

В.І. Клименко, Н.В. Томах, Г.В. Грицай, Г.Л. Прокопчик

Проблеми лікарсько-трудової експертизи та медичної реабілітації хворих на паркінсонізм

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: паркінсонізм, медична реабілітація, інвалідизація.

У статті доведено, що паркінсонізм є медико-соціальною проблемою, порушено питання лікарсько-трудової експертизи хворих паркінсонізмом. Висвітлено актуальність медичної профілактики та реабілітації цих хворих.

Проблемы врачебно-трудова́й экспертизы и медицинской реабилитации больных паркинсонизмом

В.И. Клименко, Н.В. Томах, А.В. Грицай, Г.Л. Прокопчик

В статье доказывается, что паркинсонизм является медико-социальной проблемой, поднимаются вопросы врачебно-трудова́й экспертизы больных паркинсонизмом. Освещаются актуальность медицинской профилактики и реабилитации этих больных.

Ключевые слова: паркинсонизм, медицинская реабилитация, инвалидизация.

Патология. – 2010. – Т.7., №1. – С.

The problems of working capacity examination and medical rehabilitation of patients with parkinsonism

V.I. Klimenko, N.V. Tomakh, A.V. Gritsay, G.L. Prokopchik

The questions of working capacity examination of patients with parkinsonism are risen in the article. Actuality of medical prophylaxis and rehabilitation of this category of patients are reported.

Key words: parkinsonism, medical rehabilitation, invalidism.

Pathologia. 2010; 7(1):

Збереження здоров'я населення є основою підвищення ефективності виробничих сил країни. До втрати працездатності, зменшення продуктивності праці, скорочення середньої тривалості життя, зниження якості життя ведуть захворюваність і смертність. За даними світової статистики, протягом останніх десятиріч спостерігається значне постаріння населення світу, що призводить до збільшення кількості хронічних неінфекційних захворювань, які переважають у структурі захворюваності та поширеності всіх хвороб серед населення більшості країн європейського регіону. Значна поширеність хронічних неінфекційних хвороб впливає на збільшення різниці як між країнами, так і, певною мірою, між групами населення в окремих країнах, за показниками очікуваної тривалості життя, смертності, захворюваності та якості життя, а також погіршення їх динаміки.

Хвороба Паркінсона (ХП) – хронічне прогресуюче дегенеративне захворювання головного мозку, пов'язане з загибеллю нейронів чорної субстанції та інших структур мозку, проявами якого є поєднання гіпокінезії з ригідністю та тремором покою, постуральна нестійкість, а також порушення психічних та вегетативних функцій [1]. Поширеність ХП займає провідне місце серед людей похилого віку [2-4].

Мета дослідження: проаналізувати та оцінити ефективність медичної реабілітації хворих на паркінсонізм в Україні на сучасному етапі.

Матеріали та методи

У роботі використано бібліосемантичний метод та контент-аналіз, проведено аналіз нормативно-правової бази надання медичної допомоги та розробки

індивідуальних програм реабілітації інвалідів, хворих на паркінсонізм.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними різних досліджень, поширеність ХП в залежності від віку складає 18–234 (на 100 тис нас.), питома вага серед осіб похилого віку – 1–2,4% [5-10]. У 2007 р. (за даними The Working Group on Parkinson Disease) у світі нараховувалося 6,3 млн осіб з діагнозом ХП, з яких кожен десятий молодший 50 років [11]. Поширеність ХП не залежить від етнічної групи та статі. Співвідношення захворюваності між чоловіками та жінками в середньому 1,2–1,3 з урахуванням середньої тривалості життя, але більш поширена серед чоловіків [10,12-14].

Середній вік хворих на початок захворювання складає 65±12,6 років [15]. Прояви ознак паркінсонізму поступово зростають з віком досягають максимуму в 75-84 роки, поширеність серед них складає до 30% [13], а в Західному регіоні Росії – до 45% [16].

За даними офіційної статистики МОЗ України, поширеність ХП в 2007 р. склала 51,4 випадків (на 100 тис нас.), у той час як в Росії – 384 випадки (на 100 тис нас.).

Така значна розбіжність даних поширеності ХП може свідчити про недоліки діючої системи медичної допомоги населенню в зв'язку з даною патологією.

Реєстрація захворюваності в Росії спирається на дані звертання за медичною допомогою та дані існуючих реєстрів хворих на ХП. За даними О.С. Левіна та Л.В. Докадиної, таких результатів виявлення вдалося досягти завдяки високій професійній орієнтації лікарів-неврологів, введенню посади паркінсонолога та спеціалізованих кабінетів (центрів), використанню

автоматизованого реєстру «Хвороба Паркінсона», що підвищило рівень диспансеризації та моніторингу [16].

Стрімке прогресування ХП призводить до швидкої інвалідизації. Показник первинної інвалідності внаслідок паркінсонізму в 2008 р. по Україні склав 1,5 (на 100 тис. нас.) [17]. За даними медико-соціальної експертизи, близько двох третин хворих мають важкі наслідки та високий ступінь інвалідності.

Таким чином, зростаючий рівень захворюваності та поширеності, рання інвалідизація хворих з ХП доводять її значимість як медико-соціальної проблеми.

Незважаючи на розроблені МОЗ України клінічні протоколи щодо надання медичної допомоги хворим на ХП (Наказ МОЗ України від 17.08.07 №487), залишається актуальним питання щодо її профілактики та медичної реабілітації, враховуючи індивідуальні особливості та питання трудотерапії [18].

Особливості виконання клінічних протоколів полягають у складності діагностики захворювання через компетенцію лікаря, у зв'язку з низькою досвідченістю у використанні спеціалізованих методів. За даними Д.В. Артем'євої та А.В. Опухової (2008), виділяють 2 етапи діагностики [5]. Незалежно від протікання ХП клінічний та трудовий прогноз є несприятливим: обмеження життєдіяльності настає через 2–5 років від початку хвороби [19].

Ступінь обмеження життєдіяльності хворого залежить від виразності порушень функцій руху та психіки. Значне порушення письма через дрижання кінцівок, нерідко поєднане з порушенням мови (майже 89% хворих на ХП), утруднюють можливість комунікацій, спілкування. Все це поступово прогресує, зменшуючи соціальну активність, знижуючи якість життя хворого.

Працездатними є хворі на початкових стадіях та легкому ступені паркінсонізму, а також при повільному прогресуванні захворювання [19]. Таким чином, ХП дуже швидко призводить до інвалідизації, зменшення якісно прожитих років. На сьогодні головною проблемою в цій галузі є оптимізація терапії, яка залишається на все життя, потребує постійної корекції з урахуванням перебігу хвороби, віку хворого, стадії хвороби та супутньої патології.

Провідними критеріями інвалідності внаслідок ХП є важкість рухових порушень, виразність психічних дефектів, темп прогресування хвороби та ефективність терапії. За О.Ю. Макаровим (2002), виділено три групи в залежності від порушень функцій життєдіяльності організму. Враховуючи, що інвалід – особа, що має перш за все соціальну недостатність, то провідними чинниками при встановленні інвалідності є критерії обмеження життєдіяльності хворого.

Інвалідність, як міра втрати здоров'я, визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи (МСЕ) МОЗ України. Крім того, зазначена експертиза виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості особи, реалізація яких сприятиме функціональній, психологічній, соціальній, професійній

реабілітації та адаптації інваліда. Реабілітаційне направлення роботи служби МСЕ отримало велику значимість після прийняття Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Згідно цього Закону реабілітація інвалідів — система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

На сьогодні залишаються не розробленими нормативи обстеження хворого на ХП при направленні на медико-соціальну експертну комісію лікувально-профілактичними закладами, а також відсутні стандарти медичної реабілітації та індивідуальних програм реабілітації (ІПР) інвалідів на ХП.

Провідне місце при розробці ІПР посідає партнерство та комплайнс між пацієнтом та лікарем на всіх її етапах. Медична реабілітація — система лікувальних заходів, спрямована на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання, яка при ХП потребує адекватної медикаментозної терапії, лікувальну фізичну культуру та безперечно психотерапію, бо провідне місце при даній патології посідають порушення психічних функцій [5].

Таким чином, сучасна демографічна ситуація та стрімка поширеність ХП, а також її «омолодження» потребують від лікаря настороженості та високого професіоналізму при постановці клінічного діагнозу. Стрімке прогресування хвороби та високий рівень інвалідності серед зареєстрованих випадків хвороб доводить її медико-соціальне значення.

Отже, слід відзначити важливість вивчення факторів ризику як паркінсонізму, так і прогресування хвороби, що призводять до інвалідизації населення. На сьогодні в штатах медичних закладів всіх рівнів відсутні посади лікарів-паркінсологів, які б консультували та лікували цих хворих з урахуванням їх індивідуальних особливостей, не здійснюється підготовка невропатологів з питань цієї нозології, що призводить до незадовільних результатів у лікуванні та подальшому зростанні кількості цих захворювань. Порушена проблема має соціальне значення і потребує подальшого вивчення і вирішення на державному рівні.

Висновки

Висока питома вага паркінсонізму в структурі хвороб нервової системи, досить часта інвалідизація пацієнтів, що різко знижує якість життя, труднощі у визначенні хвороби роблять головним напрямком лікарської діяльності її профілактику.

Найбільш ефективним є індивідуалізоване лікування

ХП з урахуванням полісистемного характеру його виявів (рухових, вегетативних, емоційно-психічних, сенсорних, диссомнічних та інших порушень) та індивідуальних особливостей патологічного процесу з застосуванням комплексної етіопатогенетичної та симптоматичної терапії.

Необхідне вивчення факторів ризику, диспансерний нагляд за особами з підвищеним ризиком виникнення захворювання, рання діагностика хвороби, своєчасний початок терапії, що включає застосування лікарських засобів та методів, які зупиняють дегенеративний процес, що запобігає невідворотним ускладненням.

Література

1. *Артемьев Д. В.* Современные подходы к лечению ранних стадий болезни Паркинсона / Артемьев Д. В., Обухова А. В. // *Consilium Medicum*. – 2008. – Том 10, № 7. – С. 101 – 104.
2. *Белоусов Ю. Б.* Лекарственный формуляр – основа стандартизации в здравоохранении / Белоусов Ю. Б. // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2000. – №2. – С. 17 – 21.
3. *Бурбелло А. Т.* Фармакоэкономическая оценка потребления лекарственных средств и формулярная система / Бурбелло А. Т., Бабак С. В., Богданова В. Г. // *Материалы международного конгресса «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации»*. – М., 2006. – С. 178.
4. *Герасимов В. Б.* Методология клинико-экономического анализа в гематологии (социально-гигиеническое исследование) / Герасимов В. Б.: Дис. д-ра мед. наук. – М., 2001.
5. *Эпидемиология инвалидности вследствие болезни Паркинсона в Украине / Голик В. А., Ипатов А. В., Жолоб А. А. и др.* // *Екстрапірамідні захворювання та вік (Тези доповідей Української науково-практичної конференції з міжнародною участю)*. – Київ, ІВЦ ФЛКОН НАН України, 2009. – С. 30-31.
6. *Левин О. С.* Эпидемиология паркинсонизма / Левин О. С., Докадина Л. В. // *Неврологический журнал*. – 2005. – №5. – С. 40-50.
7. *Макаров А. Ю.* Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы / Макаров А. Ю. – СПб, «Золотой век». – 2002. – 595 с.
8. Наказ МОЗ України від 17.08.07 № 487
9. *Похабов Д. В.* Эпидемиология паркинсонизма / Похабов Д. В., Абрамов В. Г., Бугаев А. Т. // *Болезнь Паркинсона и расстройства движения*. – М., 2008. – С. 20.
10. *Страчунская Е. Я.* Паркинсонизм с позиций современных информационных концепций медицины / Страчунская Е. Я. // *Смоленск*, 2008. – С.13.
11. *Шток В. Н.* Экстрапирамидные расстройства (рук-во по диагностике и лечению) / Шток В. Н., Иванова-Смоленская И. А., Левин О. С. – М., МЕД. Пресс-информ, 2002.
12. *Яблонская А. Ю.* Вегетативные нарушения и их влияние на качество жизни при болезни Паркинсона / Яблонская А. Ю., Федорова Н. В. // *Болезнь Паркинсона и расстройства движения (материалы 1 национального конгресса)*. – М., 2008. – С. 105 – 108.
13. *Brooks D.* Safety and tolerability of COMT inhibition / Brooks D. // *Neurology*. – 2004. – 62. – P. 39 – 46.
14. *Calne D. B.* Initiating treatment for idiopathic Parkinsonism / Calne D. B. // *Neurology*. – 1994. – 44. – P. 19 – 22.
15. *Does levodopa slow or hasten the rate of progress of Parkinson's disease? / Fahn S. and Parkinson Study Group* // *J. Neurol.* – 2005. – 252. – P. 37 – 42.
16. *GPDS. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease, results from an international survey* // *Mov. Disord.* – 2002. – 17. – P. 60 – 67.
17. *Hely M. A.* Sydney multicenter study of Parkinson disease / Hely M. A., Morris J. G., Reid W. G. // *Movement disorders*. – 2008; 23: P. 837 – 844.
18. *Kassirer J. P.* Decision analysis. In Kelley WN, ad. *Textbook of Internal Medicine* / Kassirer J. P., Sonnenberg F. A. – Philadelphia: J. B. Lippincott, 1988, 1991.
19. *Lees A. J.* Ten-year follow-up of three different initial treatments in de novo PD: a randomized trial / Lees A. J., Katzenschlager R., Head J., Ben Sclomo Y. // *Neurology*. – 2001. – 57. – P. 1687 – 1694.
20. *Martinez-Suarez M. M.* Estimation of the prevalence of Parkinson's disease in Asturias, Spain. A pharmacoepidemiological study of the consumption of antiparkinson drugs / Martinez-Suarez M. M., Blazquez-Menes B. // *Rev. Neurol.* – 2000. – 31. – P. 1001 – 1006.
21. *Roller W. C.* Levodopa in the treatment of Parkinson's disease / Roller W. C. // *J. Neurol.* – 2000. – 11. – P. 2-7.

Відомості про авторів:

Клименко В.І., д.мед.н., доцент, зав. кафедрою охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи ЗДМУ.

Томах Н.В., к.мед.н., асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи ЗДМУ.

Грицай Г.В., к.мед.н., асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи ЗДМУ.
Прокопчик Г.Л., к.мед.н., старший викладач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи ЗДМУ.

Адреса для листування:

Томах Наталя Валеріївна. 69035, Україна. м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 26. Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету.

Тел. 233-32-47. E-mail: n-v-t2007@mail.ru.