

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Е.Ф. СВЯТСКАЯ¹, С.В. ВЛАСОВА²

¹*Белорусская медицинская академия последипломного образования,*

г. Минск, Республика Беларусь

²*Полесский государственный университет,*

г. Пинск, Республика Беларусь

Введение. Дистрофические поражения позвоночника – самые распространенные хронические повреждения человека. Выраженные клинические проявления неврологических нарушений наблюдаются в период активной трудовой деятельности (в возрасте 25–55 лет) и представляют собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности и инвалидности [2 с.365, 8 с.82, 10 с.130].

Даже в период ремиссии многие пациенты испытывают ощущение дискомфорта при движениях и в покое, что зачастую снижает их качество жизни (КЖ). Это неизбежно сказывается на производительности умственного и физического труда. Экономические потери в связи с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы обуславливают снижение продуктивности производственной деятельности, отсутствие производства товара или услуг в дни невыхода на работу пациентов, выплатой пособий по социальному страхованию и значительное снижение работоспособности в периоды ремиссии [4 с.349, 8 с.82].

Использование полиморфизма терапевтических методов лечения при этом заболевании зачастую недостаточно эффективно и требует дальнейшего восстановления функций отдельных органов и систем [5 с.10, 7 с.350]. Нейрохирургическая коррекция компрессионного дискогенного синдрома на пояснично–крестцовом уровне в большинстве случаев приводит к объективному улучшению состояния. Вместе с тем болевой синдром после операции не устраняется сразу и полностью, в отдельных случаях наблюдается даже ухудшение самочувствия и качества жизни пациентов, дальнейшее снижение их трудоспособности, что вызывает необходимость интенсивной реабилитационной помощи с учетом клинических проявлений и индивидуальных личностных особенностей. Это является звеном сложной мультидисциплинарной системы реабилитационного воздействия на организм, включая все аспекты реабилитации: психологический, медикаментозный, физический, профессиональный, социальный, экономический [1 с.11,9 с.14].

Согласно определению ВОЗ «качество жизни» – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни (КЖ) определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами человеческой активности, имеющими для него важное значение и на него влияющими. КЖ – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Несмотря на то, что КЖ достаточно трудно измерить, этот комплексный показатель наилучшим образом отражает перспективы пациента и лиц, ухаживающих за ним, а также выбор тактики врача при оказании помощи больному [6 с.119]. Между тем, данный критерий редко учитывается и оценивается в практике при составлении программ реабилитации. Кроме того, избирательный вариант воздействия на отдельные проявления последствий заболевания не дают желаемого эффекта интеграции пациента в общество, что и определило актуальность данного исследования и его цель.

Целью исследования стало изучение и научное обоснование влияния мультидисциплинарной системы ранней медицинской реабилитации на качество жизни пациентов, перенесших нейрохирургическое лечение по поводу дистрофических поражений пояснично–крестцового отдела позвоночника, и целесообразности дифференцированного подхода к составлению программы реабилитации с учетом полученных результатов.

Методика и объекты исследования. Обследовано 47 человек (основная группа), перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвоночных дисков на пояснично–крестцовом уровне, проходивших курс ранней медицинской реабилитации на стационарном этапе.

В группу наблюдений вошли 25 женщин (53,2%) и 22 мужчины (46,8%). Средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 5,4$ года, то есть лица молодого трудоспособного возраста, составляющие экономический потенциал общества.

В группе сравнения были включены 35 пациентов сопоставимых по возрасту и полу, проходивших стандартный вариант реабилитации после аналогичного оперативного лечения.

По уровню поражения позвоночного двигательного сегмента пациенты основной группы распределились следующим образом: L_{III}–L_{IV} – 1 чел., L_{IV}–L_V – 10 чел., L_V–S_I – 21 обследованных, L_{IV}–L_V, L_V–S_I – 15 пациентов.

Для экспертно–реабилитационной диагностики были использованы клинические методы исследования (оценка неврологического статуса и ограничения жизнедеятельности в соответствии с функциональными классами), опросник боли Мак–Гилла, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), оценка качества жизни (опросник MOS SF–36 – Medical Outcomes Study Short Form–36).

В начале и в конце курса медицинской реабилитации проводилась оценка качества жизни с использованием опросника MOS SF–36, который содержит 36 вопросов, объединенных в 8 шкал:

1. Physical Function (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок.

2. Role–Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение повседневной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование – степень, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивают социальную активность (общение).

7. Role–Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование.

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Проверка нулевой гипотезы об отсутствии различий между наблюдаемым распределением признаков и теоретически ожидаемым нормальным распределением осуществлялась с использованием W–критерия Шапиро–Уилка. Гипотезу об отсутствии различий между сравниваемыми группами в целом проверяли с использованием дисперсионного анализа («ANOVA»).

Для каждого пациента основной группы составлялась строго индивидуальная программа реабилитации в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером операции, возрастом, сопутствующими заболеваниями. Длительность курса медицинской реабилитации составляла от 21 до 28 дней.

Среди методов медицинской реабилитации, акцент делался на лечебную гимнастику, включающую групповую кинезотерапию в гимнастическом зале и гидрокинезотерапию. В зале упражнения проводились в положении гравитационной разгрузки – лежа на спине, на животе, на боку, в коленно–кистевом положении. Принципы кинезотерапии включали: стабилизацию позвоночно–двигательного сегмента, нормализацию мышечного тонуса (расслабление спазмированных мышц, стимуляция расслабленных), «строительство» мышечного корсета, формирование физиологической осанки, создание и закрепление новых позыкомоторных навыков, формирование адекватного динамического и статического стереотипа, нормализацию подвижности в суставах конечностей, улучшение координации движений.

К гидрокинезотерапии приступали на 21 день после операции.

В качестве физиотерапевтических методов воздействия применяли магнито–лазеротерапию, Д Арсонвализацию, синусоидальные модулиро–ванные токи, электрофорез анальгетиков, рассасывающих препаратов, нейротрофических средств, электростимуляцию ослабленных мышц, теплотечение либо криотерапию, на заключительном этапе реабилитации – массаж.

Активная физическая реабилитация проводилась на фоне поддерживающей медикаментозной терапии: сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные средства, нейромедиаторы, хондропротекторы.

Все пациенты основной группы получали психологическую реабилитацию с целью уменьшения масштаба переживаний, коррекции внутренней картины болезни, ликвидации тревожных или депрессивных компонентов. Проводилось обучение самих пациентов методам лечебной физкультуры.

туры и формирование у них установки на самостоятельное ежедневное повторение комплексов упражнений.

Результаты и их обсуждение. В качестве неврологического дефицита в подавляющем большинстве случаев – 44 чел. (93,6%) преобладали умеренный болевой и рефлекторно–тонический синдромы (ФК–2), и лишь у 3 (6,4%) пациентов диагностирован легкий болевой синдром (ФК–1). Кроме того, у ряда обследованных имели место гипотония и слабость мышц, иннервируемых пораженным корешком, вегетативно–сосудистые проявления патологического процесса в виде сухости или гипергидроза, бледности, мраморности кожных покровов дистальных отделов пораженной конечности, снижения пульсации артерий на тыле стопы. Все это приводило к умеренному (ФК–2) ограничению способности к передвижению и самообслуживанию.

Исследование качества жизни пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвоночных дисков на пояснично–крестцовом уровне, продемонстрировало снижение показателей по всем шкалам как до, так и после реабилитации. Особенно низкими оказались показатели шкал VT (20,0 балла) и RP (20,6 балла), свидетельствующие о значительном ограничении, как жизненной активности, так и повседневной деятельности за счет болевого синдрома – интенсивность боли (BP) 22,6 балла. Было выявлено, что падает и эмоциональный статус пациентов, понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения, влияющие на ролевое функционирование (34,1 балла). Страдает социальная активность (50,3 балла) и общее состояние здоровья (45,9 балла), которые складываются не только из функционального дефекта, обусловленного основным заболеванием, но и сопутствующих патологических процессов. На фоне редукации психоэмоциональной и социальной активности имеет место снижение и физической активности (45,4 балла) (таблица).

Таблица – Показатели качества жизни пациентов до и после реабилитации

Критерии SF–36	До реабилитации (n=47)	После реабилитации (n=47)
PF – физическое функционирование	40,4±3,5	46,3±2,8
RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование	20,6±4,0	36,8±3,6
BP – интенсивность боли	22,6±3,1	32,4±4,1
GH – общее состояние здоровья	45,9±2,0	58,2±2,3
VT – жизненная активность	20,0±2,5	42,7±1,8
SF – социальное функционирование	50,3±1,7	61,3±1,4
RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	34,1±4,8	58,9±4,6
MH – психическое здоровье	44,9± 2,2	62,1±3,4

После проведения курса медицинской реабилитации в основной группе показатели качества жизни возросли по всем шкалам (рисунок). Обусловлено это в первую очередь улучшением физического (46,3 балла) и общего (58,2 балла) состояния, которые способствовали стабилизации эмоционального фона (58,9 балла) и явились фундаментом для нормализации ролевого и социального функционирования (36,8 и 61,3 балла соответственно).

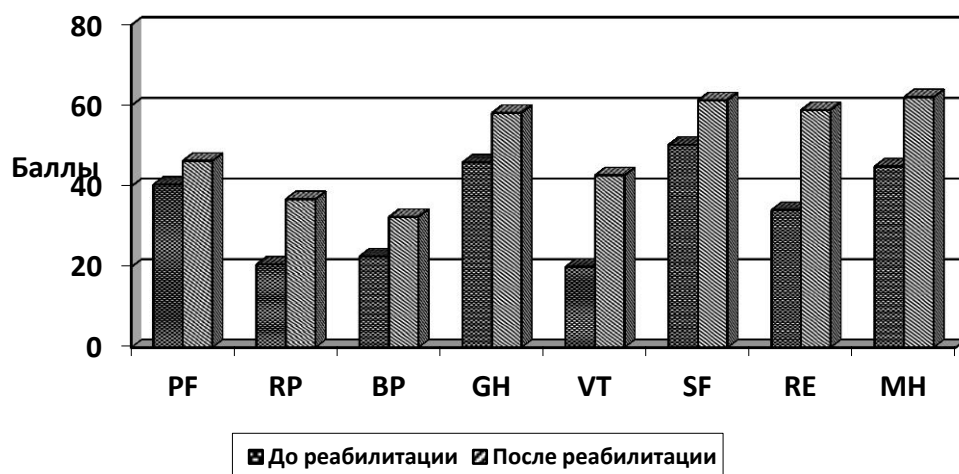


Рисунок – Динамика показателей качества жизни пациентов до и после реабилитации

В группе сравнения показатели изменились незначительно, статистически значимых изменений не было выявлено.

Таким образом, мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу дистрофических поражений пояснично–крестцового отдела позвоночника, способствует нормализации их физического, эмоционального и общего состояния, что улучшает социальную активность и ролевое функционирование и в итоге повышает качество жизни пациентов.

Исследование составляющих качества жизни с использованием опросника MOS SF–36 на разных этапах медицинской реабилитации позволяет дифференцированно подходить к составлению индивидуальной программы реабилитации и своевременно ее корректировать с учетом выявленных нарушений.

Литература

1. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: АНТИДОР, 2007. – 568 с.
2. Дривотинов, Б.В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб. пособие / В.Б. Дривотинов, Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова. – Минск : БГУФК, 2005. – 211 с.
3. Епифанов, В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – Москва: МЕДпресс–информ, 2004. – 272 с.
4. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура / В.А. Епифанов. – М.: Медицина, 2014. – 568 с.
5. Медицинская реабилитация в 3 т. / под ред. В.М. Боголюбова. Книга 1,2,3. – Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: Издательство БИНОМ, 2010. – 416 с., ил., 424 с., 368 с.
6. Новик, А.А., Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
7. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / под ред. В.А. Епифанова – М.: МЕДпресс–информ, 2005. – 328 с.
8. Попелянский, Я.Ю. Остеохондроз. Клинический аспект / Я. Ю. Попелянский // Мануальная терапия. – 2005. – №1. С. 81 – 83.
9. Филиппович, Н. Ф. Диагностика и лечение мышечно–тонических синдромов поясничного остеохондроза / Н. Ф. Филиппович, И. Ю. Криштофович // Искусство медицины. – 2008. – №. 1 – С. 13 – 16.
10. Leboeuf–Yde, C. Back pain—individual and genetic factors / C. Leboeuf–Yde // J. ElectromyogrKinesiol. – 2004. – Vol. 14(1). – P. 129–133.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE REHABILITATION SYSTEM OF PATIENTS WITH SPINE DYSTROPHIC LESIONS

E.F. SVYATSKAYA, S.V. VLASAVA

Summary

Dystrophic lesions of the spine are the most common chronic human damages. Expressed clinical manifestations of neurological disorders are observed during the period of active work of patients (aged 25–55 years) and represent one of the most frequent causes of disability. Even in the period of remission many patients have discomfort in the movement, which often reduces their quality of life. In most cases neurosurgical correction of compression discogenic syndrome at the lumbosacral level leads to an objective improvement in the condition. At the same time, the pain syndrome after surgery is not eliminated immediately and completely. Existing consequences require full range of rehabilitation effects, including psychological, physical, professional, social, and economic.

47 patients after surgical intervention at the lumbosacral level were studied. Influence of a multidisciplinary approach in the system of early medical rehabilitation on the quality of life of patients was investigated. As a result individual approaches to the design of rehabilitation program was proposed. The positive influence of the multidisciplinary early rehabilitation system to the normalization of the physical, emotional, patient's general state and their quality of life was revealed.

Статья поступила 3 апреля 2017г.