

ОБЗОРЫ

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

*И. А. Андрианова, О. М. Фоломеева, Ш. Эрдес
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва*

Рост инвалидности населения является в настоящее время одной из важных проблем органов здравоохранения и социальной защиты не только в России, но и во всем мире. По оценкам ВОЗ, около 85 млн. человек (10% населения) Европейского региона страдают от тех или иных последствий инвалидности, которая имеет длительный и существенный характер [6].

В результате аналитического и социологического исследований А. Е. Иванова с соавт. [5] сформулировали следующие основные факторы, определяющие рост численности инвалидов в России:

- падение доходов населения и ограниченные возможности приложения труда

- старение населения с инвалидизацией преимущественно лиц старше трудоспособного возраста, но с существованием вероятности «омоложения» инвалидности, в том числе по социальным причинам (влияние системы социальных льгот и компенсаций)

- рост «социальной» инвалидности за счет «накопленной» в дореформенный период инвалидности, когда регистрация инвалидности сдерживалась рядом искусственных законодательных норм.

В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению численности инвалидов среди больных болезнями костно-мышечной системы (БКМС) и соединительной ткани. Изучение динамики показателей заболеваемости в России показало, что общее число зарегистрированных пациентов с БКМС выросло только за один год (с 2001 по 2002 г.г.) на 8,5% и превысило 15 млн. человек [17,18]. Одновременно увеличивается число инвалидов среди больных с БКМС. Так, в 1997 г. первичная инвалидность в связи с БКМС составляла 5,6% инвалидности от всех причин, в 1999 г. — 6,45% и в 2002-2003 г.г. — 7-10% [11, 15, 17]. Такая же тенденция наблюдается и среди переосвидетельствованных больных: за период с 1997 по 1999 г.г. их доля среди всех инвалидов России выросла с 8,6%

до 9,3% [15]. Таким образом, болезни мышц, суставов и костей являются существенным фактором инвалидизации населения России.

Ревматоидный артрит (РА) — наиболее распространенное и тяжелое хроническое воспалительное ревматическое заболевание, основными проявлениями которого являются постоянные боли, деструкция, деформация и нарушение функции суставов. Результатом ограничения двигательной активности пациентов является ухудшение различных сторон их жизнедеятельности.

Медико-социальная значимость РА обусловлена развитием заболевания и наступлением инвалидизации часто в молодом, трудоспособном возрасте. Причем, более половины пациентов с РА стойко теряют трудоспособность уже через 7-10 лет от начала заболевания [7, 9, 22, 23]. Среди всех инвалидов с БКМС в Российской Федерации (на примере Москвы) больные РА составляют 38% [15]. Негативным моментом является невозможность восстановления трудоспособности, то есть став инвалидом, больной РА в настоящее время практически не имеет шансов вернуться к трудовой деятельности.

В основе определения инвалидности должна находиться функциональная оценка органа или организма в целом. При РА «органом-мишенью» для болезни является сустав.

В России оценка функциональной недостаточности (ФН) суставов традиционно рассматривается с позиции способности или неспособности выполнения пациентом его профессиональной деятельности. Четыре степени ФН суставов — 0, I, II, III, применяемые отечественными ревматологами, учитывают именно профессиональную пригодность пациента, что не всегда соответствует его истинному функциональному статусу. Способность к самообслуживанию, а именно ее утрата, оценивается только при определении ФН III степени [2, 10, 16]. Однако у больных РА помимо профессиональной деятельности и самообслуживания заметно страдают различные виды «непрофессиональной» деятельности. Так, по данным Н. Rkain et al., способность выполнять домашние обязанности нару-

Таблица 1

СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ [8]

Степень	Характеристика
I	Функция суставов ограничена в небольших пределах. Для плечевого и тазобедренного суставов амплитуда движений (преимущественно за счет отведения) составляет 50° и более, для локтевого, коленного, лучезапястного и голеностопного суставов — в пределах 50° от функционально выгодного положения, кисти — 170-110°
II	Значительные ограничения движений в суставах во всех направлениях: в плечевом и тазобедренном суставах объем движений не более 50°, в локтевом, коленном, лучезапястном и голеностопном — 45-20°. При нарушении функции кисти II степени отдельные виды схватывания и удержания предметов значительно затруднены, амплитуда движений пальцами ограничена 55-30°. При II степени нарушений опорной функции стопы наблюдается ограничение движений пальцев с резким отклонением их наружу.
III	Резко выраженные ограничения движений в суставах во всех направлениях, амплитуда движений не превышает 15°, при условии функционально выгодного положения сустава.
IV	Резко выраженные ограничения движений в суставах с фиксацией в функционально выгодном положении

шается у 84% пациентов, у 46% больных ухудшается проведение досуга, а 67% пациентов имеют сексуальные проблемы [22].

В.И.Мазуров с соавт. [8] предлагают при проведении диспансеризации больных РА оценивать нарушение функции суставов (НФС) в зависимости от степени его выраженности (I, II, III, IV). При этом учитываются амплитуда движений в суставах в градусах, а также наличие функционально выгодного или невыгодного положения сустава (табл.1).

В последние годы широкое распространение получила оценка функциональной способности больных РА с помощью опросника состояния здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire), учитывающего 20 показателей, которые отражают необходимые ежедневные манипуляции [1]. Однако данный опросник используется преимущественно при проведении клинических исследований. В повседневной практике врача-ревматолога метод применяется очень редко, что, возможно, связано с необходимостью владения определенными навыками и дополнительными временными затратами.

Наличие признаков нетрудоспособности и ее степень использовались ранее врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) при определении группы инвалидности [3, 4, 12]. В то же время за рубежом понятие «инвалидность» (*handicap*) является более емким и включает различные составляющие, влияющие на качество жизни человека — физическое, психическое и эмоциональное состояние пациента, социальные факторы, а также нарушение трудоспособности [15, 20].

Как видно из вышесказанного, зарубежные специалисты при определении инвалидности делают акцент на снижении качества жизни в целом, а неспособность осуществлять профессиональную деятельность является лишь ее составной частью. В отечественной практике термин «инвалидность» долгое время являлся синонимом «стойкой нетрудоспособности». Однако подобная концепция инвалидности себя полностью изжила. В настоящее время признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой

медико-социальной экспертизы (МСЭ), призванной оценивать степень утраты функций и, следовательно, уровень остаточных функций, «остаточного здоровья», с целью его сохранения и развития компенсаторных механизмов [19].

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации (РФ)» (принят в 1995 г., изменен в 1998 г.), инвалидом является лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью [14].

МСЭ должна осуществляться исходя из комплексной оценки состояния организма человека на основе анализа клинко-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством РФ [13, 14].

В настоящее время при освидетельствовании МСЭ определяется не только группа инвалидности, но и степень нарушения жизнедеятельности. Основные категории жизнедеятельности представлены ниже.

Классификации основных категорий жизнедеятельности человека:

1. способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены

2. способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться

Таблица 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ КАТЕГОРИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ

Группа инвалидности		3 группа	2 группа	1 группа
Категории жизнедеятельности				
способность	к самообслуживанию	1 степень — самообслуживание при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	+	
		2 степень — самообслуживание с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств		+
		3 степень — неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц		+
	к самостоятельному передвижению	1 степень — самостоятельное передвижение при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	+	
		2 степень — самостоятельное передвижение с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств		+
		3 степень — неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц		+
	к ориентации	1 степень — способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств	+	
		2 степень — способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств		+
		3 степень — неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и/или надзоре других лиц		+
	к общению	1 степень — способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи	+	
		2 степень — способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств		+
		3 степень — неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц		+
	контролировать свое поведение	1 степень — периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и/или постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции	+	
		2 степень — постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц		+
		3 степень — неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц		+
	к обучению	1 степень — способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий	+	
		2 степень — способность к обучению только в специальных и (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий		+
		3 степень — неспособность к обучению		+
	к трудовой деятельности	1 степень — способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и/или уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации	+	
		2 степень — способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и/или с помощью других лиц		+
		3 степень — неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности		+

Таблица 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ ПРИ РА, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ АКР 1991 г. [20]

Функциональный класс	Самообслуживание	Профессиональная деятельность	Непрофессиональная деятельность
I	сохранено	сохранена	сохранена
II	сохранено	сохранена	ограничена
III	сохранено	ограничена	ограничена
IV	ограничено	ограничена	ограничена

в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом

3. способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени, места нахождения

4. способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации

5. способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм

6. способность к обучению — способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми)

7. способность к трудовой деятельности — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяют 3 степени их выраженности (табл.2), которые положены в основу определения группы инвалидности [13].

Из таблицы видно, что группы инвалидности (III, II, I) находятся в обратной связи со степенью выраженности ограничения каждой из семи выделенных категорий жизнедеятельности (т.е. III группе инвалидности соответствует 1 степень ограничений каждой категории, а I группе — 3 степень).

Принципиально важно, что при экспертизе наличия и тяжести инвалидности должна использоваться многосторонняя функциональная оценка жизнедеятельности человека в ее различных проявлениях, в том числе, но не только, его способность к трудовой деятельности. В связи с этим представляется очевидной необходимость использования при определении группы инвалидности у больных РА принятых во всем мире стандартов оценки функционального класса пациента, включающих в себя оценку различных сфер жизни человека, а не только способность к труду. Подобный принцип представлен в критериях Американской коллегии ревматологов (АКР), пересмотренных в

1991 г. Данные критерии позволяют оценить общий функциональный статус больных РА и разделяют их на 4 функциональных класса (ФК) [21]. В основе отнесения больного к тому или иному ФК лежит качественная оценка трех сторон жизнедеятельности человека [16]:

— Самообслуживание — обычные ежедневные бытовые действия человека: одевание, принятие пищи, уход за собой (мытье тела, причесывание, бритье, стрижка ногтей, пользование косметикой и т.п.), пользование туалетом и др.

— Профессиональная деятельность — работа, учеба, а также ведение домашнего хозяйства (актуально для домохозяек, домработниц и т.п.).

— Непрофессиональная деятельность — действия, определяемые желаниями и склонностями индивида с учетом его пола и возраста: все элементы досуга, отдых, развлечения, занятия спортом и т.п.

Принципы разделения больных на 4 функциональных класса представлены в табл.3.

Как видим, критерии АКР охватывают различные сферы жизнедеятельности больных РА, являются достаточно простыми в использовании, не требуют больших затрат времени и могут быть применены любым практикующим врачом.

Очевидно, что в формулировке диагноза больного РА, направляемого на МСЭ, должен быть отражен именно его ФК, что поможет экспертному органу более обоснованно и быстро определить степень нарушения жизнедеятельности пациента и соответствующую ей группу инвалидности. В целом представляется, что больные РА с ФК I не имеют никаких ограничений жизнедеятельности и, следовательно, не являются инвалидами. ФК II, скорее всего, соответствует 3 группе инвалидности, ФК III — 2-ой и, наконец, ФК IV — 1-ой.

Примечательно, что в процессе пересмотра в 1991 г. критериев для определения общего ФК больных РА была показана корреляционная связь между выделяемыми ФК и показателями HAQ, количественно характеризующими функциональное состояние пациента с РА [21].

Считаем, что отечественным ревматологам следует в ближайшее время провести предметное изучение данной проблемы на репрезентативных когортах больных с целью выработки стандартов определения группы инвалидности и степени нарушения различных сторон жизнедеятельности у больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Научно-практич. ревматол., 2003, 2, 72-81
2. Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн. Ревматические болезни. Под ред. Насоновой В.А., Бунчука Н.В., М., Медицина, 1997, 257-294
3. Еременко Г.С., Трофимова Т.М. Медицинская и социально-трудовая реабилитация больных ревматоидным артритом. В кн. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация при ревматизме и инфекционном неспецифическом полиартрите, Киев, "Здоров"я", 1976, 134-141
4. Жабина Т.Н. Оценка некоторых показателей комплексного обследования больных инфекционным неспецифическим полиартритом и их значение в практике врачебно-трудовой экспертизы. В кн. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация при ревматизме и инфекционном неспецифическом полиартрите, Киев, "Здоров"я", 1976, 122-127
5. Иванова А.Е., Ермаков С.П. Рост инвалидности в России: причины, тенденции, прогнозы. Информационно-аналитический бюллетень Бюро экономического анализа, 1998, 4
6. Иванова А.Е., Ермаков С.П. Средняя продолжительность жизни населения без инвалидности и в состоянии инвалидности, М, 1998, 48-91
7. Кремлева О.В., Колотова Г.Б. Ревматоидный артрит: влияние болезни на социальные аспекты качества жизни. Научно-практич. ревматол., 2004, 2, 14-18
8. Мазуров В.И., Лиля А.М., Тынянов Ю.А. Диспансеризация и медико-социальная экспертиза больных ревматическими заболеваниями. В кн. Клиническая ревматология под ред. Мазурова В.И., Санкт-Петербург, 2005, 451-476
9. Марьяновский А.А. Ревматические заболевания опорно-двигательного аппарата: биотерапевтическая концепция комплексной терапии. Лечащий врач, 2003, 1, 10-14
10. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., «Медицина», 1989, 282-283
11. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века. Научно-практич. ревматол., 2003, 1, 6-10
12. Николаева М.Н., Коган К.М., Кабилов Р.С. и соавт. Опыт работы специализированной ВТЭК на базе Московского городского ревматологического центра. В кн. Экспертиза трудоспособности и реабилитация при ревматических заболеваниях под ред. Анохина В.Н., М., 1991, 17-21
13. «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.08.2005, №535
14. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Москва, Кремль, 24.11.1995, №181-ФЗ
15. Фоломеева О.М., Лобарева Л.С., Ушакова М.А. и соавт. Инвалидность, обусловленная ревматическими заболеваниями, среди жителей Российской Федерации. Научно-практич. ревматол., 2001, 1, 15-21
16. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. К вопросу о совершенствовании рабочей классификации ревматоидного артрита: определение функциональной способности пациента. Научно-практич. ревматол., 2001, 5, 96-97
17. Фоломеева О.М., Тарасова И.А., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Заболеваемость населения России ревматическими болезнями в 2001-2002 годах. Научно-практич. ревматол., 2004, 2, 4-7
18. Фоломеева О.М., Эрдес Ш. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации. Научно-практич. ревматол., 2006, 2, 4-10
19. Цыбульский В.Б. Медицинские и правовые аспекты проблемы болезней опорно-двигательного аппарата. Информационно-аналитическое управление Аппарата Совета Федерации ФС РФ, 2000
20. Doeglas D.M., Suurmeijer T.P., van den Heuvel W.J. et al. Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. Qual. Life Res., 2004, 13(6), 1053-1065
21. Hochberg M.C., Chang R.W., Dwosh I. et al. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. Arthr.Rheum., 1992, 35, 5, 498-502
22. Rkain H., Allali F., Jroundi I., Hajjaj-Hassouni N. Socioeconomic impact of rheumatoid arthritis in Morocco. Joint Bone Spine, 2005, 4 (abstract)
23. Sokka NT., Kautiainen H., Mottonen T., Hannonen P. Work disability in rheumatoid arthritis 10 years after the diagnosis. J.Rheumatol., 1999, 81, 565-578