

Т.С. Бондаренко, А.А. Войтенкова

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Кожанова И.Н., канд. мед. наук доц. Романова И. С.

Кафедра клинической фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлены данные медицинской документации пациентов с различными формами вертеброгенной патологии, проходящих медицинскую реабилитацию после нейрохирургической операции. Целью исследования является изучение практики назначения лекарственной терапии и оценка эффективности проводимого послеоперационного лечения у пациентов после нейрохирургического вмешательства.

Ключевые слова: дорсопатии, индивидуальная программа реабилитации, фармакотерапия, физиотерапия.

Resume. The article presents data of medical documentation of patients with various forms of vertebragenic pathology undergoing medical rehabilitation after a neurosurgical operation. The purpose of the study is to study the practice of prescribing drug therapy and evaluate the effectiveness of postoperative treatment in patients after neurosurgical intervention.

Keywords: dorsopathy, individual rehabilitation program, pharmacotherapy, physiotherapy.

Актуальность. Остеохондроз позвоночника – наиболее распространенное хроническое заболевание человека, проявляющееся в самом трудоспособном возрасте. В его основе лежит дегенеративно-дистрофический процесс в межпозвонковых дисках и костно-связочном аппарате позвоночника.

Особенно часто явления дегенерации наблюдаются в трех нижних поясничных дисках, составляя 39,5% в возрасте 20-29 лет, 80% - после 49 лет у мужчин и 60% у женщин и почти 100% - после 60 лет. В свою очередь дегенеративные изменения позвоночника являются самой распространенной причиной стеноза позвоночного канала поясничного отдела.

Большое распространение заболевания с тенденцией к увеличению в последние годы, высокий процент потери трудоспособности и инвалидизации делает эту проблему не только медицинской, но и социальной. Поэтому не удивительно, что она с неослабевающим вниманием продолжает привлекать к себе многочисленных исследователей во всем мире [1].

Цель: Установить типичную практику назначения лекарственных средств пациентам после нейрохирургических операций как фрагмент комплексного клинко-фармакоэкономического анализа реабилитации для оптимизация использования лекарственных средств у пациентов после нейрохирургических операций по поводу дискогенных радикулопатий и стеноза позвоночного канала.

Задачи:

1. Определить критерии включения и исключения пациентов для проведения клинко-экономического анализа.

2. Провести выкопировку данных из стационарных карт пациентов и сформировать электронную базу данных.

3. Установить типичную практику назначения лекарственных средств пациентам после нейрохирургических операций.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации. В качестве материала для исследования использовалась медицинская документация (стационарные карты) пациентов с различными формами вертеброгенной патологии.

При выполнении работы использованы следующие фармакоэпидемиологические методы (выкопировка данных из медицинской документации, работа с электронными базами данных пациентов), общеклинические методы (анализ данных физического состояния), статистические методы (определение распределения показателей, расчет средних и медианных значений, 95% ДИ).

Результаты и их обсуждение. Были проанализированы данные стационарных карт 91 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу различных форм вертеброгенной патологии, в 2016 году. Из них 49 составили мужчины и 42 женщины. Средний возраст пациентов составил 48 ± 12 лет.

Работающие пациенты составляют 74%. Группу инвалидности имели 10%, из них 2 группа- 67% 3 группа- 33%. Физический труд присутствовал у 36,3 % пациентов, сидячая работа была у 30%. У 93,4% пациентов была 2.1 клинореабилитационная группа, у 6,6% пациентов была 3 КРГ.

Диагноз по МКБ 10 у пациентов при поступлении включал дорсопатии (M50-M54), в том числе у 47,2%. M51.1-поражение межпозвоночных дисков с радикулопатией, у 12% M51- поражение межпозвоночного диска с миелопатией, 10% M54- с дорсалгией. У 20% M48 – спондилопатия, у 8% - M40-43(спондилолистез, остеохондроз). На рисунке 1 представлен основной клинический диагноз пациентов с вертеброгенной патологией, находящихся на реабилитации.



Рисунок 1 – Основной клинический диагноз пациентов, находящихся на реабилитации.

Жалобы при поступлении у 93,4% включали боль в области поясничного отдела позвоночника с иррадиацией в нижние конечности, у 50% наблюдалось онемение ног, слабость в конечностях с нарушением ходьбы, у 6,6 %- боль в области шейного отдела позвоночника с иррадиацией в верхние конечности.

Хирургическое вмешательство по поводу основного заболевания включало у 45% декомпрессия спинного мозга (задняя, передняя), у 22% – спондилодез и корпородез, у 60,4 – удаление грыжи межпозвоночного диска, у 38,5% – ламинэктомия и интергемиляминэктомия, у 12,1% – лигаментэктомия.

При неврологическом осмотре на момент поступления в стационар было выявлено у 24% - снижение силы в конечностях, у 22%- болезненность при пальпации паравертебральных точек и напряжение паравертебральных мышц, у 75%- наблюдается гипестезия вовлеченной конечности, у 12,1%- снижение мышечного тонуса и гипотрофия, у 34%- нарушена походка, у 30%- положительный симптом Лассега.

Индивидуальная программа медицинской реабилитации у 92,3 % пациентов включало восстановление жизнедеятельности частично, у 10% восстановление полное, у 86,8 -восстановление социально-бытовой активности частичное, у 10%- восстановление полное, у 22%- восстановление трудоспособности частичное. Реабилитационный потенциал у 70,3 % был средний, у 29,7- высокий. Программа выполнена в полном объеме у 94,5%. Нуждаются в продолжение медицинской реабилитации амбулаторно 91,2 % пациентов.

При составлении индивидуальной программы реабилитации были включены имеющиеся у пациентов функциональные нарушения: нарушения статодинамической функции у 60,4 %, двигательные нарушения у 27,5 %, трофические нарушения у 20% пациентов, болевой синдром у 34%, чувствительные нарушения у 10%. Функциональные классы до реабилитации: ФК1 – 26,4%, ФК2 – 97%, ФК3 – 33%. После реабилитации: ФК0 – 17,6%, ФК1 – 56%, ФК2 – 59,3%, ФК3 – 24,2%.

В составление индивидуальной программы реабилитации по ограничению жизнедеятельности были включены: способность к передвижению у 100%, способность к самообслуживанию у 99%, способность к труду у 43%. Функциональные классы до реабилитации: ФК2 – 53%, ФК3 – 75,8%. После реабилитации: ФК1 – 97,8%, ФК2 – 92,3%, ФК3 – 47,2%.

ФК по передвижению играет основную роль у данной категории пациентов и отражает степень эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и восстановление основных двигательных функций. ФК по передвижению до реабилитации: ФК2- 69,2%, ФК3- 31%, ФК по передвижению после реабилитации: ФК1- 44%, ФК2 – 31,8%, ФК3 – 24,2%.

При составлении плана реабилитации 96,7% пациентам была рекомендована психокоррекция с целью улучшения мотивации на реабилитацию, 85,7 % была назначена школа для пациентов после нейрохирургических операций (спинальных пациентов), у 95,6% была включена физическая реабилитация, которая была направлена у 61,6% на улучшение трофики, у 26,7% на уменьшение отека в области оперативного вмешательства.: механотерапия (24,2 % пациентов), а также лечебную гимнастику на укрепление мышечного корсета(75,8%). На рисунке 2 представлены физиотерапевтические процедуры, проведенные пациентам во время реабилитационных мероприятий.

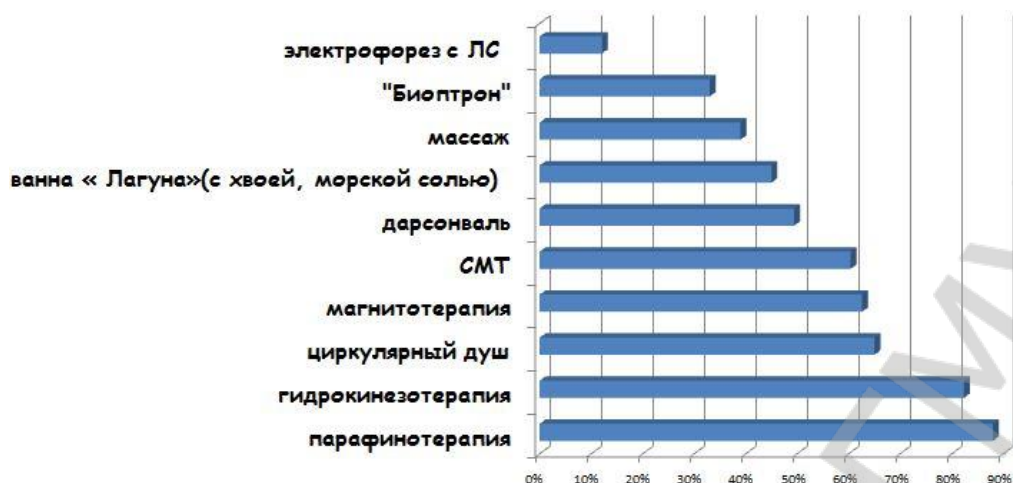


Рисунок 2 – Физиотерапевтическое лечение, проведенное пациентам во время реабилитации.

Медикаментозное лечение включало в себя следующие группы препаратов: кеторолак в дозировке 30 мг/мл при возникновении боли, нимесулид 20 мг, ипидакрин 5мг/мл, детравен 500мг, троксерутин 300мг, антиоксикапс, магвит, л-лизина эсцинат, толперизон 150 мг карбамазепин 200мг, фенибут 250 мг.

Неврологический статус на момент выписки: у 52% пациентов наблюдалось уменьшение болевого синдрома, у 24% пациентов уменьшился рефлекторно-тонический синдром, что, в свою очередь, привело к улучшению осанки у данных пациентов и увеличение подвижности поясничного отдела позвоночника, у 7% пациентов уменьшились сенсорные нарушения, а также уменьшился парез конечностей, что привело к увеличению силы в конечности.

Рекомендации по дальнейшему амбулаторному наблюдению и лечению включали в себя: медикаментозное лечение: продолжение терапии некоторых ЛС (детравен, нейромидин, ипидакрин, троксерутин, толперизон), профилактический прием хондропротекторов курсами, наблюдение невролога и терапевта по месту жительства, физиотерапевтическое лечение: ЛФК, массаж, плавание; дозирование физических нагрузок.

Выводы:

1 Медикаментозная терапия после нейрохирургических операций носит синдромный характер.

2 Основные группы препаратов включают в себя: НПВС, ангиопротекторы, витамины, парасимпатомиметики, миореалаксанты центрального действия, ноотропы.

3 Проведенный анализ является основой для клинико-экономической оценки фактической «стоимости болезни» реабилитации пациентов после нейрохирургических операций на позвоночнике и дает возможность формирования пороговых значений для перспективной оценки экономической приемлемости внедрения новых медицинских технологий в схемы лечения этой категории пациентов.

T.S. Bondarenko, A.A. Voitenkova

RATIONALIZATION OF DRUG ASSISTANCE TO PATIENTS AFTER NEURO-SURGIC OPERATIONS. PHARMACOEPIDEMOLOGY.

Tutors: Associate professor I. N. Kozhanova

Associate professor Romanova I. S.

*Department of Clinical Pharmacology
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Дривотинов, Б.В. Неврологические проявление остеохондроза позвоночника (патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): учеб-метод. пособие / Б.В. Дривотинов, В.Г. Логинов. – Минск: БГМУ, 2011г.-140с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ