

УДК 616.71-018.3-002-036.86

Інвалідність внаслідок дегенеративних захворювань хребта: причини, особливості динаміки, шляхи попередження

Д. О. Яременко, О. Г. Шевченко

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України», Харків

The comparative analysis of disability due to spinal degenerative disorders in 1999–2003, and 2007–2009 was performed, and its results were presented in this study. The state-of-the-art in organization and medical care quality for such patients was analyzed. Untapped reserves for increasing of efficiency of reconstructive treatment and rehabilitation in patients and disabled people with spinal degenerative disorders were determined.

В статье представлены результаты сравнительного анализа случаев инвалидности вследствие дегенеративных заболеваний позвоночника в период 1999–2003 и 2007–2009 гг. Проанализировано состояние организации и качества медицинской помощи больным на современном этапе. Определены неиспользованные резервы повышения эффективности восстановительного лечения и реабилитации больных и инвалидов с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

Ключові слова: хребет, дегенеративні захворювання, інвалідність

Вступ

За інформацією МОЗ, в Україні останніми роками спостерігають стабільно високий рівень інвалідності внаслідок остеохондрозу хребта як одного з проявів дегенеративних змін у хребцевих рухових сегментах [1–3]. Дослідники європейських країн та США також відзначають зростання інвалідизації населення внаслідок хронічного болю у хребті [4, 5].

Класична радикулопатія (радикуліт, ішіас) є причиною болю в спині не більш як у 5 % випадків. Переважна частина таких захворювань — це результат дегенеративних процесів у хребті [6, 7].

Арсенал сучасних технологій консервативного та хірургічного лікування дегенеративних захворювань хребта містить широкий спектр різних методик, кожна з яких та їх поєднання є доволі ефективними [8–21]. То які ж фактори впливають на ефективність реабілітації, стабільно високі показники інвалідності в результаті дегенеративних захворювань хребта?

Мета дослідження: науково обґрунтувати найактуальніші медико-організаційні заходи з попередження і зниження показників інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта.

Матеріал та методи

За матеріалами міжрайонних МСЕК м. Харкова проведено експертний аналіз 194 випадків інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта у 1999–2003 рр. та 164 випадків інвалідності через зазначену патологію у 2007–2009 рр. Автори простежили динаміку інвалідності та проаналізували показники реабілітації залежності виду та характеру проведених заходів з медичної реабілітації у 278 інвалідів. Динаміку інвалідності через рік після встановлення групи інвалідності вивчено у 278 зазначених випадках, протягом двох років — у 217, трьох — у 156, чотирьох — у 62, п'яти і більше — у 59. Максимальний термін спостереження склав 10 років.

Проведено обстеження п'яти поліклінік Харкова, де за територіальним принципом надають медико-профілактичну допомогу 434 565 особам. Експертно проаналізовано 94 амбулаторні карти пацієнтів, яких визнано інвалідами внаслідок дегенеративних захворювань хребта.

Результати та їх обговорення

У загальній кількості первинно визнаних інвалідами внаслідок патології опорно-рухової системи

питома вага осіб з дегенеративними захворюваннями хребта зросла на 4,7 % і становила $(35,8 \pm 0,6) \%$ у 2007–2009 рр. проти $(31,1 \pm 0,6) \%$ у 1999–2003 рр. У структурі вертебральної патології, яка призвела до інвалідизації хворих, частка осіб з дегенеративними захворюваннями хребта збільшилася у зазначений період на 8,5 % і становила $(81,5 \pm 1,2) \%$ у 2007–2009 рр. проти $(73,0 \pm 3,6) \%$ у 1999–2003 рр. Частки чоловіків і жінок у контингенті первинних інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта за вказаний період залишаються незмінними і становлять в середньому $(49,4 \pm 3,7) \%$ і $(50,6 \pm 3,7) \%$ відповідно, але виявлено збільшення частки осіб працездатного віку, яка дорівнювала 88,3 % у 2007–2009 рр. проти 74,7 % у 1999–2003 рр.

Зазвичай хворим з дегенеративними захворюваннями хребта первинно встановлюють II або III групу інвалідності. За останні роки серед первинно визнаних інвалідами втричі збільшилася частка інвалідів I групи, на 13,9 % — інвалідів III групи та відповідно у 1,5 раза зменшився відсоток осіб II групи (рис. 1). Привертає увагу, що вже первинно 25,0 % хворим, тобто кожному четвертому пацієнтові, інвалідність визначають безстроково.

Характер перерозподілу контингенту первинних інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта за локалізацією залишається незмінним і відповідає частоті ушкодження певних сегментів хребта в структурі захворюваності [22]. Найбільшу частину вивченого контингенту як у 1999–2003, так і в 2007–2009 роках становили хворі з ушкодженням поперекового відділу хребта — $(87,6 \pm 5,4) \%$ осіб. Частка хворих на остеохондроз шийного відділу хребта складала в 1999–2003 рр. 6,7 %, у 2007–2009 рр. — 4,3 %. Крім того, значно збільшився відсоток пацієнтів, визнаних інвалідами внаслідок поширеного остеохондрозу хребта, що становило у 2007–2009 рр. 15,8 % проти 5,7 % у 1999–2003 рр.

Аналізуючи контингент первинних інвалідів за характером і тяжкістю анатомо-морфологічних і функціональних порушень, виявлено збільшення кількості осіб, в яких було діагностовано грижі $(79,9 \%$ у 2007–2009 рр. проти $58,2 \%$ у 1999–2003 рр.) та протрузії міжхребцевих дисків $(10,4 \%$ у 2007–2009 рр. проти $6,2 \%$ у 1999–2003 рр.). Логічно пояснюємо це покращенням якості діагностики завдяки широкому застосуванню КТ та ЯМРТ. Але поряд з цим не можна не враховувати погіршення факторів навколишнього середовища, гіподинамію та відсутність у населення внутрішньої орієнтації на здоровий спосіб життя. Відповідно збільшилася й частка хворих з неврологічними розладами різної тяжкості (парезами, плегіями, каудогенною або

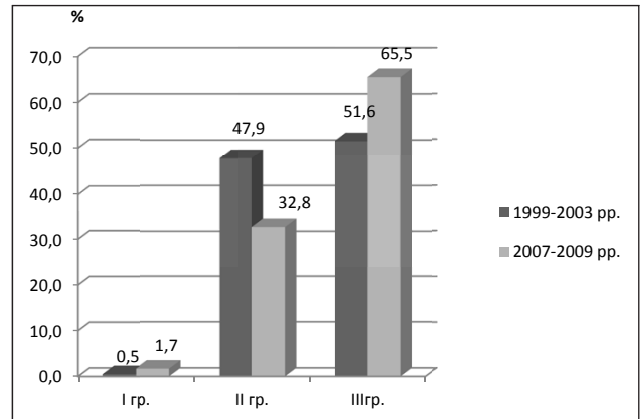


Рис. 1. Графік розподілу первинно визнаних інвалідами внаслідок дегенеративних захворювань хребта за групами інвалідності

радикулярною переміжною кульгавістю, порушеннями функції тазових органів тощо) — з 34,0 до 45,7 %. Відсоток хворих з нестабільністю хребтових рухових сегментів залишився майже незмінним і становив близько 25 %. Поряд з цим, майже у 1,5 раза зменшився відсоток хворих, яким на час направлення до МСЕК діагностували спондилоартроз і спондилоартрит — 66,0 % у 1999–2003 рр. проти 44,5 % у 2007–2009 рр. Таке зменшення частки пацієнтів зі спондилоартрозом та спондилоартритом на фоні збільшення відсотків хворих з грижами міжхребцевих дисків і неврологічним дефіцитом пояснюємо збільшенням кількості хірургічних втручань на хребті з приводу гриж міжхребцевих дисків. Але відсоток хворих, яким виконані операції на хребті до направлення на МСЕК, істотно не змінився і становив у 1999–2003 рр. 35,1 %, а у 2007–2009 рр. — 37,2 % із загальної кількості первинно визнаних інвалідами внаслідок дегенеративних захворювань хребта. Отже, це питання потребує додаткового вивчення.

Розглядаючи причини первинної інвалідності у хворих з дегенеративними захворюваннями хребта, виявлено, що у 73–78 % випадків необхідне встановлення групи інвалідності було обумовлене поєднанням кількох чинників, таких як тяжкість захворювання, недоліки в організації лікування та лікувально-діагностичному процесі, соціально-побутові фактори, помилки МСЕК, ускладнення патологічного процесу та вторинні порушення функції внутрішніх органів, які є наслідком прогресивного розвитку хвороби. Здебільшого причиною інвалідності як у 1999–2003, так і у 2007–2009 рр. була тяжкість захворювання (відповідно 90,2 і 87,2 % випадків). Також за вказаний період серед чинників, які призвели до інвалідизації хворих з дегенеративними захворюваннями хребта, практично не

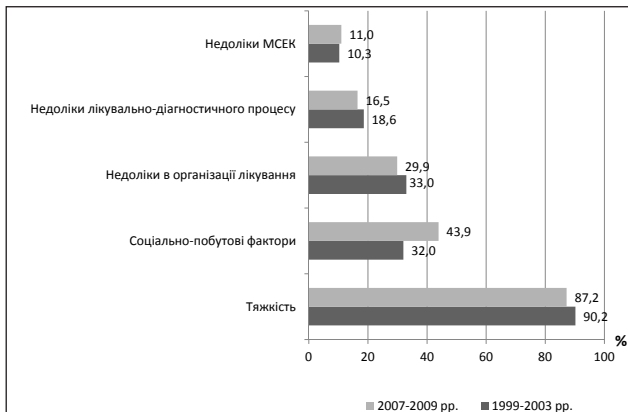


Рис. 2. Графік причини первинної інвалідності за умов дегенеративних захворювань хребта

змінились недоліки лікувально-діагностичного процесу (відповідно 18,6 і 16,5 % випадків), причини організаційного характеру (відповідно 33,0 і 29,9 % випадків), помилки МСЕК (відповідно 10,3 і 11,0 % випадків). Зауважимо на підвищенні кількості осіб, для яких встановлення групи інвалідності було обумовлене не тільки ступенем порушення функції опорно-рухової системи та інших органів і систем, а й незадовільними соціально-побутовими умовами: у 1999–2003 рр. такі особи складали 32,0 %, у 2007–2009 рр. — 43,9 % (рис. 2).

Аналіз динаміки інвалідності серед 278 хворих з дегенеративними захворюваннями хребта показав, що кількість осіб, яких реабілітувати не вдалося, збільшувалася залежно від тривалості перебування на інвалідності. Виявлено, що показник часткової реабілітації в контингенті інвалідів із зазначеною патологією протягом перших чотирьох років перебування на інвалідності зменшується щороку у 1,5–2 рази. Крім того, щорічно у $(2,5 \pm 1,3)$ % випадків хворим з дегенеративними захворюваннями хребта групу інвалідності встановлюють безстроково. Загалом, протягом перших 10 років перебування на інвалідності до $(9,8 \pm 2,5)$ % пацієнтів стають інвалідами безстроково.

Вивчаючи показники реабілітації залежно від методу лікування, ми виявили, що в цілому процес реабілітації в групі інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта, яких лікували хірургічними методами, має більш інтенсивний позитивний характер, ніж у групі пролікованих тільки консервативно. Сумарний показник реабілітації за п'ять років у інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта, яких лікували хірургічно, становить $(34,0 \pm 6,5)$ % і був 4,5 раза вищим за аналогічний показник в осіб, які отримали консервативне лікування — $(7,5 \pm 2,9)$ %. Різниця між зазначеними показниками є вірогідною ($t = 3,7$; $p \leq 0,05$). Щорічний відсоток

інвалідів, у яких спостерігають обтяження групи інвалідності, серед пролікованих хірургічно в середньому складає $(3,6 \pm 2,5)$ %, а серед отримавших консервативне лікування — $(2,3 \pm 1,6)$ %, різниця між показниками є недостовірною ($t = 0,4$; $p \leq 0,05$).

На думку експертів, причиною необгрунтованих експертних висновків МСЕК у процесі встановлення групи інвалідності хворим, яким провели хірургічні втручання, найчастіше було переоцінювання ступеня тяжкості захворювання та недооцінка ефективності сучасних технологій лікування. Так, з-поміж інвалідів, яких лікували хірургічно, у 66,1 % випадків інвалідність встановлено в терміни від 1 до 4 міс. після операції. Хворих зазвичай визнавали інвалідами лише на підставі самого факту проведеної операції незалежно від її характеру, обсягу та ефективності. Із загальної кількості інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта, яких лікували хірургічно, до направлення на МСЕК і встановлення групи інвалідності курс відновного післяопераційного лікування в стаціонарі, удома та денному стаціонарі пройшли тільки 21,3 % хворих.

Під час перевірки поліклінік встановлено, що більшість хворих на остеохондроз хребта, за винятком прооперованих, перебуває під наглядом невролога. За результатами експертного аналізу 94 амбулаторних карт (ф. 25-О) хворих з дегенеративними захворюваннями хребта виявлено, що у 88,3 % випадків динамічний нагляд і лікування здійснювали неврологи і лише у 36,2 % випадків — ортопеди. Незважаючи на значну тривалість захворювання і виражені клінічні прояви хвороби, у 21,3 % випадків пацієнтів не направляли на консультацію до ортопеда. Отже, якість надання медичної допомоги часто безпосередньо залежить від компетенції невролога або іншого спеціаліста, які, на жаль, не завжди мають достатній рівень підготовки з питань діагностики і лікування патології опорно-рухової системи. Зокрема, за результатами експертного аналізу якості надання медичної допомоги хворим з дегенеративними захворюваннями хребта на амбулаторному етапі, медичне обстеження було оцінене як неповне або несвоєчасне у 10,6 % випадків, недоліки в лікуванні визначені у 12,8 % випадків. Отже, кожний десятий хворий із зазначеною патологією на цьому етапі не одержує належну якісну медичну допомогу.

Аналізуючи випадки інвалідності серед хворих, яких лікували консервативними методами, ми виявили, що в $(40,2 \pm 3,0)$ % з них були показання до хірургічного лікування, але його не проводили або через відсутні рекомендації з боку лікарів (50,8 % випадків), або через відмову хворих (49,2 %).

Під час вивчення організації та рівня госпітальної медичної допомоги зазначеним хворим ми з'ясували, що для проведення хірургічного лікування усі вони були госпіталізовані до установ третинного (високоспеціалізованого) рівня медичної допомоги. Консервативне відновне лікування після хірургічного втручання 34,4 % хворих проходили у тих самих клініках, де виконували операцію. Здебільшого (56,2 %) зазначене відновне лікування виконували в неврологічних відділеннях міських лікарень. У 9,4 % випадків післяопераційне відновне лікування в стаціонарі не проводили — хворих лікували лише амбулаторно. Медичну реабілітацію пацієнтам, яким не виконували хірургічне лікування, у 86,0 % випадків проводили в спеціалізованих неврологічних відділеннях лікувально-профілактичних закладів різного рівня. Здебільшого в неврологічних і терапевтичних стаціонарах хворі одержували лише медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування та масаж, а ортопедичний режим, тракційна терапія та ЛФК не застосовувалися.

Висновки

Як бачимо, резерви з попередження інвалідності в разі дегенеративних захворювань хребта, зниження її показників та підвищення ефективності реабілітації, які полягають в оптимізації організації надання медичної допомоги пацієнтам із зазначеною патологією, не використані. І тому першочерговим завданням для зниження показників інвалідності є забезпечення чіткої системи обліку осіб, які потребують відновного лікування та реабілітації за індивідуальними програмами, а також стандартизація програм відновного лікування з урахуванням основних методологічних принципів тактики медичної реабілітації (ранній початок, тобто своєчасність, етапність, послідовність, комплексний характер заходів, диспансерний нагляд, формування позитивної трудової спрямованості та збереження професійної кваліфікації).

З огляду на реформування охорони здоров'я доцільно розширювати мережу спеціалізованих відділень (центрів) для відновного лікування та реабілітації хворих з патологією хребта. Найактуальнішим питанням є організація таких відділень для хворих, яким виконали хірургічне втручання на хребті. Визначати групу інвалідності особам з дегенеративними захворюваннями хребта необхідно лише після повноцінного проведення всього комплексу відновного лікування, враховуючи клінічний прогноз і характер трудової зайнятості. Особливої уваги набуває доступність профілактично-лікувальної допомоги на всіх етапах для таких пацієнтів.

Серйозним питанням у вирішенні проблеми зниження показників інвалідності внаслідок дегенеративних захворювань хребта є спеціальна підготовка кадрів. Особливої уваги потребує підготовка лікарів, які працюють у закладах первинної медичної допомоги, у галузі відновного лікування і реабілітації хворих та інвалідів з дегенеративними захворюваннями хребта. Важливим аспектом у підготовці таких лікарів є їх націлювання на підвищення рівня санітарної освіти пацієнтів і популяризацію медичних знань щодо здорового способу життя.

Список літератури

1. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України в 2006–2007 рр.: довідник / Г. В. Гайко, С. І. Герасименко, М. О. Корж та інш. — Київ, 2008. — 134 с.
2. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України в 2007–2008 рр.: довідник / Г. В. Гайко, С. І. Герасименко, М. О. Корж та ін. — К.: Видавнича компанія «Воля», 2009. — 137 с.
3. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2010–2011 рр.: довідник / Г. В. Гайко, С. С. Страфун, А. В. Калашников, В. П. Полішко. — К.: Видавнича компанія «Воля», 2012. — 220 с.
4. Rowe L. J. Imaging of mechanical and degenerative syndromes of the lumbar spine / L. J. Rowe // *Clinical anatomy and management of low back pain* // L. G. F. Giles. — Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997. — P. 275–313.
5. Ciccone D. S. A comparison of economic and social reward in patients with chronic nonmalignant back pain / D. S. Ciccone, N. Just, E. B. Bandilla // *Psychosom. Med.* — 1999. — Vol. 61. — P. 552–563.
6. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология «Вертеброневрология»: руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 672 с.
7. Продан А. И. Дегенеративные заболевания позвоночника / А. И. Продан, В. А. Радченко, Н. А. Корж. — Харьков: ИПП «Контраст», 2007. — Т. 1: Семіотика. Классификация. Диагностика. — 2007. — 272 с.
8. Продан А. И. Дегенеративные заболевания позвоночника / А. И. Продан, В. А. Радченко, Н. А. Корж. — Харьков: ИПП «Контраст», 2009. — Т. 2: Консервативное лечение. — 2009. — 261 с.
9. Основные принципы лечения болевого синдрома у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника: методичні рекомендації / Г. Х. Грунтовский, А. И. Попов. — К.: СПД Коляда О. П., 2007. — 16 с.
10. Використання нестероїдних протизапальних препаратів у місцевій терапії у хворих різного віку з патологією кістково-м'язової системи: методичні рекомендації / В. В. Поворознюк, І. К. Бабова, Т. В. Орлик. — Київ, 2004. — 29 с.
11. Патогенетично спрямована медикаментозна терапія деструктивно-дистрофічних захворювань хребта та суглобів: методичні рекомендації / А. Є. Яцкевич, А. Я. Яцкевич, О. Я. Яцкевич та ін. — Київ, 2005. — 31 с.
12. Медицинская реабилитация больных остеохондрозом позвоночника / И. В. Рой, Е. И. Баяндина, С. П. Твардовская и др. // *Вісник ортопедії, травматології та протезування.* — 2003. — № 1 (32). — С. 80–84.
13. Шевага В. М. Остеохондроз хребта від патогенетичного обґрунтування діагнозу, характеру больового синдрому та

- ефективності лікування / В. М. Шевага // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 3 (7). — С. 40–44.
14. Бучакчийская Н. М. Альтернативное лечение неврологических проявлений грыж межпозвонковых дисков / Н. М. Бучакчийская, В. И. Марамуха, И. В. Марамуха // Актуальні питання неврології і психіатрії та наркології. — К.: Харків, 2009. — С. 22–23.
 15. Бабов К. Д. Диференційоване використання лікувальних фізичних чинників при остеохондрозі хребта в умовах санаторію / К. Д. Бабов, Н. Г. Ніколаєва, І. В. Балашова та ін.: матеріали наук.-практ. конф. [«Актуальні питання ортопедії та травматології»] (Київ, 24–25 вересня 2009 р.). — Київ, 2009. — С. 23–24.
 16. Радченко В. А. Оптимизация хирургической тактики и техники операций при дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника: дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.20 «Травматология и ортопедия» / В. А. Радченко. — Харьков, 1996. — 330 с.
 17. Куденко В. А. Поясничный спондилолистез (патогенез, диагностика, прогнозирование и лечение): дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.21 «Травматология и ортопедия» / В. А. Куденко. — Харьков, 2009. — 555 с.
 18. Попсуйшапка К. А. Фораминальный стеноз при дегенеративных заболеваниях шейного отдела позвоночника (диагностика, принципы лечебной тактики): дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Травматология и ортопедия» / К. А. Попсуйшапка. — Харьков, 2007. — 177 с.
 19. Піонтковський В. К. Транспедикулярна фіксація хребта при поперековому остеохондрозі: дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Травматология і ортопедія» / В. К. Піонтковський. — Харків, 2009. — 238 с.
 20. Бариш О. Є. Сучасні принципи стабілізуючих операцій при хірургічному лікуванні захворювань та ушкоджень шийного відділу хребта (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.21 «Травматология і ортопедія» / О. Є. Бариш. — Харків, 2010. — 36 с.
 21. Сіренко О. А. Диагностика, профілактика та лікування рецидивів спондилоартралгії після денервації поперекових дуговідросткових суглобів: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Травматология і ортопедія» / О. А. Сіренко. — Харків, 2010. — 20 с.
 22. Юмашев Г.С. Остеохондрозы позвоночника / Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман. — М.: Медицина, 1973. — 288 с.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2013

DISABILITY DUE TO SPINAL DEGENERATIVE DISORDERS: CAUSES, FEATURES OF DYNAMICS, AND WAYS OF PREVENTIONS

D. O. Yaremenko, O. G. Shevchenko

SI «Sytenko Institute of Spine and Joint Pathology National Academy of Medical Science of Ukraine», Kharkiv