

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)

К. А. Блинова^{1*},

И. П. Основина¹, кандидат медицинских наук

И. Е. Мишина¹, доктор медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп, д. 8

РЕЗЮМЕ Описан типичный случай лечения рака молочной железы (РМЖ) – радикальная мастэктомия и адъювантная лучевая терапия – с развитием постмастэктомического синдрома (ПМЭС). Пациентка находилась на третьем (амбулаторном) этапе реабилитации. Продемонстрировано практическое использование Международной классификации функционирования (МКФ) для оценки эффективности этого этапа реабилитации. Применение категорий МКФ позволило более полно выявить ведущие проблемы больной, обосновать индивидуальную программу реабилитации, объективно оценить эффективность отдельных компонентов реабилитационного воздействия и программы реабилитации в целом, повысить качество жизни пациентки. Одновременно приведенное наблюдение демонстрирует неопределенность и неоднозначность подходов к применению МКФ, что определяет необходимость их совершенствования в реабилитационной практике.

Ключевые слова: амбулаторная реабилитация, Международная классификация функционирования, постмастэктомический синдром.

*Ответственный за переписку (corresponding author): xenny7@yandex.ru

Методы, применяемые для лечения РМЖ: хирургическое вмешательство, лучевая и химиотерапия – эффективно решают основную задачу, но при этом приводят к значимым соматическим и/или психологическим нарушениям, которые определяются как ПМЭС. Современная система реабилитационной помощи при ПМЭС направлена на максимальное восстановление функционирования пациентки. Для точного определения цели, задач и средств реабилитации у конкретной больной, а также для верификации динамики отдельных компонентов функционирования рекомендовано использовать МКФ [1, 7]. Однако практическое применение такого подхода встречает немало сложностей: выбор количества и вида шкал для оценки выраженности нарушений, практическое наполнение содержания шкал, определение наиболее информативного набора шкал МКФ для отдель-

ных нозологических форм и т. д. [2]. Действенным инструментом такой реализации выступает МКФ, в категориях которой устанавливается реабилитационный диагноз, определяются цели и задачи, создается индивидуальный план реабилитации, оцениваются результаты восстановительных вмешательств. В клинике Ивановской государственной медицинской академии на основании достаточного опыта реабилитации больных с ПМЭС сложились определенные подходы к применению МКФ в практике этой работы для оценки эффективности третьего (амбулаторного) этапа реабилитации, что отражено в приведенном клиническом примере.

Женщина 58 лет. Диагноз: «РМЖ справа, T₂N₁M₀, 2-я стадия, LumВ ИГХ тип, 3-я клиническая группа. Ожирение 2-й степени». В ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» про-

ведена радикальная мастэктомия по Маддену и адьювантная лучевая терапия. Первый этап реабилитации проходил в хирургическом стационаре. Пациентка посещала школу для больных РМЖ, включающую информационный образовательный блок, обучение приемам самомассажа и лечебной физкультуры в домашних условиях и была проконсультирована психологом.

Через пять месяцев после проведенного лечения стали беспокоить боли и недостаточная подвижность руки со стороны операции, ограничивающие повседневную активность. Направлена на третий этап реабилитации в дневной стационар клиники ИвГМА с диагнозом: «Синдром постмастэктомического лимфатического отека 1 ст.» Была осмотрена специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды.

При осмотре врачом физической и реабилитационной медицины: предъявляет жалобы на боли в руке со стороны операции (7 баллов по ВАШ), тугоподвижность этой же руки в плечевом и локтевом суставах; парестезии в руке, усиливающиеся ночью; нарушение сна в виде трудности засыпания, частых ночных пробуждений, последующей неудовлетворенности ночным сном. Запрос пациентки: уменьшение боли в руке со стороны операции, повседневная активность без боли, увеличение амплитуды движений в плечевом и локтевом суставах этой же руки, повышение качества сна.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Гиперстеническое телосложение, рост – 158 см, вес – 82 кг, ИМТ – 34,8 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. Лимфатические узлы со стороны операции удалены, с противоположной – без изменений.

Перкуторно над всей поверхностью легких – лёгочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. АД справа – 135/ 80 мм рт. ст., слева – 130/70 мм рт. ст. Пульс – 60 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нижних конечностей нет.

Status localis: «Мягкий отек в проксимальных отделах правой руки. По сравнению с левой рукой окружность правой руки увеличена: на уровне локтевого отростка – на 2 см; на уровне 5 см выше локтевого сгиба и на 5 см ниже подмышечной впадины – на 1,5 см. Кожа утолщена, берется

в складку с трудом. Отмечаются болезненность при пальпации в области надплечья, задней поверхности шеи; уменьшение подвижности в плечевом и локтевом суставах со стороны операции.

Был выполнен ряд биометрических измерений: измерение окружности рук; гониометрия плечевого и локтевого суставов. Мышечная сила и выносливость правой верхней конечности оценивалась на аппарате PrimusRS (универсальный комплекс для функциональной оценки, диагностики и реабилитации опорно-двигательного аппарата (США)). Были использованы изометрический тест «рука-захват», измерение силы отведения плеча в положении нейтральной установки; изотонический тест на измерение выносливости, отведение-приведение плеча под углом 90 градусов с частотой 30 ударов в минуту [3]. Также была проведена оценка выраженности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), состояния пораженной руки по опроснику DASH неспособностей верхних конечностей [4], выраженности нарушений сна (по опроснику для оценки тяжести бессонницы Insomnia Severity Index (ISI)) [5]. Для оценки уровня тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), качество жизни оценивали по опроснику SF-36. Результаты оценки функциональных способностей пациентки приведены в *таблице 1*.

По результатам дополнительных обследований при поступлении было подтверждено уменьшение амплитуды движений в плечевом и локтевом суставах, силы, выносливости руки со стороны операции, отмечено снижение качества сна, а также выявлена субклинически выраженная тревога и клиническая депрессия. Зарегистрировано значительное снижение качества жизни по шкалам физического здоровья и социального функционирования по сравнению с общепопуляционными показателями. Также отмечено снижение показателей по шкале интенсивности боли (что характеризует высокую ее интенсивность) [6].

Заключение врача ЛФК: пациентку беспокоит боль в области послеоперационного рубца с иррадиацией в плечо, предплечье, ограничение подвижности руки со стороны операции, снижение силы мышц плеча, выносливости, парестезия, более выраженная по медиальной стороне руки (по локтевому нерву). Имеется снижение

Таблица 1. Динамика состояния пациентки в ходе третьего этапа реабилитации

Объект измерения	Результат		
	при поступлении	через 10 дней	при выписке
ШРМ, баллы	3	3	2
Боль в правой руке, баллы	7	5	3
Окружность правой руки, см:			
– на уровне локтевого отростка,	27,5	27,5	27,0
– на 5 см выше локтевого сгиба,	31,0	31,0	30,0
– на 5 см ниже подмышечной впадины	42,0	41,0	41,0
Амплитуда движений правой руки, градусы			
В плечевом суставе:			
– сгибание,	150	160	170
– отведение.	140	145	160
В локтевом суставе:			
– разгибание,	100	110	120
– пронация,	45	45	60
– супинация	45	45	60
Суммарный показатель неспособностей верхних конечностей, баллы	44,0	34,5	27,5
PrimusRS (% в сравнении с противоположной рукой):			
– сила руки со стороны операции,	24	20	14
– выносливость	46	40	32
Качество сна, баллы	16	14	8
HADS, баллы:			
– тревога,	9	6	5
– депрессия	14	11	8
Шкалы опросника SF-36, баллы			
физическое функционирование (Physical Functioning – PF)	14,0	20,0	38,0
ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP)	32,0	33,0	35,0
интенсивность боли (Bodily pain – BP)	32,0	45,0	70,0
общее состояние здоровья (General Health – GH)	20,0	21,0	29,0
жизненная активность (Vitality – VT)	32,0	35,0	40,0
социальное функционирование (Social Functioning – SF)	16,0	18,0	35,0
ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE)	40,0	40,0	45,0
психическое здоровье (Mental Health – MH)	20,0	20,0	20,0
Общие показатели:	35,2	36,4	50,25
– физический компонент здоровья (Physical health – PH)			
– психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)	21,5	26,3	33,7

толерантности к физической нагрузке. Компрессионную терапию не использовала.

Заключение эрготерапевта: пациентка проживает одна в благоустроенной квартире, сын с невесткой навещают один раз в два-три дня. В выполнении базовых навыков самообслуживания самостоятельна, однако отмечает ограничения при мытье в душе, надевании верхней одежды, уборке в доме. Основной запрос – на увеличение объема движений руки.

Заключение психолога: у пациентки имеются признаки хронического постстрессового состояния, беспокоит апатия, потеря интереса к жизни; испытывает страх рецидива заболевания. Имеются проблемы в семье пациентки: родственники не принимают участия в восстановлении ее функциональной активности.

Реабилитационный потенциал был определен как «частичное восстановление нарушенного функционирования».

Клинический диагноз на момент поступления пациентки на третий этап реабилитации: «РМЖ справа, T₂N₁M₀, 2-я стадия, LumВ ИГХ тип, 3-я клиническая группа. Синдром постмастэктомиического лимфатического отека 1 ст. Ожирение 2-й степени». Реабилитационный диагноз в категориях МКФ при поступлении пациентки и затем в динамике процесса реабилитации приведен в *таблице 2*.

Цель реабилитации – краткосрочная (на десять дней): пациентка без выраженных болей сможет самостоятельно принять душ и вымыться в ванной, не будет испытывать проблем с засыпанием, повысится ее эмоциональная устойчивость.

Оценка нарушенных функций по МКФ позволила обоснованно сформировать индивидуальную программу медицинской реабилитации (*табл. 3*).

Через десять дней была отмечена положительная динамика: увеличилась амплитуда движений в плечевом суставе руки со стороны операции, уменьшилась выраженность боли. Отмечено снижение тревожности пациентки и улучшение качества сна (*см. табл. 1*).

Принято решение о продлении курса реабилитации на две недели с расширением объёма и интенсивности вмешательств, направленных на выносливость мышц плечевого пояса и толерантность к физической нагрузке за счёт расширения компонента физического тренинга (аэробные интервальные физические нагрузки). Определена следующая цель: через неделю пациентка сможет самостоятельно надевать верхнюю одежду, не испытывая болей и затруднений, совершать ежедневную уборку в доме.

После прохождения индивидуальной программы реабилитации при выписке отмечена поло-

Таблица 2. Реабилитационный диагноз пациентки с постмастэктомиическим синдромом в категориях Международной классификации функционирования в процессе третьего этапа реабилитации

Код и категория МКФ		Степень нарушений		
		при поступлении	через десять дней	при выписке
b4352	Функции лимфатических сосудов	b4352.2	b4352.2	b4352.2
b 710	Функции подвижности сустава – плечевого – локтевого	b 710.2	b 710.1	b 710.1
		b 710.3	b 710.3	b 710.2
b7301	Сила мышц одной конечности	b7301.2	b7301.2	b7301.1
b7401	Выносливость мышечных групп	b7401.3	b7401.3	b7401.2
b280	Боль в части тела	b280.3	b280.2	b280.1
b134	Функции сна	b134.3	b134.2	b134.2
b1522	Диапазон эмоций (патологическая тревога)	b1522.2	b1522.1	b1522.1
b1521	Регуляция эмоций	b1521.3	b1521.3	b1521.2
s 420	Структура лимфатических сосудов	s 420.3	s 420.3	s 420.3
s 720	Структура области плеча	s 720.2	s 720.2	s 720.1
d4308	Поднятие и перенос предметов	d4308.3	d4308.2	d4308.2
d510	Мытье	d510.3	d510.2	d510.2
d540	Надевание одежды	d540.3	d540.3	d540.1
d640	Выполнение работы по дому	d640.3	d640.3	d640.1
d650	Забота о домашнем имуществе	d650.3	d650.3	d650.2
d920	Отдых и досуг	d920.2	d920.2	d920.1
e115	Изделия и технологии для личного повседневного использования	e115.0	e115.+1	e115.+2
e1101	Лекарственные вещества	e115.0	e115.+2	e115.+2
e310	Семья и ближайшие родственники	e115.0	e115.+1	e115.+2

Таблица 3. Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациенток с постмастэктомическим синдромом с использованием Международной классификации функционирования

МКФ код	МКФ категория	Цель применения	Методы вмешательства	Ответственный специалист МДРК
b280	Боль в части тела	Снижение выраженности боли	Анальгетики. НИЛИ. Магнитотерапия	Врач ФРМ Физиотерапевт
b 4352	Функции лимфатических сосудов	Стимуляция активности лимфангиона, лимфооттока	Лимфодренажный массаж. Пневмокомпрессия. Медикаментозная коррекция (назначение НПВП, препаратов, улучшающих лимфатический отток, согласование назначения антидепрессантов). Обучение компрессионной терапии (трикотаж, бинт)	Врач ФРМ. Физиотерапевт
b 710	Функции подвижности сустава	Разработка амплитуды движения в плечевом и локтевом суставах	Тренинг на аппаратах Kinetec, Teramed, Motomed	Инструктор ЛФК
b7301	Сила мышц одной конечности	Тренировка силовой функции мышц поражённой руки, обучение контролю за интенсивностью физической нагрузки	Силовой тренинг	Инструктор ЛФК
b7401	Выносливость мышечных групп	Улучшение выносливости мышц верхней конечности	Изотонические тренировки. Механотерапия	Инструктор ЛФК. Физиотерапевт
b134	Функции сна	Улучшение свойств сна	Обучение культуре сна. Медикаментозная коррекция. Психологические методы	Врач ФРМ. Медицинский психолог
b1522	Диапазон эмоций (патологическая тревога)	Снижение выраженности	Психологическая коррекция (индивидуальная и групповая психотерапия)	Медицинский психолог
b1521	Регуляция эмоций	Снижение выраженности нарушений	Психологическая коррекция (индивидуальная и групповая психотерапия). Антидепрессанты	Медицинский психолог
s 4200	Структура лимфатических сосудов	Профилактика и лечение фиброза	Магнитотерапия. НИЛИ	Физиотерапевт
s 720	Структура области плеча	Профилактика и лечение структурных нарушений	Механотерапия. Магнитотерапия. Мануальная терапия	Инструктор ЛФК. Физиотерапевт
d4308	Поднятие и перенос предметов	Улучшение повседневных активностей, связанных с рукой	Обучение и тренировка в активностях	Эрготерапевт. Инструктор ЛФК
d510	Мытье			
d540	Надевание одежды			
d640	Выполнение работы по дому			
d650	Забота о домашнем имуществе			
d920	Отдых и досуг			

Окончание **табл. 3**

МКФ код	МКФ категория	Цель применения	Методы вмешательства	Ответственный специалист МДРК
e115	Изделия и технологии для личного использования	Обучение методам самокоррекции	Компрессионный трикотаж	Эрготерапевт
e1101	Лекарственные вещества	Улучшение лимфооттока, нормализация сократительной активности лимфатических сосудов профилактика рецидивов рожистого воспаления, коррекция депрессии	Медикаментозная коррекция (назначение НПВП, препаратов, улучшающих лимфатический отток, согласование назначения антидепрессантов)	Врач ФРМ
e310	Семья и ближайшие родственники	Оптимизация установок	Беседа с родственниками	Медицинский психолог

жительная динамика состояния пациентки (см. табл. 1): уменьшился отек и боль в руке со стороны операции, увеличилась амплитуда движений в плечевом и локтевом суставах, сила и выносливость. Улучшилось качество сна и эмоциональное состояние пациентки. Улучшилось качество жизни больной, что отразилось при оценке по опроснику SF-36: показатели физического и социального функционирования достоверно возросли по окончании курса реабилитации, что свидетельствовало о значимом увеличении объема выполняемой физической нагрузки и повышении социальной активности. Исходно низкое значение по ВАШ, характеризующее высокую ее интенсивность, после курса реабилитации приблизился к среднепопуляционному.

Поставленные в ходе курса реабилитации цели были полностью реализованы: пациентка не испытывает выраженных ограничений в повседневной бытовой активности. При выписке ШРМ составила 2 балла.

Применение категорий МКФ позволило выявить ведущие проблемы пациентки с указани-

ем, какие именно нарушенные функции и ограничения активности в большей мере беспокоят женщину и влияют на качество жизни. Это дало возможность обоснованно сформировать индивидуальную программу реабилитации, оценить динамику состояния больной, объективизировать и оценить эффективность отдельных компонентов реабилитационного воздействия и программы реабилитации в целом, повысить качество жизни пациентки.

В то же время приведенный пример демонстрирует неопределенность и неоднозначность подходов к применению МКФ, в том числе и при ПМЭС: выбор категорий, их количество, использование доступных стандартизированных методов, шкал и опросников для оценки степени выраженности имеющихся нарушений и ограничений, критерии положительной и отрицательной динамики в процессе реабилитации. Все перечисленные и многие другие проблемы являются направлениями дальнейшей работы по совершенствованию использования МКФ в реабилитационной науке и практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Вербицкая Е.В., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мишина И.Е., Нестерин К.В., Никифоров В.В., Прокопенко С.В., Сарана А. М.О., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А., Яшков А.В. Применение международной классификации функционирования в процессе медицинской реабилитации. Вестник восстановительной медицины. 2018;6(88):2-77.
2. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование Международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов. Вестник восстановительной медицины. 2017;6(82).
3. Федяев М.А., Козлов С.И. Оценка состояния нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций организма человека посредством обследования на аппаратно-программном комплексе PRIMUS RS. Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020;4:116–119.
4. Cheng HMS, Sampaio RF, Mancini M, Fonseca S, Cotta RM Disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH): Factor analysis of the version adapted to Portuguese/Brazil. Disability and Rehabilitation. 2008;30(25):1901-1909.
5. Bastien CH, Vallières A, Morin CM Validation of the Insomnia Severity Index as a clinical outcome measure for insomnia research. Sleep Medicine. 2001;2:297–307.
6. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). Научно-практическая ревматология. 2008;1:36-48.
7. Белова В.В., Вялкова С.В., Блеклов С.В., Ястребцева И.П., Фокичева С.О., Николаева С.В. Реабилитация пациентов с постмастэктомическим синдромом: клинический пример. Вестник Ивановской медицинской академии. 2017;22(2):49-51.

EVALUATION OF AMBULATORY REHABILITATION EFFECTIVENESS BY INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING IN POST-MASTECTOMY SYNDROME (A CLINICAL CASE)

K. A. Blinova, I. P. Osnovina, I. E. Mishina

ABSTRACT A typical case of the treatment for breast cancer (BC) was described – radical mastectomy and adjuvant radiation therapy – with the development of post-mastectomy syndrome (PMES). A patient underwent the third (ambulatory) stage of rehabilitation. Practical application of International classification of functioning (ICF) was demonstrated in order to estimate the efficacy of this stage of rehabilitation. The usage of ICF categories allowed to reveal the main problems of the patient in full, to substantiate individual program of rehabilitation, to evaluate the efficacy of separate components of rehabilitation impact and full rehabilitation program objectively, to improve her quality of life. At the same time this observation showed the uncertainty and ambiguity of the approaches to ICI application and it stipulated the necessity of their improvement in rehabilitative practice.

Key words: ambulatory rehabilitation, International classification of functioning, post-mastectomy syndrome.