

ДИСКУСІЇ, ПОШУКИ, ГІПОТЕЗИ

УДК: 616.711-007.17-036.865-084

Д. О. Яременко, О. Г. Шевченко, І. В. Голубєва

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка, НАМН України»

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЗНИЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ХРЕБТА

Подано результати експертного аналізу 164 випадків інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта. Вивчено організаційні питання надання лікувально-реабілітаційної допомоги на етапах амбулаторного та стаціонарного лікування хворих на остеохондроз хребта. На підставі узагальнення результатів дослідження сформульовано основні організаційні принципи з профілактики та зниження показників інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта.

Ключові слова: хребет, дегенеративні захворювання, профілактика, лікування/

Вступ

Хвороби хребта займають перше місце за розповсюдженістю серед населення земної кулі. Вертебральний больовий синдром у різні вікові періоди реєструється у 70-80% населення, а у віці після 70 років – у 90-95% [4]. В індустріально розвинених країнах біль у нижній частині спини займає друге місце серед чинників тимчасової непрацездатності. У загальній структурі захворювань периферичної нервової системи радікулопатії, обумовлені дегенеративними захворюваннями поперекового відділу хребта, сягають більше 80% від загального числа випадків [5, 7]. При цьому класична радікулопатія (радикуліт, ішіас) є причиною болю в спині не більш як у 5% випадків. Основна частина таких захворювань є результатом дегенеративних процесів у хребті, загальна назва яких – остеохондроз [2]. Видалення гриж міжхребцевих дисків на поперековому рівні є найчастішою плановою операцією, яка виконується у всіх нейрохірургічних стаціонарах. Незважаючи на це, до 10% пацієнтів із загального числа хворих на поперековий остеохондроз стають інвалідами, до того ж серед оперованих хворих загальний рівень інвалідності сягає до 70% [5]. Повноцінне відновне лікування одержують лише біля 68% хворих з остеохондрозом хребта, які цього потребують [8].

Таким чином, соціальна значущість проблеми дегенеративних захворювань хребта для суспільства дуже велика і визначається, з одного боку, їх поширеністю, з іншого – високою тимчасовою та стійкою втратою працездатності.

Абсолютна більшість наукових публікацій присвячена питанням діагностики захворювань хребта, методам оперативного та консервативного лікування, профілактики зазначеної патології. Докладно досліджуються питання етіології, патогенезу остеохондрозу хребта різної локалізації, принципи діагностики, оперативного і хірургічного лікування цієї патології. Медико-організаційні питання зазначеної проблеми висвітлені в літературі недостатньо.

Вищевикладене підкреслює актуальність та соціальну значимість проблеми профілактики та зниження показників інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта, розробки і здійснення профілактичних заходів із запобігання і зниження тяжких наслідків цих захворювань.

Матеріали та методи

Проаналізовано статистичні дані МОЗ України у період 1999-2008 рр. і дані Харківського обласного Центру МСЕ за 2000-2008 рр., вивчено дані щодо 180 випадків та проведено експертний аналіз 164 випадків первинної інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта. Вивчено вплив соціального стану і характеру трудової діяльності на формування контингенту первинних інвалідів із зазначеною патологією. Простежено динаміку інвалідності у 133 хворих з дегенеративними захворюваннями хребта, виявлено особливості динаміки інвалідності та показники реабілітації в залежності від виду та характеру проведених заходів з медичної реабілітації. Проведено обстеження п'яти поліклінік м. Харкова, в яких за територіальним принципом одержують медико-профілактичну допомогу 434 565 осіб. Здійснено експертний аналіз 94 амбулаторних карт пацієнтів, визнаних інвалідами внаслідок дегенеративних захворювань хребта.

Результати та їх обговорення

З позицій системного підходу медико-організаційні заходи з профілактики та зниження ін-

валідності при захворюваннях хребта повинні бути саногенетично обумовлені і вирішувати ряд конкретних завдань: діагностичних, організаційних, лікувально-реабілітаційних, оздоровчих і соціально-гігієнічних.

За результатами проведеного дослідження було виявлено, що серед провідних причин інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта найбільш вагомою є тяжкість патологічного процесу, яка за частотою зустрічаємості складає 87,2% всіх випадків первинної інвалідності внаслідок захворювань хребта всіх нозологій. Друге місце серед медико-соціальних факторів, що обумовлюють необхідність встановлення групи інвалідності при захворюваннях хребта займають негативні соціально-побутові фактори (43,9%), третє – недоліки в організації лікування (29,9%), четверте – недоліки лікувально-діагностичного процесу (16,5%), п'яте – помилки МСЕК (11,0%) і шосте – ускладнення та (або) вторинні порушення функції внутрішніх органів (13,4%).

Ускладнення та вторинні порушення функції внутрішніх органів останні не можна розглядати як самостійну причину інвалідності, оскільки вони, як правило, при захворюваннях хребта є наслідком прогресивного розвитку хвороби, а в деяких випадках спостерігаються у сполученні іншими згаданими факторами, що обумовлюють інвалідність при захворюваннях хребта. В цілому, поєднання двох або більше причин інвалідності спостерігалось в 78,7% випадках встановлення групи інвалідності хворих з патологією, що розглядається.

Зважаючи на те, що найбільш частою причиною інвалідності при захворюваннях хребта незалежно від виду нозології є тяжкість патологічного процесу, приходимо до висновку, що основним резервом профілактики інвалідності внаслідок захворювань хребта і зниження її показників є попередження розвитку тяжких та ускладнених форм захворювання, що може бути досягнуто шляхом проведення адекватного і повноцінного комплексу діагностичних, лікувально-реабілітаційних, соціальних і оздоровчих заходів з урахуванням стадії захворювання, анатомо-морфологічних і функціональних порушень.

Реалізація кожного виду заходів переслідує вирішення ряду конкретних завдань, спрямованих на виявлення та активізацію саногенетичних механізмів – реституцію, регенерацію і компенсацію втрачених функцій.

Другою з важливих причин, яка призводить до необхідності встановлення групи інвалідності у хворого, є несприятливі соціально-побутові фактори, які заважають успішному проведенню

реабілітаційних заходів або обумовлюють згідно з чинним законодавством право особи на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку, звільнення від виконання відповідних обов'язків та ін. Крім того, за результатами дослідження особливостей соціального стану і трудової зайнятості хворих з дегенеративними захворюваннями хребта було доведено, що соціальний стан і характер трудової зайнятості мають безпосередній вплив на формування контингенту первинних інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта, оскільки мають значення не тільки для професійно-трудоного прогнозу, а й визначають конкретні умови та спосіб життя хворого, що в свою чергу має певний вплив на виникнення та характер розвитку патологічних змін при дегенеративних захворюваннях хребта. Отже другим, найважливішим аспектом проблеми профілактики та зниження інвалідності при захворюваннях хребта є проведення соціально-побутових та професійно-трудогих реабілітаційних заходів.

Як було зазначено вище, третьою за частотою причиною інвалідності при захворюваннях хребта є недоліки в організації лікування, які, як правило, полягали у довготривалому лікуванні хворих з вертеброгенним больовим синдромом у неврологічних та терапевтичних стаціонарах, а також амбулаторно у невропатологів при відсутності консультацій ортопедів.

При оцінці рівня якості та комплексності лікувальних заходів, які застосовувалися для лікування хворих з дегенеративними захворюваннями хребта, випадки інвалідації яких було проаналізовано, виявлено, що в більшості випадків в неврологічних стаціонарах зазначені хворі одержували лише медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування та масаж. Недостатньо було приділено уваги додержанню ортопедичного режиму, проведенню тракційної терапії, а також проведенню ЛФК. Як правило, належна увага цим методам консервативного лікування приділялася в спеціалізованих ортопедичних стаціонарах.

Під час обстеження поліклінік було встановлено, що переважна кількість всіх хворих на остеохондроз хребта, за винятком тих, хто був прооперований, знаходяться під наглядом невролога. За результатами експертного аналізу 94 амбулаторних карт (ф. 25-О) хворих з дегенеративними захворюваннями хребта виявлено, що в значній частині випадків динамічний нагляд і лікування зазначених пацієнтів здійснюється у неврологів (87,2%), ортопедів (21,3%), вертебрологів (13,8%), терапевтів (11,7%), хірургів (1,1%). У 35,1% випадків хворі лікувалися у кількох спеціалістів. Отже вирішення питання про необхід-

ність консультації у ортопеда і ортопедичного обстеження часто прямо залежить від компетенції невролога або іншого спеціаліста. Зокрема, при вивченні випадків інвалідності серед хворих, які лікувалися тільки консервативними методами, виявлено, що 40,1% з них згідно з рекомендаціями ортопедів під час консультації та за визначенням експертів мали показання до оперативного лікування, та яке не було своєчасно проведене. На жаль, останні дані цілком співпадають з даними дослідження, проведеного кілька років тому [10], що свідчить про недодержання найважливішого принципу реабілітації, який стосується своєчасного призначення адекватного лікування. Поряд з цим, за результатами вивчення динаміки інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта було виявлено, що динаміка інвалідності в групі інвалідів, які лікувалися оперативно має більш інтенсивний позитивний характер, ніж в групі інвалідів, які лікувалися тільки консервативними методами. Сумарний показник реабілітації за п'ять років серед інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта, що лікувалися оперативно, становить $34,0\% \pm 6,5\%$ і у 4,5 рази вище аналогічного показника серед інвалідів, що лікувалися лише консервативно ($7,5\% \pm 2,9\%$). Різниця між зазначеними показниками є статистично достовірною ($t = 3,7$ при $p \leq 0,05$). Щорічний відсоток інвалідів, у яких спостерігається обтяження групи інвалідності, серед інвалідів, які лікувалися оперативно, в середньому складає $3,6\% \pm 2,5\%$, серед інвалідів, які лікувалися лише консервативно, – $2,3\% \pm 1,6\%$; різниця між зазначеними показниками є статистично недостовірною ($t = 0,4$ при $p \leq 0,05$). Крім того, за результатами експертного аналізу якості обстеження та лікування хворих з дегенеративними захворюваннями хребта в поліклініках у 89,4% випадків проведене обстеження хворих було оцінене як повне і своєчасне, у 5,3% – як повне, але несвоєчасне, у 5,6% випадків – як неповне. Призначене лікування у 86,2% випадків було оцінене як повноцінне і своєчасне, у 5,3% випадків – як повне, але несвоєчасне, у 8,5% випадків – як неповне.

Таким чином, важливим у вирішенні питання усунення недоліків в організації лікування хворих з дегенеративними захворюваннями хребта є розвиток організаційної структури медичної реабілітації хворих та інвалідів і підготовка висококваліфікованих лікарів-спеціалістів (ортопедів-травматологів (вертебрологів), неврологів та ін., в т.ч. працюючих в амбулаторно-поліклінічних установах) з питань відновного лікування і реабілітації хворих та інвалідів із зазначеною патологією.

Першочерговим при цьому є вирішення управ-

лінських і фінансових питань [11, 12, 13], забезпечення чіткої системи обліку осіб, які потребують відновного лікування та реабілітації за індивідуальними програмами, а також стандартизація програм відновного лікування з урахуванням основних методологічних принципів тактики медичної реабілітації – ранній початок (своєчасність), етапність, послідовність, комплексний характер реабілітаційних заходів, диспансерний нагляд, формування позитивної трудової спрямованості та збереження професійної кваліфікації [1, 3].

Недоліки лікувально-діагностичного процесу, на долю яких приходилося 16,5% з числа всіх вивчених випадків виходу на інвалідність при дегенеративних захворюваннях хребта, як суто суб'єктивний фактор являють собою один з найбільш керованих видів причин, наявність яких при певних умовах може бути зменшена до мінімуму. До недоліків лікувально-діагностичного процесу при проведенні експертної оцінки виходу на інвалідність хворих з захворюваннями хребта було віднесено випадки неповного комплексу консервативного лікування, тривалого консервативного лікування хворих при прямих показаннях до оперативного лікування, випадки невдало проведеної операції, якщо після оперативного лікування не відзначалося будь-якого регресу неврологічних проявів або виникали ускладнення, в тому числі у віддаленому післяопераційному періоді.

Ускладнення та (або) вторинні порушення функції внутрішніх органів, що були виявлені у 13,4% хворих вивченого контингенту, як причина інвалідності розглядалися у випадках виникнення в післяопераційному періоді спайкового процесу, невротичних периферичних нервів, кист спинного мозку та ін. Як зазначив проф. В.О.Радченко на сьогодні „доволі часто зустрічаються випадки оперативних втручань, зроблених не за показаннями, недостатньо технічно вдосконалих” [6]. В ряді випадків виникнення ускладнень пов'язано не тільки з недоліками лікувально-діагностичного процесу, що обумовлені недостатньою кваліфікацією лікарів, а й з недостатньою ефективністю сучасних методів та технологій лікування при різних анатомічних відхиленнях та патологічних структурно-функціональних змінах в хребцево-рухових сегментах. Отже, необхідно продовжувати розвиток та удосконалення методів та технологій лікування дегенеративних захворювань хребта і особливо тих, що формують інвалідність внаслідок цієї патології.

Причиною необгрунтованих експертних висновків МСЕК при встановленні групи інвалідності найчастіше є переоцінка ступеня тяжкості за-

хворювання, недооцінка компенсаторно-адаптаційних можливостей хворого та ефективності сучасних технологій лікування. Так, з числа інвалідів, які лікувалися оперативно, в 66,1% випадків інвалідність було встановлено у терміни від 1 до 4 місяців з дня операції. Хворі, як правило, були визнані інвалідами лише на підставі самого факту проведеної операції незалежно від її характеру, обсягу та ефекту. Поряд з цим за визначенням Г.С. Юмашева із співавт. [9] якщо при вирішенні питань медико-соціальної експертизи після або під час консервативного лікування основний акцент ставиться на наявність і вираженість вертеброгенного больового синдрому, то після оперативного лікування на першому місці повинна бути ортопедична профілактика, що обумовлена характером і обсягом самого хірургічного втручання. Поряд з цим, за даними проведеного дослідження за подовженим лікарняним листком згідно з рекомендацією МСЕК було проліковано тільки 14,8% хворих. Із загальної кількості інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта, які лікувалися оперативно до направлення їх на МСЕК і встановлення групи інвалідності, курс відновного післяопераційного лікування в стаціонарі, в стаціонарі на дому чи в денному стаціонарі одержали до встановлення групи інвалідності тільки 21,3% хворих.

Висновки

Враховуючи вищеподане, доходимо висновків, що невикористані резерви в профілактиці інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта і зниження її показників полягають у попередженні розвитку тяжких та ускладнених форм захворювання шляхом своєчасного проведення адекватного повноцінного комплексу діагностичних, лікувально-реабілітаційних, соціальних, оздоровчих і освітніх заходів, спрямованих на реституцію та регенерацію анатомо-морфологічних структур і компенсацію втрачених функцій, з урахуванням активності патологічного процесу, стадії та вираженості захворювання.

Організація заходів з профілактики та зниження показників інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта повинна базуватися на таких засадах (принципах):

1. Види та обсяги лікувально-реабілітаційних заходів визначаються ступенем анатомо-морфологічних і функціональних порушень, наявністю неврологічного дефіциту та судинних порушень, вираженістю та характером вертеброгенних больових синдромів, стадією перебігу хвороби, тяжкістю супутньої патології.

2. Забезпечення етапності, комплексності та доступності лікувально-реабілітаційних заходів.
3. Партнерство лікаря і пацієнта.
4. Наступність в роботі між амбулаторними, стаціонарними ортопедо-травматологічними відділеннями та медико-соціальними експертними комісіями в процесі відновного лікування хворих і медичної реабілітації інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта.
5. Створення чіткої системи обліку осіб з дегенеративними захворюваннями хребта, які потребують відновного лікування та реабілітації за індивідуальними програмами, та проведення активного диспансерного нагляду таких хворих.
6. Контроль адекватності та ефективності реабілітації.
7. Вирішення питання про визначення групи інвалідності тільки після повноцінного проведення всього комплексу відновного лікування, враховуючи клінічний прогноз і характер трудової зайнятості.
8. Широке застосування різних організаційних форм лікувально-реабілітаційної допомоги хворим з дегенеративними захворюваннями хребта в амбулаторно-поліклінічних умовах (денні стаціонари, стаціонари одного дня, стаціонари вдома та ін.)
9. Підвищення рівня санітарної освіти пацієнтів, популяризація медичних знань щодо здорового способу життя, спеціальне та загальне оздоровлення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Корж Н.А. Реабилитация – важнейшая медицинская и социальная проблема/ Н.А.Корж, Д.А.Яременко, Е.Г.Шевченко, В.И.Маколинец// Ортопедия, травматология и протезирование – 2004. – № 4 – С. 5-10.
2. Корж О.О. Остеохондроз хребта (деякі зауваження до проблеми) /О.О.Корж, В.О.Радченко // Лікування та діагностика. – 1998. – № 4. – С. 33-36.
3. Лобода М.В. Санаторно-курортная реабилитация как составляющая государственной политики, укрепления здоровья нации/ М.В.Лобода, Б.Ф.Омечинский, К.Д.Бабов [и др.]// Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2003. – № 2 (34) – С. 3-6.
4. Медицинская реабилитация больных остеохондрозом позвоночника /И.В.Рой, Е.И.Баяндина, С.П.Твардовская [и др.] // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2003. – № 1 (32). – С. 80-84.
5. Олейник А.Д. Критерии комплексной оценки очагов поясничного остеохондроза. [Электронный ресурс] / А.Д.Олейник, С.А.Ковалев. – Режим доступа к журн. www.surgeryserver.com/index.php?option=com_cjntent&task=view&id=91&Itemid=48.

6. Радченко В.О. Стан хірургії хребта в Україні/В.О.Радченко/Тези доповідей ХІУ з'їзду ортопедів-травматологів України, 21-23 вересня 2006 р. – С. 141.
7. Филук В.Ф. Мануальная терапия в профилактике инвалидности вследствие вертеброгенной патологии /В.Ф.Филук, Е.В.Сергиени, Н.В.Филук // Инвалидность от травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, вопросы реабилитации : респ. науч.-практ. конф., (Винница, 19-20 декабря 1990 г.): тез.докл. – Киев, 1990. – С. 115-118.
8. Шевченко О.Г. Актуальні питання організації медичної реабілітації інвалідів внаслідок остеохондрозу хребта/О.Г.Шевченко/Збірник наукових праць ХV з'їзду ортопедів-травматологів України (м. Дніпропетровськ, 16-18.09.2010). – Д.: Ліра. – 2010. – С. 500.
9. Юмашев Г.С. Остеохондрозы позвоночника/Г.С.Юмашев, М.Е.Фурман – М.: Медицина, 1973. – 288 с.
10. Яременко Д.А. Инвалидность вследствие остеохондроза позвоночника и неиспользованные резервы в ее профилактике/Д.А.Яременко, Е.Г.Шевченко, И.В.Голубева [и др.]//Ортопедия, травматология и протезирование.-2006. – № 4. – С. 63 – 67.
11. Яременко Д.О. Медико-організаційні аспекти реабілітації при наслідках травм і захворюваннях опорно-рухової системи/Д.О.Яременко, О.Г.Шевченко/Збірник наукових праць ХV з'їзду ортопедів-травматологів України (м. Дніпропетровськ, 16-18.09.2010). – Д.: Ліра. – 2010. – С.497.
12. DOTS Expansion Plan To Stop TB In The WHO European Region, 2002-2006.- Copenhagen: WHO Red. Off. Eur., 2002. – 46 p.
13. Dye C., Watt C.J., Bleed D. Low access to a highly effective therapy: a challenge for international tuber-

culosis control // Bull. WHO. – 2002.- Vol.80, № 6. – p. 437-444.

Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко, И.В. Голубева

Медико-организационные основы профилактики и снижения инвалидности при дегенеративных заболеваниях позвоночника

Представлены результаты экспертного анализа 164 случаев инвалидности вследствие дегенеративных заболеваний позвоночника. Изучены организационные вопросы оказания лечебно-реабилитационной помощи на этапах амбулаторного и стационарного лечения больных остеохондрозом позвоночника. На основании обобщения результатов исследования сформулированы основные организационные принципы профилактики и снижения показателей инвалидности вследствие дегенеративных заболеваний позвоночника.

Ключевые слова: позвоночник, дегенеративные заболевания, профилактика, лечение.

Yaremenko D.O., Shevchenko O.G., Golubeva I.V.

Medical and organisation principles of prevention and reduce disability in degenerative spinal diseases

The results of expert analysis of 164 cases of disability of patients with the back pain are presented. The organizational questions of grant of rehabilitation are studied on the stages of ambulatory and stationary treatment of patients with the osteochondrosis of spine. On the basis of generalization of results research is set forth basic organizational principles for a prophylaxis and decline of disability as a result of degenerative spine.

Ключевые слова: spine degenerative disease, prophylaxis, treatment.