

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Л. Г. Ерохина, Я. Ю. Попелянский, В. П. Веселовский, Ф. А. Хабиров

*Всероссийский научно-методический центр по лечению вертеброгенных заболеваний нервной системы при кафедре нервных болезней (зав. — проф. Я. Ю. Попелянский)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

В целом по стране болезни нервов и периферических ганглиев (по отчетной форме № 16) в 1977 г. занимали пятое ранговое место по случаям и седьмое по дням нетрудоспособности. В 1974—1977 г. наметилась тенденция к снижению заболеваемости — в случаях на 7,7% и в днях на 6,5%. Вместе с тем наблюдался небольшой (на 1,8%) рост средней длительности случая нетрудоспособности (в 1974 г. она равнялась 11,4 дня, в 1975 г. — 11,7, в 1976 г. — 11,6 и в 1977 г. — 11,6 дня). Рост средней длительности случая при тенденции к снижению заболеваемости представляется нам положительным фактором, косвенно свидетельствующим об улучшении качества лечения больных. Важнейшим условием дальнейшего снижения количества вертеброгенных заболеваний, очевидно, может стать госпитализация в более широких пределах этих контингентов больных. Лечение больных с клиническими проявлениями поясничного остеохондроза в стационаре позволяет по нашим данным в 2—4 раза сократить период временной нетрудоспособности.

Для определения нуждемости в стационарном лечении больных с синдромами поясничного остеохондроза нами было проведено обследование населения одного из районов г. Казани в зоне, обслуживаемой крупным неврологическим отделением. Были изучены амбулаторные карты и истории болезни пациентов, страдающих поясничным остеохондрозом.

В течение года на 1000 населения приходилось 13,8 случая временной утраты трудоспособности в связи с вертеброгенными «радикулитами» с синдромами поясничного остеохондроза. Среди них на долю люмбаго и люмбалгии приходилось 6,2 случая, люмбоишалгии¹ — 4,8, на долю корешковых синдромов — 2,8 случая.

Нами установлено, что из числа лиц с временной утратой трудоспособности по поводу поясничного остеохондроза нуждаются в госпитализации все больные с синдромом люмбоишалгии и с явлениями компрессии корешка и, кроме того, 33% больных люмбаго и люмбоишалгией. Это составляет 9,6 случая на 1000 населения. Больные с люмбоишалгией, люмбаго и люмбалгией находятся в стационаре в среднем 18,3 дня, а больные с компрессионно-корешковым синдромом — 37,9 дня (при условии госпитализации в первые дни с момента обострения).

Таким образом, для лечения больных с синдромами поясничного остеохондроза в год на 100 населения приходится 228,17 койко-дней, то есть на 1000 населения необходимо 0,63 койки для больных этой категории (при условии своевременной их госпитализации). По нашим расчетам, своевременная госпитализация больных, которым показано лечение в стационаре, могла бы привести к уменьшению периода их нетрудоспособности примерно до 52%. Следовательно, обеспечение соответствующих больных необходимым количеством стационарных коек оправдано как с медицинских, так и с экономических позиций.

Помимо своевременной госпитализации, серьезное внимание в стационаре должно быть уделено повышению качества диагностики и лечения. Это требует, наряду с повышением уровня знаний врачей, соответствующего оснащения специализированных отделений современной аппаратурой.

Наш опыт свидетельствует, что в штатах таких отделений надо иметь специалистов по ЛФК, массажу и физиотерапии. В целях сокращения времени на обследование больных в стационаре должна соблюдаться преемственность в работе стационаров и прикрепленных поликлиник. Так, желательно, чтобы в поликлинике перед направлением больного на госпитализацию наряду с исследованиями крови была проведена обзорная рентгеноспондилография пораженного отдела позвоночника.

Важна и четкая организация консультативной помощи терапевта, нейрохирурга, уролога, гинеколога в самих стационарах.

По выписке больных с вертеброгенными заболеваниями из стационара необходимым условием закрепления результатов лечения является диспансеризация их в поликлинике с осуществлением необходимых лечебно-профилактических мероприятий, включающих амбулаторное и повторное стационарное лечение, направление в стационар, санаторий и санаторий-профилакторий, рациональное трудоустройство и др.

¹ То есть некорешковых болевых проявлений в области поясницы и ноги.

Необходима и преемственность стационаров и поликлиник в наблюдении, обследовании и лечении. Как показывает наш опыт, большую пользу приносят совместные врачебные конференции, разборы больных, выработка единых методических подходов, установление единой обменной документации и др.

Нуждаются в дальнейшей разработке как показания, так и противопоказания к госпитализации в специализированные отделения для больных с заболеваниями периферической нервной системы. В первую очередь, как показано выше, целесообразно госпитализировать больных с синдромами люмбоишиалгии и компрессии корешка.

Развитие специализированной стационарной помощи больным с синдромами поясничного остеохондроза и рациональное использование имеющихся коечных фондов — одно из важных звеньев в системе мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности.

Поступила 12 февраля 1980 г.

*
* *

Глубокоуважаемый главный редактор,

на страницах Вашего журнала (1980, № 3, с. 78—79) в разделе «Письма в редакцию» опубликована статья Ш. М. Вахитова об организации гериатрических участков. В ней высказываются соображения относительно перспектив гериатрической службы в стране, с которыми трудно согласиться.

Необходимость организации медико-социальной помощи престарелым не вызывает сомнений. Однако принципы построения гериатрической службы, формы ее организации и обучения врачей, всех работников здравоохранения основам геронтологии и гериатрии в настоящее время представляются несколько иными. Не открывая дискуссии, нам хотелось бы в целях правильной ориентации читателей Вашего журнала по обсуждаемому вопросу рекомендовать им последние публикации в следующих журналах: «Советское здравоохранение», 1980, № 3, с. 18—23; «Здравоохранение Российской Федерации», 1980, № 5, с. 3—8, а также статью, которая будет опубликована в «Терапевтическом архиве» № 8 за 1980 г.

В дополнение к изложенному важно отметить, что организационные формы медико-социальной гериатрической помощи, подробно освещенные в указанных статьях, обсуждены и поддержаны в Министерстве здравоохранения СССР и на совещании министров здравоохранения социалистических стран по проблемам гериатрии (июнь 1980 г., Бухарест).

С уважением,
Директор НИИ геронтологии АМН СССР
академик АМН СССР Д. Ф. Чеботарев

*
* *

Глубокоуважаемый главный редактор!

Приношу Вам искреннюю благодарность за предоставленную возможность ознакомиться с письмом академика Д. Ф. Чеботарева по поводу нашей заметки «Об организации гериатрических участков» (Казанский медицинский журнал, 1980, № 3, с. 78—79). В этом письме академик Д. Ф. Чеботарев замечает, что идея организации гериатрических участков противоречит принципам построения гериатрической службы в нашей стране, с чем согласиться довольно трудно.

Как указывает сотрудница ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко В. С. Турчанинова, «...вопрос о путях совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи лицам пожилого и старшего возраста еще окончательно не решен» («Советское здравоохранение», 1980, № 6, с. 15, абз. 1), с чем согласен и академик Д. Ф. Чеботарев: «...определение и координация медицинской и социальной помощи этим контингентам [людям старших возрастов — Ш. В.] в нашей стране все еще являются недостаточно определившейся проблемой...» И далее: «Прогрессирующее старение населения и все возрастающие требования к координированной медицинской и социальной помощи ставят новые задачи в организации практического здравоохранения...» («Здравоохранение РСФСР», 1980, № 5, с. 4, абз. 8—9).

В той же статье академик Д. Ф. Чеботарев, обобщая опыт организации гериатрической службы у нас в стране и за рубежом, отмечает: «...разрешение проблемы территориального социального обслуживания еще требует больших усилий. Ее дальнейшее развитие невозможно без участия специальных сестер социальной помощи, которые должны осуществлять гериатрическую участковую службу наравне с медицинскими сестрами. Опыт подготовки и деятельности сестер социальной помощи уже накоплен в Польше, Болгарии, Чехословакии» (с. 7, абз. 2).

В другой своей статье — «Обучение и подготовка медицинского персонала по ге-