

УДК 616.833

КОМПЛЕКСНАЯ ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

М. Н. Антонович*,

А. В. Стома, кандидат медицинских наук

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва», 142770, Россия, г. Москва, пос. Сосенское, п. Газопровод, д. 101, корп. 1.

РЕЗЮМЕ Современная технология санаторно-курортного лечения предусматривает комплексную количественную оценку результатов, основанную на интеграции нозологического и адаптационного подходов и включающую в себя анализ динамики 3 показателей: клинической симптоматики, клинико-инструментальных данных и показателей функциональных резервов здоровья. Исследование этих данных позволило подтвердить более выраженный положительный эффект от применения метода детензор-терапии по сравнению со стандартным лечением поясничного остеохондроза на санаторно-курортном этапе.

Ключевые слова: санаторно-курортное лечение, поясничный остеохондроз, комплексная объективная оценка результатов лечения, функциональные резервы организма, детензор-терапия.

* Ответственный за переписку (*corresponding author*): e-mail: ambroxol@bk.ru

Остеохондроз позвоночника является в настоящее время серьезной медико-социальной проблемой, что обусловлено его чрезвычайно высокой распространенностью, в том числе в молодом возрасте (до 70–80% взрослого населения), растущим вкладом этого заболевания в структуру временной и стойкой утраты трудоспособности [12]. Более чем у половины больных с остеохондрозом отмечается поражение поясничного отдела позвоночника.

Важная роль в лечении больных с остеохондрозом отводится санаторно-курортному этапу медицинской помощи [11]. Более 40% пациентов санатория общего профиля составляют больные с остеохондрозом как основным диагнозом.

Чтобы повысить эффективность санаторно-курортного лечения (СКЛ), необходима объективная оценка его результатов. Однако на практике эта оценка основывается, как правило, на субъективных критериях (динамика самочувствия

пациента). Следует учитывать и то, что на СКЛ направляются пациенты в стадии ремиссии заболевания, то есть с исходно невыраженной клинической симптоматикой, что объективно затрудняет оценку ее динамики.

Современная технология СКЛ предусматривает комплексную количественную оценку результатов, основанную на интеграции нозологического и адаптационного подходов [8, 9]. Ранее нами была предложена, научно обоснована и успешно использована на практике методология оценки эффективности СКЛ, включающая анализ динамики трех составляющих: клинической симптоматики, клинико-инструментальных данных и показателей функциональных резервов организма (ФРО) [1, 10]. Восстановление ФРО, сниженных в результате болезни и/или неблагоприятного влияния среды, считается в настоящее время одной из основных задач СКЛ [2, 7]. Для оценки результатов лечения именно динамика показате-

Antonovich M. N., Stoma A. V.

COMPLEX OBJECTIVE ESTIMATION OF HEALTH RESORT TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

ABSTRACT Current technology of resort treatment stipulates complex quantitative estimation of its results. This estimation is based upon the integration of nosologic and adaptational approaches and includes the analysis of 3 parameters' dynamics: clinical symptomatology, clinical-and-instrumental data and functional health reserves indices. The study of these data in dynamics allowed to confirm the mostly marked positive effect in "detenzor"-therapy in comparison with standard treatment for lumbar osteochondrosis in health resort.

Key words: health resort treatment, lumbar osteochondrosis, complex objective estimation of the treatment results, functional organism reserves, "detenzor"-therapy.

лей ФРО нередко имеет определяющее значение в связи с отсутствием во многих случаях существенных клинических отклонений у пациентов, поступающих в санаторий [3, 9].

У конкретного пациента динамика различных параметров на фоне СКЛ, как правило, выражена в разной степени, а в ряде случаев даже является разнонаправленной. Поэтому методологически целесообразно интегрировать изменения нескольких показателей для принятия однозначного решения о результате лечения [1].

Целью настоящей работы явилось обоснование алгоритма комплексной оценки результатов СКЛ больных с поясничным остеохондрозом (ПО).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на результатах обследования 120 пациентов с ПО без выраженной сопутствующей патологии, проходивших лечение в клиническом санатории «Приокские дали» ООО «Газпром трансгаз Москва» (79 мужчин, 41 женщина в возрасте от 18 до 44 лет, в среднем $33,5 \pm 0,6$ года). Комплексное обследование включало клинический осмотр невролога, терапевта, физиотерапевта, гинеколога; ЭКГ, ультразвуковое исследование брюшной полости и почек, общие анализы крови и мочи, исследование ФРО.

Для количественной оценки интенсивности болевого синдрома использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала Борга (ВШБ) [13]. Состояние тонуса мышц спины и нижних конечностей оценивалось по трем степеням в соответствии со стандартной схемой вертеброневрологического обследования [4].

Исследование ФРО проводилось с помощью программно-аппаратного комплекса «Интегральный показатель здоровья» [7] и включало выполнение комплекса тестов, определяющих функциональное состояние соматической сферы и адаптационную способность (вариационная кардиоинтервалометрия по Р. М. Баевскому, экспресс-оценка физических возможностей по Г. Л. Апанасенко, тест зрительно-моторной реакции по Т. Д. Лоскутовой), а также психоэмоциональное состояние (цветометрический тест Люшера, тест самооценки САН). По итогам перечисленных тестов рассчитывался интегральный показатель функциональных резервов (ИПФР), имеющий следующую шкалу оценки: 75–100% – высокий уровень, 50–74% – средний, 25–49% – ниже среднего, 0–24% – низкий.

Количественная оценка болевого и мышечно-тонического синдромов и исследование ФРО проводились дважды – при поступлении и при выписке из санатория.

Всем пациентам проведен 14-дневный курс СКЛ в соответствии с Федеральным стандартом лечения больных с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (код по МКБ-10 M42), включавший лечебную физкультуру в зале, гимнастику в бассейне, ручной массаж поясничной области, седативную аэрофитотерапию, назначение «фиточая», магнитотерапию бегущим импульсным магнитным полем на аппарате «Алмаг-01», оптимальное питание.

Дополнительно к указанному стандарту 60 больных (50%) прошли курс детензор-терапии, считающейся перспективным методом лечения ПО [5, 6]. Процедуры проводились в соответствии со стандартной методикой: положение больного лежа на спине на терапевтическом мате «детензор» с функциональными опорами в области голени и шеи (ежедневно, длительностью 60 минут, в сопровождении релаксационной музыкальной терапии, 10 процедур на курс).

Для оценки результатов лечения использован алгоритм (рис.), разработанный нами с учетом существующих критериев эффективности и собственного опыта практической работы. Методика его применения заключается в следующем:

1. Уровень болевого синдрома по шкале Борга при выписке пациента сопоставляется с исходным (при поступлении). Его динамика оценивается в баллах, как показано на схеме.
2. Аналогичным образом оценивается изменение степени выраженности мышечно-тонического синдрома.
3. Вычисляется разность между величинами ИПФР при выписке и при поступлении пациента и также оценивается в баллах.
4. Подсчитывается сумма баллов, которая служит количественным критерием эффективности лечения. По этому показателю и определяется итоговая оценка результата лечения, которая имеет 4 «классические» градации: значительное улучшение, улучшение, без перемен и ухудшение.

Статистические расчеты проводились с использованием «Microsoft Excel» по общепринятым методам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении в санаторий 74 обследованных (61,7%) предъявляли жалобы на боли в пояснице, возникающие при статико-динамической нагрузке. Интенсивность боли находилась в диапазоне от легкой до умеренной, показатель по ВШБ от 0 до 5, в среднем $2,74 \pm 0,07$ балла. Жаловались на скованность и ограничение подвижности в позвоночнике 87 больных (72,5%), а 81 (67,5%)

Динамика болевого синдрома по ВШБ		Динамика мышечно-тонического синдрома		Динамика ФРО	
Уменьшение на ≥ 3 балла	2	Уменьшение на 2 степени	2	Прирост ИПФР на 20% и более	2
Уменьшение на 1–2 балла	1	Уменьшение на 1 степень	1	Прирост ИПФР на 5–19%	1
Прежний уровень	0	Прежний уровень	0	Прирост или уменьшение ИПФР на 5% и менее	0
Увеличение	-1	Увеличение	-1	Уменьшение ИПФР на 5% и более	-1

Сумма баллов	≥ 4	1–3	0	≤ -1
Результат лечения	Значительное улучшение	Улучшение	Без перемен	Ухудшение

Рис. Алгоритм оценки результатов санаторно-курортного лечения больных с поясничным остеохондрозом

отмечал раздражительность, 58 (48,3%) – ощущение тревоги или беспокойства, 22 (18,3%) – нарушение сна.

При неврологическом осмотре у большинства больных (107 человек – 89,2%) выявлялось повышение тонуса длинных мышц спины, из них I степени – у 82 (76,6%), II степени – у 25 (23,4%). Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника определялась у 77 человек (64,2%), наличие триггерных зон в поясничной области – у 44 человек (36,7%).

По результатам первичного исследования снижение общих функциональных резервов (ИПФР < 50%) определялось у 46 больных (38,3%), в том числе значительное снижение (ИПФР < 25%) – у 11 (9,2%). Средняя величина ИПФР составила $50,1 \pm 1,4\%$.

По окончании курса СКЛ боли в области поясницы сохранялись у 52 пациентов (43,3%), однако их средняя интенсивность по ВШБ существенно уменьшилась – до $0,98 \pm 0,09$ балла ($p < 0,01$), находясь в диапазоне от 0 до 4 баллов. Ощущение скованности в позвоночнике оставалось у 38 больных (31,7%), но все отмечали его уменьшение. Значительно сократилось количество неспецифических жалоб.

Регресс миотонических расстройств после лечения зарегистрирован у 101 (94,4%) из 107 больных, имевших их при поступлении. При выписке повышение тонуса мышц было не выше I степе-

ни и определялось лишь у 30 человек (25,0%). Болезненность паравертебральных точек сохранялась у 9 (7,5%), триггерные зоны – у 3 (2,5%) пациентов.

Число больных с сниженными общими функциональными резервами (ИПФР < 50%) сократилось в 2 раза – до 23 человек (19,2%), в том числе с очень низкими (ИПФР < 25%) – до 4 (3,3%). Динамика ИПФР оценивалась по разности между конечной и исходной его величинами. Значимый прирост ИПФР (5% и более) отмечался у 93 человек (77,5%), в том числе значительный (20% и более) – у 19 (15,8%). В 23 случаях (19,2%) существенной динамики не было (изменение ИПФР менее 5%), а у 4 пациентов ИПФР снизился на 5% и более. Средняя величина ИПФР в общей группе увеличилась на $10,3 \pm 0,9\%$ и составила после лечения $60,4 \pm 1,3\%$.

Применение представленного выше алгоритма комплексной оценки эффективности лечения дало следующие результаты (табл.).

В общей группе положительная динамика (улучшение и значительное улучшение) состояния здоровья достигнута у 112 больных (93,3%).

Предложенный алгоритм применен для сравнительного анализа эффективности СКЛ пациентов с ПО, дополнительно к лечебному стандарту прошедших курс детензор-терапии (основная группа) и получивших только стандартную программу лечения (контрольная группа). Как видно из табли-

Таблица. Результаты санаторно-курортного лечения больных с поясничным остеохондрозом

Результат лечения	Число пациентов, абс. (%)		
	Всего	из них	
		без детензор-терапии (стандарт)	стандарт + детензор-терапия
Значительное улучшение	19 (15,8%)	4 (6,7%)	15 (25,0%)
Улучшение	93 (77,5%)	50 (83,3%)	43 (71,7%)
Без существенных перемен	7 (5,8%)	5 (8,3%)	2 (3,3%)
Ухудшение	1 (0,8%)	1 (1,7%)	0

цы, положительная динамика состояния здоровья в основной группе констатирована у 96,7% пациентов, в контрольной группе – у 90%. Но особенно показательно различие по градации «значительное улучшение» – 25% в основной группе против 6,7% в контрольной.

Показатель эффективности лечения в баллах был статистически значимо больше у больных, получавших детензор-терапию, – в среднем $3,15 \pm 0,11$, в то время как в контрольной группе – $2,52 \pm 0,10$ балла ($p < 0,01$).

ВЫВОДЫ

После курса санаторно-курортного лечения у больных с поясничным остеохондрозом наблю-

дается уменьшение выраженности болевого и мышечно-тонического синдромов, а также увеличение общих функциональных резервов организма.

Для комплексной объективной оценки результатов лечения больных с ПО целесообразно использование алгоритма, включающего количественный анализ динамики: 1) интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале Борга, 2) степени напряжения мышц спины и 3) функциональных резервов организма.

Применение данного алгоритма показало, что включение детензор-терапии в комплексную программу санаторно-курортного лечения пациентов с ПО позволяет повысить его эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм индивидуального назначения комплексных реабилитационно-восстановительных программ и объективной оценки их эффективности / А. В. Соколов [и др.] // Вестн. восстановительной медицины. – 2004. – № 4. – С. 10–17.
2. Бобровницкий, И. П. Методологические аспекты разработки и внедрения новых технологий оценки и коррекции функциональных резервов в сфере восстановительной медицины / И. П. Бобровницкий // Курортные ведомости. – 2007. – № 3 (42). – С. 8–10.
3. Бобровницкий, И. П. Применение программно-аппаратного комплекса оценки функциональных резервов для анализа эффективности лечения / И. П. Бобровницкий, О. Д. Лебедева, М. Ю. Яковлев // Вестн. восстановительной медицины. – 2011. – № 6. – С. 7–9.
4. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов / под ред. А. А. Скоромца. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 160 с.
5. Мирютова, Н. Ф. Эффективность применения нелинейных тракций позвоночника в комплексе с механическим массажем у больных с деформирующими дорсопатиями / Н. Ф. Мирютова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2011. – № 3. – С. 11–15.
6. Мищенко, А.Г. Сочетание рефлексотерапии и вытяжения в комплексном лечении неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / А. Г. Мищенко, Т. А. Власова // Физиотерапевт. – 2012. – № 6. – С. 30–34.
7. Соколов, А.В. Интегральная оценка резервов индивидуального здоровья: метод. рекомендации / А. В. Соколов. – М., 2003. – 50 с.
8. Соколов, А. В. Интеграция адаптационного и нозологического подходов в оценке индивидуального здоровья / А. В. Соколов, А. Л. Шумова // Вестн. восстановительной медицины. – 2003. – № 3. – С. 9–12.
9. Соколов А. В. Диагностические технологии восстановительной медицины: достигнутые результаты и перспективы развития / А. В. Соколов // Вестн. восстановительной медицины. – 2008. – № 5 (27). – С. 4–9.
10. Соколов, А. В. Программа системной диагностики результатов санаторно-курортного лечения / А. В. Соколов, А. В. Стома, М. Н. Антонович // Курортные ведомости. – 2013. – № 2 (77). – С. 24–25.
11. Стрелкова Н.И. Фундаментальные и прикладные аспекты восстановительной медицины в неврологии / Н. И. Стрелкова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2002. – № 5. – С. 3–7.
12. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров. – Казань, 2001. – 472 с.
13. Borg G. Borg's rating of perceived exertion and pain scales / G. Borg. – Champaign, IL: Human Kinetics, 1998.