

ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

В.Б.Смычѣк, Н.Л.Львова, Я.В.Васильченко

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
Колодищанский сельсовет, 93, 223027, район д. Юхновка,
Минский район, Минская область, Республика Беларусь

В ходе исследования изучена частота встречаемости нарушений функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности у 169 пациентов с ревматоидным артритом (РА). Выделены нарушения структур и функций организма, вовлеченных в патологический процесс при РА, влияющие на ограничения жизнедеятельности. Разработаны критерии оценки степени выраженности нарушений функций органов и систем организма и ограничений жизнедеятельности, порядок оценки функционирования пациентов с ревматоидным артритом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; нарушения функций органов и систем организма; ограничения жизнедеятельности; ограничения функционирования.

Введение. Ревматоидный артрит (далее – РА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, которое может вызывать повреждение хрящей и костей, а также приводить к инвалидности [1]. Прогрессирующее течение заболевания, ограничение функционирования, потеря профессиональных и социальных навыков, выход на инвалидность представляют серьезную общемедицинскую и социальную проблему, приводя к экономическим потерям. Для правильной и всесторонней оценки инвалидизирующих последствий заболеваний существует такой «инструмент», как медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ), под которой подразумевается самостоятельная область научных знаний и сфера практической деятельности, изучающая состояние жизнедеятельности человека и его трудоспособности, выявляющая степень их нарушения и преследующая цель их восстановления путем проведения комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий. Неотъемлемая часть проведения МСЭ – оценка влияния болезни на организм человека. В 2001 г. экспертами Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) предложена Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), которая обеспечивает концептуальную основу для определения и классификации инвалидности. Для объективизации функционирования пациентов с РА экспертами ВОЗ в 2011 г. был разработан краткий комплект доменов МКФ, включающий 25 категорий, и всеобъемлющий набор, включающий 75 категорий [2].

Цель исследования – повысить качество проведения медико-социальной экспертизы пациентов с РА путем разработки и практического применения порядка оценки функционирования.

Методы исследования: экспертно-реабилитационная диагностика, статистические методы. В целевую выборку было включено 169 пациентов с РА. Средний возраст пациентов составил $54,8 \pm 12,9$ года. Наиболее представительной среди обследованных пациентов была группа 56–60 лет, в которую вошло 38 (22,5%) пациентов. В возрастную группу 51–55 лет входило 26 (15,4%) пациентов, 66 лет и старше – 34 (20,1%) пациента. Среди обследованных пациентов было 43 (25,4%) мужчины, средний возраст которых составил $51,9 \pm 13,3$ год и 126 (74,6%) женщин, средний возраст которых составил $55,7 \pm 12,8$ лет.

На момент обследования 116 (68,6%) пациентов были признаны инвалидами, в том числе: инвалидами 1 группы было признано 5 (2,9%) человек, инвалидами 2 группы – 37 (21,9%) человек, а инвалидами 3 группы – 74 (43,8%) пациента с данной патологией. Инвалидность не установлена в 53 (31,4%) случаях.

У пациентов, включенных в исследование, серопозитивный РА был выявлен в 143 (84,6%) случаях, серонегативный – в 26 (15,4%). Позитивный по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП) РА был выявлен у 92 (54,4%) пациентов, АЦЦП-негативный РА – у 39 (23,1%), АЦЦП не определялся в 38 (22,5%) случаях. Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру, 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%) пациентов.

Экспертно-реабилитационная диагностика включала: медицинский осмотр пациента, определение наличия и степени выраженности нарушений функций органов и систем организма пациента, ограничений базовых категорий жизнедеятельности с использованием результатов лабораторных, инструментальных исследований, в том числе, с использованием диагностических шкал, тестов и опросников.

Медицинский осмотр пациентов проводился в соответствии с Инструкцией о порядке проведения медицинских осмотров, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.12.2015 №127, в том числе, с использованием диагностических шкал и тестов. У пациентов с РА при объективном исследовании оценивается припухлость, болезненность и скованность суставов (при пальпации и движении) в 28 суставах (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, плечевых, локтевых, коленных). Эти суставы поражаются при РА в первую очередь. Кроме того, в силу анатомических особенностей они хорошо доступны для объективного исследования (за исключением плечевых суставов) [3].

Перечень обязательных диагностических мероприятий: общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ); биохимическое исследование крови с определением уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, С-реактивного белка (далее – СРБ), ревматоидного фактора; ретроспективно изучалась динамика острофазовых показателей (СОЭ и СРБ в течение последних 12 месяцев); обзорная рентгенография кистей, стоп и других пораженных суставов – для установления рентгенологической стадии РА, оценки прогрессирования деструкции суставов 1 раз в 12 месяцев; определение нарушений функции сустава и/или суставов (далее – НФС). По визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ) оценивалась общая оценка пациентом состояния здоровья. В качестве базового метода оценки активности РА применялся индекс DAS28 (Disease Activity Score). Степень выраженности болезненности суставов оценивалась по 4-балльной системе: 0 – отсутствие болезненности, 1 – боль слабая – пациент констатирует боль, 2 – боль умеренная – пациент констатирует боль и морщит-

ся, 3 – боль выраженная – пациент отдергивает конечность [4].

Нарушения функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности оценивались согласно приложениям 1 и 2 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы.

Ограничения функционирования оценивались по краткому комплексу доменов МКФ (ВОЗ, 2011), включающему 25 категорий [2].

Обработка результатов исследования проводилась с помощью методов медицинской статистики с использованием специальных статистических пакетов программ: Microsoft Excel, Statistika 10. В ходе проведения одномоментного пассивного ретроспективного исследования обрабатывалась совокупность количественных и качественных данных. Базы данных с результатами клиничко-лабораторных исследований формировались при использовании MS Excel.

Результаты и обсуждение. Проведена оценка встречаемости нарушений функции органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности у пациентов с РА, включенных в исследование. Нарушения функции кровообращения встречались у 77 (45,6%) пациентов, статодинамическая функция была нарушена у 53 (31,4%) пациентов, нарушение манипуляционной функции кисти было отмечено у 84 (49,7%) человек. Нарушений функций пищеварения и дыхания не было выявлено. Нарушения функций выделения были выявлены в 17 (10,1%) случаях; ограничения способностей: к самостоятельному передвижению – в 71,0% случаев, к самообслуживанию – в 81,7%, к трудовой деятельности – в 89,9% случаев. Ограничений способности к ориентации и к общению не выявлено.

Активность РА по индексу DAS28 мы рассчитывали с учетом СОЭ. Низкая активность по индексу DAS28 была выявлена у 8 (4,7%) пациентов, средняя – у 61 (36,1%), высокая – у 97 (57,4%), ремиссия была у 3 (1,8%) пациентов.

Также нами проведена оценка активности РА изолированно по показателям СОЭ. При анализе показателей активности по СОЭ выявлено, что у пациентов на момент проведения исследования были отмечены: I степень активности РА (СОЭ) у 65 (38,5%) человек, II степень активности – у 73 (43,2%) человек, III степень активности – у 31 (18,3%) пациента.

Следует отметить, что у пациентов, включенных в исследование, при расчете активности РА по СОЭ высокая активность выявлена в 18,3%

случаев, а при расчете по DAS28 высокая активность выявлялась в 57,4% случаев.

Отмечена слабая положительная линейная корреляционная зависимость между ограничением функционирования (далее – ОФ) и рентгенологической стадией РА (по Штейнбрökerу, в модификации) ($R_s=0,22$; $p<0,05$), наличием АЦЦП ($R_s=0,17$; $p<0,05$), индексом активности DAS28 ($R_s=0,11$; $p<0,05$), числом припухших ($R_s=0,17$; $p<0,05$) и болезненных ($R_s=0,13$; $p<0,05$) суставов.

Нами проведена оценка встречаемости нарушений функций и структур организма у пациентов с РА, включенных в исследование (табл.).

У 100,0% пациентов были нарушены функции ощущения боли и функции, связанные с мышцами и двигательными функциями (скованность), у 100,0% пациентов отмечались нарушения функции подвижности составов; нарушение 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%) случаях, а слева – у 61 (36,1%) пациента.

В результате исследования разработаны критерии оценки отклонений или утрат функций организма у пациентов с РА, которые мы ранжировали по 5-балльной шкале в зависимости от степени выраженности проблемы в функционировании.

У 169 пациентов, включенных в исследование, были отмечены следующие нарушения функций и структур организма. Нарушения

структуры локтевого сустава справа были отмечены в 14 (8,3%) случаях; слева нарушения структуры сустава были выявлены тоже в 8,3% случаев; нарушения функции боли в локтевых суставах справа и слева были отмечены в 22 (13,0%) случаях в легкой, умеренной и выраженной степени; нарушение функции подвижности плечевых суставов выявлено у 19 (11,2%) пациентов. Ощущения скованности в плечевом суставе справа и слева были выявлены в 19 (11,2%) случаях.

Нарушения структуры лучезапястного сустава справа и слева отмечены в 67 (39,6%) случаях. Нарушения функции боли в лучезапястных суставах справа и слева были отмечены в 79 (46,7%) случаях. Ощущения скованности в лучезапястных суставах справа и слева были выявлены в 77 (45,6%) случаях. Нарушения функции лучезапястных суставов справа и слева были выявлены у 52 (30,8%) пациентов.

Нарушения структуры плечевого сустава как справа, так и слева отмечены в 6 (3,6%) случаях. Нарушения функции боли в плечевых суставах справа и слева были отмечены в 24 (14,2%) случаях. Ощущения скованности в плечевых суставах справа и слева были выявлены в 19 (11,2%) случаях. Нарушения функции плечевых суставов справа и слева были выявлены у 5 (2,9%) пациентов.

Нарушения структуры суставов кисти и пальцев справа и слева отмечены в 109 (64,5%) случаях. Нарушения функции боли в суставах кисти и пальцев справа и слева были отмечены

Таблица

Встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с ревматоидным артритом, 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%)
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%)

ны в 105 (62,1%) случаях. Ощущения скованности в вышеуказанных суставах справа и слева были выявлены в 105 (62,1%) случаях. Нарушения функций суставов кисти и пальцев справа и слева были выявлены у 87 (51,5%) пациентов.

Нарушения структуры коленных суставов справа и слева отмечены соответственно в 66 (39,1%) и 61 (36,1%) случае. Нарушения функции боли в коленных суставах справа и слева были отмечены соответственно в 78 (46,2%) и 74 (43,8%) случаях. Ощущения скованности в вышеуказанных суставах справа были выявлены в 71 (42,0%), а слева – в 65 (38,5%) случаях. Нарушения функций коленных суставов справа и слева были выявлены у 60 (35,5%) и 58 (34,3%) пациентов соответственно.

Таким образом, у пациентов, включенных в исследование, были выявлены преимущественно симметричные нарушения функций и структур суставов. В большинстве случаев нарушения структур и функций отмечены в суставах кисти и пальцев.

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 ($R_s=0,12$; $p<0,05$).

Нами разработан перечень критериев оценки ограничений активности и возможности участия в доменах d410 (изменение позы тела), d440 (использование точных движений кисти), d445 (использование кисти и руки), d450 (ходьба).

В категории d450 (ходьба) оценивались:
расстояние, характер и темп ходьбы;

возможность и эффективность использования технических и иных вспомогательных средств для компенсации трудностей в осуществлении ходьбы и развития адекватного уровня двигательной активности;

нуждаемость в помощи других лиц при передвижении.

В категориях d410 (изменение позы тела), d440 (использование точных движений кисти), d445 (использование кисти и руки) оценивались:

возможность осуществлять потребности;

нуждаемость в помощи других лиц в осуществлении ряда регулируемых потребностей, нуждаемость в дополнительной помощи и уходе;

временные интервалы, через которые возникает нуждаемость в посторонней помощи;

возможность коррекции нарушенных способностей, в том числе, с помощью лекарственных средств и (или) технических или иных вспомогательных средств.

У пациентов, включенных в исследование, ограничения способности к ходьбе были выявлены в 71,0% случаев, при этом, у 36,1% пациентов были отмечены легкие ограничения способности к ходьбе d450.1.

Разработан порядок оценки функционирования пациентов с РА, включающий следующие составляющие:

медицинский осмотр пациента, направленный на оценку состояния здоровья пациента, выявление заболеваний, факторов риска их возникновения, в том числе, с использованием диагностических шкал, тестов и опросников;

сбор и оценка жалоб с их детализацией;

сбор и оценка анамнеза жизни и анамнеза заболеваний, в том числе, определение характера течения заболеваний;

оценка результатов проведенных инструментальных, лабораторных и иных исследований, выполненных в соответствии с техническими нормативными правовыми актами, утвержденными Министерством здравоохранения;

анализ информации, содержащейся в медицинских и иных документах пациента;

определение наличия и степени выраженности нарушений функций органов и систем организма пациента;

определение наличия и выраженности ограничений базовых категорий жизнедеятельности по функциональным классам;

определение клинико-трудового прогноза пациента с РА;

формирование клинико-функционального диагноза;

определение ограничения функционирования, ранжированного по 5-балльной шкале.

Выводы. Нами разработан порядок оценки функционирования пациентов с РА, содержащий критерии оценки степени выраженности нарушенных функций и структур организма; критерии оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности; критерии определения клинико-трудового прогноза. Использование вышеуказанного порядка, основанного на использовании разработанных нами критериев оценки ограничений жиз-

недеятельности, позволяет объективизировать уровень функционирования пациента с РА, вынести более обоснованное экспертное решение, использовать МКФ в клинической практике, обеспечивая интеграцию инструментов МКФ в процессы МСЭ и медицинской реабилитации.

Литература

1. *Smolen, Josef S.* Rheumatoid arthritis / Josef S. Smolen, Daniel Aletaha, Iain B. McInnes // *The Lancet*. – 2016 Oct 22. – Vol.388, Issue 10055. – P.2023–2038. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8.
2. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis / Gerold Stucki, Alarcos Cieza, Szilvia Geyh, Linamara Battistella, Jill Lloyd, Deborah Symmons, Nenad Kostanjsek, Jan Schouten // *J. Rehabil. Med.* – 2004. – Vol.36, Suppl.44 August. – P.87–93. DOI: 10.1080/16501960410015470.
3. Метод дифференциальной диагностики ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилита: инструкция по применению (регистрационный №093-1116): утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 25.11.2016 / Е.В.Кундер, Т.Д.Тябут, А.М.Пристром, А.Е.Буглова, М.В.Волкова, Е.В.Руденко, Л.Н.Маслинская, Д.М.Петрович. – Минск, 2016. – 14 с.
4. Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 10 мая 2012 г., №522 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.

ASSESSMENT OF FUNCTIONING LIMITATIONS FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

V.B.Smychyok, N.L.Lvova, Ya.V.Vasilchenko

Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, 93, Kolodishchansky Village Council, 223027, district of the village of Yukhnovka, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

Occurrence frequency of dysfunctions of organs and body systems and life activity limitations among 169 patients with rheumatoid arthritis (RA) was studied in the article. Disorders of body structures and functions involved in RA pathological process and affecting life activity limitations were identified. Criteria for assessing degree of severity of dysfunctions of organs and body systems and limitations of life activities, procedure for patients with rheumatoid arthritis functioning assessing were developed.

Keywords: rheumatoid arthritis; impaired function of organs and systems; limitation of activity; functioning limitations.

Сведения об авторах:

Смычѣк Василий Борисович, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Беларусь; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», директор.

Львова Наталья Леонидовна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зав. лабораторией медицинской экспертизы и реабилитации при терапевтической патологии; тел.: (+37529) 6953049; e-mail: terapia@meir.by.

Васильченко Яна Владимировна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации при терапевтической патологии, научный сотрудник.

Поступила 10.07.2024 г.