

Доцент кафедры неврологии
к.м.н. И.Л. Иванова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание головного мозга, проявляющееся гипокинезией, мышечной ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью, обусловленное дегенерацией и гибелью дофаминергических нейронов черной субстанции

-
- Двигательные нарушения могут сопровождаться вегетативными, когнитивными, психотическими и другими немоторными симптомами, связанными с нарушением функционирования различных нейротрансмиттерных систем

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БП

- В мире – 120-180 случаев на 100 000 населения
- В России точных данных нет, по данным 2-х исследований – 129 и 139,9 на 100 000 населения
- Среди лиц старше 60 лет – 1%
- В возрасте 80 лет – у каждого 25-го
- С каждым годом растет доля пациентов моложе 50 лет
- В Центре БП и РД на учете состоит 2050 человек, из них с БП – более 800 чел.

-
- Приказ Минтруда и социальной защиты №1024н от 17 декабря 2015 г.
 - «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

КЛАССИФИКАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ И СТЕПЕНИ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ:

- Способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации и общению;
- Способность к контролю своего поведения, к обучению, к трудовой деятельности.
- Выделяют 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека

ВЫДЕЛЯЮТ 6 ОСНОВНЫХ ГРУПП СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, В ТОМ ЧИСЛЕ И ПРИ БП

- 1. Нарушения психических функций**
(сознание, ориентация, интеллект, личностные особенности, волевые и побудительные функции, память, внимание, психомоторные функции, эмоции, восприятие, мышление, познавательные функции высокого уровня, последовательные сложные движения)

2. Языковые и речевые функции: дизартрия, заикание, алалия, афазия, дисграфия, дислексия, вербальная и невербальная речь, нарушение голосообразования.

3. Сенсорные функции: зрение, слух, обоняние, осязание, тактильная, болевая, температурная, вибрационная и чувствительность и другие виды чувствительности

-
4. Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (статодинамические).
 5. Функции сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем
 6. Нарушения обусловленные физическим внешним уродством.

4 СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ:

1 степень – нарушения в диапазоне 10-30%

2 степень – нарушения от 40 до 60%

3 степень – нарушения в диапазоне 70-80%

4 степень – нарушения в диапазоне 90-100%

-
- Критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья со 2-й и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма (от 40 до 100%), приводящими к ограничению 2-й или 3-й степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях

-
- Степень ограничения жизнедеятельности больных БП определяется выраженностью **двигательных** (дрожание, ригидность, постуральная неустойчивость, нарушения ходьбы) и **немоторных нарушений** (психические расстройства и прогрессирующая вегетативная недостаточность) в зависимости от тяжести паркинсонизма.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ХЕН-ЯРУ

1. Рекомендуется для использования в клинической практике
2. Отражает распространенность процесса
3. Не позволяет оценить выраженность отдельных симптомов (гипокинезия, тремор, ригидность)

НАПРИМЕР, ПРИ 1 СТАДИИ (ГЕМИПАРКИНСОНИЗМ)

- Выраженность симптомов может варьировать от незначительной до умеренной.
- Нарушения хорошо компенсируются дофаминергическими средствами
- Не приводят к ограничению жизнедеятельности
- Пациенты длительно остаются трудоспособными
- При вовлечении в процесс **доминантных конечностей** и **стойких умеренных** двигательных нарушениях возможно установление 3 группы инвалидности
- Выраженность отдельных симптомов может различаться

ПРИ РАЗВЕРНУТЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Жизнедеятельность больных ограничивается не только **моторными** симптомами, но и **немоторными** проявлениями, степень которых увеличивается по мере прогрессирования заболевания параллельно с **аксиальными** двигательными нарушениями

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ НЕМОТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- **Когнитивные расстройства** вплоть до деменции
- **Аффективные расстройства**
- **Тяжелая вегетативная недостаточность** (нейрогенные нарушения мочеиспускания, ортостатическая гипотензия и др.)
- **Нарушения позы** (камптокормия) которые ведут к нарушению способности к самостоятельному передвижению, ориентации и самообслуживанию.

-
- Большинство немоторных проявления и аксиальных двигательных нарушений относительно резистентны к противопаркинсоническим препаратам.
 - Они могут и усиливаться на фоне специфического лечения
 - Через несколько лет у большинства пациентов развиваются **моторные флюктуации** (периоды компенсации на фоне приема препаратов, чередующиеся с периодами нарастания симптоматики)

-
- После нескольких лет приема леводопы практически у всех больных развиваются периоды **дискинезий**, еще больше ухудшающие состояние больных.
 - Если пациент осматривается на МСЭК в период включения, то его двигательные нарушения могут быть расценены как умеренные или даже незначительные.

-
- При этом периоды выключения могут длиться несколько часов и проявляться значительным нарушением двигательной функции вплоть до **полной обездвиженности**.
 - Поэтому при заполнении посылного листа на МСЭК необходимо описывать состояние больного как в периоды «включения», так и в периоды «выключения».

-
- Также очень важна оценка выраженности и длительности дискинезий, которые могут значительно ограничивать жизнедеятельность пациента и приводить к падениям, несмотря на компенсацию основных моторных проявлений БП
 - Выраженность моторных флюктуация и дискинезий следует оценивать с помощью IV раздела шкалы UPDRS.

-
- Особое внимание следует уделять больным, которым проводились инвазивные методы лечения, такие как нейростимуляция и парентеральное введение препаратов леводопы.
 - Пациенты с проведенной нейростимуляцией (**в УР – 3 человека**) нуждаются в регулярных визитах к врачу для коррекции программы стимуляции, проверки эффективности терапии. Поэтому изменение группы инвалидности в сторону уменьшения на ранних сроках после операции нецелесообразно

-
- Для оценки степени нарушения способности к самообслуживанию у больных с БП используется шкала Шваба и Ингланда, оценка по которой проводится в пределах от 0 до 100%.

-
- Таким образом, в направлении на МСЭ (форма 088/у-06Ъ необходимо отражать динамику состояния пациента в течение последнего года (появление новых симптомов, нарастание ранее выявленной симптоматики, эффективность проводимого лечения, наличие осложнений и др.).

□ Спасибо за внимание!

