

ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*Чапко И.Я., Филиппович А.Н., Стахейко Н.В.,
Милькота В.А., Черевко Т.В.*

*Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации, Минск*

Реабилитация пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза по-прежнему сохраняет свою актуальность и значимость. Несмотря на достигнутые успехи, до настоящего времени достаточно слабоизученным и внедренным в практическое здравоохранение аспектом реабилитации остается проблема практического использования современных реабилитационно-восстановительных технологий для реабилитации пациентов с высоким риском инвалидизации и при неблагоприятном трудовом прогнозе у лиц, занятых преимущественно физическим трудом. Не в полной мере внедрены методики оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и риска развития инвалидности у пациентов, недостаточно используется принцип протокольного проведения медицинской реабилитации. Вышеуказанные нерешенные проблемы реабилитации послужили основанием для организации и проведения настоящего исследования. Исследование предполагало решение ряда задач, которые поэтапно были выполнены в 2009-2012 гг.

В ходе выполнения научно-исследовательских работ проведено исследование и осуществлены экспертные и реабилитационные мероприятия пациентам с клиническими проявлениями поясничного остеохондроза. Контингент обследованных формировался из следующих групп пациентов: первая группа – это пациенты, проходившие обследование в консультативно-поликлиническом отделении государственного учреждения (ГУ) «РНПЦ МЭ и Р», направленные для решения вопросов медицинской экспертизы; вторая группа – это пациенты, которым осуществлялись реабилитационные мероприятия в условиях неврологического отделения городской клинической больницы № 11 г. Минска; третья группа – пациенты,

проходившие курс реабилитации в реабилитационном отделении Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации после оперативных вмешательств, обусловленных осложнениями поясничного остеохондроза. Обследовано 230 пациентов: 126 (54,8%) мужчин и 104 (45,2%) женщины. По продолжительности заболевания обследованные лица распределялись следующим образом: до 2 лет - 9 чел. (3,9%); 2-5 лет - 61 чел. (26,5%); 5-10 лет - 64 чел. (27,8%); более 10 лет – 96 чел. (41,8%), т.е. выборка пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза была в основном представлена контингентом с продолжительностью заболевания более 10 лет, у которых первичные реабилитационные мероприятия имели не достаточно высокую эффективность, что в последующем послужило основанием как для коррекции реабилитационных программ, так и для решения вопросов медицинской экспертизы.

У обследованных пациентов имелись следующие клинические формы вертеброгенных неврологических синдромов: рефлекторно-тонические синдромы: люмбаишиалгия – 86 чел. (37,4%), корешковые синдромы в виде радикулопатий – 98 чел. (42,6%), корешково-сосудистые синдромы в виде радикулоишемии - 35 чел. (15,2%), рефлекторные синдромы в виде люмбалгии - 11 чел. (4,8%).

В ходе исследования была разработана технология медицинской реабилитации пациентов, которая предусматривала реализацию последующих этапов: выбор объекта реабилитации и предмет реабилитации; экспертно-реабилитационная диагностика; первичная оценка реабилитационного потенциала, краткосрочного и долгосрочного прогноза реабилитации; дифференцированная реабилитационная оценка с соотношением реабилитанта к клинико-реабилитационной группе и подгруппе; медицинская экспертиза (с оценкой категорий и степени ограничений жизнедеятельности, степени риска инвалидизации); формирование индивидуальной программы реабилитации; практическое выполнение индивидуальной программы реабилитации; оценка эффективности реабилитационных мероприятий; формирование дальнейшего реабилитационного маршрута.

Выбор объекта реабилитации и предмет реабилитации предусматривает определение лиц, нуждающихся в реабилитации (в соответствии с показаниями и противопоказаниями), реализацию определенного порядка направления на этап реабилитации.

Этап технологического процесса проведения реабилитации – экспертно-реабилитационная диагностика – предусматривает клинико-реабилитационную оценку проявлений патологии с целью выделения клинических, функциональных и социальнозначимых объектов реабилитации (трехуровневая оценка). Оценка выраженности нарушенных функций и способностей производится по функциональным классам (ФК): при этом определяются сформировавшиеся у реабилитанта нарушения и ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной недостаточности. Этап первичной оценки реабилитационного потенциала, краткосрочного и долгосрочного прогноза реабилитации направлен на формирование целей и задач реабилитации на конкретном этапе, прогнозирования клинико-социальных исходов реабилитации.

Этап дифференцированной реабилитационной оценки с соотносением реабилитанта к клинико-реабилитационной группе и подгруппе предполагает распределение реабилитантов на группы и подгруппы в зависимости от категории и степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности, типа и уровня риска инвалидизирующих последствий, оцененного на предыдущем этапе реабилитационного потенциала. Этап предполагает определение целей и задач реабилитации, прогнозируемых исходов и эффективности в каждой группе и подгруппе пациентов.

Этап проведения медицинской экспертизы предусматривает оценку степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности; анализ динамики изменения состояния в процессе лечения в период временной нетрудоспособности, динамики инвалидности (в случае ее наличия), анализ профессионального маршрута и определение основной профессии реабилитанта; изучение его социального и бытового статуса, предварительное предполагаемое экспертное решение на момент первичного

анализа клинико-реабилитационного статуса.

По результатам проведения предыдущих этапов реабилитолог формирует индивидуальную программу реабилитации конкретного реабилитанта, в которой отражаются исходное состояние нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности, определяется конкретная цель реабилитации на данном этапе и формируется объем реабилитационных мероприятий.

Последующий этап – практическое выполнение индивидуальной программы реабилитации – предполагает выполнение реабилитационных мероприятий, запланированных на этапе ее формирования, включая психологические, физические, медикаментозные методы, методы диетотерапии, бытовой адаптации, «школы пациента» и др. В ходе выполнения индивидуальной программы реабилитации пациент динамически контролируется врачом-реабилитологом, представляется на заседания реабилитационной бригады для коррекции проводимой реабилитации, промежуточной оценки ее качества и эффекта. Немаловажное значение в процессе организации реабилитации имеет оценка резервной физической толерантности (физической работоспособности), которая осуществляется для более адекватной оценки реабилитационного потенциала, подбора индивидуальной нагрузки, осуществления тренирующего эффекта. Для оценки возможно использование ряда тестов, применение которых индивидуализируется в зависимости от стадии и выраженности нозологии, наличия и выраженности функциональных синдромов. В организации самого процесса реабилитации приоритет также должен быть уделен бригадной форме проведения реабилитации, а также образовательному компоненту обучения пациентов и их родственников с целью соблюдения принципа этапности и закрепления полученных навыков восстановления (которым обучили реабилитологии) на амбулаторном этапе реабилитации.

Завершающие этапы – оценка эффективности реабилитационных мероприятий и формирование дальнейшего реабилитационного маршрута – предусматривают конечную оценку реализации этапа реабилитационных мероприятий и определяют достигнутый эффект. На этом же этапе

реабилитационного маршрута врачом-реабилитологом составляются рекомендации по дальнейшей медицинской или медико-профессиональной реабилитации (в случае угрозы потери профессиональной пригодности), профессиональной реабилитации (в случае необходимости приобретения новой профессии или адаптации рабочего места), мероприятиях социальной реабилитации или выносятся рекомендации о направлении пациента для освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии (в случае необходимости продления временной нетрудоспособности или освидетельствования на предмет установления инвалидности).

Одной из задач исследования являлась разработка протоколов медико-профессиональной реабилитации пациентов. В ходе выполнения научно-исследовательских работ разработаны стандартизированные протоколы, отражающие рекомендуемый курс реабилитации в целом и отдельные этапы, дифференцированные в зависимости от вида, характера и степени выраженности дефицитарных синдромов. Протоколы содержат рекомендуемые методы обследования, которые разделены на обязательные и дополнительные (дифференцированные в зависимости от степени выраженности нарушений), подробно представлен объем реабилитационной помощи (включающий методы физических тренировок, физиотерапию, психотерапию, медикаментозную коррекцию), приведено количество процедур, продолжительность процедуры, время проведения. В протоколах представлены дифференцированные критерии эффективности реабилитации, которые могут быть применимы к разным этапам реабилитации и при различных функциональных классах нарушений.

Учитывая тот факт, что протоколы предполагают медико-профессиональную реабилитацию пациентов, особый акцент сделан на профессиональном аспекте реабилитации. Были разработаны особенности оценки профессиональной пригодности пациентов, которые предусматривают реализацию ряда последовательных этапов и предполагают определение возможности трудовой деятельности в прежней профессии, возможности дальнейшей профессиональной занятости пациента.

В рамках разработанной технологии определены характер и

степень влияния алгического, мышечно-тонического (вертебрального) синдромов, двигательных нарушений на состояние профессионально значимых функций и качеств: мышечная выносливость; способность к поддержанию статического равновесия; способность к координации положения тела в пространстве; способность к изменению положения тела в пространстве в заданном темпе (частые глубокие наклоны, повороты головы, тела, в том числе совмещенные с наклонами); способность к работе (обслуживанию) поступательно движущихся, вращающихся механизмов, отдельных частей механизмов; способность к выполнению синхронных, асинхронных действий (манипуляций) с одновременным участием верхних и нижних конечностей.

Установлено, что объем реабилитационно-диагностических мероприятий при определении способности выполнять профессиональный труд должно предусматривать: оценку состояния статодинамической функции и, прежде всего, по состоянию профессионально значимых (для той или иной профессии) ее показателей; требования, предъявляемые дефектной функции процессом, условиями труда в объеме, дозируемом временем работы (продолжительностью), интенсивностью производственных нагрузок; требования, предъявляемые дефектной функции опасными и вредными факторами процесса и условиями труда. При диагностике нарушений, имеющих у пациента, для решения вопросов допуска к профессиональному труду, профессиональной пригодности, профессиональной трудоспособности необходима оценка состояния сохранности значимых для определенного вида профессионального труда способностей, формируемых дефектной функцией.

Особое внимание в процессе реабилитации должно быть уделено тренировке профессионально значимых функций и качеств, что является, по существу, адаптационно-реабилитационной подготовкой пациента к возвращению к профессиональной деятельности. Необходимо выделять те профессионально значимые функции и качества, которые, с одной стороны, наиболее часто страдают у пациентов, с другой стороны, - обусловлены индивидуальной спецификой

профессионального труда (который выполняет пациент), подбирать комплекс реабилитационных тренировок, направленных на восстановление той или иной нарушенной или значимой профессиональной функции.

Таким образом, в ходе проведенных исследований нами разработаны технология медицинской реабилитации и протоколы медико-профессиональной реабилитации пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза, которые отражают современную интегральную, наиболее полную систему проведения реабилитации. Использование же конкретных методик, методических приемов, тестов и других технологических звеньев определяется конкретным этапом реабилитации, возможностями организации здравоохранения, где осуществляется реабилитация, уровнем подготовки реабилитолога и, конечно же, степенью готовности реабилитанта к участию в процессе реабилитации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕГМЕНТАРНЫМИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ

Чернуха Т.Н., Лихачев С.А., Зобнина Г.В., Забродец Г.В.

*Республиканский научно-практический центр неврологии
и нейрохирургии МЗ РБ, Минск*

Сегментарные и генерализованные формы мышечной дистонии (МД) относятся к наиболее тяжелым видам расстройств движений, насильственные движения распространятся на несколько частей тела, что быстро приводит к выраженному нарушению передвижения, затруднению самообслуживания, резкому снижению социальных контактов и профессиональных навыков [D.J. Gelb, 1991, P. Haussermann, 2011]. Ввиду того, что гиперкинезы захватывают большое количество мышц, введение препарата ботулотоксина во все мышцы невозможно [M.F. Brin, 2002, D. Dressler, 2009]. Возникает потребность в поиске новых методов комплексного лечения и реабилитации больных со сложными формами дистонии с целью повышения их качества жизни, адаптации в профессиональной и социальной сферах.