

УДК 616.8-009.1:[613.6:614.29]

**ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕЗУЛЬТАТЫ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ПАЦИЕНТОВ  
С АКИНЕТИКО-РИГИДНЫМ СИНДРОМОМ**

Короткий А.А., Голикова В.В., Тишкина Ю.Е.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г.Минск,  
Республика Беларусь

Кафедра медицинской экспертизы и оценки качества оказания медицинской помощи  
**Резюме**

В настоящее время в мире насчитывается около 7-10 миллионов пациентов с болезнью Паркинсона. Предполагается, что эти цифры к 2030 году будут увеличены в два раза в связи с постарением населения. Болезнь Паркинсона неизбежно приводит к инвалидизации, которая может наступать в разные сроки от момента появления первых симптомов заболевания.

На определенном этапе заболевания все пациенты направляются на медико-социальную экспертизу, однако до настоящего времени не разработано единых стандартизированных критериев для определения степени ограничения жизнедеятельности, клинико-трудового прогноза, реабилитационного потенциала у пациентов с болезнью Паркинсона, что предопределяет возникновение ошибок при определении группы инвалидности, которые в основном связаны с недостаточным учетом функциональных нарушений, вызываемых заболеванием.

Неуклонно прогрессирующий рост заболеваемости, все еще недостаточная эффективность лечения, тяжелая инвалидизация превращают болезнь Паркинсона в серьезную социальную проблему, требующую всестороннего и интенсивного изучения данного заболевания, необходимость повышения роли медико-социальной экспертизы в системе помощи пациентам с акинетико-ригидным синдромом, сопровождающейся ограничением жизнедеятельности.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, акинетико-ригидный синдром, болезнь Паркинсона, клинико-трудовой прогноз, реабилитационный потенциал

**EVALUATION OF THE MAIN FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF  
MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN PATIENTS WITH AKINETIC-RIGID  
SYNDROME**

A.A.Korotkiy, V.V.Golykova, Y.E.Tsishkina

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Republic of Belarus  
Department of Medical Expertise and Quality Assessment of Medical Care

**Abstract**

Currently, there are approximately 7-10 million patients with Parkinson's disease worldwide. These numbers are expected to double by 2030 due to an aging population. Parkinson's disease inevitably leads to disability, which can occur at different times from the onset of the first symptoms of the disease.

At a certain stage of the disease, all patients are referred for medical and social expert assessment, but to date, no unified standardized criteria have been developed to determine the degree of disability, clinical and labor prognosis, rehabilitation potential in patients with Parkinson's disease, which predetermines the emergence of errors in determining the disability group, which are mainly associated with insufficient consideration of functional disorders caused by the disease.

The steadily progressive growth of morbidity, still insufficient effectiveness of treatment, severe disability turn Parkinson's disease into a serious social problem that requires comprehensive and intensive study of this disease, the need to increase the role of medical and social expertise in the system of care for patients with akinetico-rigid syndrome, accompanied by restriction of life activity.

**Keywords:** Medical and social expertise, akinetic-rigid syndrome, Parkinson's disease, clinical and labor prognosis, rehabilitation potential

### **Введение**

Распространенность и заболеваемость болезнью Паркинсона неуклонно увеличиваются с возрастом. Среди лиц старше 60 лет распространенность достигает 1,0%, а в возрасте 80 лет БП встречается у каждого 25 человека. С каждым годом неуклонно растет доля пациентов в возрасте моложе 50 лет [1,2]. В Республике Беларусь первичная инвалидность вследствие БП за последнее десятилетие колеблется от 0,45 (2009) до 0,69 (2019) на 10 тыс. взрослого населения.

В настоящее время в Республике Беларусь отсутствуют объективные критерии оценки ограничения жизнедеятельности у пациентов с болезнью Паркинсона, в том числе с позиций современных представлений об инвалидности, что предопределяет значительные трудности у врачей-экспертов как при определении степени ограничений жизнедеятельности, группы инвалидности, клинико-трудового прогноза, реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, так и сроков инвалидности, без учета факторов окружающей среды и контекстных факторов (возраст, пол, образование и др.), что приводит к не своевременному назначению адекватных мероприятий реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной, трудовой).

### **Цель исследования**

Провести комплексное клинико-функциональное исследование пациентов с akinetiko-rigidным синдромом и выделить основные факторы, влияющие на степень выраженности ограничений жизнедеятельности, клинико-трудовой прогноз и реабилитационный потенциал, с целью усовершенствования проведения медико-социальной экспертизы и реабилитации данной категории пациентов.

### **Материалы и методы**

Объектом исследования явилось 60 пациентов с akinetiko-rigidным синдромом (основная группа) в возрасте от 52 до 85 лет. Критериями включения в группу исследования являются: наличие стойких нарушений функций организма у пациентов с akinetiko-rigidным синдромом, приводящих к ограничению жизнедеятельности, статус инвалид (основная группа), а критериями исключения – синдром социальной компенсации, синдром взаимного отягощения. Набор пациентов осуществлялся на базе консультативно-поликлинического отделения государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», учреждения здравоохранения (УЗ) «Минская городская МРЭК» и УЗ «МРЭК Минской области».

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Statistika 10.

Анализ поло-возрастной структуры показал, что среди пациентов с akinetiko-rigidным синдромом преобладали мужчины (65,0%, 95ДИ: 52,4-75,8) и лица пожилого возраста (60,0%, 95ДИ: 47,4-71,4). Изучена структура имеющихся у пациентов моторных и немоторных клинических симптомов, формирующих стойкие нарушения функций, приводящих к инвалидности. Самыми частыми моторными симптомами являлись: мышечная ригидность (95,0%, 95ДИ: 76,4-99,1), гипокинезия (90,0%, 95ДИ: 69,9-97,2), а немоторными – органическое когнитивное расстройство (50,0%, 95ДИ: 29,9-70,1). Тематическим пациентам наиболее часто определялась 2 группа инвалидности – 28 (46,7%, 95ДИ: 34,6-59,1) случаев, при этом у них была диагностирована 1, 2, 3, 4 стадии заболевания по Хен-Яру.

Установлено, что основная и сопутствующая патология приводила у 100,0% (95ДИ: 93,9-100,0) пациентов к нарушению статодинамической функции, степень выраженности которой являлась критерием для установления одной из групп инвалидности. Оценка степени выраженности других функциональных нарушений органов и систем у 60 тематических

пациентов позволила выявить нарушения следующих функций: кровообращения – у 90,0% (95ДИ: 79,8-95,3) пациентов, психических – у 55,0% (95ДИ: 42,5-66,9), внутренней секреции – у 13,3% (95ДИ: 6,9-24,2), сенсорных – у 10,0% (95ДИ: 4,7-20,2) и др.

Среди случаев нарушенных функций органов и систем, лидирующее положение занимают нарушения статодинамической функции (100,0%, 95ДИ: 83,9-100,0), психических функций (85,0%, 95ДИ: 63,9-94,8) и функции кровообращения (80,0%, 95ДИ: 58,4-91,9). В 100,0% (95ДИ: 83,9-100,0) случаев выявлено ограничение способностей к самообслуживанию, трудовой деятельности и самостоятельному передвижению.

### Результаты и их обсуждение

Был проведен анализ взаимосвязи (силы связи) между различными личностными факторами, факторами окружающей среды и имеющимися нарушениями функций органов и систем организма, ограничениями категорий жизнедеятельности у пациентов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой), что представлено на рисунке 1.

Нарушения функций органов и систем организма, ограничения категорий жизнедеятельности	Личностные факторы и факторы окружающей среды
Статодинамическая функция	возраст ( $r=0,49, p<0,05$ ) уровень образования ( $r=0,49, p<0,05$ )
Функции кровообращения	возраст ( $r=0,43, p<0,05$ ) уровень образования ( $r=0,37, p<0,05$ )
Способность к самостоятельному передвижению	возраст ( $r=0,45, p<0,05$ ) уровень образования ( $r=0,51, p<0,05$ ) место жительства ( $r=0,34, p<0,05$ )
Способность к самообслуживанию	возраст ( $r=0,56, p<0,05$ ) уровень образования ( $r=0,53, p<0,05$ ) место жительства ( $r=0,33, p<0,05$ )
Способность к трудовой деятельности	уровень образования ( $r=0,63, p<0,05$ ) место жительства ( $r=0,36, p<0,05$ )

Рисунок 1 – Корреляционный анализ взаимосвязи (силы связи) между различными личностными факторами, факторами окружающей среды и имеющимися нарушениями функций органов и систем организма, ограничениями категорий жизнедеятельности у пациентов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой).

Было установлено, что с возрастом у пациентов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой) нарастает степень выраженности нарушения статодинамической функции ( $r=0,49, p<0,05$ ) и функции кровообращения ( $r=0,43, p<0,05$ ).

Кроме того, у лиц, проживающих в городской местности, по данным корреляционного анализа определялись более выраженные ограничения способности к самостоятельному передвижению ( $r=0,34, p<0,05$ ) и способности к самообслуживанию ( $r=0,33, p<0,05$ ) и способности к трудовой деятельности ( $r=0,36, p<0,05$ ). Зависимость образовательного статуса у лиц с болезнью Паркинсона предопределяла степень выраженности ограничений жизнедеятельности: способность к трудовой деятельности ( $r=0,63, p<0,05$ ), способности к самостоятельному передвижению ( $r=0,51, p<0,05$ ) и способности к самообслуживанию ( $r=0,53, p<0,05$ ).

Возраст пациентов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой) влиял на степень выраженности статодинамической функции ( $r=0,50$ ,  $p<0,05$ ), способности к самостоятельному передвижению ( $r=0,45$ ,  $p<0,05$ ) и способности к самообслуживанию ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ).

Было установлено, что такие факторы, как пол, место жительства не оказывали влияния на инвалидность указанных лиц, при этом было установлено превалирование ( $\chi^2=17,4$ ,  $df=6$ ,  $p=0,008$ ,  $\phi=0,65$ ) числа лиц со средним образованием с более высокой тяжестью инвалидности (первая и вторая группы инвалидности, 100,0%, ДИ: 43,9-100,0 и 84,6%, ДИ: 57,8-95,7 соответственно), что отражено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение инвалидов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой) в зависимости от личностных факторов, факторов окружающей среды и группы инвалидности

Показатель		Третья группа (n=4)		Вторая группа (n=13)		Первая группа (n=3)	
		Абс.	Р,%, ДИ	Абс.	Р,%, ДИ	Абс.	Р,%, ДИ
Пол	Мужской	3	75,0, 30,1-95,4	8	61,5, 35,5-82,3	2	66,7, 20,8-93,9
	Женский	1	25,0, 4,6-69,9	5	38,5, 17,7-64,5	1	33,3, 6,2-79,2
Место жительства	Город	4	100,0, 51,0-100,0	7	53,6, 29,2-76,8	2	66,7, 20,8-93,9
	Село	-	0,0, 0,0-48,9	6	46,2, 23,3-70,9	1	33,3, 6,2-79,2
Возрастн ой период по ВОЗ	45-59 лет	1	25,0, 4,6-69,9	2	15,4, 4,3-42,2	-	0,0, 0,0-56,2
	60-74 года	3	75,0, 30,1-95,4	9	69,2, 42,4-87,3	3	100,0, 43,9- 100,0
	75-90 лет	-	0,0, 0,0-48,9	2	15,4, 4,3-42,2	-	0,0, 0,0-56,2
Образова ние	Среднее	-	0,0, 0,0-48,9	11	84,6, 57,8- 95,7	3	100,0, 43,9- 100,0
	Среднее специальное	3	75,0, 30,1-95,4	-	0,0, 0,0-22,8	-	0,0, 0,0-56,2
	Профессио- нально- техническое	-	0,0, 0,0-48,9	1	7,9, 1,4- 33,3	-	0,0, 0,0-56,2
	Высшее	1	25,0, 4,6-69,9	1	7,9, 1,4- 33,3	-	0,0, 0,0-56,2

Примечание – Статистическая значимость:  $\chi^2=17,4$ ,  $df=6$ ,  $p=0,008$ ,  $\phi=0,65$ .

У лиц с болезнью Паркинсона в большинстве случаев (80,0%, ДИ: 49,0-94,3) отмечался низкий реабилитационный потенциал, что представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Реабилитационный потенциал у 20 лиц с болезнью Паркинсона

Реабилитационный потенциал	Количество		
	Абс.	Р, %	ДИ
Средний	3	15,0	5,2-36,0
Низкий	14	70,0	48,1-85,5
Отсутствует	3	15,0	5,2-36,0

Корреляционный анализ влияния различных факторов на уровень реабилитационного потенциал у лиц с болезнью Паркинсона установил, что с возрастом отмечается его ухудшение ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ), кроме того при прекращении пациентами трудовой деятельности (выходе на пенсию) также отмечается ухудшение реабилитационного потенциала ( $r=0,47$ ,  $p<0,05$ ). Была обнаружена взаимосвязь реабилитационного потенциала с степенью выраженности нарушений статодинамической функции ( $r=0,69$ ,  $p<0,05$ ) и с степенью выраженности ограничения способности к самостоятельному передвижению ( $r=0,73$ ,  $p<0,05$ ), к самообслуживанию ( $r=0,71$ ,  $p<0,05$ ), к трудовой деятельности ( $r=0,66$ ,  $p<0,05$ ).

Распределение инвалидов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой) в зависимости от уровня реабилитационного потенциала и группы инвалидности представлено в таблице 3. Отмечается высокая взаимосвязь ( $\chi^2=33,9$ ,  $df=4$ ,  $p<0,001$ ,  $\phi=0,92$ ) между уровнем реабилитационного потенциала и группы инвалидности у пациентов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой).

Таблица 3 – Распределение инвалидов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой) в зависимости от уровня реабилитационного потенциала и группы инвалидности

Реабилитационный потенциал	Третья группа (n=4)		Вторая группа (n=13)		Первая группа (n=3)	
	Абс.	Р,%, ДИ	Абс.	Р,%, ДИ	Абс.	Р,%, ДИ
Средний	3	75,0, 30,1-95,4	-	0,0, 0,0-22,8	-	0,0, 0,0-56,2
Низкий	1	25,0, 4,6-69,9	13	100,0, 77,2- 100,0	-	0,0, 0,0-56,2
Отсутствует	-	0,0, 0,0-48,9	-	0,0, 0,0-22,8	3	100,0, 43,9- 100,0

Была проведена оценка нуждаемости пациентов с болезнью Паркинсона в различных мероприятиях реабилитации. Медицинская реабилитация была показана всем (100,0%, ДИ: 83,9-100,0) пациентам с болезнью Паркинсона, из них только 3 (15,0%, ДИ: 5,2-36,0) пациенту ввиду отсутствующего реабилитационного потенциала (реабилитационный потенциал отсутствует) требовалось проведение мероприятий медицинской реабилитации на домашнем этапе. С учетом реабилитационного потенциала было установлено, что в медицинской реабилитации на амбулаторном этапе и на этапе поздней (повторной) медицинской реабилитации в стационарных условиях нуждались 85,0% (ДИ: 64,0-94,8). Профессиональная реабилитация требовалась 15,0% (ДИ: 5,2-36,0) пациентов, социальная – 85,0% (ДИ: 64,0-94,8).

### Заключение

По результатам проведенного корреляционного анализа было установлено, на имеющиеся нарушения функций и ограничения категорий жизнедеятельности у лиц с болезнью Паркинсона влияет только возраст ( $r>0,4$ ,  $p<0,05$ ), уровень образования ( $r>0,3$ ,  $p<0,05$ ) и место жительства ( $r>0,3$ ,  $p<0,05$ ). Отмечается высокая взаимосвязь ( $\chi^2=33,9$ ,  $df=4$ ,  $p<0,001$ ,  $\phi=0,92$ ) между уровнем реабилитационного потенциала и группы инвалидности у пациентов с болезнью Паркинсона (акинетико-ригидной формой). Корреляционный анализ влияния различных факторов на уровень реабилитационного потенциала у лиц с болезнью Паркинсона установил, что на него влияют возраст ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ), прекращение пациентами трудовой деятельности (выход на пенсию) ( $r=0,47$ ,  $p<0,05$ ), что предопределяет необходимость приложить основные усилия реабилитации указанных пациентов в период их трудоспособности с целью стабилизации состояния и улучшения качества жизни в последующем.

### Литература

1. Berger, K. Prognosis with Parkinson's Disease in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group / K. Berger [et al.] // Neurology. –2000. – Vol.54, suppl. 5. –P. 24–27.

2. Lees, A. J. Drugs for Parkinson's disease / A. J. Lees // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. – 2002. – Vol. 73, № 1. – P. 607–610.