

Об основных показателях медико-социальной реабилитационной шкалы при церебральных инсультах

З.Н. Григорян, Ю.С. Тунян

*МЦ “Малатия”, НИЗ им. акад. С.Х. Авдалбеяна МЗ РА
0051, Ереван, пр. Комитаса, 49/4*

Ключевые слова: последствия церебрального инсульта, реабилитационная карта, врачебно-трудовая экспертиза

Последствия церебральных инсультов отражаются на жизнедеятельности человека в трех аспектах – самообслуживание, бытовая независимость и социально-трудовая активность. Это обусловлено характером тех нарушений, к которым приводит церебральная сосудистая катастрофа [1, 3, 8,11].

Общеизвестно, что церебральный инсульт в первую очередь приводит к двигательным нарушениям различной формы и интенсивности. Однако в плане социально-трудовых исходов немаловажное значение имеют нарушения высших мозговых функций, интеллектуально-мнестические расстройства, а также психопатологические отклонения [2,7,10].

Для клинической практики наиболее применительной считалась шкала ADL, выявляющая индекс независимости в активностях повседневной жизни, разработанная Katz S. et al. [12]. Она касалась тех 6 жизненно важных функций, благодаря которым человек почти полностью обеспечивает свое самообслуживание. Их следует перечислить именно в следующем порядке: прием пищи, воздержанность (возможность самостоятельно контролировать мочеиспускание и дефекацию), перемещение (двигательная активность), туалет, одевание и купание в ванне. Шкала градуирует больных по выполнению указанных 6 функций в нижеприведенном порядке:

А – независимость во всех 6 функциях;

В – независимость во всех 6 функциях, за исключением одной;

С – независимость во всех 6 функциях, за исключением купания в ванне и еще одной;

D – независимость во всех 6 функциях, за исключением купания в ванне, одевания и еще одной;

E – независимость во всех 6 функциях, за исключением купания в ванне, одевания, туалета и еще одной;

F – независимость во всех 6 функциях, за исключением купания в ванне, одевания, туалета, перемещения и еще одной;

G – зависимость во всех 6 функциях.

Шкалу Katz видоизменили и дополнили новыми пунктами Mahoney и Barthel [13]. В реабилитационной клинической практике она широко известна как показатель Barthel (таблица).

Таблица

N	Функция	Число баллов за выполнение функции	
		с посторонней помощью	самостоятельно
1	Еда (в том числе если пища должна быть разрезана на кусочки)	5	10
2	Перемещение с кресла на колесах на кровать и обратно (включая сидение на кровати)	5-10	15
3	Личный туалет (умывание, причесывание, бритье, чистка зубов)	0	5
4	Посещение туалета (манипуляции с одеждой, контроль функции)	5	10
5	Мытье в ванне	0	5
6	Ходьба по ровной поверхности, либо управление креслом на колесиках	10	15
7	Подъем и спуск по лестнице	5	10
8	Одевание (включая завязывание шнурков на ботинках, застегивание одежды)	5	10
9	Управление кишечником	5	10
10	Управление мочевым пузырем	5	10

Достоинства показателя Barthel состоят в интерпретации возможностей самообслуживания больных и включения новых пунктов, более полно освещающих переходные стадии самообслуживания. В таблицу

внесен пункт перемещения с помощью кресла на колесах, а самостоятельное перемещение больного представлено двумя вариантами – ходьба по ровной поверхности и подъем и спуск по лестнице. По данному показателю самообслуживание считается достаточным, если общая сумма баллов составляет 60 и более. Восстановительное лечение постинсультных больных многоплановое, и результативность его оценивается по критериям улучшения способностей самообслуживания и расширения возможностей бытовой независимости и повышения уровня социально-трудовой активности.

Работы многих авторов посвящены определению этих критериев, и ими предложены специальные шкалы восстановительного лечения [4, 5].

Однако часть этих шкал отражает чисто двигательные возможности конечностей, а другие – указывают на социально-бытовые исходы [6,9].

Высоко оценивая достоинства всех перечисленных работ, нельзя не отметить, что они применимы к тем или иным неврологическим нозологиям и нуждаются в соответствующей доработке.

Задачей нашей работы явилась разработка всеобъемлющей реабилитационной карты, в которой будут представлены функциональное состояние парализованных конечностей по 6-балльной системе, а также уровни бытовой и социально-трудовой дееспособности, с указанием степени инвалидности больных с церебральным инсультом. А цель работы состоит во внедрении разработанной нами реабилитационной карты в практику работы неврологов - клиницистов и экспертов.

Ниже приводится разработанная нами реабилитационная карта со следующими шкалами:

Шкала восстановления функции ноги

0 баллов. Плегия ноги.

1 балл. Небольшой объем движений в положении лежа. Стоит с посторонней помощью.

2 балла. Ходьба с опорой только в пределах помещения (часто используя трехножную палку).

3 балла. Ходьба с опорой на палку с возможностью выхода на улицу.

4 балла. Ходьба без опоры с прихрамыванием на паретичную ногу.

5 баллов. Походка не изменена.

Шкала восстановления функции руки

0 баллов. Плегия руки со сгибательной контрактурой кисти и пальцев.

1 балл. Кисть и пальцы обездвижены в порочной позе, но имеются умеренные движения в локтевом и плечевом суставах.

2 балла. Умеренные движения возможны в проксимальных суставах и легкие – в дистальных.

3 балла. Умеренные движения во всех суставах руки с неполной манипулятивной функцией кисти.

4 балла. Значительной силы движения во всех суставах с полной сохранностью манипулятивной деятельности кисти, лишь с некоторым отставанием в темпе действий.

5 баллов. Сила полная, манипулятивная деятельность безупречна.

Шкала бытовой и социально-трудовой реабилитации

1 группа. Прикованы к постели (часто с нарушением психики и речи), жизнеспособность обеспечивается посторонним уходом. Для передвижения нуждаются в колясках (по шкале Katz пункты F и G). Инвалиды I группы.

2 группа. Передвигаются с помощью посторонних лиц или специальными ходилками в пределах комнаты, жизнеспособность также зависит от посторонней помощи. Основные передвижения осуществляются в инвалидных колясках (по шкале Katz пункты D, E и F). Инвалиды I группы.

3 группа. Передвигаются с помощью палки в пределах помещения. Спуск и подъем по лестнице осуществляются с посторонней помощью. Самообслуживание и приспособление к быту неполное. Жизнеспособность обеспечивается с помощью постороннего ухода по надобности (по шкале Katz пункты B и C). Инвалиды I группы.

4 группа. Передвигаются с помощью палки. Самостоятельно могут выходить во двор и на улицу. Самообслуживание и приспособление к быту полное. Могут выполнять несложные работы по дому. Производственная трудоспособность отсутствует. Инвалиды II группы.

5 группа. Передвигаются с помощью палки. Манипулятивная функция руки умеренно нарушена. Самообслуживание и приспособление к быту полное. Выполняют все легкие работы по дому. Профессиональная трудоспособность возможна в домашних или специально созданных условиях. Инвалиды II группы.

6 группа. Передвигаются без палки, слегка прихрамывая на паретичную ногу. Легкое нарушение манипулятивной функции паретичной руки. Профессиональная трудоспособность ограничена (в производственных условиях) или трудоспособность сохраняется в менее квалифицированных видах труда. Инвалиды III группы.

7 группа. Передвигаются без палки. Манипулятивная функция руки полная. При отсутствии противопоказанных факторов профессиональная трудоспособность полная. Инвалидность необоснована.

Таким образом, широко популярная в реабилитационном кругу шкала Katz помещается в первых трех группах предложенной нами схемы. Поскольку все пункты шкалы Katz относятся к сфере самообслуживания, то любое ограничение по самообслуживанию подразумевает нуждаемость больных в постороннем уходе и помощи и поэтому они признаются инвалидами I группы. Остальные градации нашей шкалы с 4 по 7 представляют те категории больных, которые не включены в шкалу Katz. Однако в процентном отношении среди инвалидизированных они встречаются чаще, чем те, у которых нарушено самообслуживание. Итак, шкалы Katz и Barthel универсальны и отражают состояния жизнеспособности больных с неврологической патологией вообще, без нозологической конкретизации. Мы попытались их адекватным видоизменением и необходимыми дополнениями предложить специфически разработанную шкалу для оценки состояния жизнеспособности больных с церебральными инсультами, с охватом аспектов бытовой реадaptации и социально-трудовой активности.

Наша карта может получить применение не только в сфере реабилитационной службы, но и в медико-социальных экспертных комиссиях для установления степени потери трудоспособности, а также определения рекомендаций по использованию резервных возможностей к доступным видам труда. Мы далеки от мысли, что какая-либо из представленных реабилитационных шкал претендует на исчерпанность.

Очевидно, они применительны к тем запросам, которые считаются особенно актуальными для целей той или иной медико-социальной службы. Полагаем, что реабилитационные шкалы в дальнейшем необходимо переработать с обязательным учетом критериев сфер высших мозговых функций, психологии и интеллектуально-мнестических возможностей. Это особенно актуально, если учесть, что часть церебральных инсультов возникает у людей с

атрофическими процессами головного мозга и преморбидно существующими когнитивными расстройствами [14].

Поступила 04.11.11

Ցերեբրալ ինսուլտի բժշկասոցիալական վերականգնողական սանդղակների հիմնական ցուցանիշները

Զ.Ն. Գրիգորյան, Յու.Ս. Թունյան

Հոդվածում լուսաբանվում է ցերեբրալ ինսուլտների հետևանքների բժշկասոցիալական սանդղակների հիմնական ցուցանիշների գործնական նշանակությունը: Մենք փորձել ենք առաջարկել համապատասխան ձևափոխումներով և անհրաժեշտ լրացումներով հատուկ մշակված սանդղակ՝ ցերեբրալ ինսուլտներով հիվանդների կենցաղային հարմարվողականության և սոցիալ-աշխատանքային, տեսակետից կենսունակ վիճակը գնահատելու համար:

The main indices of medicosocial rehabilitation scale at cerebral strokes

Z.N. Grigoryan, Yu. S. Tunyan

The article deals with the practical importance of main indices of medico-social scales while estimation of cerebral stroke outcomes.

We attempt by-adequate modification and necessary additions to propose specifically elaborated scales for estimation of viability state of patients with cerebral stroke including the aspects of readaptation and socio-working activities.

Литература

1. *Виленский Б.С.* Общоевропейское согласительное совещание по вопросам ведения больных, перенесших инсульт. Неврологический журн., 2007, 8, с.62-64.
2. *Гусев Е.И.* Современный взгляд на проблему инсульта. Журн. неврологии и психиатрии, 2003, 9, с.3-5.
3. *Кочетков А.В., Горбунов Ф.Е., Миненков Ф.Е. и др.* Оптимизация программы ранней реабилитации больных церебральным инсультом: применение

различных методик магнитно- и лазеротерапии. Журн. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 2000, 3, с.17-21.

4. *Львова Р.И.* Восстановительное лечение и социально-трудовая адаптация постинсультных больных с двигательными нарушениями. Автореф. дис... канд. мед. наук, Л., 1975.
5. *Нефедова Г.Э., Коржова Е.Ю., Сорокоумов В.А.* Метод количественной оценки эффективности реабилитации больных с мозговым инсультом. Инсульт, 2006, 17, с.57-65.
6. *Савицкас Р.Ю., Кришонас А.Й.* Реабилитация больных с церебральным инсультом. Инсульт, 2006, 17, с.62-65.
7. *Скворцова В.И., Шкловский В.М., Поляев Б.А. и др.* Основы ранней реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Методические рекомендации. Мед. реабилитация, 2006, 2 (6), с.4-14.
8. *Скоромец А.А., Ковальч В.В.* Медицинская реабилитация пациентов после инсульта. Журн. неврологии и психиатрии, 2007, 2, с.21-23.
9. *Шмидт Е.В., Макинский Т.А.* Мозговой инсульт. Социальные последствия. Журнал невропатологии и психиатрии, 1979, 9, с.1288-1294.
10. *Coc Kcroft K.M., Meistrell M., Gimmerman G.A. et al.* Stroke, 1996.
11. *Granger C.V., Keily-Hayes M., Johnston M et al.* Quality and outcome measures for medical rehabilitation. Journ. physical medicine and rehabilitation, 1996, p.239-253.
12. *Kats S. et al.* Progress in the Development of the Index of ADK. The Gerontologist, 1970, 10, 1, p.20-30.
13. *Mahoney F.T., Bartel D. W.* Functional Evolution: Bartel Index. MD State Med. Journ., 1965, 14, p.61-65.
14. *Sirven S., Malamut B.C.* Clinical Neurology of the Older Adult. Ed. Wolters Kluwer, 2008, Ch. 21,3: Dementia: behavioural and cognitive aspects, p.318-338.