

Результаты анализа свидетельствуют о том, что в контингенте ВПИ вследствие эпилепсии в Алтайском крае за 2006—2010 гг. основную массу составляют неработающие лица трудоспособного возраста, проживающие в сельской местности, имеющие среднее (полное) общее образование и признанные инвалидами III группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимошников Н. Н., Кузванова Т. Ю. Анализ первичной инвалидности вследствие эпилепсии лиц старше 18 лет в Алтайском крае за период 2002—2006 г. // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2008. — № 1 — С. 31—33.

Поступила 27.05.11

© Ю. А. ЛУГОВЦОВА, 2012

УДК 616.832-004.2-036.86-08-058

Ю. А. Луговцова

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ОСНОВНЫХ ВИДАХ РЕАБИЛИТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Кафедра неврологии с курсом нейрохирургии ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Изучена потребность инвалидов вследствие рассеянного склероза в различных видах реабилитации при помощи анализа индивидуальных программ реабилитации, выданных инвалидам учреждениями медико-социальной экспертизы Амурской области. Выявлено, что многие виды реабилитации у больных рассеянным склерозом недооцениваются.

Ключевые слова: *рассеянный склероз, индивидуальная программа реабилитации.*

EVALUATION OF BASIC REHABILITATION REQUIREMENT OF THE DISABLED DUE TO DISSEMINATED SCLEROSIS (BY THE EXAMPLE OF AMUR REGION)

Yu.A.Lugovtsova

The need in various kinds of rehabilitation of invalids due to disseminated sclerosis was studied with help of analysis of individual rehabilitation programs given to invalids by medico-social expertise institutions of Amur Region. It was detected that many kinds of rehabilitation in patients suffering from disseminated sclerosis have been underestimated.

Key words: *disseminated sclerosis, individual rehabilitation program.*

Рассеянный склероз (РС) — хроническое демиелинизирующее многоочаговое поражение центральной нервной системы у лиц молодого возраста с прогредиентно-ремиттирующим течением. По данным ВОЗ, заболевание является основной причиной стойкой инвалидизации людей молодого возраста [4], в связи с чем одной из важных медико-социальных задач является повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий с целью стабилизации течения, продления трудоспособного периода и сохранения социальной адаптации пациентов.

Целью исследования было изучение потребности больных РС в основных видах реабилитации при анализе индивидуальных программ реабилитации (ИПР) и их соответствие индексу независимости от посторонней помощи.

Материал и методы

Проанализировано 59 ИПР больных РС (11 мужчин и 48 женщин), из которых инвалидами I группы явились 13,56%, II — 50,85% и III — 35,59%. На момент осмотра средний возраст

Сведения об авторах:

Тимошников Н. Н., невролог, врач-эксперт высшей категории, ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю; Баранова Л. Н., психиатр, врач-эксперт первой категории, рук. состава № 6, ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю; Владимирова И. А., психиатр, врач-эксперт высшей категории ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю; Яковлева С. И., психиатр, врач-эксперт высшей категории ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю.

Для контактов:

Тимошников Наталья Николаевна, 656059, Алтайский край, Барнаул, пр. Ленина, дом 5. Тел./факс (3852)271-630; 271-645; e-mail: mse22@mail.ru.

пациентов составил $39,45 \pm 9,86$ года (от 20 до 62 лет), длительность болезни — $12,52 \pm 8,33$ года (от 3 до 33 лет). С ремиттирующим РС было 25 больных, вторично-прогрессирующим — 27 и первично-прогрессирующим — 7. ИПР была оформлена повторно у 74,58% обследованных, первично — у 25,42%.

При анализе ИПР оценивали соответствие рекомендованных специалистами медико-социальной экспертизы (МСЭ) основных видов реабилитации потребностям больного в зависимости от тяжести неврологического дефицита, который определяли по расширенной шкале инвалидизации EDSS (Expanded Disability Status Scale), и от степени зависимости больных от посторонней помощи с определением индекса независимости в сфере повседневной жизнедеятельности (Barthel ADL Index) [1].

Для каждого анализируемого количественного показателя вычислены значения среднего по совокупности m и стандартного квадратичного отклонения σ в виде $m \pm \sigma$. Для изучения взаимосвязи между двумя признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты и обсуждение

Потребность больных РС в различных видах реабилитации в зависимости от имеющейся группы инвалидности отражена в таблице.

Потребность (в %) инвалидов вследствие РС в основных видах реабилитации, по данным ИПР

Вид реабилитации	Группа инвалидности			Всего
	I	II	III	
Медицинская:	100	100	100	100
восстановительная терапия	100	100	100	100
санаторно-курортное лечение	12,5	30	23,8	25,4
Профессиональная:	0	36,7	19	25,4
профессиональная ориентация	0	6,7	0	3,4
профессиональное обучение и переобучение	0	3,3	0	1,7
содействие в трудоустройстве	0	23,3	14,3	16,9
производственная адаптация	0	3,3	9,5	5,1
Социальная:	50	76,7	57,1	66,1
социально-средовая	37,5	43,3	19	33,9
социально-педагогическая	0	3,3	0	1,7
социально-психологическая	37,5	53,3	47,6	49,2
социокультурная	25	3,3	0	5,1
социально-бытовая	12,5	10	14,3	11,9
физкультурно-оздоровительные мероприятия	0	0	0	0
Технические средства реабилитации:	100	26,7	0	27,1
средства для передвижения	87,5	20	0	22
абсорбирующее белье	50	6,7	0	10,2
Итого ...	100	100	100	100

В структуре рекомендованных специалистами МСЭ реабилитационных мероприятий медицинская реабилитация составила 100% и реализовывалась преимущественно за счет проведения восстановительной терапии в условиях лечебно-профилактических учреждений. Такая высокая потребность обусловлена нестабильностью клинического течения РС и занимает существенное место среди мероприятий, способствующих восстановлению нарушенных функций организма. Явно недооценивалась потребность в санаторно-курортном лечении, которое было рекомендовано около 25% больных, преимущественно инвалидам II и III группы. Скорее всего, это связано с до сих пор бытующим мнением, что этой категории больных санаторно-курортное лечение противопоказано.

Частота назначения программ профессиональной реабилитации намного ниже, чем медицинской (около 25%), что является логичным для инвалидов I группы, имеющих выраженный неврологический дефицит. Только 15 инвалидам II и III группы из 26 безработных рекомендованы мероприятия этого раздела, особое внимание среди которых уделено трудоустройству.

Мероприятия социальной реабилитации рекомендованы половине больным, имеющих I и III группу инвалидности, преимущественно социально-средовые и социально-психологические. Больше внимания уделено инвалидам II группы (76,7%). Социокультурные и социально-бытовые мероприятия рекомендованы в единичных случаях.

Технические средства реабилитации (ТСР) в различной степени рекомендованы только инвалидам I и II группы. Неврологическая практика показывает, однако, что реальная потребность в этом виде реабилитации намного выше; особенно это касается абсор-

бирующего белья с учетом частоты выявления нарушений функции тазовых органов (до 87% среди всех больных).

Таким образом, отмечена недооценка рекомендаций больным РС мероприятий социально-бытовой, социокультурной реабилитации и санаторно-курортного лечения; недостаточно внимания уделено профессиональной реабилитации. Потребность в физкультурно-оздоровительных мероприятиях вообще не была определена. Возможно, это связано с тем, что вынесение решения о рекомендации какой-либо спортивной нагрузки для инвалидов требует знаний особенностей инвалидизирующего заболевания, представлений о физиологии. Это делает очевидной необходимость тесного взаимодействия невролога, реабилитолога и специалиста по (физической культуре, что на практике не осуществляется из-за отсутствия специализированных спортивных сооружений, недостаточного информационно-методического обеспечения, слабой роли государственных учреждений. Также не разработаны методические подходы к социокультурному аспекту реабилитации.

Законодательно определено, что потребность больных в основных видах реабилитации зависит от степени ограничения основных категорий жизнедеятельности [2, 3]. Значительное число больных РС имели ограничения, определяющие независимость от посторонней помощи в повседневной жизни, такие как ограничение способности к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности (рис. 1). Степень их выраженности нарастала по мере увеличения возраста и тяжести инвалидизации по шкале EDSS.

У 59 больных проанализировано соответствие рекомендованных реабилитационных мероприятий данным ИПР и индексу Бартел, который учитывал следующие виды самообслуживания: перемещение, одевание, прием пищи, контролирование функции тазовых органов и др.

Средний показатель по опроснику Бартел у инвалидов I группы был самый низкий — от 12,5 ± 4,62 балла при высоком показателе по шкале инвалидиза-

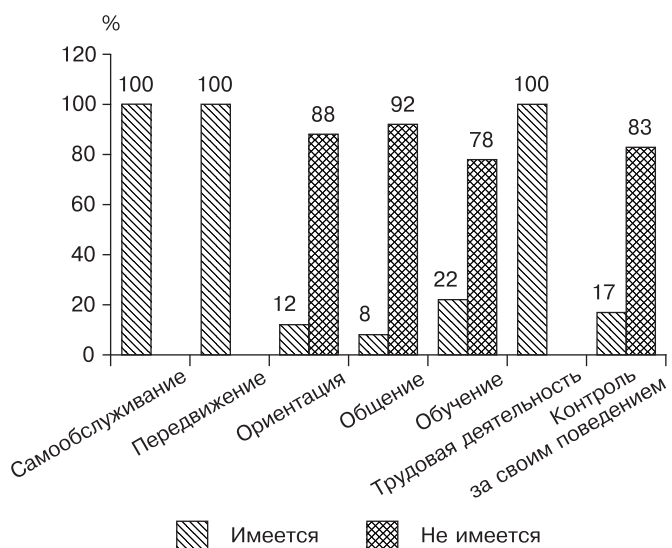


Рис. 1. Виды ограничений категорий жизнедеятельности больных РС, по данным ИПР.

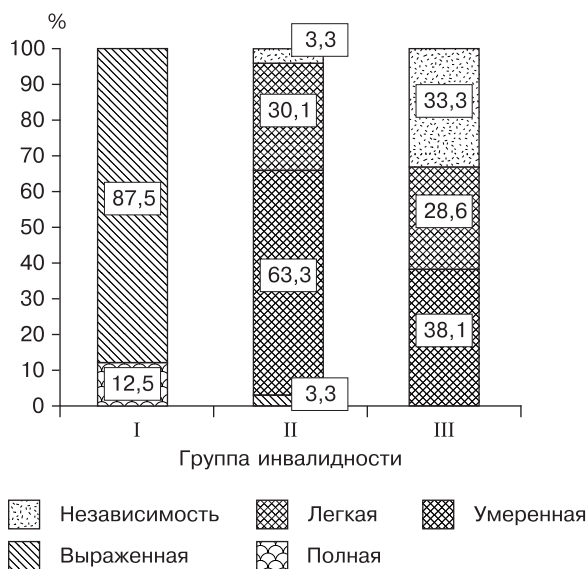


Рис. 2. Показатели по опроснику Бартел у больных РС с учетом группы инвалидности.

ции EDSS — $7,43 \pm 0,82$ (6,5—8,5) балла. У инвалидов II группы средний показатель по опроснику Бартел равнялся $85,8 \pm 10,4$ балла при показателе по шкале EDSS $4,06 \pm 0,8$ (2—6,5) балла. Инвалиды III группы имели самый высокий показатель по опроснику Бартел — $92,38 \pm 9,56$ балла при среднем показателе по шкале EDSS — $3,02 \pm 1,29$ (1,5—5,5) балла.

Проведенный корреляционный анализ показал наличие умеренной и выраженной обратной связи показателей инвалидности по шкале EDSS и индекса Бартел у инвалидов I ($r = -0,8$, $p = 0,01$) и III ($r = -0,59$, $p = 0,004$) группы. Это подтверждает, что чем больше показатель инвалидизации, тем индекс Бартел меньше, а значит, и потребность в посторонней помощи больше.

Индекс независимости от посторонней помощи в повседневной жизни у 59 больных РС с учетом группы инвалидности представлен на рис. 2.

Выявлено, что инвалиды I группы имели полную и выраженную зависимость от окружающих в 100% случаев. Исходя из этого, в первую очередь они должны нуждаться в проведении социально-бытовой, социально-средовой реабилитации и обеспечиваться ТСР практически в 100% случаев, что, как показано в таблице, явно недооценено специалистами бюро МСЭ.

Инвалиды II группы в 33% случаев с учетом индекса Бартел явились практически независимыми от посторонней помощи, именно им в основном и была рекомендована профессиональная реабилитация. В 66% случаев больные отмечали выраженную и умеренную зависимость от окружающих в выполнении повседневных бытовых действий, что уже свидетельствует о необходимости более полной реализации

социально-бытового и социально-средового аспектов реабилитации, а также потребности в предоставлении ТСР в большем проценте случаев по сравнению с рекомендованными специалистами МСЭ.

Инвалиды III группы в 66,67% случаев также отмечали затруднения повседневной активности преимущественно уже из-за наличия проблем с мочеиспусканием и ухудшения способности к передвижению. Тем не менее ТСР данной группе не были рекомендованы, хотя 11 больных уже отмечали неуверенность мочеиспускания и позывы, а 3 — эпизоды недержания мочи. По шкале EDSS пирамидная симптоматика у 6 больных уже соответствовала 3 баллам, а у 2 — 4 баллам, что свидетельствовало об ухудшении способности к передвижению и, следовательно, предполагало возможность предоставления ТСР для передвижения.

Заключение

Таким образом, практически все обследованные больные РС имели ограничения в выполнении базовых физических функций, необходимых для элементарного самообслуживания. Больные имели дифференцированную потребность в различных видах реабилитации с учетом особенностей неврологического дефекта. Изучение ИПР показало, что многие виды реабилитации специалистами бюро МСЭ были недооценены.

Для повышения качества заполнения ИПР с учетом клинических проявлений заболевания и дальнейшей реализацией их на практике необходимо целенаправленное информирование и обучение как медицинских специалистов, так и самих инвалидов и их родственников, а также тесное взаимодействие органов социальной защиты, центров занятости населения, лечебно-профилактических и других учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. — М., 2004.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Доступ из справ.-правовой системы «Гарант». URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения: 11.10.2010).
3. Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Доступ из справ.-правовой системы «Гарант». URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения: 11.10.2010).
4. Шмидт Т. Е., Яхно Н. Н. Рассеянный склероз. — 2-е изд. — М., 2010.

Поступила 22.06.11

Сведения об авторе:

Луговцова Юлия Андреевна, асп. каф. неврологии Амурской государственной медицинской академии. 675000, Амурская обл., г. Благовещенск, ул. Горького, 95. Телефон/факс: 8(4162)52-68-28.