

Ю.Ф. ХАБИРОВА, О.С. КОЧЕРГИНА

УДК 616.8

Казанская государственная медицинская академия

Республиканская клиническая больница восстановительного лечения МЗ РТ

Вторичная профилактика боли в шее и спине

Кочергина Ольга Сергеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и мануальной терапии

420021, г. Казань, ул. Ватутина, д. 13, тел. (843) 278-97-28, e-mail: rkblv@i-set.ru

В статье приведены данные по распространенности синдрома боли в шее и спине среди взрослого населения, занятого в нефтяной промышленности. Описаны алгоритмы лечебно-профилактических мероприятий для больных с мышечно-тоническим или мышечно-дистрофическим экстравертебральными синдромами. Представлены данные об изменениях качества жизни и временной нетрудоспособности пациентов при проведении вторичной профилактики боли в шее и спине.

Ключевые слова: боли в шее и спине, вторичная профилактика, качество жизни.

Y.F. KHABIROVA, O.S. KOCHERGINA

Kazan State Medical Academy

Republic clinical hospital of rehabilitation of MH RT

Secondary prevention of pain in the neck and back

The paper presents data on the prevalence of the syndrome of pain in the neck and back of the adult population engaged in the petroleum industry. Algorithms therapeutic and preventive measures for patients with musculo-tonic and muscle-dystrophic extravertebral syndromes were described. Data on changes in the quality of life and temporary disability of patients during the secondary prevention of pain in the neck and back were conducted.

Keywords: pain in the neck and back, secondary prevention, quality of life.

Согласно данным ВОЗ, по степени медико-социальной значимости заболевания позвоночника, протекающие с болевым синдромом в шее и спине (БШС), занимают четвертое место после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета. Боли в шее и спине по частоте обращений к врачу уступают только заболеваниям верхних дыхательных путей. Пациенты с хронической болью составляют на приеме у невролога до 55-65% от всех пациентов (Павленко С.С., 1999; Jeffries L.J., 2007). БШС являются той патологией, которая лежит в основе формирования длительности временной утраты трудоспособности, первичного выхода на инвалидность среди экономически активной части населения. К тому же не следует забывать, что острая или хроническая боль в сочетании с ограничением двигательной активности изменяет качество жизни больных БШС за счет снижения работоспособности, эмоционального настроения и появления страха потерять работу (Аверина Н.А., 2000; Измеров Н.Ф., 2005). Денежные затраты на лечение боли в спине в три раза превышают затраты на лечение онкопатологии.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности внедрения такой формы оказания специализированной помощи, которая позволила бы выявить БШС на ранних этапах, предотвратить развитие клинически выраженных форм заболевания, предупредить возможные осложнения, удлинить период ремиссии, формируя у пациентов оптимальный двигательный стереотип, адаптированный прежде всего к производственным нагрузкам. В то же время эти организационные формы лечебно-профилактических мероприятий должны быть доступны, занимать мало времени и снижать экономические потери общества от временной утраты трудоспособности и инвалидности (Купцов В.В., 1979; Молчанова Л.Ф., 2003).

Такой оптимальной формой стала система оказания медицинской помощи работникам ОАО «Татнефть» без отрыва их от производственной деятельности за счет специализированных выездных бригад, обеспечение деятельности которых стало возможным за счет средств добровольного медицинского страхования.



Материалы и методы

В процессе работы были обследованы сотрудники различных подразделений ОАО «Татнефть» с целью выявления вертеброневрологической патологии. Также было проведено специальное исследование для разработки алгоритмов оказания лечебно-профилактических мероприятий в условиях производства, в котором приняли участие 150 больных. Были изучены данные официальной статистики по заболеваемости и распространенности болезней, а также данные по временной нетрудоспособности сотрудников ОАО «Татнефть». Применяемые методы исследования: вертеброневрологический осмотр с мануальным тестированием, рентгенологический, статистического анализа, анкетирования.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе было установлено, что в Республике Татарстан самая высокая заболеваемость населения, в том числе и БШС, зарегистрирована в районах, занимающихся добычей и переработкой нефти — заболеваемость выше в 1,5-1,8 раза, чем в других регионах, к тому же она неуклонно растет, что косвенно свидетельствует о недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий практического здравоохранения. В период с 2000 по 2008 год были обследованы 4677 человек в возрасте от 20 до 60 лет, работающие на предприятиях ОАО «Татнефть», и у 31% обследованных была выявлена вертеброневрологическая патология. Из 959 больных, получивших лечение без отрыва от производственной деятельности, было 476 мужчин и 483 женщины.

Данное исследование подтвердило тот факт, что наиболее часто синдром боли в спине диагностируются в возрасте от 40 до 50 лет. По результатам клинического осмотра было выявлено, что чаще в этой возрастной группе встречались синдромы цервикобрахиальной и люмбагоишиальной, причем последний был отмечен у мужчин почти в 2 раза чаще, чем у женщин, что, по нашему мнению, связано с производственными нагрузками, тяжелым физическим трудом рабочих профессий в нефтедобывающей промышленности.

Клиническая картина болезни у всех 959 пациентов была характерна для этапа регрессирования обострения либо неполной ремиссии, то есть при воздействии тех или иных неблагоприятных факторов эта неустойчивая симптоматика могла перейти в обострение.

В условиях медпунктов 959 больным медицинскими бригадами были проведены соответствующие курсы лечения, основанные на разработанных в настоящем исследовании алгоритмов лечебно-профилактических мероприятий. В состав бригады входили врачи-неврологи, мануальные терапевты, врач ЛФК и массажисты. Лечение каждого пациента проводилось с учетом индивидуальных патобиомеханических изменений, степени выраженности клинических проявлений болезни. Для лечения больных применялись следующие методы мануальной терапии: мобилизация, манипуляция, постизометрическая релаксация, постреципрокная релаксация мышц, позиционная мобилизация, мягкая техника. Использовались также лечебно-медикаментозные блокады, рефлексотерапия, лазеротерапия, сегментарный, точечный массаж. В основе медикаментозного лечения лежало применение препаратов для улучшения микроциркуляции и снижения степени болевых ощущений.

С целью повышения эффективности работы выездных бригад были разработаны алгоритмы лечения больных в зависимости от ведущего клинического синдрома, с помощью которых определялся «маршрут» пациента — последовательность проведения лечебных процедур мануальной терапии, массажа, рефлексотерапии, лечебной физкультуры. В проводимом исследовании для решения этой задачи были выделены три груп-

пы исследуемых по 50 больных в каждой. Разделение на группы проводилось в зависимости от преобладающего в клинической картине экстравертебрального синдрома с учетом наличия гипо- или гипермобильности заинтересованных ПДС.

I группу составили больные с мышечно-тоническим синдромом, во II вошли пациенты с мышечно-дистрофическими изменениями, а в III группе были пациенты, клиническая картина болезни у которых обусловлена сочетанным проявлением этих двух синдромов.

Последовательность применяемых лечебных методик у больных в группах определялась клиническими проявлениями вертебрального и экстравертебрального синдромов. Общим для пациентов всех трех групп было то, что первоначально осмотр проводился врачом-неврологом, во время которого использовалось мануальное тестирование с мануальной коррекцией. Последовательность лечебных методик определялась на основе патобиомеханического диагноза. Завершающим звеном в цепи проводимого лечения был подбор упражнений лечебной физкультуры с последующей ежедневной коррекцией.

Учитывая все особенности клинических проявлений у больных БШС I группы, 2-й сеанс лечения начинался с массажа как при гипермобильном, так и при гипомобильном вариантах вертебрального синдрома. Массаж направлен на релаксацию и улучшение микроциркуляции тонически напряженных мышц. При этом исключается воздействие на вертебральные мышцы. Длительность сеанса от 15 до 20 минут в зависимости от зоны. Затем пациенты с мышечно-тоническим синдромом получают сеанс мануальной терапии: ПИРМ, мобилизационную либо манипуляционную технику, в ряде случаев — лечебно-медикаментозные блокады для уменьшения степени выраженности болевых ощущений и снижения тонуса паравертебральных мышц при гипомобильности ПДС. При гипермобильности ПДС на последнем этапе выполнялась рефлексотерапия с целью тонизации паравертебральных мышц на уровне пораженных ПДС. Врач ЛФК на первом сеансе отдавал предпочтение упражнениям, уменьшающим степень выраженности вертебрального синдрома, а затем в соответствии с общими принципами подбора ЛФК при БШС, формировался окончательный вариант, который пациент выполнял в течение года. Такая длительность выполнения ЛФК диктовалась не столько проводимым исследованием, сколько положением о том, что для разрушения патологических стереотипов и нормализации центральной регуляции требуются систематические занятия лечебной физкультурой в среднем около года (Попелянский Я.Ю., 1989).

Во II группе больных при лечебно-профилактических мероприятиях основное внимание уделялось снижению клинической значимости альгических и триггерных пунктов в мышцах и уменьшению патологических проявлений вертебрального синдрома. В этой группе больных лечебный сеанс начинался с сеанса мануальной терапии, во время которого использовались методики, направленные на купирование вертебрального очага. Сегментарный либо точечный массаж проводится с целью закрепления полученных после мануальной терапии результатов. Следующим этапом проводилось воздействие на триггерные зоны с помощью рефлексотерапии либо ЛМБ. При гипермобильности пораженных ПДС лечебный сеанс может начинаться с массажа и заканчиваться мануальной терапией. Все эти процедуры являются и непосредственной подготовкой к лечебной гимнастике. После короткого отдыха пациент под руководством врача ЛФК закрепляет новые позные и двигательные установочные навыки.

Для III группы больных последовательность лечебно-профилактических мероприятий определялась соотношением клинической значимости мышечно-тонического и мышечно-

дистрофического синдромов. Пациенты этой группы с вертебральным синдромом на фоне гипермобильности ПДС лечение начинали с сеансов массажа — комбинация сегментарного массажа с элементами точечного, направленного на релаксацию мышечных групп и подготовки к мануальной терапии. После проведения ПИРМ и некоторых мобилизационных приемов, больному проводилась рефлексотерапия триггерных зон. Следующим этапом врач проводил тонизацию паравертебральных мышц на уровне пораженных ПДС. При гипомобильности на уровне клинически значимого пораженного ПДС сеанс лечения начинался с мануальной терапии, при этом преобладали мобилизационная техника и ПИРМ, после чего проводился массаж избирательный — релаксация напряженных и тонизация ослабленных мышц. Затем пациент вновь возвращался к мануальному терапевту либо к рефлексотерапевту, которые дополняли терапию воздействием на триггерные зоны с помощью игл и ЛМБ. Завершающим этапом была работа пациента и врача ЛФК.

Разработка определенных «маршрутов» пациента в зависимости от вертебрального синдрома, сформированного на фоне гипо- или гипермобильности ПДС, и изменений в вовлеченных в патологический процесс мышечных группах, позволяет проводить лечение большой группе больных одновременно, распределяя их между специалистами (невролог — мануальный терапевт, рефлексотерапевт, массажист, врач ЛФК). Соблюдение преемственности лечебных воздействий обеспечивается тем, что в медицинскую карту помимо клинического диагноза заносится и патобиомеханика вертеброневрологического статуса с ежедневной коррекцией изменений. Врач — координатор специализированной бригады формирует потоки пациентов и при необходимости меняет последовательность прохождения процедур. Следует отметить, что лечение дополнялось назначением медикаментозного лечения по общепринятым показаниям.

Внедрение этих алгоритмов позволило максимально снизить длительность лечения, повысить его интенсивность, оптимизируя при этом нагрузку на персонал. Такая тактика позволила оказывать лечебно-профилактическую помощь до 100 больным ежедневно, при составе медицинской бригады в 3-4 врача.

По окончании курса лечения пациентом предлагался комплекс ЛФК, направленный на уменьшение роли локальных производственных перегрузок как основного, провоцирующего обострения, фактора.

Оценка результатов работы проводилась в два этапа:

1-й этап — оценка состояния больного сразу после окончания курса лечения; 2-й этап — в катамнезе спустя год после лечения результаты работы оценивались у пациентов всех трех групп, как выполнявших так и не выполнявших профилактические мероприятия. Оценка проводилась по данным объективного статуса, результатам специально разработанной для исследования анкеты по критериям качества жизни и общепринятой шкале Оценки Боли, Экономического и Функционального Статуса при Хронических Болях в Спине, а также по данной форме 16 ВН (динамика временной утраты трудоспособности, связанной с обострениями БШС среди работников тех структурных подразделений, в которых проводились лечебно-профилактические мероприятия выездными бригадами, в сравнении с подразделениями, где эта работа не проводилась).

В среднем курс лечения, в основе которого лежали мануальные методики, проводился в течение 8-12 дней. Одним из основных субъективных ощущений пациента, формирующим степень тяжести клинической картины, являлась боль, жалобы на которую в той или иной степени предъявляли все без исключения пациенты. Проводилось изучение изменения ин-

тенсивности боли у пациентов в процессе лечения. Обращает внимание, что анализируемый показатель снизился к концу курса лечения от $1,8 \pm 0,1$ до $0,6 \pm 0,2$ балла.

То есть болевой синдром либо в значительной степени регрессировал, либо исчезал совсем, что создавало почву для формирования длительной полной ремиссии за счет выполнения индивидуальных комплексов ЛФК, поддерживающих саногенетические реакции организма. Параллельно со снижением степени выраженности боли шло восстановление объема движений в пострадавших позвоночно-двигательных сегментах и в локомоторном аппарате в целом. Учитывая тот факт, что хроническая боль является стрессорным фактором и служит основой для формирования психоэмоциональных расстройств, исчезновение или снижение степени ее выраженности является основанием для восстановления уровня трудоспособности и повышения качества жизни в целом, что было подтверждено и результатами выборочного анкетного опроса и данными утилитарной шкалы при хронических болях в спине.

В процессе исследования было использовано анкетирование с целью уточнения влияния болезни на качество жизни больных БШС, являющихся работниками нефтедобывающей промышленности. Известно, что хроническая боль отличается развитием в организме специфических нейрофизиологических реакций и усилением влияния на течение патологического процесса личностно-психологических факторов, негативное значение которых реализуется в повышении устойчивости пациента к лечению (Ю.П. Лиманский, 1986).

Ослабление выраженности симптомов, повышение удовлетворенности, ощущение благополучия и комфорта — один из важнейших результатов медицинской помощи с точки зрения как врача, так и пациента. Важно понимать, что качество жизни не аналогично функциональному статусу, по нему нельзя оценивать тяжесть болезни. Были проанализированы анкеты 65 пациентов I-III группы, выполнявших в течение года профилактические мероприятия (основная группа) и 55 больных, не соблюдавших рекомендаций (контрольная группа). Среди физических критериев качества жизни в первую очередь изучались такие составляющие, как боль, усталость, дискомфорт, сон, отдых. Через год болевые ощущения были сведены к минимальным и практически не ограничивали больных в их повседневной жизни. Увеличилось количество обследованных, не предъявляющих жалоб на усталость. Через год после курса лечения больные отмечали улучшение сна, появление чувства отдыха после сна и считали, что стали более энергичными, более активными в повседневной жизни, что положительно сказалось и на психологическом статусе.

Изучение психологического статуса больных оценивалось по следующим составляющим: способность к запоминанию, концентрации внимания, самооценка, внешний вид, положительные эмоции и негативные переживания. Наиболее показательными оказались три фактора: 1) концентрация внимания; 2) внешний вид; 3) негативные эмоции. Последние три составляющие психологического состояния оказались независимыми от проведенного лечения.

В целом психологическое состояние этой группы больных стало более позитивным и они стали иначе относиться к своему здоровью, начали предпринимать самостоятельные усилия по его сохранению, что подтверждается изменением величин показателей — $1,1 \pm 0,3$ балла — концентраций внимания; $1,4 \pm 0,2$ балла — внешний вид; $0,5 \pm 0,3$ балла — негативные эмоции. В контрольной группе больных также имеется тенденция к улучшению картины психологической составляющей качества жизни, но значительно менее выраженная.

Интересным представляется анализ составляющих уровня независимости пациента. Прежде всего оценивался такой по-



казатель, как повседневная активность, работоспособность и зависимость от лечения.

До начала лечения пациенты чаще характеризовали свою работоспособность как умеренно и даже резко сниженную ($2,2 \pm 0,3$ балла), курс лечения в течение 10-12 дней никакого влияния на работоспособность не оказал. Спустя год после начала лечебно-профилактических мероприятий пациенты основной группы стали оценивать свою работоспособность как хорошую или незначительно сниженную ($0,8 \pm 0,2$ балла), тогда как в контрольной группе работоспособность больных чаще оставалась сниженной ($1,3 \pm 0,3$ балла), но все же возросла по сравнению с опросом до начала лечения. Следует отметить, что в основной группе зависимость от лечения возросла ($1,8 \pm 0,3$ балла) по сравнению с исходными данными ($1,5 \pm 0,3$ балла), а в контрольной снизилась ($1,6 \pm 0,2$ балла и $1,2 \pm 0,2$ балла соответственно). Этот факт нашел объяснение в том, что пациенты основной группы, регулярно выполняющие профилактические мероприятия, связывают улучшение своего состояния именно с лечением.

Результаты оценки качества жизни по общепринятой шкале «Оценка Боли, функционального и экономического состояния при хронических болях в спине» подтвердили результаты, которые были получены при анализе разработанной для данного исследования анкеты.

Анализ динамики длительности временной утраты трудоспособности обусловленной БШС в производственных цехах ОАО «Татнефть», где проводились лечебно-профилактические мероприятия, показал, что она имеет значимую тенденцию к снижению.

В тех подразделениях, где специализированная помощь с профилактической целью не оказывалась, сохраняются стабильно высокие цифры заболеваемости с временной утратой трудоспособности в результате БШС.

Проведенный опрос работников ОАО «Татнефть», получивших лечение и выполнивших рекомендации по формированию оптимального двигательного стереотипа, продемонстрировал, с одной стороны, удовлетворенность пациентов уровнем и качеством медицинской помощи, оказанной выездными бригадами, а с другой, улучшение состояния здоровья и повышение качества жизни работников ОАО «Татнефть», что послужило поводом для проведения повторных курсов лечебно-профилактических мероприятий. При оценке экономической результативности проведенной работы мы основывались на том, что при проведении лечебно-профилактических мероприятий без отрыва больных от производственной деятельности из затрат исключались не прямые расходы, а из прямых расходов исключались социальные трансферты на содержание больничной койки. Средняя стоимость курса лечения составила 2100 рублей. В эту сумму включена оплата труда медперсонала, использование медицинского оборудования, медикаменты для проведения блокад. Мануальная терапия как основной метод лечения сводила затраты на медикаменты

к минимуму. Аналогичный по длительности курс лечения только одного обострения в условиях стационара обходится дороже в 2,5-3,0 (средняя стоимость одного койко-дня за счет средств ОМС — средний койко-день (12-14 дн.). Таким образом, проведение лечебно-профилактических мероприятий при БШС оказывается в 2,5-3 раза экономически более выгодным, чем лечение обострений даже при простом сравнении. Абсолютным доказательством экономической эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий можно считать уменьшение ЗВУТ более чем на 50%.

Заключение

Таким образом, проведение лечебно-профилактических мероприятий больным с БШС без отрыва их от работы с помощью выездных бригад имеет несомненную эффективность с точки зрения улучшения состояния здоровья трудоспособного населения. Использование при этом средств ДМС позволяет привлечь дополнительное финансирование в практическое здравоохранение для проведения профилактических мероприятий. Такая форма работы оказывается экономически выгодной и для работодателя, так как значительно снижает временную утрату трудоспособности работников предприятия, улучшает социально психологический климат трудового коллектива и повышает качество жизни, работоспособность и здоровье индивидуума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П. Патогенез и диагностика остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений. Состояние проблемы и перспективы изучения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1986. — Т. 86, № 4. — С. 481-488.
2. Измеров Н.Ф., Оганов Р.Г., Зверев В.В., Ушаков И.Б. Обзор современных концепций качества жизни с позиций профилактической медицины // Мед. акад. журн. — 2005 — Т. 5. № 3. — С. 3-12. НИИ медицины труда РАМН, Москва.
3. Купцов В.В. Болезни нервной системы как причина утраты трудоспособности / В.В. Купцов // Сов. здравоохранения. — 1979. — № 8. — С. 30-35.
4. Молчанова Л.Ф. Методические подходы к организации многоэтапного оказания медицинской помощи / Л.Ф. Молчанова, М.М. Муравьева Л.П. Гродецкий // Глав. врач. — 2003. — Т. 8. — С. 18-22.
5. Павленко С.С. Эпидемиология боли / С.С. Павленко // Неврологический журнал. — 1999. — Т. 1. — С. 41-46.
6. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. — М.: Медицинский, 1989. — 464 с.
7. Jeffries L.J. Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature / L.J. Jeffries, S.F. Milanese, K.A. Grimmer-Somers // Spine. — 2007. — Vol. 32. — P. 2630-2637.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140

В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848