

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
06.12.2011
Регистрационный №129-1211

**МЕТОДИКА МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук И.Я. Чапко, д-р мед.
наук А.Н. Филиппович, канд. мед. наук Е.Ф. Святская, Т.В. Черевко, В.А. Милькота

Минск 2011

Инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для экспертной оценки неврологических проявлений (осложнений) поясничного остеохондроза и вызванных ими ограничений.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Тонометр для измерения артериального давления (АД).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Настоящая инструкция определяет проведение медицинской экспертизы пациентам с неврологическими проявлениями (осложнениями) поясничного остеохондроза в виде следующих функциональных нарушений (синдромов): алгический (болевого), синдром, вертебральный синдром (нарушение статодинамической функции позвоночника), двигательные нарушения (парезы), вегетативные нарушения.

Вертеброгенные, и прежде всего, алгические (болевые) синдромы пояснично-крестцовой области занимают ведущую позицию среди инвалидизирующих синдромов в практике медицинской экспертизы пациентов с неврологической патологией. При этом остеохондроз позвоночника традиционно рассматривается в качестве одной из основных причин вертеброгенного болевого синдрома. В соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)», дегенеративные заболевания позвоночника, в т. ч. дорсопатии (M50–M54), включены в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00–M99).

Терминологически дорсопатии представлены болевыми синдромами в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника. В соответствии с классификацией МКБ-10 в данном классе выделяют артропатии, системные поражения соединительной ткани, остеопатии и т. д. Рассматриваемые в настоящей инструкции заболевания отнесены к группе «Другие дорсопатии» (M50–M54).

Экспертной оценке подлежат следующие виды заболеваний, которые наиболее часто обуславливают временную нетрудоспособность и риск инвалидизации пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. Блок M54 — Дорсалгия: M54.1 радикулопатия (неврит и радикулит поясничный, пояснично-крестцовый), M54.4 люмбаго с ишиасом, M54.5 боль внизу спины (люмбаго).

В практике медицинской экспертизы целесообразнее использовать не статистическую, а морфофункциональную классификацию неврологических проявлений поясничного остеохондроза, которая наиболее логично и этапно отражает патологическое развитие и течение осложнений поясничного остеохондроза (классификация И.П. Антонова, 1984; Всесоюзной проблемной комиссии «Заболевания периферической нервной системы», 1984; Я.Ю. Попелянского, 1989).

Вертеброгенные болевые синдромы пояснично-крестцовой области (по данным классификациям) подразделяются на рефлекторные и компрессионные.

Рефлекторные синдромы (люмбаго; люмбалгия; люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми, нейродистрофическими проявлениями) обусловлены раздражением рецепторов, заложенных в тканях позвоночника, создающих мощный поток афферентации, приводящий к возникновению зон гипертонуса и трофических изменений в мышечной ткани.

Компрессионные синдромы развиваются при компрессии корешков (радикулопатии), сосудов (радикулоишемия) или спинного мозга измененными структурами позвоночника.

Медицинская экспертиза пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза включает: экспертизу временной нетрудоспособности и экспертизу инвалидности.

Экспертиза временной нетрудоспособности

Основными показаниями к определению временной нетрудоспособности (ВН) являются острые или хронические заболевания в стадии обострения, требующие восстановительного лечения и реабилитации с временным ограничением трудоспособности пациента. Ниже приведены оптимальные сроки временной нетрудоспособности (таблица). Указанные оптимальные сроки временной нетрудоспособности являются ориентировочными и могут быть удлинены или сокращены при наличии объективных данных.

Таблица — Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности

Наименование заболевания	Сроки временной нетрудоспособности			
	амбулаторное лечение	стационарное лечение	после стационара	оптимальные сроки ВН
Люмбаго (острый выраженный болевой и мышечно-тонический синдромы)	7–9 дней	5–8 дней	–	5–9 дней
Люмбоишиалгия с выраженными клиническими проявлениями	Госпитализация в первые дни заболевания	12–18 дней	5–10 дней	17–28 дней
Люмбоишиалгия с умеренными клиническими проявлениями	15–20 дней	14–18 дней	–	14–20 дней
Пояснично-крестцовая радикулопатия (радикулит) с выраженными клиническими проявлениями	Госпитализация в первые дни заболевания	12–18 дней	10–12 дней	22–30 дней
Пояснично-крестцовая радикулопатия (радикулит) с умеренными клиническими проявлениями	14–18 дней	14–18 дней	–	14–18 дней
Дискэктомия по поводу грыжи диска (сроки ВН приведены в послеоперационном периоде)	При щадящем объеме операции и отсутствии инвалидизирующих функциональных нарушений ВН не менее 60 дней после операции с последующим трудоустройством через ВКК при работе в противопоказанных условиях. При наличии инвалидизирующих функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности показано направление на МРЭК			

Показаниями к направлению пациента на МРЭК являются: частые и длительные обострения при недостаточной эффективности лечения и реабилитации, наличие неблагоприятных условиях труда и невозможности равноценного трудоустройства; стойкий длительный болевой синдром умеренной, выраженной и резко выраженной степени, не поддающийся активному лечению (в т. ч. и нейрохирургическому) и реабилитации при утрате профессиональной пригодности и невозможности равноценного трудоустройства.

Экспертиза инвалидности

Основные положения, регламентирующие порядок осуществления медицинской экспертизы, определение группы инвалидности установлены «Инструкцией о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» (утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 25.10.2007 № 97 с изменениями и дополнениями от 08.11.2010 № 142).

Основными условиями, служащими основанием для признания пациента с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза инвалидом, являются: нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями; ограничения жизнедеятельности; необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

К основным видам оцениваемых нарушений функций организма, которые имеют место у вышеуказанной категории пациентов, относят нарушения статодинамических функций (двигательных функций туловища, конечностей, статики, координации движений), которые обусловлены алгическим (болевым синдромом), вертебральным синдромом (мышечно-тоническими, нейродистрофическими нарушениями), двигательными нарушениями (периферическими парезами конечности, обусловленными сосудистыми нарушениями — радикулоишемия).

К основным видам оцениваемых ограничений жизнедеятельности у пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза относятся следующие критерии: способность к самостоятельному передвижению, к самообслуживанию, способность к трудовой деятельности.

При проведении медицинской экспертизы с комплексной оценкой различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности пациента, выделяют пять функциональных классов (далее ФК) выраженности (%): ФК 0 — отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%); ФК 1 — легкое нарушение (от 1 до 25%); ФК 2 — умеренно выраженное нарушение (от 26 до 50%); ФК 3 — выраженное нарушение (от 51 до 75%); ФК 4 — резко выраженное нарушение (от 76 до 100%).

Ограничения жизнедеятельности (при решении вопроса о риске наступления инвалидности или при определении тяжести уже наступившей инвалидности) оцениваются по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных средств, технических или иных вспомогательных средств, а также степень взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий.

Освидетельствование пациента с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза на предмет установления инвалидности осуществляется медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК) (далее МРЭК) при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния здоровья гражданина на основе всестороннего анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием количественной оценки основных видов нарушений функций и степени ограничения основных критериев жизнедеятельности.

Освидетельствование пациентов на предмет установления инвалидности, оценка степени ее тяжести предусматривает анализ врачом-экспертом МРЭК следующих данных.

При опросе (интервьюировании) пациента с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза проводится анализ *субъективных жалоб*, отражающих наличие алгического, вертебрального синдромов, двигательных нарушений (субъективные данные): характер болей (интенсивность болей, частота, продолжительность, время появления, локализация, сторона болей, что провоцирует и чем купируется алгический синдром), иррадиация болей (локализация в локальной точке или иррадиация по ходу корешков с указанием точных дерматомов), продолжительность болевого синдрома (обострения), слабость в стопе и другие жалобы.

Данные, анализируемые при изучении медицинской документации («медицинской карты амбулаторного больного», «медицинской карты пациента МРЭК» — в случае повторного освидетельствования, и других медицинских документов), включают следующие показатели: характер первичного случая заболевания (обстоятельства, клиническая характеристика, толерантность к терапии и др., характер течения (частота и тяжесть, длительность обострений), характер и объем медицинских мероприятий, связь обострений с травмами, профессиональной деятельностью, возрастом и другими факторами).

Объективные данные, полученные в результате неврологического обследования, имеют первостепенное значение в количественной оценке алгического, вертебрального синдромов, двигательных нарушений и осуществляются в поэтапной последовательности.

Врачом-экспертом выполняется исследование активных движений в вертикальном положении, которые выполняются пациентом самостоятельно. Оценивается сгибание, разгибание, наклоны в стороны (°). Объем движений в сагиттальной плоскости может быть оценен по данным курвиметрии (сумма кифозирования и лордозирования, мм.).

При исследовании *пассивных движений* в положении пациента лежа на здоровом (и больном) боку оценивается сгибание, разгибание (путем сгибания, разгибания ног) при фиксации позвоночника (°).

Пальпация проводится в положении лежа на животе и в вертикальном положении, оценивается болезненность в проекции остистых отростков, паравертебральных точек, точек сухожилий и нервов. Оценивается наличие участков уплотнений, болезненных узлов, триггерных точек, гипер- или гипотония

мышц.

Перкуссия проводится в положении лежа на животе и в вертикальном положении. Оценивается болезненность в проекции остистых отростков, иррадиация болей.

Оценка нарушений в рефлекторной сфере проводится путем исследования коленного рефлекса (рефлекторная дуга L_2, L_3, L_4) — оценивается степень разгибания голени в ответ на удар молоточка по сухожилию четырехглавой мышцы ниже коленной чашечки при полусогнутом в коленном суставе свободном положении ноги (оценивается: рефлекс в норме (средней живости), снижен, отсутствует или оживлен). При исследовании ахиллова рефлекса (рефлекторная дуга S_1, S_2) оценивается степень подошвенного сгибания стопы в ответ на удар молоточка по ахиллову сухожилию при легком тыльном сгибании стопы. Оценка кремастерного рефлекса (рефлекторная дуга L_1, L_2) (вызывается штриховым раздражением внутренней поверхности бедра) осуществляется по степени подтягивания вверх яичка.

Оценка нарушений поверхностной болевой чувствительности (определяется путем нанесения равновеликих уколов притупленной иглой на определенные участки поверхности ноги) включает характер нарушения чувствительности (гипестезии, гиперестезии, гиперпатии, парестезии), локализацию нарушений.

Обязательным в экспертном освидетельствовании пациентов является использование специальных неврологических тестов для оценки степени выраженности алгии. Исследуются: симптомы звонка, Ласега, посадки, Сикара, Бехтерева, Вассермана, Мацкевича, встряхивания, конечной цистерны, Нери, Дежерина, Вальсальвы, Бурнца, внезапного натяжения Соколянского.

Симптом звонка проводится путем надавливания на остистый отросток паравертебральной болевой точки на уровне пораженного сегмента при максимальном наклоне пациента вперед и в сторону поражения. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка возникновения боли, иррадиация боли. При данном симптоме боль возникает обычно в точке проекции грыжи межпозвоночного диска (если таковая имеется) и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом Ласега проводится в две фазы. В первой фазе при положении пациента лежа на спине, осуществляется подъем выпрямленной ноги вверх до уровня появления боли по задней поверхности ноги и сопротивлению дальнейшему движению вверх (боль возникает по задней поверхности ноги). Регистрируется угол подъема выпрямленной ноги вверх от горизонтали ($^{\circ}$). Во второй фазе врач сгибает ногу пациента в коленном суставе и продолжает вертикальный подъем. Как правило, выраженность боли (при сгибании ноги в колене) уменьшается, а в дальнейшем она возникает при большем угле вертикального подъема.

При выполнении симптома посадки пациента просят сесть из вертикального положения в горизонтальное (на кушетке) с выпрямленными ногами. Регистрируется угол подъема туловища пациента от горизонтали ($^{\circ}$). Обычно пациент из-за боли не может сесть с выпрямленными ногами, на стороне поражения происходит рефлекторное сгибание ноги в коленном суставе.

Симптом Сикара выполняется следующим образом: во время выполнения симптома Ласега производится тыльное сгибание стопы. Регистрируется степень уменьшения угла подъема выпрямленной ноги вверх от горизонтали (°) оценивается как разница углов симптомов Ласега и Сикара. При одновременном вызывании симптомов Ласега и Сикара уменьшается высота подъема выпрямленной ноги, увеличивается выраженность симптома Ласега с усилением болей по задней поверхности голени.

Симптом Бехтерева (перекрестный симптом Ласега) проводится путем подъема вверх выпрямленной ноги на стороне, противоположной корешковому синдрому. Регистрируется угол подъема от горизонтали (°). Боль обычно возникает по задней поверхности бедра.

Симптом Вассермана (обратный симптом Ласега) проводится следующим образом: при положении пациента лежа на животе осуществляется подъем вверх разогнутой ноги. Регистрируется угол подъема (°). Боль, как правило, отмечается в паху и по передней поверхности бедра.

Симптом Мацкевича: при положении пациента лежа на животе, осуществляется сгибание ноги в коленном суставе. Регистрируется угол сгибания ноги в коленном суставе. Боль возникает по передней поверхности бедра, ограничено сгибание ноги в коленном суставе.

Симптом встряхивания выполняется следующим образом. Пациент стоя поднимается на носки, затем резко на пятки. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения, иррадиация боли. Отмечается возникновение или усиление боли в точке проекции грыжи межпозвоночного диска, парестезии по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом конечной цистерны: при вертикальном положении пациента проводится поколачивание кулаком по верхнему краю крестца. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения, иррадиация боли. Отмечается возникновение или усиление болей в точке проекции грыжи межпозвоночного диска и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом Нери: при вертикальном положении пациента производится резкий наклон головы. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения, иррадиация боли. Возникновение или усиление боли отмечается в точке проекции грыжи межпозвоночного диска и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом Дежерина выполняется при вертикальном положении пациента. Пациенту предлагают покашлять, чихнуть. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения, иррадиация боли. Отмечается возникновение или усиление боли в точке проекции грыжи межпозвоночного диска и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом Вальсальвы выполняется при вертикальном положении пациента. Пациенту предлагают наклониться и кратковременно задержать дыхание. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения, иррадиация боли. Отмечается возникновение или усиление боли в точке проекции грыжи межпозвоночного диска и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом Бурнца осуществляется при положении пациента стоя на коленях на стуле. Пациента просят по-возможности нагнуться и достать руками пол. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения, иррадиация боли. Как правило, отмечается возникновение или усиление боли в точке проекции грыжи межпозвоночного диска и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Симптом внезапного натяжения Соколянского осуществляется следующим образом. Выполняется симптом Ласега, при этом в момент появления боли внезапно отвлекается внимание пациента, а затем производится дальнейший подъем ноги. Регистрируется отсутствие или наличие боли, проекционная точка ее возникновения боли, иррадиация боли. Отмечается возникновение или усиление боли в точке проекции грыжи межпозвоночного диска и по ходу иннервации соответствующего корешка.

Для исследования конверсионного компонента алгического и вертебрального синдромов, кверуляции (и соответственно оценки влияния психогенного фактора, личностных особенностей в проявлении болевого синдрома) используются специальные «ложноположительные» тесты: симптомы «наложения рук», наклона таза, звонка «ложноположительный», натяжения «ложноположительные», гиперреактивности.

Симптом «наложения рук» выполняется следующим образом. При вертикальном положении пациента производится легкое надавливание руками на голову пациента. Боль обычно отсутствует. При конверсионном компоненте пациентом отмечается появление или усиление боли в поясничном отделе позвоночника.

Симптом наклона таза также выполняется при вертикальном положении пациента. Врач производит небольшие наклоны туловища пациента в сторону так, чтобы движения осуществлялись только в тазобедренных суставах (при фиксированном пояснично-крестцовом отделе позвоночника). Боль обычно отсутствует. При конверсионном компоненте отмечается появление или усиление боли в поясничном отделе позвоночника.

Симптом звонка «ложноположительный» аналогичен симптому звонка, однако пальпация производится с незначительным давлением. Боль в норме отсутствует. При конверсионном компоненте отмечается появление или усиление боли.

Симптомы натяжения «ложноположительные» аналогичны по технике выполнения симптомам натяжения (допускается выполнение с уменьшением амплитуды наклонов). При конверсионном компоненте отмечается появление боли, не соответствующее локализации поражения и сопровождающееся повышенной эмоциональной лабильностью.

Симптом гиперреактивности заключается в изучении врачом результатов комплексного применения специальных тестов (указанных выше) для оценки алгического синдрома. При конверсионном компоненте эмоциональные реакции обычно не соответствуют истинной выраженности и тяжести раздражителя и объективным вегетативным реакциям.

Исследование мобильности пациента имеет немаловажное значение при оценке алгического и вертебрального синдромов, двигательных нарушений. Экспертом оценивается участие отдельных частей тела в процессе ходьбы, адекватность содружественных движений конечностей, наличие защитных поз, характер опоры на стопу, угол разворота стоп, перемещение на носках и пятках (с определением слабости сгибателей, разгибателей стоп).

Дополнительное значение (преимущественно для оценки уровня поражения, характера морфологических изменений) в оценке нарушений, обусловленных проявлениями поясничного остеохондроза, имеют данные рентгеновизуализационной диагностики (рентгенография, компьютерная (магниторезонансная) рентгенотомография).

В условиях специализированных диагностических центров возможно использование объективных данных нейрофизиологической оценки алгического синдрома (применение конкретных методик зависит от уровня оснащенности учреждения, степени подготовленности специалистов, осуществляющих диагностику). Проводятся алгометрия (при раздражении болевых или триггерных точек оценивается площадь зоны максимальной боли), электрометрия (определяются пороги болевой чувствительности на минимальный электрический стимул, которые обычно снижены в зоне боли), ноцицептивная диагностика (при электростимуляции малоберцового нерва в серийном режиме регистрируются пороги боли и мышечного рефлекса с расчетом коэффициента их соотношения) и др. методики.

Определенное значение в объективизации степени выраженности алгического синдрома имеет оценка вегетативного статуса (наличие выраженного алгического синдрома (ФК2 и выше) часто сопровождается вегетативными нарушениями). При этом целесообразно оценивать в динамике неврологического осмотра такие признаки, как изменение окраски кожных покровов, дермографизм, степень гипергидроза (конечностей, туловища), изменения температуры тела, степень лабильности артериального давления и пульса и др.

Длительно существующий болевой синдром, патологические рефлекторно-мышечные нарушения вызывают определенные изменения в гемодинамической системе нижних конечностей. Поэтому пациентам рекомендуется выполнять (в качестве дополнительного метода исследования — в специализированных отделениях, диагностических центрах (при оформлении медицинских документов для МРЭК)) реовазографическое исследование в системе сосудов нижних конечностей (дистальных отделов). При выполнении тетраполярной реоплетизмографии в настоящее время используется метод автоматической оценки функционального состояния периферического кровообращения нижних конечностей. Оцениваются следующие показатели: артериальное кровенаполнение сегментов конечностей — реографический индекс (РИ); индекс эластичности (ИЭ), индекс периферического сопротивления (ИПС), индекс венозного оттока (ВО); частота сердечных сокращений (ЧСС).

Учитывая, что длительно существующие алгический и вертебральный синдромы приводят к определенным изменениям психологического личностного профиля, консультация психолога, использование психологических тестов также

имеет определенное значение в дополнительной оценке нарушений и ограничений жизнедеятельности. Целесообразно использовать комплексные методики, позволяющие оценить взаимосвязь болевого синдрома и степень изменения повседневной социально-бытовой активности (также в качестве дополнительного метода исследования — в специализированных отделениях, диагностических центрах при оформлении медицинских документов для МРЭК).

При медицинской экспертизе данной категории пациентов учитываются также следующие данные о заболевании:

Периоды болезни: дебют (впервые возникшее острое заболевание длительностью до 3 мес.), обострение (возникает после полной ремиссии), ремиссия (полная — болевой синдром полностью отсутствует, неполная — сохраняется легкий болевой синдром), относительная стабилизация (отсутствие динамики свыше 3 мес.).

Характер течения: рецидивирующее (чередование обострений с полной ремиссией), хронически рецидивирующее (чередование обострений с неполной ремиссией), хроническое.

Тип течения (по анализу частоты, длительности и тяжести обострений): регрессирующий (уменьшение выраженности симптомов, уменьшение частоты и длительности обострений, уменьшение количества симптомов), прогрессирующий (увеличение выраженности симптомов, увеличение частоты и длительности обострений, увеличение количества симптомов), стационарный (непрогрессирующий).

Частота обострений: частые — 4 и более обострения за последние 12 мес.; средней частоты — 2–3 обострения за последние 12 мес.; редкие — 1 обострение за последние 12 мес. При этом длительным считается обострение, которое продолжается 30 дней и более.

У пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза встречаются четыре основных вида нарушений (клинических синдромов), подлежащих оценке при медицинской экспертизе: алгический (болевой) синдром, вертебральный синдром (нарушение статодинамической функции позвоночника), двигательные нарушения (парезы), вегетативные нарушения.

Болевой (алгический) синдром обусловлен различными механизмами: раздражением рецепторов задней продольной связки выпяченным (выпавшим) пульпозным ядром межпозвоночного диска (люмбаго, люмбалгия); раздражением выпавшим диском рядом проходящего корешка (люмбоишиалгия); сдавлением (выпадением функции) корешка (радикулит, радикулопатия).

Вертебральный синдром представляет собой комплексное нарушение статодинамической функции позвоночника. Вертебральный синдром представлен следующим комплексом: изменение нормальной физиологической конфигурации позвоночника (уплощение поясничного лордоза и формирование вертебральной деформации: сколиоз и др.), регионарный мышечный дисбаланс с формированием миофиксаций, изменение статодинамической функции позвоночника (ограничение сгибания, разгибания и др.).

Двигательные нарушения (парезы) различной степени выраженности отмечаются преимущественно при корешково-сосудистых изменениях

(радикулоишемия).

Вегетативные проявления обусловлены патологической импульсацией из рецепторов суставных капсул, сухожилий, мышц и отмечаются, как правило, при выраженном болевом синдроме.

Экспертная оценка при определении тяжести инвалидности предусматривает комплексную оценку всех неврологических нарушений (алгического синдрома, вертебрального синдрома, двигательных и вегетативных нарушений) с учетом их совокупного влияния на категории жизнедеятельности.

Легкие нарушения (ФК1) характеризуются преобладанием легкого болевого синдрома (ФК1) с доминированием следующих признаков. Боли, как правило, возникают под влиянием статодинамических нагрузок, полностью проходят после отдыха в горизонтальном положении, иррадиация болей отсутствует. Продолжительность обострения болевого синдрома (рецидивирующее течение люмбалгии, люмбоишиалгии) не превышает 2 недель. При функциональном исследовании походка не изменена, движения при ходьбе в позвоночнике свободны или незначительно ограничены. Проявления отдельных признаков легкого вертебрального синдрома (ФК1) характеризуются следующими качествами: статодинамически (при наклонах) отмечается ограничение объема движений в поясничном отделе позвоночника до 25% от средне-нормальных значений; сколиоз слабовыраженный, выявляется преимущественно при функциональных пробах, отмечается незначительное уплощение лордоза, легкое напряжение паравертебральной мускулатуры, симптомы натяжения нервных стволов не отмечаются, вегетативные реакции при осмотре пациента отсутствуют (*Примечание:* за средненормальный объем движений в позвоночнике по данным гонио- и курвиметрии принимаются следующие: в нижнегрудном и поясничном отделах поворот туловища при фиксации таза и ног составляет по 30° в одну и другую стороны; в поясничном отделе позвоночника объем движений в сагиттальной плоскости по данным курвиметрии (сумма кифозирования и лордозирования, мм) составляет: при росте до 160 см — 48 мм, при росте 161–170 см — 45 мм, при росте более 180 см — 35 мм).

При осмотре могут отмечаться слабовыраженные рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка (при радикулитах), у отдельных пациентов при осмотре могут иметь место один или несколько очагов остеомиофиброза (при нейродистрофическом синдроме) в пределах одной анатомической области, часть из которых либо слабо болезненна при пальпации (степень болезненности определяется по словесному отчету пациента), а часть очагов может быть умеренно болезненна при пальпации, либо отмечаются очаги в 2–3 анатомических областях (все слабо болезненные при пальпации).

При исследовании периферической гемодинамики в сосудистой системе нижних конечностей реографический индекс голени составляет 0,07 Ом и выше (на стороне иррадиации боли), затруднение венозного оттока отсутствует.

Умеренные нарушения (ФК2) характеризуются следующими признаками. Боли, как правило, периодические, возникают в связи со статодинамическими нагрузками на позвоночник, усиливаются при движениях, при длительных вынужденных позах, отмечается иррадиация болей по ходу корешка. Продолжительность обострения заболевания (с наличием дорсалгии) обычно

составляет от 2 недель до 2–3 мес. При функциональном исследовании походка шадящая, объем движений в позвоночнике при ходьбе ограничен, особенно сгибание в первой фазе шага. Отмечается ограничение объема движений на 25–49% от средненормальных значений. Имеют место умеренные признаки вертебрального синдрома: уплощение или исчезновение лордоза, легкий, реже умеренный сколиоз (сколиоз у пациентов выявляется преимущественно в положении стоя, лежа исчезает), умеренное напряжение паравертебральных мышц. Симптомы натяжения нервных стволов выражены умеренно: симптом Ласега определяется с угла в 40–60°, симптом посадки — под углом в 50–70°. При исследовании симптомов натяжения могут отмечаться легкие эмоциональные, двигательные и вегетативные реакции (в виде незначительного гипергидроза, тахикардии, изменения окраски кожных покровов). Отмечаются умеренно выраженные рефлекторные либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка; либо слабо выраженные признаки поражения двух корешков, либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка в сочетании со слабо выраженными нарушениями в зоне иннервации другого корешка. У отдельных пациентов отмечаются признаки нейродистрофического синдрома: имеются очаги остеомиофиброза в пределах 2–3 анатомических областей, при пальпации часть из них слабоболезненная, а часть умеренно болезненная; либо отмечаются очаги в двух областях, все умеренно болезненные; либо имеется очаг в одной анатомической области, сильно болезненный при пальпации (о болезненности судят по общей двигательной реакции) наряду со слабо болезненными очагами в других областях.

При изучении периферической гемодинамики в сосудистой системе нижних конечностей – реографический индекс голени не превышает 0,07 Ом (на стороне иррадиации боли), у ряда пациентов (не более чем в 50% случаев) отмечается затруднение венозного оттока. Вместе с тем следует обратить внимание на то, что результаты инструментальных исследований имеют дополнительное значение при проведении медицинской экспертизы и не могут быть отнесены к основным критериям при оценке алгического или вертебрального синдромов при установлении инвалидности. Более целесообразно использование результатов инструментальных исследований в реабилитационной практике, когда изменение показателей периферической гемодинамики (увеличение реографического индекса) свидетельствует об эффективности проводимого восстановительного лечения.

Выраженные нарушения (ФКЗ) характеризуются следующими признаками. Боли почти постоянные, усиливаются при легких статодинамических нагрузках (перемена положения тела, подъем с постели и др.), при ортопедической укладке боли уменьшаются, отмечается иррадиация болей по ходу нескольких корешков. Продолжительность обострения заболевания, как правило, составляет свыше 3 мес., в некоторых случаях отмечается переход в хронические формы. Существенно изменяется характер походки: передвижение из-за болей возможно преимущественно в пределах помещения, отмечается щажение походки, шаг укорочен на здоровой стороне; для разгрузки при ходьбе позвоночника пациенты используют различные приемы (симптом Минора, «треноги» или «распорки»). Изменяется объем движений в поясничном отделе позвоночника — ограничение объема движений составляет 50–74% от средненормальных значений. Имеют место

выраженные признаки вертебрального синдрома: исчезновение лордоза, сколиоз (стойкий выраженный сколиоз, не исчезающий в положении лежа), кифоз, выраженное напряжение паравертебральных мышц (мышцы «каменистой» плотности, положителен симптом ипсилатерального напряжения многораздельных мышц; выраженная локальная болезненность остистых отростков, паравертебральных точек; выраженное ограничение движений позвоночника. У пациентов значительно выражены симптомы натяжения нервных стволов: симптом Ласега положителен под углом 20–30°, симптом посадки под углом 30–40°, положительны симптомы Брагарда, Соколянского, Нери, Дежерина. Имеют место эмоциональные, двигательные и вегетативные реакции при осмотре пациента: при пальпации, вызывании симптомов натяжения отмечаются выраженный гипергидроз, покраснение кожных покровов, тахикардия, повышение артериального давления и др. У пациентов отмечаются сильно выраженные рефлекторные либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка; либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации двух корешков, либо сильно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка в сочетании со слабовыраженными нарушениями иннервации другого корешка.

У пациентов с выраженным болевым синдромом могут отмечаться проявления нейродистрофического синдрома: имеются очаги остеомиофиброза в 2–3 анатомических областях, часть из которых умеренно, а часть сильно болезненна при пальпации; либо отмечаются очаги в трех и более областях, все умеренно болезненные; либо чрезвычайно болезненный очаг в пределах одной анатомической области при слабо и умеренно болезненных очагах остеомиофиброза в других областях.

Исследование периферической гемодинамики в сосудистой системе нижних конечностей выявило, что реографический индекс голени составляет 0,06 и ниже (на стороне иррадиации боли), в большинстве случаев выявляется затруднение венозного оттока.

Резко выраженные нарушения (ФК4) характеризуются следующими признаками. Боли носят постоянный, интенсивный характер, усиливаясь при малейших статодинамических нагрузках. Ортопедическая укладка в постели лишь слегка уменьшает выраженность боли, пациенты принимают вынужденные позы, избегают любых движений, плохо спят из-за болей; отмечается иррадиация болей по ходу нескольких корешков. Как правило, продолжительность обострения составляет более 3 мес., переходя в хронические формы. Мобильность пациентов значительно ограничена, передвижение из-за болей с трудом осуществляется в пределах помещения.

При объективном исследовании объем движений в поясничном отделе позвоночника резко ограничен (обследование пациентов крайне затруднено из-за выраженности боли), при этом ограничение объема движений варьирует в интервале 75–100% от средненормальных значений. Сколиоз у пациентов сильно выражен, не исчезает в положении лежа. Отмечаются резкие признаки вертебрального синдрома: отсутствие лордоза, выраженный сколиоз, кифоз, резко выраженное напряжение паравертебральных мышц, положительный симптом ипсилатерального напряжения многораздельных мышц; выраженная локальная болезненность остистых отростков,

паравертебральных точек; выраженное ограничение движений позвоночника. Отмечаются резко выраженные симптомы натяжения нервных стволов (оценка симптомов натяжения также затруднена из-за боли); при осмотре отмечаются также выраженные эмоциональные, двигательные и вегетативные реакции (гипергидроз, покраснение кожных покровов, тахикардия и др.). Отмечаются проявления нейродистрофического синдрома: имеются очаги остеомиофиброза в пределах нескольких анатомических областей, при пальпации все сильно или очень сильно болезненные.

При исследовании периферической гемодинамики в сосудистой системе нижних конечностей показано, что реографический индекс голени составляет 0,05 Ом и ниже (на стороне иррадиации боли), во всех случаях выявляется затруднение венозного оттока.

Основанием для установления инвалидности служит сформировавшаяся социальная недостаточность – социальные последствия имеющегося ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания, дефекта, приводящие к неспособности человека выполнять обычную для его положения роль в жизни (с учетом возраста, пола, образования, места жительства), поддерживать экономическую независимость, осуществлять присущую индивидууму деятельность (в т. ч. профессиональную), создающие потребность в дополнительной помощи и социальной защите.

При комплексной оценке социальной недостаточности (инвалидности) экспертами оцениваются: выраженность функциональных нарушений; период заболевания; характер течения заболевания; тип течения заболевания; частота и длительность обострений; ограничения жизнедеятельности, возникающие в результате заболевания; эффективность лечения и реабилитации, их адекватность и полнота; осложнения и сопутствующие заболевания; клинико-трудовой прогноз; психологические особенности личности пациента, уровень мотивации к реабилитации и продолжению трудовой деятельности; биологические и социальные факторы (пол, возраст, профессия, условия труда, социально-бытовые условия и пр.); нуждаемость в мерах социальной помощи и защиты (прежде всего, в трудоустройстве).

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма, возникших в результате заболевания, устанавливается вторая или третья группа инвалидности (первая группа инвалидности у данной категории пациентов не устанавливается).

Основанием для установления второй группы инвалидности является выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФКЗ вследствие заболевания, приводящее к выраженной социальной недостаточности, в следующих случаях:

- выраженное нарушение функции одной из систем организма, приводящее к выраженному ограничению жизнедеятельности;
- умеренное нарушение функций 2 и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящий к выраженному ограничению жизнедеятельности.

Вторая группа инвалидности определяется пациентам с радикулопатиями (радикулитами), радикулоишемиями при неблагоприятном течении впервые

возникшего заболевания (резко выраженный болевой и вертебральный синдромы (ФК4), не поддающиеся коррекции в течение 4 мес.), невозможности или неэффективности проведенного оперативного лечения; при наличии частых длительных обострений заболевания, что приводит к выраженному ограничению жизнедеятельности (ФК3) вследствие выраженного нарушения передвижения, самообслуживания (ФК3) и невозможности участия в трудовой деятельности (ФК4).

Основанием для установления третьей группы инвалидности является умеренное нарушение жизнедеятельности, соответствующее ФК2 вследствие заболевания, приводящее к умеренно выраженной социальной недостаточности, в следующих случаях:

- умеренно выраженное нарушение функции одной из систем организма, приводящее к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;
- легкое нарушение функций 2 и более систем организма, создающее синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящее к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;
- легкое нарушение профессионально значимых функций у работающего, ведущее к умеренному или выраженному ограничению способности к профессиональной (трудовой) деятельности из-за снижения квалификации, объема работ или значительного изменения условий труда;
- выраженное нарушение профессионально значимых и других функций у лица, длительно не работающего, ведущее к выраженному ограничению способности к трудовой деятельности.

Третья группа инвалидности определяется у пациентов с радикулопатиями (радикулитами), люмбоишиалгиями, радикулоишемиями при наличии выраженного (ФК3) болевого, вертебрального (рефлекторно-тонического) синдромов, приводящих к умеренному ограничению жизнедеятельности (ФК2) вследствие нарушения передвижения, участия в трудовой деятельности у работающих лиц из-за необходимости значительного сужения (сокращения) объема выполняемой работы (а также вследствие утраты профессиональной пригодности и невозможности равноценного трудоустройства у лиц, занимающихся тяжелым физическим неквалифицированным трудом). Третья группа инвалидности может также устанавливаться у пациентов при наличии умеренного (ФК2) болевого и рефлекторно-тонического синдромов, приводящих к умеренному ограничению участия в трудовой деятельности (ФК2) вследствие утраты профессиональной пригодности и невозможности равноценного трудоустройства у лиц, занимающихся тяжелым физическим квалифицированным (а также неквалифицированным) трудом. Вместе с тем, в оговоренных выше случаях (при умеренном (ФК2) болевом и рефлекторно-тоническом синдромах) третья группа инвалидности устанавливается при впервые возникшем заболевании. Для инвалида составляется индивидуальная программа реабилитации (ИПР), в которой указываются условия рационального трудоустройства с целью препятствия прогрессирования заболевания. Противопоказанными к рациональному трудоустройству являются следующие виды и условия труда: значительное физическое (статическое) напряжение; общая и местная вибрация; вынужденное положение туловища, конечностей; стереотипные движения; ротационные движения; предписанный темп работы (работы на

конвейере); неблагоприятные метеорологические условия.

При последующем освидетельствовании (второе освидетельствование) врачами-экспертами оценивается выполнение ИПР инвалида в части рационального трудоустройства. При невыполнении инвалидом ИПР экспертный анализ производится, в первую очередь, по критериям оценки степени функциональных нарушений (выраженность алгического и вертебрального синдромов, частота и длительность обострений). При сохраняющихся нарушениях функции передвижения (умеренный парез сгибателей или разгибателей стопы при радикулоишемиях) и отсутствии обострений алгического и вертебрального синдромов (по данным медицинской документации), при невыполнении мероприятий в отношении рационального трудоустройства (по видам и условиям труда) инвалидность, как правило, не устанавливается.

Синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности (способность к передвижению) рассматривается у пациентов с алгическим, вертебральным синдромом, двигательными нарушениями (парезы сгибателей (разгибателей) стопы при радикулоишемиях), у которых имеются иные заболевания (с нарушением функции нижних конечностей), приводящие в совокупном влиянии к умеренному (ФК2) ограничению передвижения (деформирующий артроз тазобедренных суставов III–IV стадии, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью II степени, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей II степени).