛФК, ТСР, социально-средовая реабилитация
d465	Передвижение с использованием ТСР	SCIM-III (пп. 14,16)	≤ 1	ЛФК, социально-средовая реабилитация
d510-d560	Самообслуживание	FIM (по пунктам)	≤ 4	Социально-бытовая реабилитация, ЛФК

Определение потребности в конкретных реабилитационных мероприятиях проводится путем оценки функций организма с использованием тестов, шкал и опросников. В таблице 2 представлен минимальный перечень категорий МКФ, предлагаемые инструменты измерения и критерии определения нуждаемости инвалида в мероприятиях по реабилитации. Результаты использования разработанного алгоритма оценены у 84 пациентов клиники ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России с последствиями ОНМК, преимущественно, по ишемическому типу (76,2%), поздний восстановительный или резидуальный период (85,8%). К концу 21-дневного курса медико-социальной реабилитации наблюдалось уменьшение уровня зависимости от посторонней помощи в повседневной деятельности – значительно уменьшилась доля лиц с тяжелыми и абсолютными ограничениями: в категории d5401 (одевание верхней части тела) – с 32,8% до 16,4%; d5402 (одевание нижней части тела) – с 34,5% до 22,9%; d510 (мытьё) – с 59,1% до 36%; d520 (личная гигиена) – с 57,4% до 39,3%. Также уменьшилась доля пациентов с подозрением на деменцию (с 15% до 7,4%), с легкими когнитивными нарушениями – на 2,5%, с симптомами депрессии (с 13,3% до 3,6%), тревоги (с 10,8% до 3,6%), стресса (с 18,1% до 1,2%).

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования предлагаемого алгоритма в реабилитационной практике.