

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Е.Ф. Святская¹, С.В. Власова²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, Беларусь, svyatef@mail.ru

²Полесский государственный университет, Беларусь, s_v_vlasova@mail.ru

Дистрофические поражения позвоночника – самые распространенные патологические состояния человека, при которых в период активной трудовой деятельности (в возрасте 25–55 лет) наблюдаются выраженные клинические проявления, зачастую приводящие к временной нетрудоспособности и инвалидности [2, 7, 10]. Даже в период ремиссии многие пациенты испытывают ощущение дискомфорта в опорно–двигательном аппарате, что как правило снижает их качество жизни. Это неизбежно сказывается на производительности умственного и физического труда. Экономические потери в связи с вертеброгенными заболеваниями чрезвычайно высоки. Это и невыполненная продукция в дни невыхода на работу, и выплаты пособий по социальному страхованию, и снижение работоспособности в периоды ремиссии [4, 8].

Изучение данной патологии в связи с ее высокой распространенностью, склонностью к хроническому течению, резистентности к проводимой терапии представляет одну из актуальных проблем научной и практической вертеброневрологии. Использование полиморфизма терапевтических методов лечения при этом заболевании зачастую недостаточно эффективно и требует дальнейшего восстановления функций отдельных органов и систем. Нейрохирургическая коррекция компрессионного дискогенного синдрома на пояснично–крестцовом уровне в большинстве случаев приводит к объективному улучшению состояния больных. 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. Несомненно, такое вмешательство является частью сложной системы комплексного реабилитационного воздействия на организм, включая все аспекты реабилитации: психологический, медикаментозный, физический, профессиональный, социальный, экономический.

Принимая во внимание профилактическую направленность современной медицины, перед врачами стоит задача не только эффективного лечения и реабилитации уже возникшего заболевания, но и профилактики развития остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений [1, 9, 11].

Целью настоящего исследования явилась разработка комплексной программы ранней медицинской реабилитации пациентов после нейрохирургических операций по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Обследовано 47 человек, перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвоночных дисков на поясничном уровне, проходивших медицинскую реабилитацию в условиях Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации (РКБМР).

В группу наблюдений вошли 25 женщин (53,2%) и 22 мужчины (46,8%). Преобладали пациенты в возрасте от 30 до 50 лет, т.е. лица молодого трудоспособного возраста, составляющие экономический потенциал общества, что делает данную проблему особенно актуальной. Возраст пациентов составил: 20–29 лет – 4 чел. (8,5%), 30–39 лет – 14 чел. (29,8%), 40–49 лет – 21 чел. (44,7%), 50–59 лет – 7 чел. (14,9%), старше 60 лет – 1 чел. (2,1%).

Распределение обследованных по уровню поражения позвоночного двигательного сегмента (ПДС) представлено в таблице.

Таблица – Распределение пациентов по уровню поражения позвоночного двигательного сегмента

Уровень поражения	L _{III} –L _{IV}	L _{IV} –L _V	L _V –S _I	L _{IV} –L _V , L _V –S _I
Количество пациентов	1 (2,1%)	10 (21,3%)	21 (44,7%)	15 (31,9%)

Перевод пациентов в отделение медицинской реабилитации из нейрохирургических отделений осуществлялся на 10–14 сутки после операции.

Оценка болевого синдрома при поступлении и при выписке включала:

1. Объективный осмотр, состоящий из сбора жалоб и анамнеза, оценки статики (конфигурация позвоночника, состояние паравертебральной мускулатуры) и биомеханики (объем пассивных и активных движений в позвоночнике, характер походки, возможность ходить на пятках и носках) позвоночного столба, исследования рефлекторной, двигательной, чувствительной сфер, симптомов натяжения.

2. Опросник боли Мак–Гилла, который состоит из дескрипторов, словесно описывающих качественные особенности боли. Дескрипторы сведены в субшкалы, объединенные в три основные шкалы: сенсорную, аффективную и эвалютивную. Методика оценки шкал опросника Мак–Гилла представлена определением рангового индекса боли – сумма порядковых номеров дескрипторов в каждой субшкале.

3. Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), представляющую собой отрезок, на котором больной отмечает интенсивность боли от 0 – нет боли до 10 – максимально выраженная боль.

4. Настоящее ощущение интенсивности боли (НИБ), которое оценивается по шкале от 0 до 5 (0 – нет боли, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная, 4 – сильнейшая, 5 – непереносимая).

5. Опросник оценки боли, функционального и экономического состояний при хронических болях в спине, в котором пациенту предлагается выбрать характеристику своего состояния от 0 – нет ухудшения, до 4 – максимальное ухудшение.

С целью объективизации вегетативно–сосудистых проявлений проводилась реовазография (РВГ) нижних конечностей.

Помимо этого 30 пациентам проведено иммунологическое исследование крови, которое показало снижение уровня Т–лимфоцитов и повышение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у 50,0% больных, у 20,0% обследованных имело место снижение только Т–лимфоцитов и у стольких же больных (20,0%) – повышение ЦИК, и лишь у 3 больных (10,0%) показатели не отклонялись от нормы, что подтверждает литературные данные о роли аутоиммунного процесса в этиопатогенезе остеохондроза позвоночника [3, 5, 6].

Оценка неврологического дефицита и ограничение жизнедеятельности проводилась в соответствии с функциональными классами (ФК).

В качестве неврологического дефицита в 93,6% случаев преобладали умеренный болевой и рефлекторно–тонический синдромы (ФК–2), и лишь у 6,4% пациентов диагностирован легкий болевой синдром (ФК–1). Кроме того, у ряда больных имели место гипотония и слабость мышц, иннервируемых пораженным корешком, что не оказывало существенного влияния на ограничение жизнедеятельности обследуемых. Вегетативно–сосудистые проявления патологического процесса характеризовались сухостью, гипергидрозом, бледностью, мраморностью кожных покровов дистальных отделов пораженной конечности, снижением пульсации артерий на тыле стопы, результаты РВГ исследований показывали снижение артериального кровенаполнения голени и стоп от умеренного до резкого и снижение тонуса мелких сосудов стоп.

Длительность пребывания в стационаре составила от 21 до 28 дней.

Касаясь методов реабилитации, следует отметить, что акцент делался на лечебную гимнастику, включающую групповую гидрокинезотерапию и занятия в гимнастическом зале, где упражнения проводились в положении гравитационной разгрузки – лежа на спине, на животе, на боку, в коленно–кистевом положении. Принципы кинезотерапии включали: стабилизацию ПДС, нормализацию мышечного тонуса (расслабление спазмированных мышц, стимуляция расслабленных), «строительство» прочного мышечного корсета, формирование правильной осанки, создание и закрепление новых позылокомоторных 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 модулированные токи, электрофорез анальгетиков, рассасывающих препаратов, нейротрофических средств, электростимуляцию ослабленных мышц, теплотечение, на заключительном этапе реабилитации – массаж. Активная физическая реабилитация проводилась на фоне поддерживающей медикаментозной терапии: сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные средства, нейромедиаторы, хондропротекторы. Все пациенты получали психологическую реабилитацию с целью уменьшения масштаба переживаний, коррекции внутренней картины болезни, ликвидации тревожных или депрессивных компонентов.

Проводилось обучение самих пациентов методам ЛФК и формирование у них установки на самостоятельное ежедневное повторение комплексов упражнений.

Реабилитационная программа для каждого больного была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером операции, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

Оценка болевого синдрома по завершении ранней медицинской реабилитации, как по данным клинического осмотра, так и на основании оценки самими пациентами своего состояния показала, что у больных с умеренным болевым синдромом более чем у половины обследованных (54,5%) состояние улучшилось на 1 ФК. Болевой синдром стал незначительно выраженным, при этом пациенты отмечали минимальное ухудшение экономического статуса и минимальные функциональные нарушения.

У 22,7% обследованных имели место улучшения внутри функционального класса. Несмотря на то, что у них сохранялся умеренный болевой синдром, изменилось качество сенсорного восприятия боли от «пульсирующей», «острой», «стреляющей», до «тупой», «ноющей», при этом нормализовался эмоциональный уровень боли или трансформировался в более адаптивный.

Полная ликвидация болевого синдрома, т.е. улучшение на 2 ФК достигнута у 20,5% обследованных. Пациенты сами отмечали нормализацию функционального состояния и готовность вернуться к прежней трудовой деятельности с незначительными временными изменениями с целью стабилизации достигнутого эффекта. И лишь у 1 пациента с умеренным болевым синдромом динамики в состоянии достигнуто не было.

Среди 3 больных с легким болевым синдромом у 1 человека достигнуто улучшение на 1 ФК, т.е. болевой синдром ликвидирован полностью и у 2 пациентов достигнута положительная динамика внутри ФК.

Ощутимый положительный эффект комплексной медицинской реабилитации пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу поясничного остеохондроза – это результат работы высококвалифицированных специалистов: реабилитологов, методистов ЛФК, физиотерапевтов, массажистов, психологов. Целенаправленная работа специалистов по месту жительства пациентов, адекватная и своевременная разъяснительная работа и отбор пациентов для проведения интенсивного реабилитационного воздействия являются важнейшими задачами.

Подводя итоги всему вышеизложенному, можно сделать следующие выводы:

- квалифицированная кинезотерапия в оптимальные сроки способствует стабилизации ПДС, выработке адекватного двигательного стереотипа, формированию оптимального бытового поведения в повседневной жизни у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу выпадения межпозвонкового диска.

- гидрокинезотерапия является неотъемлемой частью реабилитационного процесса для нормализации мышечного тонуса в условиях статической разгрузки в водной среде.

- для нормализации мышечного тонуса, уменьшения болевого синдрома и вегетативно-сосудистых проявлений, профилактики рубцово-спаечных осложнений целесообразно широкое применение физиотерапевтического лечения.

- наряду с симптоматической медикаментозной терапией оправдано назначение хондропротекторов для профилактики дегенеративных процессов в позвоночнике и околопозвоночных мягких тканях.

- в связи со снижением клеточного и гуморального иммунитета у данной категории больных представляется оправданным назначение иммуномодулирующей терапии в послеоперационном периоде.

- Таким образом, проведение ранней комплексной медицинской реабилитации в послеоперационном периоде улучшает качество жизни пациентов, способствует уменьшению продолжи-

тельности временной нетрудоспособности, препятствует развитию обострений и декомпенсаций, снижает риск формирования инвалидности, что объясняет экономическую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. 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.
2. Епифанов, В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – Москва: МЕДпресс–информ, 2004. – 272 с.
3. Латышева, В.Я. Аутоиммунные механизмы патогенеза неврологических проявлений поясничного остеохондроза / В.Я. Латышева, И.П. Антонов, Л.Г. Борткевич // Иммунология. – 1985. – №2. – С. 81 – 82.
4. Лихачев, С. А. Этиопатогенез неврологических проявлений поясничного остеохондроза и распространенность его в отдельных профессиональных группах / С. А. Лихачев, С. В. Еленская // Медицинский журнал. – 2005. – №4. – С. 76 – 79.
5. Мурзалиев, А.М. Иммунитет и муколитическая система крови при пояс–нично–крестцовом радикулите / А.М. Мурзалиев, В.Б. Гринштейн, М.И. Китаев. – Фрунзе: Илим, 1989. – 108 с.
6. Недзьведь Г.К., В.И. Левин, Г.В. Семенов, П.Л. Школьников Распределение антигенов локуса А.и В системы НЛА у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза в зависимости от перенесенных и сопутствующих заболеваний// Периферическая нервная система Мн.:«Наука и техника». Вып.12 .– 1989.– С.77–83.
7. Попелянский, Я.Ю. Болезни периферической нервной системы / Я.Ю. Попелянский. – Москва: Медицина, 2003. – 464 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, С. Back pain—individual and genetic factors / С Leboeuf–Yde //J. ElectromyogrKinesiol. –2004. – Vol. 14(1). –P. 129–133.
11. Lewit, K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system / K. Levit. – Butterworth: Heinemann, 1999. – 346 p.Lewit, K. Postisometrisc Relaxation in Kombination mit an deren Methoden muskularer Fazilitation und Inhibition / K. Levit // Man. Med. – 1986. – № 24. –P. 30–34.