

The demand stationer of ambulatories in the treatment of and rehabilitation of patients with degenerative diseases of the spine in Uzbekistan

Adambaev Z.¹ Kilichev I.²

Востребованность стационарзамещающих амбулаториев в лечении и реабилитации больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника в Узбекистане

Адамбаев З. И.¹, Киличев И. А.²

¹Адамбаев Зуфар Ибрагимович / Adambaev Zulfar - кандидат медицинских наук, доцент, докторант, руководитель частной неврологической клиники «Global Med System», г. Ташкент;

²Киличев Ибодулла Абдуллаевич / Kilichev Ibodulla – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра неврологии и психиатрии,

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал, г. Ургенч

Аннотация: в вертеброневрологической клинике на основании изучения клинико-параклинических показателей и проведенного лечения у 5122 больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника выявлена структура и характер болей в спине, а также выявлена востребованность стационарзамещающих амбулаториев в лечении этой группы больных.

Abstract: in vertebroneurological clinic on the grounds of studies clinic-paraclinical data of the factors and carried on treatments beside 5122 sick with degenerative-distrofical diseases of the spine is revealed structure and nature backache, as well as is revealed high demand the hospital replacing ambulatory in treatment of this group sick.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, спондилоартроз, протрузии диска, грыжи диска, боль в спине, стационарзамещение.

Keywords: degenerative-distrofical diseases of the spine, spondiloartrosis, hernias of disk, backache, hospital replacing ambulatory,

Проблема болей в спине является одной из центральных в клинической неврологии [1, 2, 6]. Актуальность ее определяется, прежде всего, огромными экономическими потерями в народном хозяйстве вследствие большой распространенности его среди наиболее работоспособного населения. По данным разных авторов удельный вес дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП) в общей структуре заболеваемости составляет до 89,5 % [5, 6]. На боли в спине в течение жизни предъявляют жалобы по разным выборкам до 90 % взрослого населения, а по распространенности среди острых болевых синдромов она занимает 2-е место (после головных болей) [1, 2, 7]. Временная нетрудоспособность по этой причине составляет до 160,5 дней в году и 23,1 случаев на 100 работающих [6, 7].

Несмотря на то, что разработано много методов диагностики и лечения ДДЗП позвоночника [3, 4, 8, 9, 10], количество людей с жалобами на боли в спине среди работоспособного населения не уменьшается. Все это обосновывает необходимость углубленного изучения данной проблемы в аспекте внедрения стационарзамещающих технологий для оказания специализированной медицинской помощи.

Целью исследования

Изучение эффективности оказания стационарзамещающих видов медицинской помощи больным с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника в условиях вертеброневрологической клиники.

Материал и методы

Материалом исследования послужил анализ наблюдения за 5122 пациентами с вертеброневрологической патологией (в том числе, с иррадиацией в конечности), обследованных и получивших амбулаторное лечение в специализированной неврологической клинике «Global Med System» города Ташкента. В настоящее время в клинике проводится диагностика, амбулаторное и реабилитационное (восстановительное) лечение вертеброневрологических больных. Диагностика включает клинико-биохимические исследования, УЗИ позвоночника, суставов и внутренних органов, ЭНМГ, реовазографию конечностей, доплерографию сосудов шеи, головы, рук и ног, ЭЭГ, ВНС-метрию, консультацию специалистов. Для числовой оценки выраженности боли применяли визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ – 10 см). Для наглядности мы разделили ее на: слабую – 0-2,5 см, умеренную – 2,6-5 см, сильную – 5,1-7,5 см и очень сильную боль – 7,6-10 см. Полученный материал был обработан с помощью пакета «Statistica 10». Лечебный процесс в условиях амбулатории клиники заключается в проведении комплексного, специализированного лечения, определяемого особенностями патологии, сопутствующих заболеваний и противопоказаний. Медикаментозное лечение включало

НПВС, миорелаксанты, антихолинэстеразные препараты, хондропротекторы, дегидратационную терапию, витамины группы В, вазоактивные препараты, лечебные медикаментозные блокады, у пациентов с хронической болью могут применяться антидепрессанты. Физиотерапия проводилась с включением тракции позвоночника, электрофореза с лекарственными препаратами (вытяжки дынного дерева папайи – Карипазим, Папаин, Карипаин 350 ПЕ), тепловых процедур (ДДТ, парафинотерапия), лазеротерапии, магнитотерапии, УЗТ терапии, амплипульстерапии, дифференцированного ручного массажа, аппаратного массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии с использованием ПИРов (постизометрической релаксации мышц) в определенной последовательности. Нуждающимся больным проводилось ортезирование: подбор корсета, обучение приемам одевания и ношения.

Результаты исследования и их обсуждения

Среди обследованных пациентов мужчин было 2254 (44,0 %), женщин – 2868 (56,0 %) (табл. 1). Средний возраст мужчин составил $44,6 \pm 2,3$ года, женщин – $42,5 \pm 2,1$.

При анализе распределения больных по возрасту по классификации ВОЗ была выявлено, что наибольшее количество больных было в молодом возрасте (до 44 лет), со снижением в среднем (45-60 лет) и в пожилом (старше 60 лет) возрастах (табл. 2). Однако при распределении больных по декадам (табл. 3) была выявлена тенденция к увеличению количества больных с увеличением возраста. Пик заболеваемости приходился на возрастную группу с 40 до 59 лет, с небольшим спадом после 60 лет.

Наиболее часто встречались больные с поражением поясничного уровня (люмбалгия, люмбоишиалгия) – 2151 (42,0 %) пациентов; шейного уровня (цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия) выявлялись у 1430 (27,9 %) лиц, заднебоковой поверхности грудной клетки (торакалгия) – у 567 (11,1 %), шейно-грудной локализации – у 301 (5,9 %), шейно-поясничной локализации – у 673 (13,1 %). Симптомы вертеброгенной радикулопатии шейной локализации чаще наблюдались у женщин, чем у мужчин (соответственно 18,63 % и 9,29 %), а симптомы в области поясницы – наоборот, чаще у мужчин (18,06 % и 23,93 % соответственно) (табл.1).

При анализе характера болей было выявлено, что у 59,4 % боль была острой, у 27,9 % – подострой и у 5,5 % – хронической. У остальных 7,2 % пациентов в день обращения боли не было, но они предъявляли жалобы на эту боль в течение последнего месяца. В большинстве случаев интенсивность боли за последний месяц характеризовалась как умеренная (52,3 %) и сильная (31,4 %), на слабую (14,1 %) и очень сильную (2,2 %) боль жаловалось небольшое число пациентов.

У больных с поражением на поясничном уровне выявлялись вертебральные и экстравертебральные симптомы различной степени выраженности. Пациенты предъявляли жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в одну или обе ноги. В неврологическом статусе выявлялись рефлекторные, мышечно-тонические и корешковые нарушения в виде соответствующих двигательных и чувствительных симптомов выпадения. В нейроортопедическом статусе выявлялось изменение конфигурации позвоночника, ограничение объема движений в пояснице, тоническое напряжение паравертебральных мышц, мышц области таза и ног, нейродистрофические изменения в межкостистых и других связках.

При шейной локализации процесса пациенты предъявляли жалобы на боли в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в затылочную область, руки. В неврологическом статусе очаговая симптоматика выявлялась при корешковых нарушениях в виде соответствующих двигательных и чувствительных симптомов выпадения. При нейроортопедическом исследовании определялись изменение конфигурации позвоночника, ограничение объема движений в шейном отделе, тоническое напряжение паравертебральных мышц, мышц плечевого пояса и верхних конечностей, нейродистрофические изменения в плечевых или лучезапястных суставах. У пациентов с нейрососудистыми синдромами ведущими жалобами были головные боли, которые носили постоянный сжимающий или сдавливающий характер, периодически приступообразно усиливались и приобретали распирающий или пульсирующий характер. Так же типичной жалобой в этой группе у 72 % больных являлось позиционное головокружение, сопровождающиеся чувством неустойчивости при ходьбе, общей слабостью. Шум, звон, ощущение заложенности в ушах отмечали 47,5 % пациентов. Зрительные нарушения в виде сетки, пелены или тумана перед глазами выявлялись у 51,2 % пациентов. В неврологическом статусе у данных больных, кроме вышеописанных симптомов, отмечались те ли иные негрубо выраженные рассеянные очаговые неврологические симптомы в виде тремора век и пальцев рук, ослабления конвергенции, установочного горизонтального нистагма, равномерного оживления сухожильных рефлексов, пошатывания в позе Ромберга. В 71,3 % наблюдений у этих больных наблюдались вегетативные нарушения в виде мраморности кожных покровов, гипергидроза и др.

При локализации процесса в грудном отделе ведущим симптомом у 85,7 % пациентов были боли в грудном отделе позвоночника или грудной клетке, которые сопровождалась болями в плечевом суставе или руке, онемением пальцев рук. Более половины пациентов (52,4 %) отмечали общую слабость, утомляемость, нарушение сна, повышенную раздражительность. При объективном осмотре выявлялись у 51,5 % пациентов гиперкифоз и у 26,3 % пациентов сколиоз грудного отдела позвоночника. В 75,7 %

случаев отмечалось ограничение объема движений в грудном отделе позвоночника. Болезненность остистых отростков, также межостистых связок на верхнегрудном (Т2-Т6) уровне встречалась в 67,6 % случаев. Реберно-грудинные сочленения на уровне 3-5 ребер были болезненны у 65,6 % пациентов, область мечевидного отростка – у 68,4 % пациентов.

У 483 больных (21,0 %) с дегенеративно-дистрофическими поражениями шейного и грудного отделов позвоночника выявлялся кардиалгический синдром – отраженный висцеральный болевой синдром. Вместе с тем следует различать три группы кардиалгий при патологии шейного и грудного отдела позвоночника:

- 1) кардиалгический отраженный болевой синдром – встречался в наших наблюдениях в 76,4 %;
- 2) рефлекторный ангиопатический кардиалгический синдром – в 23,6 % – как один из компонентов болевого синдрома сложного генеза коронарного и некоронарного характера, включая болевые импульсы, генерируемые в шейных позвоночных двигательных сегментах (ПДС);
- 3) шейный остеохондроз как провокатор боли коронарного генеза и как фактор, обуславливающий атипичную (периферическую) локализацию боли при стенокардии или инфаркте миокарда – такой вариант не встречался нами.

Третья из указанных групп больных должна лечиться кардиологом, неврологом или нейрохирург лишь помогают назначить дополнительные методы лечебного воздействия на вертебральную патологию (новокаиновые блокады, иммобилизацию шеи, рефлекторную и другую терапию). Отраженный и рефлекторный кардиалгический синдром существенно отличается от сердечной патологии: боль в области сердца продолжается часами и сутками, ЭКГ – данные соответствуют нормальным показателям или имеют незначительные отклонение от нормы. Коронаролитики таким больным не помогают и, наоборот, лечебные мероприятия, направленные на шейный остеохондроз, оказывают лечебный эффект.

Необходимо отметить, из всех больных у 48 % (2458 пациентов) выявлялись протрузии и грыжи межпозвонковых дисков различной локализации.

Как видно из табл. 4., протрузии и грыжи межпозвонковых дисков преобладали в поясничном – 54,1 %, шейном – 22,9 % и сочетании шейного и поясничного – 18,8 % отделов позвоночника. Такое распределение становится понятным, если учитывать какую нагрузку испытывают те или иные отделы позвоночника. При анализе распределении у больных протрузий и грыж по размерам видно, что преобладают больные со средними размерами от 3 до 6 мм – 57,9 % и малыми размерами до 3 мм – 39,8 %. В небольшом количестве встречались больные с большими грыжами – свыше 6 мм – у 12,3 %. Это и понятно, если учесть, что при размерах грыж свыше 6 мм у больных развивается выраженный корешковый или корешково-тонический синдром, требующий стационарного лечения, а при размерах грыж свыше 10 мм – показано оперативное лечение.

Средняя длительность лечения пациентов в амбулаторном отделении клиники составила 9,9 дней. В 96,0 % случаев получена положительная динамика, пациенты выписаны из клиники с улучшением. Этому способствовало тщательное обследование больного с выявлением сопутствующих заболеваний, консультация высококвалифицированного специалиста невролога-вертебролога с определением показаний и противопоказаний к проведению специализированного амбулаторного лечения.

Для оценки социальной эффективности проведен анализ удовлетворенности пациентов проведением лечения в условиях амбулатории. По данным анкетного опроса, в котором участвовали 97 респондентов, удовлетворение формой работы амбулатории высокое, она удобна для пациентов и экономически выгодна.

С учетом того, что большое количество больных – 5122 было эффективно пролечено в условиях амбулатории, это примерно 51 тысяча койко-дней было высвобождено в стационарах для лечения более тяжелых больных.

Выводы

1. Среди амбулаторных больных боль в спине имеет половые и возрастные особенности. Боль в спине у мужчин 2254 (44,0 %) встречается реже, чем у женщин 2868 (56,0 %). Средний возраст у мужчин составляет $44,6 \pm 2,3$ года, у женщин – $42,5 \pm 2,1$. Боли шейной локализации чаще наблюдались у женщин (18,63 %), а поясничной – у мужчин (23,93 %).

2. Наиболее часто боли локализовались в поясничном отделе (люмбалгия, люмбоишиалгия) – 2151 (42,0 %), реже – в грудном – 11,1 %.

3. По интенсивности боли в спине было выявлено, что умеренная боль выявлялась у 52,3 %, сильная – у 31,4 %, слабая – у 14,1 % и очень сильная – у 2,2 %. Характер боли зависел от сроков заболевания: у 59,4 % больных была острая боль (несколько дней), у 27,9 % – подострая (неделю и более) и у 5,5 % – хроническая (несколько недель).

4. Протрузии и грыжи межпозвонковых дисков преобладали в поясничном – 54,1 %, шейном – 22,9 % и шейно-поясничном – 18,8 % отделах позвоночника.

5. Организованная и оснащенная специализированная клиника, укомплектованная высококвалифицированными специалистами, может оказывать населению квалифицированную и

специализированную стационарзамещающую амбулаторную помощь, которая удобна для пациентов и экономически выгодна.

6. Получен дополнительный эффект работы специализированной (амбулаторной) клиники путем освобождения дорогостоящих коек в стационаре для лечения более тяжелых больных, сокращается очередность для выполнения оперативного лечения.

Проведенное исследование свидетельствует о высокой востребованности среди пациентов услуг специализированных центров и медико-организационной целесообразности дальнейшего развития и совершенствования этого вида медицинской помощи в условиях вертеброневрологической клиники.

Таблица 1. Распределение больных по полу

Локализация	женщины	мужчины	Оба пола
Шейный отдел	954 (18,63 %)	476 (9,29 %)	1430 (27,9 %)
Грудной отдел	465 (9,08 %)	102 (1,99 %)	567 (11,1 %)
Поясничный отдел	925 (18,06 %)	1226 (23,93 %)	2151 (42,0 %)
Шейно-грудной отдел	231 (4,51 %)	70 (1,37 %)	301 (5,9 %)
Шейно-поясничный отдел	293 (5,72 %)	380 (7,42 %)	673 (13,1 %)
Всего	2868 (56,0 %)	2254 (44,0 %)	5122 (100 %)

Таблица 2. Распределение больных по возрасту по классификации ВОЗ

Локализация	Молодой 25-44 лет	Средний 44-59 лет	Пожилой более 60 лет
Шейный отдел	679 (13,26 %)	536 (10,46 %)	235 (4,59 %)
Грудной отдел	263 (5,13 %)	206 (4,02 %)	118 (2,3 %)
Поясничный отдел	848 (16,56 %)	760 (14,84 %)	463 (9,04 %)
Шейно-грудной отдел	116 (2,26 %)	124 (2,42 %)	81 (1,58 %)
Шейно-поясничный отдел	255 (4,98 %)	271 (5,29 %)	167 (3,26 %)
Всего	2161 (42,19 %)	1897 (37,04 %)	1064 (20,77 %)

Таблица 3. Распределение больных по возрасту по декадам

Локализация	До 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	Более 60 лет
Шейный отдел	179 (3,5 %)	295 (5,76 %)	410 (8,0 %)	331 (6,46 %)	235 (4,59 %)
Грудной отдел	96 (1,87 %)	102 (1,99 %)	130 (2,54 %)	141 (2,75 %)	118 (2,3 %)
Поясничный отдел	209 (4,08 %)	408 (7,97 %)	462 (9,02 %)	529 (10,33 %)	463 (9,04 %)
Шейно-грудной отдел	30 (0,58 %)	48 (0,94 %)	76 (1,48 %)	86 (1,68 %)	81 (1,58 %)
Шейно-поясничный отдел	54 (1,05 %)	106 (2,07 %)	191 (3,73 %)	175 (3,42 %)	167 (3,26 %)
Всего	568 (11,09 %)	959 (18,72 %)	1269 (24,78 %)	1262 (24,64 %)	1064 (20,77 %)

Таблица 4. Распределение больных по локализации и размерам протрузий и грыж межпозвонковых дисков

Локализация	размеры протрузий и грыж			Всего
	до 3 мм	от 3 до 6 мм	свыше 6 мм	
Шейный отдел	260 (10,6 %)	258 (10,5 %)	45 (1,8 %)	563 (22,9 %)
Грудной отдел	41 (1,7 %)	10 (0,4 %)	0 (0 %)	51 (2,1 %)
Поясничный отдел	122 (5 %)	950 (38,6 %)	258 (10,5 %)	1330 (54,1 %)
Шейно-грудной отдел	53 (2,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	53 (2,2 %)
Шейно-поясничный отдел	256 (10,4 %)	205 (8,3 %)	0 (0 %)	461 (18,8 %)
Всего	732 (39,8 %)	1423 (57,9 %)	303 (12,3 %)	2458 (100 %)

Литература

1. Алексеев В. В., Баринев А. Н., Кукушкин М. Л. и др. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. Н. Н. Яхно. – М., МедПресс, 2009. – 302 с.
2. Бойцов И. В. Дорсопатии: этиология, классификация, патогенез (обзор литературы) // Справочник врача общей практики – М., 2013. – № 2. – С. 47-49.
3. Данилов А. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход / А. Б. Данилов, Ал. Б. Данилов. – М.: АММ ПРЕСС, 2014. – 592 с.

4. *Котов А. С.* Поясничная боль / А. С. Котов, Ю. В. Елисеев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 5. – С. 90-93.
5. *Лихачев С. А., Борисенко А. В.* Патолофизиологические механизмы болевых синдромов при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза и современные подходы к лечению // Российский журнал боли. – 2011. – № 2. – С. 68-69.
6. *Подчуфарова Е. В.* Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 368 с.
7. *Подчуфарова Е. В., Разумов Д. В.* Миогенные боли в спине: клинические особенности, механизмы формирования, лечение // Российский журнал боли. – 2011. – № 3-4. – С. 46-54.
8. *Яхно Н. Н.* Хроническая боль: медикобиологические и социально-экономические аспекты / Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкин // Вестник РАМН. – 2012. – № 9. – С. 54-58.
9. *Boswell M., Colson J., Sehgal N. et al.* A systematic review of therapeutic facet joint interventions in chronic spinal pain // Pain Physician. – 2007; 10 (1): 229–253.
10. *Wheeler A. H.* Chronic lumbar spine and radicular pain: pathophysiology and treatment / A. H. Wheeler, D. B. Murrey // Curr Pain Headache. – 2012. – № 6. – P. 97-105.