

ЛИТЕРАТУРА

1. Шостка Г. Д., Коробов М. В., Шабров А. В., ред. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия)*. СПб.: СПбИУВЭК, 2003.
2. Кочубей А.В., Филук С.А. Анализ информативности историй болезни стоматологических ортопедических пациентов с позиций международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. *Кубанский медицинский вестник*. 2012; 3: 88–91.
3. Коробов М.В. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: Учебно-методическое пособие*. СПб.: СПбИУВЭК, 2011.
4. Буйлова Т.В. *Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации*. МедиАль. 2013; 2: 26–31.
5. Орлова Г.Г. Роль и значение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации должной профилактической помощи населению. *Фундаментальные исследования*. 2013;3: 358–61.
6. Коробов М. В. МКФ. *Классификация функций и структур организма: Учебно-методическое пособие*. СПб.: СПбИУВЭК, 2011.
7. Коробов, М.В., Сергеева В. В., Дубинина И. А. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности как основа медико-социальной экспертизы больных терапевтического профиля. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*. 2005; 1: 13–6.
8. Коробов М.В. МКФ. *Классификация категорий активности и участия: учебно-методическое пособие*. СПб.: СПбИУВЭК, 2011.
9. Коробов М. В. МКФ. *Классификация факторов окружающей среды: Учебно-методическое пособие*. СПб.: СПбИУВЭК, 2011.
10. Пузин С.Н., Кузьмишин Л.Е., Бетремеев А.А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2003; 4: 26–9.

Поступила 11.11.13

REFERENCES

1. Shostka G.D., Korobov M.V., Shabrov A.V., red. *The international classification of functioning, disability and health (short version)*. [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (kratkaya versiya)]. St. Peterburg: SPbIUVEK; 2003. (in Russian)
2. Kochubei A.V., Filjuk S.A. Analysis of information content of the case histories of dental orthopaedic patients with positions of the international classification of functioning, disability and health. *Kubanskij medicinskij vestnik*. 2012; 3: 88–91. (in Russian)
3. Korobov M.V. *The international classification of functioning, disability and health: key issues: Textbook*. [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: osnovnye polozheniya: uchebno – metodicheskoe posobie]. St. Peterburg: SPbIUVEK; 2011. (in Russian)
4. Bujlova T.V. International classification of functioning as a key to understanding the philosophy of rehabilitation. *MediAl'*. 2013; 2: 26–31. (in Russian)
5. Orlova, G.G. The role and value of international classification of functioning, disability and health (ICF) in the organization of proper preventive care. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013; 3: 358–61. (in Russian)
6. Korobov M. V. *Classification of the functions and structures of the body: Textbook*. [Klassifikatsiya funktsiy i struktur organizma: uchebno-metodicheskoe posobie.] St. Peterburg: SPbIUVEK; 2011. (in Russian)
7. Korobov M.V., Sergeeva V.V., Dubinina I.A. Evaluation Criteria of disability as a basis for medical-social examination of therapeutic patients. *Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti*. 2005; 1: 13–6. (in Russian)
8. Korobov M.V. *The classification of categories of activity and participation: Textbook*. [Klassifikatsiya kategoriy aktivnosti i uchastiya: uchebno-metodicheskoe posobie.] St. Peterburg: SPbIUVEK; 2011. (in Russian)
9. Korobov M.V. *Classification of environmental factors: textbook*. [Klassifikatsiya faktorov okruzhayushchey sredy: uchebno-metodicheskoe posobie.] St. Peterburg: SPbIUVEK; 2011. (in Russian)
10. Puzin S.N., Kuz'mishin L.E., Betremeev A.A. The need of the patients with coronary heart disease in different kinds of medical and social rehabilitation. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2003; 4: 26–9. (in Russian)

Received 11.11.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.832-001-036.86-08:614.2

Васильченко Е.М., Филатов Е.В., Кислова А.С., Суродеева Ю.С., Ляховецкая В.В., Золотов Г.К.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФИЛЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ. ПЛАНИРОВАНИЕ ЭТАПОВ ГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, 654055, г. Новокузнецк

Проведен анализ функционального статуса пациентов с травматической болезнью спинного мозга (поздний период) с помощью профиля по категориям Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Определены нарушения функций организма, структур организма, активности и участия, подлежащих коррекции в условиях реабилитационного стационара.

Ключевые слова: *травматическая болезнь спинного мозга; функциональный статус; профиль МКФ по категориям; реабилитация.*

THE FUNCTIONING PROFILE OF PATIENTS IN THE LATE PERIOD OF SPINAL CORD INJURY: PLANNING THE STAGES OF HOSPITAL REHABILITATION USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

*Vasilchenko E.M., Filatov E.V., Kislova A.S., Surodeyeva Yu.S., Lyakhovetskaya V.V., Zoloyev G.K.*

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, 654055, Novokuznetsk, Russian Federation

*We analyzed the functional status of patients with spinal cord injury (late period) using the profile with the International classification of functioning, disability and health (ICF) categories. We identified the changes in body functions, body structures, activity and participation that can be corrected in the rehabilitation hospital.*

Key words: *spinal cord injury; functional status; ICF profile; rehabilitation.*

Нарастающая динамика заболеваемости, высокий уровень инвалидизации, трудоспособный возраст больных, существенные затраты на лечение пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) свидетельствуют о высокой социальной значимости проблемы. [1, 2].

Повреждение спинного мозга с последующим развитием ТБСМ является причиной значительных нарушений основных физиологических процессов и функций организма (двигательных, тазовых органов, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, трофических нарушений), а также изменений качества жизни пациента и его семьи, необходимости адаптации к совершенно новым социальным условиям существования.

Благодаря развитию медицины снизились показатели смертности при травме позвоночника, увеличилась продолжительность жизни пациентов, что еще более повышает значимость комплексной реабилитации данного контингента инвалидов и предполагает необходимость совершенствования методов реабилитации [3].

Комплексная реабилитация пациентов с ТБСМ включает выполнение реконструктивно-восстановительных операции на позвоночнике, мочевом пузыре; фармакотерапию; мероприятия по лечебной физкультуре, массажу и физиотерапии; ортезирование; социально-бытовую и социально-средовую адаптацию. В этом процессе участвуют представители нескольких медицинских дисциплин: хирурги, неврологи, реабилитологи, психологи, социальные работники.

Пациенты с данной патологией неоднократно проходят повторные курсы лечения и реабилитации. При этом длительность госпитализации лимитируется нормативами конкретного этапа курации. В этих условиях важнейшей задачей является определение как долгосрочных, так и ближайших (на данную госпитализацию) целей реабилитации. Решение этой задачи позволит более эффективно использовать ресурсы стационарной помощи, планировать реабилитационные мероприятия в оптимальные для больного сроки.

Основой для определения целей реабилитации является глубокое, систематическое понимание и тщательное изучение проблем в области функционирования пациентов с ТБСМ [4]. В настоящее время в качестве универсального инструмента для анализа функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья рассматривается Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Одним из инструментов МКФ для описания функционального статуса и принятия решения относительно целей реабилитации и мишеней вмешательства является профиль по категориям МКФ [4, 5].

Цель работы – оценка уровня функционирования пациентов в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы с применением профиля по категориям МКФ; определение целей медико-социальной реабилитации в условиях реабилитационного стационара.

### Материал и методы

Обследовано 62 пациента с поражением спинного мозга травматического генеза в позднем периоде ТБСМ (Раздольский И.Я., 1963), поступивших в нейрохирургическое отделение ФГБУ «ННПЦ МСЭ и РИ» Минтруда России в период с октября 2012 г. по март 2013 г. для проведения мероприятий медико-социальной реабилитации, в том числе 43 мужчины, 19 женщин. Средний возраст обследуемых пациентов составил 30,7 (95% ДИ 25,3–36,0) года. Средний срок после перенесенной травмы составил 3,6 (95% ДИ 2,41–4,79) года. По тяжести инвалидности пациенты распределились следующим образом: I группа инвалидности определена у 52, II группа – у 2, III группа – у 2 человек. 6 больных не прошли освидетельствование на период госпитализации.

Пациентов с поражением шейного отдела позвоночника было 21 (33,9%), грудного – 32 (51,6%), поясничного – 9 (14,5%) человек. Степень неврологического дефицита у пациентов определяли по шкале ASIA (American Spinal Injury Association, 2000): степень поражения А выявлена у 27 (43,5%); В – у 7 (11,3%) больных; С – у 19 (30,7%); D – у 9 (14,5%) больных. У 21 больного выявлена тетраплегия, у 41 – параплегия.

Для оценки уровня функционирования пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, выявления целей реабилитации и определения спектра реабилитационных вмешательств, реализуемых в стационарных условиях, был сформирован набор категорий

Для корреспонденции:

*Васильченко Елена Михайловна* - канд. мед. наук, зам. генерального директора по реабилитации и организационно-методической работе; 654055, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Малая, д. 7, e-mail: root@reabil-nk.ru.

МКФ, удовлетворяющий целям данного исследования [6, 7]. В его состав включены категории из базового набора МКФ при повреждениях спинного мозга в хронической стадии заболевания, разработанного ВОЗ, и категории из перечня МКФ Швейцарского исследования повреждений спинного мозга [8].

В итоге перечень кодов МКФ в нашем исследовании содержал 28 категорий: «функции организма» включали 11 категорий, «структуры организма» – 4 категории, «активность и участие» – 13 категорий. Факторы окружающей среды не анализировали, так как определяли потребность в реабилитационных вмешательствах в условиях стационара.

Применяли второй уровень детализации классификации. Оценку выраженности нарушений функций, структур, ограничений активности и участия проводили в соответствии с первым определителем. Информацию о функциональном статусе пациента получали из самоотчета; по результатам клинического осмотра, проведенного специалистами разного профиля (нейрохирургом, неврологом, урологом, психологом, специалистом по социальной работе); в ходе инструментальных исследований: рентгенографии, электромиографии, МРТ. Для оценки выраженности боли использовали визуально-аналоговую шкалу. Тонус мышц оценивали с помощью модифицированной шкалы Ашворта (Ashworth B., 1964), силу мышц – по 6-балльной шкале Ловетта. Уровень функциональной независимости определяли с помощью измерителя функциональной независимости – FIM. Для оценки уровня повседневной активности использовали шкалу Бартела. Значимыми в плане коррекции считали нарушения умеренной степени выраженности и выше.

Обследование проводили в начале курса госпитализации пациента в клинику [4], по результатам которого составляли протокол, отображающий индивидуальный профиль ограничения жизнедеятельности обследованных пациентов по категориям МКФ. Данные, суммарно отражающие структуру выраженности нарушений функций и структур организма, активности и участия у обследованных пациентов, отражены в таблице.

Сравнительный анализ полученных данных проводили между группами с разным уровнем позвоночно-спинномозговой травмы.

Статистический анализ. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах. Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовался критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Нулевую гипотезу отвергали в случае  $p < 0,05$ .

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета программ Statistica (версия 10.0.1011.0 компании StatSoft, Inc США, лицензионное соглашение № SN AXAAR207P396130FA-0).

## Результаты и обсуждение

В таблице приведены показатели, отражающие абсолютную и относительную частоту встречаемости нарушений различной степени выраженности по ка-

тегориям МКФ у пациентов с ТБСМ.

Установлено, что нарушения в волевой и побудительной сфере (b 130), в степени требующей коррекции, выявлены у 58,1% пациентов (см. таблицу). Эта группа пациентов с ТБСМ характеризовалась стойким снижением уровня оптимизма, фиксацией пессимистических взглядов на себя и свои возможности, что препятствовало стратегии продуктивной адаптации к жизни.

Пониженный эмоциональный фон (b 152) наблюдали у 71% данного контингента больных. Преимущественно, в 61,3% случаев, это были умеренные нарушения функции эмоций.

Умеренная боль (b 280) определена у 33,9% пациентов. Интенсивная боль выявлена у 17,7%. Чаще всего ощущения боли были связаны с наличием пролежней либо носили нейропатический характер.

В целом у больных в позднем периоде ТБСМ функции дыхания были стабилизированы и не требовали коррекции.

Все пациенты с позвоночно-спинномозговой травмой имели проблемы, связанные с дефекацией (b 525). Нарушения функции дефекации, требующие коррекции, выявлены у 59,7% пациентов. Треть из них имели тяжелые нарушения в этой сфере: непостоянный или очень редкий стул, недержание фекалий с утратой произвольного контроля.

Доля пациентов, имеющих значимые проблемы с мочеиспусканием (b 620), была еще выше и составила 75,8%. Часть пациентов нуждались в постоянной или интермиттирующей катетеризации, использовании наружного дренажного приспособления, а также в ряде случаев в посторонней помощи для использования катетеров или дренажей.

Нарушения сексуальных функций (b 640) определены у 74,2% обследованных больных. Более половины пациентов имели тяжелые и абсолютные нарушения. В группе мужчин с ТБСМ нарушения сексуальных функций, требующих коррекции, выявляли в 1,6 раза чаще, чем в группе женщин с данной патологией ( $p = 0,019$ ).

Нарушения функции подвижности суставов (b 710) выявлены у 22,6% пациентов, что было связано с мышечными контрактурами.

Установлено, что у всех пациентов с ТБСМ имеется нарушение функций, связанных с силой производимой сокращением мышц и групп мышц (b 730). В 96,8% случаях это тяжелые или абсолютные нарушения. Выраженность нарушений была связана со степенью неврологического дефицита по шкале ASIA: все больные с абсолютными нарушениями функций мышечной силы имели степень поражения А по данной шкале; тяжелые нарушения по этой категории выявляли у пациентов, имеющих степень В и С. Умеренные нарушения выявляли при неврологическом дефиците степени D.

Нарушения функций мышечного тонуса (повышенное напряжение в мышцах и группах мышц нижней половины тела (b 735) наблюдали у 75,8% больных. У 43,5% повышение тонуса мышц имело выраженный характер.

Защитные функции кожи (b 810) были нарушены у 19,4% больных, что было связано с наличием пролеж-

**Структура выраженности нарушений «функций организма», «структур организма», «активности и участия» у пациентов с ТБСМ (поздний период) по категориям МКФ**

| Категория МКФ   | Число пациентов, имеющих нарушения |           |           |            |            |          |
|---|------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|----------|
|   | определитель МКФ                   |           |           |            |            |          |
|   | 0                                  | 1         | 2         | 3          | 4          | 8        |
| b 130 побудительные и волевые функции                 | 9 (14,5)                           | 17 (27,4) | 33 (53,2) | 3 (4,9)    |            |          |
| b 152 функции эмоций                                  | 10 (16,1)                          | 8 (12,9)  | 38 (61,3) | 6 (9,7)    |            |          |
| b 280 функции боли                                    | 22 (35,5)                          | 8 (12,9)  | 21 (33,9) | 11 (17,7)  |            |          |
| b 440 функции дыхания                                 | 54 (87,1%)                         | 8 (12,9%) |           |            |            |          |
| b 525 функции дефекации                               |                                    | 25 (40,3) | 25 (40,3) | 11 (17,8)  | 1 (1,6)    |          |
| b 620 функции мочеиспускания                          | 4 (6,5)                            | 11 (17,7) | 30 (48,4) | 14 (22,6)  | 3 (4,8)    |          |
| b 640 сексуальные функции                             | 7 (11,3)                           | 9 (14,5)  | 22 (35,5) | 15 (24,2)  | 9 (14,5)   |          |
| b 710 функции подвижности суставов                    | 40 (64,5)                          | 8 (12,9)  | 8 (12,9)  | 6 (9,7)    |            |          |
| b 730 функции мышечной силы                           |                                    | 2 (3,2)   | 15 (24,2) | 39 (62,9)  | 6 (9,7)    |          |
| b 735 функции мышечного тонуса                        | 9 (14,5)                           | 6 (9,7)   | 20 (32,3) | 27 (43,5)  |            |          |
| b 810 защитные функции кожи                           | 47 (75,8)                          | 3 (4,8)   | 4 (6,5)   | 7 (11,3)   | 1 (1,6)    |          |
| s 120 спинной мозг и относящиеся к нему структуры     | -                                  | -         | 9 (14,5%) | 26 (42,0%) | 27 (43,5%) |          |
| s 430 структура системы дыхания                       | 54 (87,1)                          | 8 (12,9)  |           |            |            |          |
| s 610 структура системы мочеиспускания                | 27 (43,6)                          | 6 (9,7)   | 25 (40,3) | 3 (4,8)    | 1 (1,6)    |          |
| s 810 структура кожного покрова                       | 47 (75,8)                          | 3 (4,8)   | 4 (6,5)   | 7 (11,3)   | 1 (1,6)    |          |
| d 410 изменение положения тела                        | 23 (37,1)                          | 19 (30,6) | 5 (8,1)   | 7 (11,3)   | 8 (12,9)   |          |
| d 420 перемещение тела                                | 4 (6,5)                            | 9 (14,5)  | 28 (45,2) | 10 (16,1)  | 11 (17,7)  |          |
| d 445 использование кисти и запястья                  | 40 (64,4)                          | 4 (6,5)   | 6 (9,7)   | 8 (12,9)   | 4 (6,5)    |          |
| d 450 ходьба  |                                    | 3 (4,8)   | 7 (11,3)  | 7 (11,3)   | 45 (72,6)  |          |
| d 455 передвижение способами, отличающимися от ходьбы |                                    | 1 (1,6)   | 16 (25,8) | 7 (11,3)   | 35 (56,5)  | 3 (4,8)  |
| d 465 перемещение с применением технических средств   | 8 (12,9)                           | 11 (17,7) | 31 (50)   | 6 (9,7)    | 5 (8,1)    | 1 (1,6)  |
| d 470 пользование транспортом                         | 4 (6,5)                            | 5 (8,1)   | 19 (30,6) | 12 (19,4)  | 14 (22,6)  | 8 (12,8) |
| d 510 мытье   | 6 (9,7)                            | 13 (20,9) | 21 (33,9) | 12 (19,4)  | 10 (16,1)  |          |
| d 520 уход за частями тела                            | 24 (38,7)                          | 17 (27,4) | 6 (9,7)   | 8 (12,9)   | 7 (11,3)   |          |
| d 530 туалет  | 8 (12,9)                           | 16 (25,8) | 19 (30,7) | 10 (16,1)  | 9 (14,)    |          |
| d 540 одевание  | 17 (27,4)                          | 21 (33,9) | 4 (6,5)   | 7 (11,3)   | 13 (20,9)  |          |
| d 550 прием пищи                                      | 38 (61,3)                          | 9 (14,5)  | 7 (11,3)  | 5 (8,1)    | 3 (4,8)    |          |
| d 560 питье   | 38 (61,3)                          | 12 (19,4) | 6 (9,7)   | 3 (4,8)    | (4,8%)     |          |

Примечание. Шкала определителя МКФ: 0 – нет нарушений; 1 – легкие нарушения; 2 – умеренные нарушения; 3 – тяжелые нарушения; 4 – абсолютные нарушения; 8 – не определено; в скобках – проценты.

ней: структура кожного покрова (s 810) больных была у 19,4% нарушена вследствие пролежней.

Все пациенты имели повреждение структуры спинного мозга (s 120) различной степени выраженности, из них у 85,5% больных были тяжелые и абсолютные нарушения структуры спинного мозга.

У 46,7% данного контингента больных диагностированы следующие нарушения структуры системы мочеиспускания (s 610): стома, нефрэктомия, камни в почках, воспаление мочевыводящих путей.

Серьезные проблемы выявлены у пациентов с ТБСМ по многим разделам активности и участия.

При изменении положения тела (d 410) ограничения выявлены у 32,3% пациентов: проблемы возникали при переходе из положения лежа в положение сидя. У большинства (79%) пациентов имелись

ограничения способности перемещать тело из кровати в кресло-коляску (d 420), в том числе у 17,7% эти нарушения имели абсолютный характер.

Нарушения функции кисти (d 445) выявлены у 29,1% обследованного контингента.

Ограничения в блоке «ходьба и передвижение» (d 450) у многих больных носили абсолютный характер (72,6%). Также больные не могли передвигаться способами, отличными от ходьбы (d 455). Сталкивались с умеренными проблемами при передвижении с использованием технических средств реабилитации – ТСП (d 465) 50% больных этого профиля: в большинстве случаев проблемы возникали при пользовании креслом-коляской. У 17,8% пациентов выявлены тяжелые затруднения при передвижении с использованием специальных средств: эта группа лиц нужда-

лась в посторонней помощи при пользовании ТСР. Ограничения при пользовании общественным транспортом (d 470) возникали у 72,6% пациентов.

В блоке самообслуживания наиболее часто определяли ограничения по категориям: мытье (d 510) – 69,4%; пользование туалетом (d 530) – 61,3%; одевание (d 540) – 38,7%.

Анализ особенностей функционирования пациентов с различным уровнем повреждения спинного мозга показал, что основные различия выявлены между группами больных с поражением шейного и поясничного отделов спинного мозга.

Затруднения при изменении положения тела – от умеренных до абсолютных – испытывали преимущественно пациенты (57,1%) с повреждением шейного отдела спинного мозга. У больных с нарушениями структуры поясничного отдела ограничения способности изменять положение тела встречались лишь у 10% обследованных ( $p = 0,02$ ). Ограничения способности к использованию кисти и запястья – от умеренных до абсолютных – возникали у 66,7 % больных с травмой шейного отдела. Среди пациентов с поясничным уровнем повреждения таких больных не было ( $p = 0,002$ ).

Затруднения по категориям самообслуживания чаще возникали у пациентов с шейным уровнем поражения по сравнению с больными, имеющими травму поясничного отдела спинного мозга: при мытье (d 510) в 1,7 раза ( $p = 0,04$ ); при одевании (d 540) в 3,8 раза ( $p = 0,006$ ); при приеме пищи (d 550) и питье в 6,3 раза ( $p < 0,001$ ).

Достоверных различий функционирования пациентов с грудным уровнем по сравнению с другими уровнями спинальной травмы выявлено не было.

Таким образом, при использовании в качестве инструмента оценки нарушений функционирования профиля по категориям МКФ выявлен широкий перечень проблем той или иной степени выраженности у пациентов с ТБСМ. Определены нарушения функций, требующие коррекции в условиях реабилитационного стационара: часть пациентов нуждались в хирургическом лечении пролежневых ран, хирургической и консервативной помощи уролога, коррекции болевого и спастического синдромов. Все пациенты испытывали выраженный дефицит функционирования по разделам мобильности и самообслуживания. Наиболее остро проблема выражена у инвалидов с поражением шейного отдела спинного мозга. Большинство пациентов нуждались в восстановлении или компенсации двигательных функций, а также в мероприятиях социально-бытовой адаптации.

Наличие индивидуального профиля нарушений функционирования позволяет определить индивидуальные цели медико-социальной реабилитации в условиях стационара по разделам «функции организма», «структуры организма», «активность и (или) участие»; определить базовое число госпитализаций, в ходе которых эти цели могут быть реализованы [4]. После определения цели каждой госпитализации (или цикла) определяются мишени вмешательства в форме таблицы вмешательств, содержащей обзор задач вмешательств, ответственности различных специалистов и необходимые ресурсы [5].

На практике реабилитационные мероприятия после спинальной травмы зачастую включают вмешательств, направленные на стабилизацию функционирования органов и систем организма, поэтому основной целью первых госпитализаций пациента нередко является оперативное лечение: стабилизация позвоночника, закрытие пролежней, создание адекватных условий для мочеотделения и дефекации, ортопедическая коррекция. Далее, начиная с раннего предоперационного периода, проводится активизация больного, постепенное расширение объема движений.

На консервативном этапе реабилитации в качестве целей госпитализации могут рассматриваться: купирование болевого и спастического синдромов; устранение контрактур суставов, повышение силы отдельных мышц и улучшение локомоторных возможностей. Для достижения этих целей проводится ЛФК, кинезитерапевтические мероприятия. Наряду с этим применяются другие виды восстановительного лечения – физиотерапия, медикаментозная коррекция.

Важным является активное и сознательное участие самого пациента (или «личностный фактор» в терминах МКФ) в процессе реабилитации. Поэтому работа психолога, направленная на повышение мотивации, эмоционального фона, необходима с первых дней реабилитации. Некоторые пациенты нуждаются в помощи психотерапевта.

Основной целью последующих госпитализаций может служить обучение навыкам самообслуживания, передвижения с использованием ТСР и достижение определенного уровня независимости в повседневной жизни.

Каждый этап должен реализовываться на фоне измерения уровня функционирования пациента с помощью профиля МКФ в начале и после каждой госпитализации [4], а также с учетом измерений предыдущей госпитализации, что позволяет оценить степень реализации долгосрочного плана реабилитации пациента, своевременно скорректировать виды и объемы реабилитационной помощи, эффективно координировать работу специалистов разного профиля. Сформированный с использованием МКФ план реабилитации является своего рода дорожной картой, позволяющей более эффективно использовать ресурсы стационара в интересах пациента.

Таким образом, профиль по категориям МКФ позволяет интегрально отразить функциональный статус пациентов с ТБСМ, определить иерархию целей стационарной реабилитации, планировать участие специалистов разного профиля в реабилитационных мероприятиях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Г.Е., Крылова В.В., Цыкунова М.Б., Поляева Б.А., ред. *Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга*. М.: ОАО «Московские учебники и Картолиотография», 2010.
2. Косичкин М.М., Гришина Л.П., Шапиро Д.М. Инвалидность вследствие травматического поражения спинного мозга, медико-социальная экспертиза и реабилитация. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 1999;1: 9–15.
3. Hagen E.M., Lie S.A., Reklund T. et al. Mortality after traumatic

- spinal cord injury 50 years of follow-up. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2010; 81: 368–73.
4. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur. J. Physiother. Rehabil. Med.* 2008; 44(3): 329–42.
  5. Юнусов Ф.А., Кочубей А.В. Интеграция инструментов международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и современной модели реабилитационного процесса. *Неврологический вестник*. 2009; 4: 22–6.
  6. Cieza A., Boldt C., Ballert C.S., Eriks-Hoogland I., Bickenbach J.E., Stucki G. Setting up a cohort study on functioning: Deciding what to measure. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2011; (Suppl. 90): 17–28.
  7. Stucki G., Kostanjsek N., Ustun B. et al. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur. J. Physiother. Rehabil. Med.* 2008; 44: 315–28.
  8. Post M.W.M., Brinkhof M.W.G., Von Elm E. et al. Design of the Swiss spinal cord injury cohort study. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2011(Suppl. 90): 5–16.

Поступила 28.11.13

## REFERENCES

1. Ivanova G.E., Krylov V.V., Cykunov M.B., Poljaev B.A., red. *Rehabilitation of patients with spinal cord injury. [Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoy bolezn'yu spinnogo mozga.]*

Received 28.11.13

© КОРНИЛОВА Л.Е., СОКОВ Е.Л., 2014  
УДК 617.53-009.7-036.12-08-036.8

Корнилова Л.Е., Соков Е.Л.

## ВЛИЯНИЕ ВНУТРИКОСТНЫХ БЛОКАД НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ШЕЕ

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

*Обследовали 182 пациента с хроническим болевым синдромом в шее. 93 пациента основной группы получали курс внутрикостных блокад, 89 пациентов контрольной группы получали курс паравертебральных блокад. Эффективность лечения оценивали по динамике значений интенсивности боли, когнитивных тестов, показателей гемодинамики. У пациентов, получавших лечение с применением внутрикостных блокад, боль, когнитивные и гемодинамические расстройства регрессировали в большей степени, чем у пациентов, получавших курс лечения с применением паравертебральных блокад. Выявлена более высокая терапевтическая эффективность внутрикостных блокад в реабилитации пациентов с хроническим болевым синдромом в шее.*

**Ключевые слова:** когнитивные расстройства; гемодинамические нарушения; хронический болевой синдром в шее; внутрикостные блокады.

THE INFLUENCE OF INTRAOSSEOUS BLOCKADES ON NEUROPSYCHOLOGICAL IMPAIRMENT AND CEREBRAL BLOOD FLOW IN THE REHABILITATION PROCESS OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN IN THE NECK

Kornilova L.E., Sokov E.L.

Peoples' Friendship University of Russia, 117198, Moscow, Russian Federation

*We observed 182 patients with chronic pain in the neck. 93 patient study group received a course of intraosseous blockades, 89 patients of the control group received a course of paravertebral blockades. Efficacy of treatment was assessed by changes in pain intensity values, cognitive tests, hemodynamic. Patients treated with the use of intraosseous blockades, pain, cognitive and hemodynamic disorders regressed to a greater extent than in patients treated with a course of treatment with paravertebral blockades. Higher therapeutic efficacy of intraosseous blockades in the rehabilitation of patients with chronic pain in the neck was detected.*

**Key words:** cognitive disorders; hemodynamic disturbances; chronic pain in the neck; intraosseous blockade.