

ДЕЛОКЯН
ГЕОРГИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И
КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ И ИХ
ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Труфанов Геннадий Евгеньевич

Официальные оппоненты: Столяров Игорь Дмитриевич
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
лабораторией нейроиммунологии ФБУ науки
Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН

Тотолян Наталья Агафоновна
доктор медицинских наук, профессор, профессор
кафедры неврологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-
Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ

Ведущая организация: ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ

Защита состоится «_____» _____ 2021 г. в _____ час на заседании диссертационного совета при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (191014, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова и на сайте: <http://www.almazovcentre.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Иванова Наталия Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Рассеянный склероз (РС) - наиболее часто встречающееся аутоиммунное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС) лиц молодого возраста, характеризующееся образованием множественных очагов демиелинизации и разнообразными неврологическими симптомами (Гусев Е.И. с соавт., 2011,2015, Бойко А.Н. и соавт., 2014, 2018; 2020; Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н., 2016; Кузьмина У. Ш. и соавт., 2019; Мельников М.В. и соавт., 2019; Помников В.Г. и соавт.. 2021). Рассеянный склероз занимает первое место среди неврологических заболеваний, приводящих к инвалидизации молодых людей (Макаров А.Ю. и соавт, 2012; Иванова Е.В. и соавт., 2017; Помников В.Г., и соавт., 2017, 2021; Гусев Е.И. и соавт., 2019; Бойко А.Н. и соавт., 2020).

До настоящего времени основным инструментальным методом диагностики РС, «золотым стандартом», является магнитно-резонансная томография (МРТ), которая позволяет прижизненно установить многоочаговость поражения и оценить динамику развития демиелинизирующего повреждения ЦНС (Труфанов Г.Е. и соавт.. 2007; Труфанов Г.Е., Фокин В.А., 2007; Холин А.В., 2007; Трофимова Т.Н.и соавт., 2010; Бойко А.Н. и соавт., 2019). Внедрение в клиническую практику высокоинформативных методов нейровизуализации (диффузионной МРТ, протонной МР спектроскопии, функциональной МРТ, позитронно-эмиссионной томографии и др.) позволило добиться определенного прогресса в понимании патогенеза РС и механизмов формирования клинической картины заболевания (Одинак М.М., 2009; Бисага Г.Н и соавт., 2011; Прахова Л.Н. и соавт., 2014; Одинак М.М. и соавт., 2019). Исследования, проведенные в последние годы, убедительно продемонстрировали, что при РС наряду с демиелинизацией, развивается нейродегенерация и функциональная реорганизация головного мозга (Lassman Y., 2010; Lucchinetty C. et al., 2011; Hogel H. et al., 2019).

Все новые методы диагностики, лечения и реабилитации при РС в конечном итоге направлены на улучшение состояния жизнедеятельности, сохранение как можно дольше удовлетворительного качества жизни и отдаления сроков наступления тяжёлой инвалидности, учитывая, что среди данных пациентов подавляющее большинство лиц молодого трудоспособного возраста.

Степень разработанности темы исследования

Рассеянный склероз требует активного поиска новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных, среди которых много лиц молодого возраста. На фоне проводимых исследований важно разрабатывать подходы к сохранению достойного качества жизни и состояния жизнедеятельности, трудоспособности и, при необходимости, оценивать затратные механизмы воздействия на заболевание с реальной пользой для больного и его ближайшего социального окружения. Не разработанными являются вопросы сравнительного изучения клинических форм и клинико-нейровизуализационных сопоставлений исходов заболевания. Всё это определяет важность данного исследования.

Цель исследования

Расширить границы удовлетворительного состояния жизнедеятельности и трудоспособности больных с рассеянным склерозом на основе сопоставления клинико-функциональных и клинико-нейровизуализационных данных с использованием нейровизуализации, лечения и реабилитации.

Задачи исследования

1. Сформировать группы больных рассеянным склерозом в трудоспособном возрасте на основании клинических проявлений для систематизации и изучения клинико-функциональных особенностей заболевания.

2. Рассмотреть временные характеристики у больных с рассеянным склерозом трудоспособного возраста от момента возникновения первых симптомов до определения инвалидности.

3. Сравнить состояние жизнедеятельности больных с рассеянным склерозом в аналогичных группах, получавших обследование и лечение в 2010-2015 и 2016-2019 годах.

4. Оценить роль и связь выявленных с помощью магнитно-резонансной томографии нейродегенеративных изменений головного мозга в формировании клинической картины рассеянного склероза и прогноза течения, трудоспособности больных молодого возраста.

5. Усовершенствовать алгоритм медико-социальной помощи больным в трудоспособном возрасте с рассеянным склерозом.

Научная новизна исследования

Проведено сравнительное изучение клинико-функциональных и клинико-визуализационных сопоставлений у больных РС молодого возраста на фоне лечения на период 2010-2015 и 2016-2019 годов. Проанализировано состояние жизнедеятельности и трудоспособности больных в этих группах. Доказано, что более ранняя диагностика РС путём высокопольной МРТ и применение в лечении данных больных препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС), способствуют более длительному сохранению удовлетворительного состояния жизнедеятельности этих пациентов. Проведение на ранних этапах заболевания качественной реабилитации позволило данной категории больных обратиться в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в более поздние сроки для установления инвалидности.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Появление первых признаков демиелинизирующего заболевания является основанием для назначения МРТ головного мозга (при необходимости в динамике наблюдения).

Раннее назначение по показаниям в лечении РС препаратов, изменяющими течение этого заболевания (наряду с другими), несмотря на относительную значительную стоимость этих средств, являются фактором, сдерживающим

быстрое наступление ухудшения состояния жизнедеятельности и отдаления сроков наступления инвалидности. Данный факт является важным в экономическом плане, так как инвалидность у человека в молодом возрасте отрицательно влияет на экономическую составляющую и инвалида, и всего общества.

Предложенный алгоритм медико-социальной помощи больным с РС поможет целенаправленно более длительное время сохранять удовлетворительное качество жизни для лиц молодого трудоспособного возраста с РС.

Методология и методы исследования

Методология данного исследования базируется на сведениях отечественной неврологии и смежных дисциплин (особенно нейровизуализации) и включает основные принципы диагностики РС (в стационарных условиях в 2016-2019 годах и ретроспективно по данным заполненных специальных карт на больных от 2010-2015 года). В работе использован широкий набор общепринятых методов диагностики, а также специальных шкал исследования. Проведён анализ использованных лекарственных препаратов в двух группах больных с РС в разные годы лечения в Российской Федерации.

Положения, выносимые на защиту

1. Магнитно-резонансной томографии головного мозга с достаточной индукцией магнитного поля (1,5 Тесла) принадлежит ведущая роль среди инструментальных методов в подтверждении и уточнении наличия очагов демиелинизации при РС, а также активности патологического процесса.

2. Применение по показаниям ПИТРС при РС способствует сохранению удовлетворительного состояния жизнедеятельности у лиц молодого трудоспособного возраста с РС.

3. Применение МРТ в диагностике и ПИТРС в лечении приводят к более позднему установлению инвалидности у больных молодого трудоспособного возраста с РС.

4. Проведение качественной медико-социальной помощи больным молодого трудоспособного возраста с РС способно привести не только к улучшению качества их жизни, но и реабилитировать при наличии III группы инвалидности.

Степень достоверности и апробация результатов

Для выполнения поставленной цели и задач исследования сформированы адекватные критерии отбора больных. Результаты диссертации оценивали исходя из общепринятых классификаций и шкал при наличии собственной адаптации (шкала Рэнкина) и критической оценкой некоторых данных. Достоверность полученных результатов подтверждена соответствующими адекватными методами статистического анализа. Основные положения диссертации обсуждены и доложены на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2017,2020г.г.), на научно-практической конференции неврологов с международным участием (г. Сыктывкар, 2018-2020гг.), на XI Всероссийском съезде неврологов и IV конгрессе Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (Санкт-Петербург, 2019г.), на международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации» (г. Минск, 2020г.).

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования внедрены в практическую работу медицинского центра «Клиника Эксперт» г. Ростова-на-Дону, в учебный процесс кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, что способствует расширению знаний врачей на циклах повышения квалификации, клинических ординаторов и аспирантов.

Публикации

По теме диссертации подготовлено и опубликовано 10 печатных работ, в том числе 3 в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией

Российской Федерации для публикаций основных положений диссертаций на соискание ученой степени (1 из них в журнале, цитируемом по списку SCOPUS).

Личный вклад автора в получении результатов

Личное участие диссертанта включает формирование цели и задач исследования с отбором пациентов с учётом включения/исключения, создание базы фактических данных на основе разработанной карты обследования тематического больного, участие в диагностических процедурах и лечении, включая протоколы МР исследования, статистическую обработку полученных данных; обсуждение и подготовку результатов, выводов, практических рекомендаций и основных положений работы. Степень личного участия автора подтверждена актом проверки первичных материалов.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 126 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением материалов исследования, собственных данных с обсуждением полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Диссертация проиллюстрирована 20 таблицами, 9 рисунками и 5 клиническими примерами. Библиография включает 182 источника, из них 94 работы на русском и 88 на иностранном языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика обследованных пациентов и методов исследования

С учётом цели и задач исследования все пациенты были разделены на 2 группы больных с РС. Были обследованы в стационарных условиях (по месту работы аспиранта и на клинических базах кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации) 126 больных с достоверным диагнозом РС (по критериям Макдональда 2010г.) в трудоспособном возрасте (от 25 до 44 лет) в период с 2016 по 2019 годы.

В клинико-экспертную группу больных с РС были включены 150 пациентов в трудоспособном возрасте (от 28 до 45 лет), выбранные из группы инвалидов вследствие РС. Изучены, проанализированы и освидетельствованы с участием диссертанта и сотрудников кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации на клинико-экспертных базах кафедры в период с 2010 по 2015 годы. Специально разработанные карты этих инвалидов хранятся на кафедре и доступны для ретроспективного анализа. Для исследования нами была разработана специальная карта. В ней использовались показатели обобщённой анкеты для клинико-эпидемиологических и социальных исследований больных с РС (Бойко А.Н., 2002), в которой указывались паспортные данные, анамнез заболевания, результаты оценки неврологического статуса по шкалам EDSS и FS. Кроме этого, большое внимание мы уделяли также показателям состояния жизнедеятельности больных на различных этапах обследования, применению адаптированной шкалы Рэнкина, а также реабилитационным аспектам у пациентов с РС. Для оценки качества жизни больных с РС мы использовали опросник “SF-36 Health Status Survey – оценка качества жизни (Ware J.E., 1992), который прошёл процесс валидации, языковой и культурной адаптации в России на основе чего исследователями Межнародного центра исследования качества жизни в 1998 году была создана русскоязычная версия.

С целью подтверждения диагноза РС всем пациентам в группе больных в стационаре проводили МРТ головного и спинного (при необходимости) мозга на аппаратах «Signa HD» (США), «Tomicon S 50 Avance» (Германия), с индукцией магнитного поля 1,5Т с использованием контрастного усиления (Магневист, Омнискан) с концентрацией 0,5 ммоль в расчёте 0,2 мг на 1 кг массы тела.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ “Statistica 10.0 for Windows, XP”, “SPSS for Windows”. Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.

Результаты собственных исследований и их обсуждение

Состояние жизнедеятельности 150 больных с достоверным рассеянным склерозом, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы в 2011-

2015 годах

Клинические показатели экспертных больных, включённых в статистический анализ, были следующие: средний возраст составил $33,4 \pm 11,5$ лет, средняя длительность заболевания – $7,3 \pm 6,9$ лет, средняя тяжесть инвалидизации по шкале EDSS - $3,9 \pm 1,4$, Рэнкина - $2,4 \pm 0,6$. Средний возраст пациентов контрольной группы, состоящей из больных с межпозвонковым остеохондрозом без признаков поражения ЦНС, составил $32,4 \pm 12,6$ лет (Таблица 1).

Таблица 1 – Клинико-экспертные и демографические показатели 150 больных с различной степенью инвалидизации и контрольной группы

Клинико-экспертные параметры	Контрольная группа N=30 (M±m)	EDSS<3 N=79 (M±m)	EDSS>3, но <6 N=71 (M±m)	Шкала Рэнкина N= 63 (M±m)	Шкала Рэнкина N=87 (M±m)
Возраст в годах	$32, \pm 12,6$	$27 \pm 6,2$	$36 \pm 8,6$	$29 \pm 6,8$	$36 \pm 9,3$
Длительность РС в годах	-	$6,4 \pm 2,9$	$9,2 \pm 4,1$	$7,3 \pm 2,8$	$7,9 \pm 5,7$
EDSS в баллах	-	$2,7 \pm 0,2$	$4,4 \pm 0,7$	-	-
Шкала Рэнкина в баллах	-	-	-	$1,9 \pm 0,1$	$2,8 \pm 0,2$

Таблица 2 – Некоторые показатели экспертной группы больных с РС с III и II группой инвалидности

Всего инвалидов с РС	Возраст в годах M±m	Показатели по шкале EDSS	Группы инвалидности в абсолютных цифрах и %			Время в месяцах от достоверно установленного РС до ВПИ M±m	Время в месяцах от начала заболевания до впервые проведенной МРТ M±m
			Средняя степень N=71	60 40%	90 60%		
150	$33 \pm 8,5$	Легкая степень N=79	$4,4 \pm 0,7$	III	II	33 ± 16	30 ± 15
		$2,7 \pm 0,2$					

В соответствии с расширенной шкалой оценки степени инвалидизации при РС (EDSS) пациентов разделили на две группы: с РС легкой степени было 79

больных (1-я группа), умеренной – 71 (2-я группа). У пациентов (условно) экспертной группы степень инвалидизации по EDSS составляла $2,7 \pm 0,2$ балла (легкая) и 2 – ой – $4,4 \pm 0,7$ балла (умеренная тяжесть) (Таблица 2). Степень выраженности неврологических нарушений оценивали по функциональной шкале (FS), а также модифицированной шкале Рэнкина. Всем больным из этой группы было проведено МРТ головного мозга.

Для сопоставления клинико-экспертных проявлений с результатами МРТ больные были разделены на группы в соответствии со степенью инвалидизации согласно шкале EDSS и шкале Рэнкина (Таблица 3).

Таблица 3- Сопоставление клинико-экспертных проявлений с результатами МРТ

Всего инвалидов	Группы инвалидности	Показатели шкалы EDSS	Показатели шкалы Рэнкина	Выявленные изменения по данным МРТ - Количество очагов демиелинизации
150				
90	II	$4,2 \pm 0,7$	$2,8 \pm 0,2$	множественные >5
60	III	$2,6 \pm 0,3$	$1,9 \pm 0,1$	одиночные - до 5

Примечание : $P < 0,05$ по показателям шкалы Рэнкина

В работе анализировали показатели шкал и МРТ с наличием групп инвалидности. Если данные шкалы Рэнкина и МРТ головного мозга (по количеству выявленных очагов) четко коррелируют с тяжестью инвалидности, то, касаясь шкалы EDSS нельзя со значительной вероятностью говорить об этом. На тот период времени с учётом представленных данных в форме 088У направления в бюро МСЭ из медицинских учреждений нам не удалось рассмотреть возможность наличия атрофии головного мозга по данным МРТ или же более точно разделить количество выявляемых очагов.

В развернутой стадии заболевания при неврологическом осмотре во время освидетельствования в БМСЭ симптоматика (в подавляющем большинстве случаев) соответствовала классическим представлениям о течении РС.

Что касается лечения больных из этой группы: рекомендованные протоколы с учётом экономических возможностей Российских регионов на период 2010-2015 года в основном соблюдались, хотя определённые сложности (с учётом достаточного количества тех или иных рекомендованных препаратов) также встречались. При лечении данных больных использовались кортикостероиды, при необходимости пульс-терапию. В большем проценте случаев рекомендованные ПИТРС (интерфероны для подкожного и внутримышечного введения, глатирамера ацетат) применялись в стационарных условиях с рекомендациями амбулаторного приема у больных преимущественно с рецидивирующим РС, но не обязательно. По показаниям широко использовалась и симптоматическая терапия.

Нами был проведен анализ характеристик времени, когда больные с достоверным РС были впервые признаны инвалидами, а также утяжеления их состояния жизнедеятельности (впервые установление после III группы инвалидности II). В целом из 150 пациентов-инвалидов клинико-экспертной группы в среднем все они через 3,5 года при направлении в бюро МСЭ из медицинских учреждений были освидетельствованы и 102 из них были впервые признаны инвалидами III группы, а 48 – II. Из группы больных впервые признанных инвалидами III группы 42 человека в сроки 24 ± 11 месяцев при очередном переосвидетельствовании были признаны инвалидами II группы, то есть состояние их жизнедеятельности значительно ухудшилось (табл. 2).

Клинические данные и состояние жизнедеятельности в группе больных с достоверным рассеянным склерозом, обследованных в стационарных условиях (n=126)

В данную группу вошли 126 пациентов с достоверно подтверждённым РС в трудоспособном возрасте от 20 до 46 лет, среди них преобладали женщины (95 человек-75,4%). При установлении диагноза у больных стационарной группы ориентировались на диагностические критерии Макдональда от 2010 года. Границы шкалы EDSS в этой группе больных были на уровне $3,8 \pm 0,9$.

Длительность РС варьировала от 3 до 19 лет, при этом у 73% она не превышала 10 лет, у остальных составила преимущественно от 11 до 13 лет.

Длительность заболевания у больных с вторично прогрессирующим РС была дольше, чем у пациентов с ремитирующим течением РС ($P < 0,01$).

Возраст дебюта РС составлял от 17 до 38 лет. Подавляющий процент больных имели типичный возраст начала болезни, что также можно объяснить существующей выборкой больных. Длительность первой ремиссии РС варьировала от 6 до 35 месяцев.

Значительного отличия по клиническим проявлениям по сравнению с группой экспертных больных не прослеживалось.

Для решения вопроса, связанного с оценкой жизнедеятельности больных с РС использовали данные расширенной шкалы Рэнкина.

В результате исследования и использования ключевых вопросов была создана таблица, характеризующая состояние пациента с РС (Таблица 4).

Таблица 4 – Оценка состояния пациента с РС с помощью модифицированной шкалы Рэнкина

Состояние пациента с РС на фоне терапии	Модифицированная шкала Рэнкина и баллы					
	0	1	2	3	4	5
Нет симптомов	да	есть	есть	есть	есть	Есть
Выполняет повседневную активность	да	да	нет	нет	нет	Нет
Независим от посторонней помощи	да	да	да	нет	нет	Нет
Может передвигаться без посторонней помощи	да	да	да	да	нет	Нет
Может оставаться один дома на 4-6 часов в день	да	да	да	да	да	Нет

Данная таблица позволяла достаточно объективно оценивать жизненную активность пациентов с РС, находившихся под наблюдением в стационарных условиях.

Результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга у больных, обследованных в стационарных условиях

При изучении очагового поражения головного мозга больных с РС, обследованных в стационарных условиях определяли количество Т2-гиперинтенсивных и Т1-гипоинтенсивных очагов, площадь очагов в Т1 и Т2 режимах, рассчитывали объём очагового поражения Т1 и Т2 ВИ, оценивали состояние ликворноспинномозговых пространств, при необходимости ширину III и боковых желудочков. Данные показатели сравнивали между собой при делении больных на группы. Приведенные данные показывают состояние ликворных пространств у больных с РС и у пациента контрольной группы. Некоторые показатели приведены ниже (Таблица 5).

Таблица 5 – Характеристика очагового поражения головного мозга больных с РС с учётом состояния жизнедеятельности

Показатели очагового поражения головного мозга	Вся группа больных N=126	II группа N=15	III группа N=59	Вне группы N=52	P
Среднее количество Т1 очагов	16 (10-23)	21 \pm 2,5	14 \pm 2,3	11 \pm 1,8	<0,05
Среднее количество Т2 очагов	25 (17-32)	29 \pm 4,1	23 \pm 3,3	16 \pm 2,2	<0,05
Средний объём Т1 в см ³	23 (14-39)	34 \pm 4,9	22 \pm 3,2	15 \pm 2,3	<0,05
Средний объём Т2 в см ³	33 (16-54)	49 \pm 4,3	34 \pm 1,2	18 \pm 2,5	<0,05

Примечание: P достоверно при сравнении представленных показателей больных-инвалидов II группы с III и с больными вне группы инвалидности, а также при сравнении среднего объёма Т2 между больными-инвалидами III группы по сравнению с больными вне группы инвалидности

С учётом полученных данных можно говорить о том, что используемые показатели при проведении МРТ в определённой мере также объективизируют состояние жизнедеятельности больных с РС. Количество очагов и их объём закономерно увеличиваются при прогрессировании заболевания и достигают статистической значимости, если сравнивать больных с инвалидностью II группы с больными, у которых отсутствуют умеренно выраженные функциональные нарушения (вне группы инвалидности).

Также проведено сравнение некоторых показателей, характеризующих социальный статус стационарных больных с РС с количеством выявленных очагов при МРТ головного мозга в T2 режиме (Таблица 6).

Таблица 6 – Сопоставление клинических проявлений у стационарных больных с РС с результатами анализа МРТ

Всего больных 126	Социальный статус	Показатели шкалы EDSS	Показатели шкалы Рэнкина	Среднее количество очагов выявленных при T2 режиме
15	инвалид II группы	4,7±0,2	3±0,2	29
59	инвалид III группы	2,8±0,3	2,2±0,3	23
52	вне группы	2,6±0,2	1,6±0,3	16

Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеющиеся социальные показатели у больных четко коррелируют с показателями шкалы Рэнкина и количеством выявленных очагов T2 ВИ МРТ головного мозга. В меньшей мере эта взаимосвязь прослеживается с показателями шкалы EDSS. В табл. 7 отражены некоторые данные по 2-м группам больных (клинико-экспертных и клинических).

Таблица 7 – Сравнительные показатели среди 2-х основных групп исследования

Группа больных	Годы обследования	Время от первых симптомов до впервые проведенной МРТ в месяцах	Применение в лечении ПИТРС	Время ВПИ после первых симптомов в месяцах
1. 150 экспертных	2010-2015	24±11	62	26±4
2. 126 клинических (74 из них с группой инвалидности)	2016-2019	15±6	118	37±6

Р 1-2		<0,01	<0.01	<0.01
-------	--	-------	-------	-------

С учётом полученных данных отмечаем, что в группе больных с РС, обследованных в стационарных условиях в 2016-2019 годах значительно раньше была проведена МРТ с установлением достоверного РС и назначения у значительно большего количества больных соответствующих ПИТРС. На этом фоне отмечается статистически достоверное более позднее наступление установленной впервые группы инвалидности. Хотя проведение МРТ в динамике, а также лечение препаратами группы ПИТРС стоят значительных денег, но удлинение сроков первого обращения в бюро МСЭ для установления инвалидности значительно нивелирует некоторые кажущиеся материальные потери.

Качество жизни инвалидов III группы в трудоспособном возрасте с рассеянным склерозом

Нами было изучено качество жизни у инвалидов III группы с РС в трудоспособном возрасте с применением опросника SF-36 Health Status Survey. Для исследования были выделены 2 группы, каждая из 20 человек (средний возраст 39 лет). Первая группа состояла из больных, находившихся на стационарном лечении у которых при обследовании с учётом показателей шкалы EDSS и Рэнкина условно можно было предполагать установление III группы инвалидности в случае их обращения в бюро МСЭ; вторая – из пациентов аналогичного возраста и гендерного состава, но получавших стационарное лечение по поводу межпозвонкового остеохондроза на шейном и пояснично-крестцовом уровне в виде цервикобрахиалгии и радикулопатии с прогностически благоприятным течением. 20 молодых больных с РС (8 мужчин и 12 женщин) были жителями Санкт-Петербурга, достоверный диагноз заболевания был у них установлен 3-4 года назад, они регулярно получали лечение с применением ПИТРС. В клинической картине у всех присутствовали органические симптомы, характерные для РС в стадии обострения, но выраженность их была легкой или умеренной степени. С учётом показателя по модифицированной шкале Рэнкина они соответствовали 2 степени нарушений на фоне проводимой терапии с тенденцией к улучшению.

Вторая группа (сравнения) с межпозвоночным остеохондрозом при обследовании с помощью модифицированной шкалы Рэнкина соответствовала 1 степени нарушений на фоне лечения также с тенденцией к улучшению. Профессию и специальность с нервно-психическим напряжением в 2-х группах имели 19 больных и с умеренным или легким физическим напряжением – 21.

У всех пациентов в представленных группах исследованные показатели качества жизни были ниже возможных максимальных показателей, а также по сравнению со стандартизированными показателями, полученными в популяционных исследованиях. Данное исследование проводилось практически после окончания курса лечения в стационаре перед выпиской из отделения.

Полученные результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Оценка качества жизни у больных с рассеянным склерозом и межпозвоночным остеохондрозом по отдельным показателям опросника

Показатель	Больные с РС N= 20 M \pm m	Контрольная группа N= 20 M \pm m	P
PF	62 \pm 1,6	89 \pm 1,2	<0,001
RP	65 \pm 1,8	86 \pm 1,4	<0,001
BP	91 \pm 1,4	82 \pm 1,3	>0,05
GH	72 \pm 1,8	88 \pm 1,2	<0,05
VT	90 \pm 1,7	96 \pm 1,1	>0,05
SF	46 \pm 1,2	95 \pm 0,9	<0,001
RE	62 \pm 1,4	85 \pm 1,3	<0,001
MH	69 \pm 1,1	92 \pm 1,2	<0,001

Примечание: PF – физическое функционирование (самообслуживание, ходьба, подъём по лестнице, переноска тяжестей), RP – ролевое функционирование (влияние физического состояния на работу, выполнение будничной деятельности), BP – интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, GH – общее состояние здоровья, VT – жизнеспособность, SF – социальное функционирование, RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, MH – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (психический компонент здоровья), M – среднее арифметическое, m – стандартная ошибка среднего

С учётом результатов исследования отмечаем, что в группе больных с РС и

межпозвоночным остеохондрозом с неврологическими проявлениями в стадии выздоровления (перед выпиской из стационара со значительным улучшением состояния) в разных соотношениях с высокой достоверностью находятся такие показатели, как физические функционирование, ролевое функционирование (влияние физического состояния на работу, выполнение будничной деятельности), общее состояние здоровья, социальное функционирование, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование и самооценка психического здоровья, состоящая из ряда названных показателей, которая характеризует настроение или психический компонент здоровья.

По таким показателям как интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью и жизнеспособность больного не получено статистической достоверности у данных групп.

Проведенные исследования позволяют высказать ряд предположений. Выявлено, что из 20 больных трудоспособного возраста с легким течением РС, получающих стационарное лечение в Санкт-Петербурге 14 оценивают свое качество жизни по большинству из параметров как удовлетворительное, а 6 как среднее. Между подгруппами больных с РС с высшим и средним образованием (13 и 7 человек соответственно) обнаружены четкие различия по 3 параметрам качества жизни, причем по каждому из них оценки ниже у пациентов со средним образованием. Выявлена положительная динамика основных показателей качества жизни в процессе восстановительной терапии на этапе специализированного стационарного лечения больных с РС.

Данные работы позволяют предложить алгоритм медико-социальной помощи больным с РС. Данный алгоритм разрабатывался в работах А.Ю. Макарова и соавт. (2012), но мы внесли некоторые изменения с учётом появившихся новых возможностей диагностики, лечения и реабилитации.

Проведенное нами сравнительное исследование 2-х групп больных с достоверно установленным диагнозом РС, одна из которых в количестве 150 человек проходила освидетельствование в бюро МСЭ Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2011-2015 годах, а другая из 126 получала стацио-

нарное обследование и лечение в 2016-2019 годах, позволяют сделать определённые выводы.

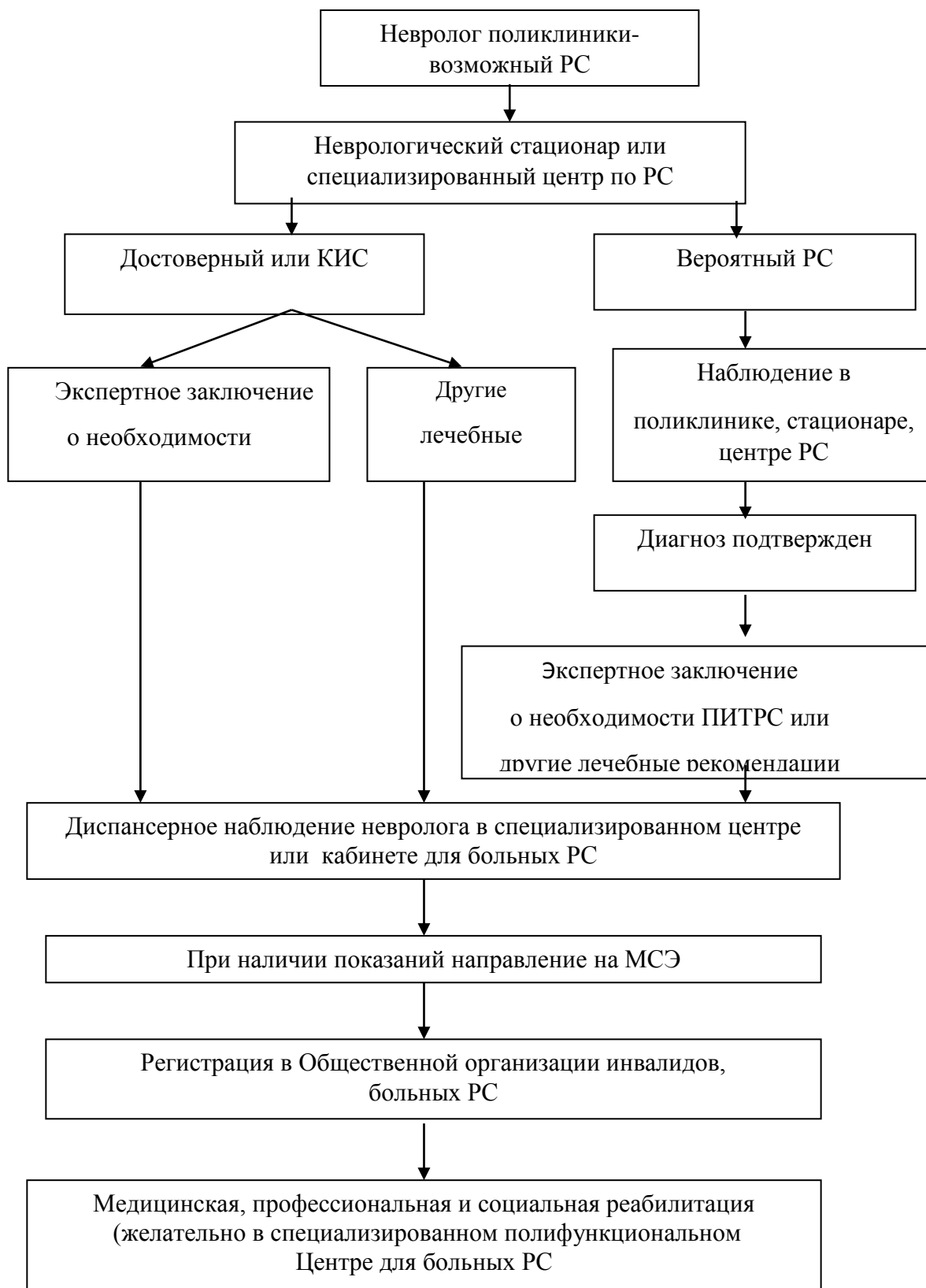


Рисунок 1 – Алгоритм медико-социальной помощи больным с РС

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование свидетельствует о поступательном развитии направления в диагностике, лечении и реабилитации больных трудоспособного возраста с РС в Российской Федерации в последние годы.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-функциональные проявления рассеянного склероза на группах больных аналогичного возраста и течения, обследованные в периоды 2010-2015 и 2016-2019 годов, значительно не отличались по клиническим показателям.

2. Состояние жизнедеятельности больных трудоспособного возраста, обследованных в 2016-2019 годах, отличалось по ряду параметров с высокой достоверностью полученных результатов (времени назначения магнитно-резонансного обследования головного мозга, назначению показанных ПИТРС, признанию впервые их инвалидами при $P < 0,01$), приведших к улучшению по сравнению с аналогичной группой больных, обследованных в 2010-2015 годах.

3. Раннее применение магнитно-резонансной томографии головного мозга и назначение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, благоприятным образом влияет на состояние трудоспособности, качество жизни и отдаляет время первого освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы для установления группы инвалидности с высокой достоверностью полученных результатов ($P < 0,01$).

4. Проведение магнитно-резонансного исследования с соответствующими импульсными последовательностями и достаточной индукцией магнитного поля (1,5Т) у больных трудоспособного возраста с рассеянным склерозом является одним из важнейших показателей для прогнозирования состояния жизнедеятельности, в том числе и трудоспособности.

5. Медико-социальная помощь лицам трудоспособного возраста с рассеянным склерозом для улучшения показателей реабилитации должна оказываться на межведомственном уровне с проведением медицинского, профессионального и социального этапов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При первых клинических признаках, указывающих на наличие демиелинизирующего заболевания у пациента в трудоспособном возрасте необходимо проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с индукцией магнитного поля не менее 1,5 Тесла с использованием импульсных последовательностей T1-, T2 – ВИ и FLAIR.

2. Назначение для лечения больных трудоспособного возраста препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, способствует удлинению сроков благоприятного состояния жизнедеятельности и улучшает экономические показатели для больного и общества.

3. При направлении больных в трудоспособном возрасте с рассеянным склерозом в бюро медико-социальной экспертизы целесообразно использование для оценки выраженности нарушенных функций, шкалы Куртцке и Рэнкина, которые в большей мере соответствуют критериям и классификациям, применяемым при освидетельствовании граждан в бюро медико-социальной экспертизы в нашей стране.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На фоне благоприятных эволюционных изменений, касающихся изучения вопросов диагностики, патогенеза и лечения тяжелейшего демиелинизирующего заболевания людей молодого и трудоспособного возраста, неуклонно прогрессирующего, возникает потребность в изучении многих аспектов, связанных с течением рассеянного склероза. Кажущиеся значительные материальные затраты, связанные с диагностикой, лечением и изучением данного заболевания, на которые указывают некоторые авторы, на самом деле весьма относительно. Чем скорее устанавливается диагноз достоверного рассеянного склероза и назначается показанное лечение, тем больше вероятность, в частности, отдаления сроков направления на медико-социальную экспертизу пациента молодого возраста. Изучение многих из факторов, которые сопровождают течение РС (наряду с выше названными), будет способствовать качественной реабилитации большого количества больных

молодого возраста с данной патологией. Перспективными методиками для изучения ранних изменений головного мозга при рассеянном склерозе могут быть диффузно-тензорная и функциональная МРТ.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Делокян, Г.А. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы больных рассеянным склерозом / В.Г. Помников, А.А. Прохоров, Л.А. Крицкая, Г.А. Делокян// Материалы научно-практической юбилейной конференции неврологов Северо-Западного ФО РФ с международным участием «Актуальные проблемы неврологии». – Сыктывкар, 2017. – С. 108–110.

2. Делокян, Г.А. Актуальность медико-социальной экспертизы и реабилитации больных рассеянным склерозом / В.Г. Помников, А.А. Прохоров, Л.А. Крицкая, Г.А. Делокян//Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации. - Минск, 2017. – С. 93-95.

3. Делокян, Г.А. Актуальность совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации у больных рассеянным склерозом /В.Г. Помников, А.А. Прохоров, Л.А. Крицкая, Г.А. Делокян// Материалы конгресса с международным участием «Давиденковские чтения». - СПб, 2017. – С. 288-289.

4. Делокян, Г.А. Реабилитация и медико-социальная экспертиза больных рассеянным склерозом в настоящее время /В.Г. Помников, Л.А. Крицкая, А.А. Прохоров, Г.А. Делокян // Материалф Всероссийской научно-практической конференции «Неотложные состояния неврологии: современные методы диагностики и лечения. – СПб, 2017. – С. 124.

5. Делокян, Г.А. Состояние жизнедеятельности и особенности реабилитации больных рассеянным склерозом / В.Г. Помников, Л.А. Крицкая, Г.А. Делокян, А.Г. Сенькина // Материалы одиннадцатой научно-практической конференции неврологов Северо-Западного ФО РФ с международным участием «Актуальные проблемы неврологии». – Сыктывкар, 2018. – С. 111-113.

6. Делокян, Г.А. Клинико-функциональная характеристика рассеянного склероза с использованием принципов Международной классификации функционирования,

ограничения жизнедеятельности и здоровья. Возможности применения /В.Г. Помников, А.Г. Сенькина, Л.А. Крицкая, Г.А. Делокян// **Неврологический журнал.** – 2018. – Т.23, № 3. – С. 144-150.

7. Делокян, Г.А. Актуальность межведомственного взаимодействия при реабилитации больных трудоспособного возраста с рассеянным склерозом /В.Г. Помников, А.Г. Сенькина, Л.А. Крицкая, А.А. Прохоров, Г.А. Делокян// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019.- Т. 119, №5.- С. 69.

8. Делокян, Г.А. Актуальность фармакологической поддержки и реабилитации больных трудоспособного возраста с рассеянным склерозом / В.Г. Помников, Г.А. Делокян, А.Г. Сенькина, Н.Л. Абазиева// **Эффективная фармакотерапия.** – 2020. – Т. 16, № 31. – С. 54–58.

9. Делокян, Г.А. Особенности формирования индивидуальной программы реабилитации при рассеянном склерозе / В.Г. Помников, Л.А. Крицкая, Г.А. Делокян, А.Г. Сенькина// Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2020. –№3 (71). – С. 147-148.

10. Делокян, Г.А. Рассеянный склероз: анализ первичной инвалидности в Санкт-Петербурге в 2016-2018 годах /В.Г. Помников, О.О. Самсоненко, А.Г. Сенькина и соавт. // **Российский медицинский журнал.** – 2020. – Т. 26, №5. – С. 279-282.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- МРТ - магнитно-резонансная томография
ПИТРС - препараты, изменяющие течение рассеянного склероза
РС - рассеянный склероз
EDSS - расширенная шкала инвалидизация больных с РС
FS - шкала состояния функциональных систем