

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Новосельский А.Н., Быков А.А., Авербух Д.А., Моисеева Н.А.

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения №5», г. Иваново
ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Размещение муниципального заказа и его объем во многом зависят от эффективности работы лечебно-профилактического учреждения, его возможностей и затратности, где показателю эффективность/затратность придается большое значение. Обычно оценка эффективности органами здравоохранения проводится на основании изучения исходов лечения и сроков временной нетрудоспособности в ЛПУ. Мы считаем что эффективность восстановительного лечения при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы (ВЗПНС) следует оценивать по решению следующих задач: 1) предотвращение инвалидности; 2) изменение течения заболевания, формирование стойкой ремиссии; 3) улучшение функций пациента; 4) сокращение сроков лечения. Мы провели оценку медицинской эффективности восстановительного лечения больных с ВЗПНС на индивидуальном уровне на основании: 1) динамики клинко-функциональных показателей в процессе лечения; 2) оценки клинических исходов; 3) оценки сроков лечения и временной нетрудоспособности; 4) состояния ремиссии.

Динамика клинко-функциональных показателей в процессе лечения отражает состояние морфо-функционального дефекта пациента, показывает степень эффективности отдельных методов восстановительного лечения применительно к данному больному, т.е. позволяет индивидуализировать и оптимизировать реабилитационную программу. Изучение динамики отдельных клинических проявлений в виде Коэффициента выраженности болезни (КВБ) позволило выделить ведущие показатели, легко применимые в клинической практике — показатели эволюции миофиксации и опорности. У больных при выписке тонус много-раздельных мышц выше, чем у здоровых, но разница статистически недостоверна. Однако при опоре на одноименную ногу тонус много-раздельных мышц с обеих сторон оказался достоверно выше у больных поясничным остеохондрозом позвоночника ($t = 2,33 - 2,78$) по сравнению со здоровыми. По коэффициенту СИН отмечалась достоверная ($t = 3,60 - 4,34$, $p < 0,01$) разница. Отмечается высокая достоверность различий показателей в динамике ($p < 0,001$). Таким образом, у пациентов в процессе лечения формировалась хорошая локальная фиксация, предотвращающая раздражение ПДС при нагрузках, чего не было на стационарной стадии обострения у этих же пациентов при поступлении.

При оценке опороспособности у больных поясничным остеохондрозом позвоночника при выписке выделены две группы больных. В первой произошла нормализация этого показателя, коэффициент фронтальной асимметрии уменьшился с 9,6

до 5,4% и приблизился к норме при $t = 2,34$. У пациентов второй группы этот показатель резко возрос, несмотря на клиническое улучшение, что следует расценивать как плохой прогностический признак, свидетельствующий о неустойчивой компенсации и возможном развитии постуральных нейромышечных синдромов. Проведенное нами углубленное биомеханическое исследование позволило установить, что в период стихания обострения общий центр масс во фронтальной плоскости незначительно смещается в сторону больной ноги, а его девиации значительно превышают норму (10 мм) в обеих плоскостях. Опорность, резко сниженная в остром периоде у больной конечности (на 13% веса тела от нормальной величины и на 26% веса тела по сравнению с интактной конечностью, значительно повышается в подостром и стационарном периоде обострения, достигая 48% веса тела, что практически соответствует нормальным показателям, и к периоду стихания обострения вес тела, приходящийся на больную конечность, становится больше интактной и достигает 52—53% веса тела. Оценка клинических исходов восстановительного лечения проведена с использованием общепринятых показателей: «выздоровление», «улучшение», «ухудшение» и «без перемен». Отсутствие выздоровления при ВЗПНС обосновано, так мы имеем дело с хроническим процессом. В 99,5% случаев было достигнуто «улучшение».

Установлено, что сроки лечения в больнице восстановительного лечения колебались от $15,5 \pm 2,3$ дня до $86,8 \pm 3,6$ дня в зависимости от синдрома, механизма развития вертебрального синдрома и типа течения заболевания. Трудоспособность восстанавливается в 98,81% случаев. Стойкая утрата трудоспособности наступила в 1,2% случаев. Однако стойкая полная утрата (инвалидность II группы) отмечалась лишь в 0,5% случаев, в 0,7% случаев установлена стойкая частичная утрата трудоспособности (инвалидность III группы).

Следует отметить, что исследование динамики показателей инвалидности в районе обслуживания муниципальной поликлиники № 6, входящей в объединение ГКБВЛ № 5, предпринятое А.Н. Богомоловым (020) позволило установить, что удельный вес инвалидов на обслуживаемой территории значительно меньше общеобластного показателя, что косвенно свидетельствует о влиянии сформированной службы восстановительного лечения на примере учреждения муниципального здравоохранения. Эффективность работы отделений восстановительного лечения оценивается длительностью и устойчивостью ремиссий. Социальная эффективность на групповом уровне выявлена

при обследовании 120 пациентов с поясничным остеохондрозом (случайная выборка) с хронически-прогредиентным рецидивирующим течением заболевания, проходивших лечение в ГКБВЛ № 5, 65 женщин и 55 мужчин в возрасте $46,3 \pm 2,3$ года с средней давностью заболевания $10,2 \pm 2,6$ года. Отмечено, что стойкая ремиссия до 2 лет отмечалась у 21%, до 5 лет — у 14%, до 10 лет — у 5% пациентов. У остальных изменился характер течения, оно оставалось рецидивирующим, с той же, либо несколько меньшей частотой, но выраженность рецидивов держалась на одном уровне или была менее интенсивной. Сами больные отмечали улучшение качества жизни, заключающееся в том, что при использовании гигиены поз и движений, а также фиксирующих ортопедических средств им удавалось избегать

болей и выполнять профессиональную и бытовую деятельность.

Таким образом, у исследуемых сменилось течение заболевания на хронически рецидивирующее или хронически рецидивирующее регрессирующее. Показательно, что в исследуемой группе, даже в случаях длительной ремиссии, сохранился неврологический дефицит. Предпринятая нами попытка оценить эффективность восстановительного лечения позволила установить высокое качество лечебно-профилактической помощи в МУЗ ГКБВЛ № 5 г. Иванова. Страховым компаниям целесообразно использовать такой подход к оценке эффективности ЛПУ в своей практике и разработать меры поощрения ЛПУ при высоких показателях эффективности.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЧЕЛОВЕКА

Новосельский А.Н., Быков А.А., Пузырев О.И., Новосельская О.И., Белов И.В., Быкова Н.А.

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения № 5», г. Иваново
ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Рост патологии опорно-двигательного аппарата у взрослых и детей обуславливает необходимость комплексных профилактических мероприятий, позволяющих на стадии предболезни остановить развитие возникающих нарушений. Многие исследователи развитие патологических процессов в позвоночнике относят к детскому возрасту (Иванов Г.А., 1995; Сител А.Б., 1999). Нами установлено, что наряду с физиологическими изгибами позвоночника в сагиттальной плоскости в норме существует и микроротация вокруг вертикальной оси отдельных позвонков, проявляющееся на уровне всего позвоночного столба как «кручение» (Новосельский А.Н., 2000).

«Кручение» проявляется во фронтальной плоскости небольшими отклонениями. «Кручение» позвоночника является физиологической и конституциональной нормой. Пространственная ориентация позвоночного столба зависит от соответствия структурно-функциональных асимметрий человека. Выявлены четыре основных конституциональных типа пространственной ориентации позвоночного столба. Расположение структур позвоночника фиксировалось с помощью компьютерной кифосколиозграфии на диагностическом комплексе «Стабилан-3D».

Для I типа характерна праворукость-правоность, т. е. правая рука ведущая, относительно длиннее левой, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а нижними отделами — кзади, правая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Левая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, правая половина наклонена в меньшей степени. Это типичный правша, здоровый, в популяции встречается у 6—15% населения. С учетом мышечного развития и типа мобильности рекомендованы занятия физической культурой и спортом.

II тип — это правоногий, левая рука ведущая, относительно длиннее правой (может быть «скрытый левша», что выявляется тестированием при ссылаках на ведущую «правость»). Левое плечо опущено и кпереди, может быть симметричная ориентация оси плечевого пояса, проведенной через нижние углы лопаток и оси тазового пояса, проведенной через задние верхние подвздошные ости. Возможна амбидекстрия. Левая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а правая — кзади. Нижняя половина грудной клетки слева — кпереди, правая — кзади. Правая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Левая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, правая половина наклонена в меньшей степени. Леворукий-правоногий, адаптивный тип, близкий к здоровому. Встречается у 20% обследуемых. При нарушениях опорно-двигательного аппарата необходима тренировка координаторной сферы, статические и динамические нагрузки на плечевой пояс, тренировка двоеручия (амбидекстрии).

Для III типа характерна праворукость-левононость, т. е. правая рука ведущая, относительно длиннее левой, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, и нижними отделами — кпереди, левая половина ориентирована верхушкой кзади, нижними отделами — кзади. Левая нога длиннее правой или одинаковой длины, толчковая, ведущая. Правая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, левая половина наклонена в меньшей степени. Праворукий-левоногий, самый многочисленный (до 35%), неблагоприятный, дезадаптивный тип. Необходима перетренировка нижних конечностей: статические упражнения на левую ногу, динамические — на правую. Возможна нивелировка разницы длин ног стельками, иногда с созданием избыточной длины