

Реабилитационный потенциал у пациентов с ревматоидным артритом

Казакевич Д.С.; Львова Н.Л.; Васильченко Я.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ревматоидный артрит – иммуновоспалительное ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета. Болезнь чаще всего встречается у лиц трудоспособного возраста, начинается между четвертым и шестым десятилетиями жизни. Для Республики Беларусь РА также являются серьезной медико-социальной проблемой. Ежегодно в нашей стране регистрируется около 1500 новых случаев РА. Медико-социальная значимость РА обусловлена значительным ухудшением качества жизни пациентов, развитием инвалидизирующих осложнений и трудовыми потерями. Согласно исследованию Глобального бремени болезней, в 2019 году 18 миллионов человек во всем мире нуждались в реабилитации вследствие РА и связанных с этим проблем в функционировании. Медицинская реабилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных в результате заболевания функций органов или систем организма пациента. Для оценки проблем и потребностей реабилитанта и обеспечения эффективного процесса реабилитации каждому пациенту определяется реабилитационный потенциал (РП).

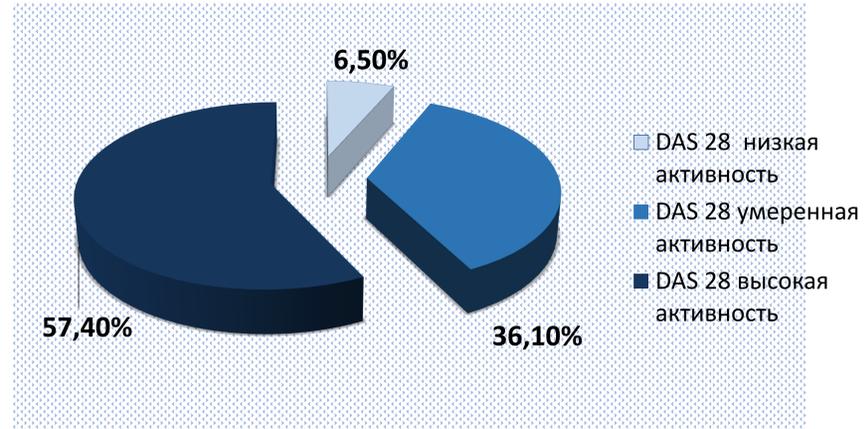


Рисунок 1- Распределение пациентов по индексу активности заболевания DAS 28 (n=169)

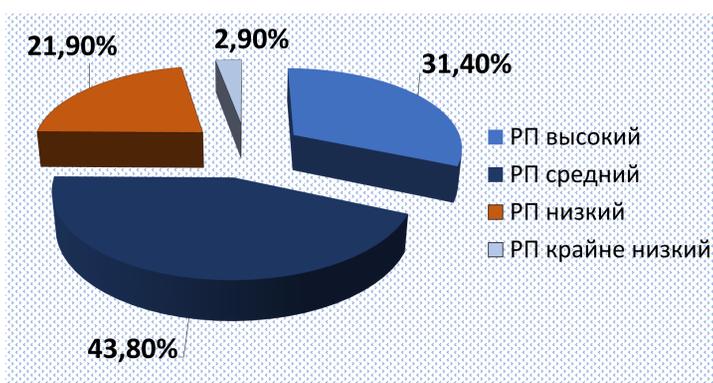


Рисунок 2 - Реабилитационный потенциал пациентов, включенных в исследование (n=169)

Цель работы – повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов с РА путем разработки критериев оценки нарушенных функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала.

Материалы и методы. В исследование было включено 169 пациентов с РА, направлявшихся в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». Среди обследованных пациентов было 43 (25,4%) мужчины, средний возраст которых составил 51,9±13,3 года и 126 (74,6%) женщины, средний возраст которых составил 55,7±12,8 лет. Всем пациентам проводилась экспертно-реабилитационная диагностика. На момент обследования 116 (68,6%) пациента были признаны инвалидами. РА серопозитивный был выявлен в 143 (84,6%) случаев, серонегативный – в 26 (15,4%). Позитивных по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) было 92 (54,4%) пациента, АЦЦП-негативный РА был выявлен у 39 (23,1%), АЦЦП не определялся в 38 (22,5%) случаях. Встречались следующие рентгенологические стадии РА (по Штейнбрökerу, 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%) человек. У 36,1% пациентов отмечена средняя активность РА, у 57,4% – высокая активность РА, а у 4,7% – низкая активность РА по индексу DAS28 (рисунок 1).

Результаты и обсуждение.

Для оценки ограничений функционирования (ОФ) пациентов с РА в нашем исследовании мы использовали набор доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), разработанный экспертами ВОЗ в 2011 году. Встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с РА с позиций МКФ представлена в таблице 1.

Ограничения способности к ходьбе были выявлены в 71,0% случаев, при этом у большинства пациентов (36,1%) были отмечены легкие ограничения способности к ходьбе d 450.1.

Нами проведен анализ корреляционной зависимости между степенью выраженности нарушений функций и структур организма и ОФ, у пациентов, включенных в исследование, с использованием коэффициента корреляции Спирмена (таблица 2).

Установлена положительная корреляционная связь слабой силы между ОФ и нарушениями структуры локтя ($R_s=0,16$; $p < 0,05$), структур кисти и пальцев ($R_s=0,26$; $p < 0,05$), структур лучезапястного сустава ($R_s=0,16$; $p < 0,05$), наличием нарушений функции подвижности суставов локтя ($R_s = 0,12$; $p < 0,05$), нарушений функции подвижности лучезапястных суставов ($R_s = 0,13$; $p < 0,05$), нарушений функции подвижности суставов кисти и пальцев ($R_s = 0,26$; $p < 0,05$), нарушения функции подвижности коленных суставов ($R_s = 0,12$; $p < 0,05$). Результаты анализа были использованы при разработке критериев оценки РП.

РП оценивался как: высокий, средний, низкий, крайне низкий. Отсутствия реабилитационного потенциала, у пациентов в группе исследования не выявлено.

Определение РП включало прогнозирование восстановления нарушенных функций органов и систем организма пациента в результате медицинской реабилитации.

У пациентов, включенных в исследование в 37 (21,9%) случаев определялся низкий РП, у 74 (43,8%) – средний РП, а в 53 (31,4%) – высокий РП. Крайне низкий РП определен у 5 (2,9%) пациентов (рисунок 2).

Таблица 1 – Встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с РА с позиций МКФ (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%)
s7103	структура головы и шеи	–
s7201	структура плечевого пояса	6 (3,6%)
s73001	структура локтя	14 (8,3%)
s73021	структура кисти и пальцев	109 (64,5%)
s73011	структура лучезапястного сустава	67 (39,6%)
s75011	структура коленного сустава	61 (36,1%)

Таблица 2 – Корреляционная зависимость между степенью выраженности нарушений функций и структур организма и ОФ (n=169)

Нарушения	R_s	Уровень значимости
структуры плечевого пояса	0,09	$p < 0,05$
структуры локтя	0,16	$p < 0,05$
структуры кисти и пальцев	0,26	$p < 0,05$
структуры лучезапястного сустава	0,16	$p < 0,05$
структуры коленного сустава	0,18	$p < 0,05$
функции подвижности суставов плечевого пояса	0,29	$p < 0,05$
функции подвижности суставов локтя	0,16	$p < 0,05$
нарушения функции подвижности лучезапястных суставов	0,42	$p < 0,05$
функции подвижности суставов кисти и пальцев	0,39	$p < 0,05$
функции подвижности коленных суставов	0,3	$p < 0,05$

Реабилитационный потенциал - основанная на комплексной экспертно-реабилитационной диагностике совокупность потенциальных возможностей пациента, определяющая прогноз эффективности медицинской реабилитации, уровень максимально возможного восстановления нарушенных (компенсации утраченных) в результате заболеваний, в том числе травм, ранений, увечий, контузий, врожденных дефектов (далее - заболевание) функций органов и систем организма, полное устранение или минимизацию ограничений жизнедеятельности пациента, то есть клинически обоснованная вероятность достижения намеченных целей медицинской реабилитации в определенный отрезок времени

Заключение.

Для определения РП у пациентов с РА необходимо учитывать комплекс факторов, включая степень выраженности нарушений функций органов и систем организма, уровень ограничений базовых категорий жизнедеятельности, а также возможности восстановления или компенсации этих нарушений.

Оценка РП позволяют более точно определить индивидуальные возможности пациентов, формировать глобальные цели и этапные задачи медицинской реабилитации, разрабатывать индивидуальные программы медицинской реабилитации.

5-6 сентября 2024 г.
г. Минск