

EFEKTY REHABILITACJI U CHORYCH Z ZESPOŁAMI BÓLOWYMI KRĘGOSŁUPA PROWADZONYCH W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS

Grzegorz PRZYSADA, Ewa GIERAŁT, Tatjana BOJCZUK,
Renata SKALSKA-IZDEBSKA

Instytut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Ефективність реабілітації хворих з больовими синдромами хребта, яка проводиться в рамках профілактичної програми закладів соціального забезпечення Польщі. Гжегош ПШИСАДА, Ева ГЕРАВТ, Тетяна БОЙЧУК, Рената СКАЛЬСКА-ІЗДЕБСЬКА. Жешувський університет, інститут фізіотерапії

Анотація. Метою дослідження є оцінка результатів реабілітації хворих з больовими синдромами хребта, яка проводилася у рамках превентивної програми Закладів Соціального Забезпечення Польщі. Обстежені хворі реабілітаційного відділення Воєводського шпиталю № 2 міста Жешув. Дослідження базувалося на результатах анкетування і проведення тестів Отта, Шюбера і визначення відстані кінчиків пальців верхніх кінцівок від підлоги при максимальному згинанні тулуба. Результати дослідження відображають покращення рухливості хребта внаслідок проведення реабілітаційних заходів. Предикторами виникнення патології хребта є маса тіла і вид професійної діяльності, на відміну від росту, статі і віку, які не впливають на частоту її розвитку.

Ключові слова: біль у спині, реабілітація, програма соціального забезпечення.

Zespoły bólowe kręgosłupa są coraz większym problemem zdrowotnym, który dotyka przede wszystkim społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych.

Zagadnieniem tym zajmują się specjaliści wielu dziedzin, ponieważ wbrew pozorom jest to zjawisko niezwykle złożone, zarówno ze względów diagnostycznych jak i leczniczych, a częstość występowania tego problemu stale wzrasta [2, 4]. Dzieje się tak głównie dzięki zdobyczom współczesnej cywilizacji. Człowiek podporządkowując swoje życie nowoczesnym technologiom ograniczył w dużej mierze swoją aktywność ruchową. Dodatkowo: nieodpowiednie odżywianie się, niewłaściwa pozycja w trakcie pracy i odpoczynku, przeciążenia, którym poddawany jest kręgosłup oraz coraz częstsze urazy są głównymi przyczynami powstawania zespołów bólowych kręgosłupa. Dlatego też w chwili obecnej schorzenie to jest zjawiskiem bardzo rozpowszechnionym i stanowi zarówno problem natury medycznej jak i ekonomicznej oraz społecznej.

Chociaż dolegliwości kręgosłupa powstają z różnych przyczyn i ich podłoże jest niejednorodne, to jednak skutki są zawsze takie same – ograniczenie sprawności pacjenta, które powoduje również mniejszą efektywność w pracy jak i dezorganizację jego życia osobistego. Ponadto zawężony zostaje rozwój zainteresowań chorego oraz jego udział w życiu społecznym i kulturalnym.

REHABILITACJA W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ. Ubezpieczenie społeczne stanowi system zagwarantowanych ustawowo i związanych z pracą świadczeń o charakterze socjalnym, pokrywającym potrzeby wywołane zdarzeniami losowymi, przez zobowiązane do tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie to zabezpiecza ludzi przed ryzykiem braku środków na utrzymanie w razie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, jej następstwami, wypadkiem przy pracy, czy powodem starości.

W Polsce powszechne ubezpieczenie społeczne realizowane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Wzrastająca liczba osób czynnych zawodowo, tracących zdolność do pracy zarobkowej i otrzymujących z tego tytułu świadczenia rentowe stworzyła konieczność podjęcia specjalnych działań mających na celu poprawę funkcji organizmu pozwalającą na odzyskanie zdolności do pracy zarobkowej [8].

Nakłady finansowe na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy przewyższają nakłady na świadczenia zdrowotne, dlatego przed przyznaniem świadczenia rentowego należy wykorzystać wszystkie możliwości (diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne) mogące przywrócić zdolność do pracy.

Zgodnie z zasadą: PREWENCJA > REHABILITACJA > KOMPENSACJA ZUS przeprowadził w latach 1990-1995 badania pilotażowe dotyczące wpływu rehabilitacji na powrót do pracy osób ubezpieczonych, zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy. Wyniki osiągnięte podczas realizacji tego programu stały się podstawą stworzenia systemu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej.

Celem tego programu jest pomoc osobom ubezpieczonym, które w wyniku różnych czynników zagrożone są utratą zdolności zarobkowych, ale rokując jej odzyskanie po zastosowaniu odpowiedniego postępowania. Koszty leczenia w całości pokrywa ZUS.

O przeprowadzenie rehabilitacji w ramach tego programu wnioskować może każdy lekarz prowadzący leczenie. Wniosek wraz z danymi pacjenta, rozpoznaniem chorobowym, informacją o okresie niezdolności do pracy należy składać we właściwym dla miejsca zamieszkania chorego oddziale ZUS-u. Podstawą skierowania chorego do ośrodka rehabilitacji jest orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu. Aktualnie funkcjonujący system rehabilitacji w ramach prewencji rentowej oparty jest programowo i organizacyjnie o dorobek naukowy i osiągnięcia twórców „Polskiej Szkoły Rehabilitacji” profesorów W. Degi i M. Weissa. Ośrodki, w których ZUS zamawia usługi rehabilitacyjne, wyłaniane są po przeprowadzeniu konkursu ofert. Placówki te muszą być wyposażone w odpowiednią bazę i sprzęt rehabilitacyjny, jak też zatrudniać wysoko wykwalifikowaną kadrę specjalistyczną i funkcjonować zgodnie ze współczesnymi standardami rehabilitacji. Miejsca w tych ośrodkach są do stałej dyspozycji Zakładu, co pozwala na rozpoczęcie leczenia w krótkim czasie. W 2006 roku ZUS współpracował z 47 takimi ośrodkami, gdzie prowadzona była rehabilitacja zarówno w systemie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym. Ośrodki te ogólnie dysponowały liczbą 70 tysięcy miejsc, z czego 10 tysięcy miejsc przypadało w systemie ambulatoryjnym. Leczenie w ramach prewencji rentowej ZUS rocznie kończy około 60 tysięcy osób. Turnus rehabilitacyjny trwa przeciętnie około 24 dni. Program w trakcie turnusu obejmuje, poza rehabilitacją medyczną, rehabilitację psychologiczną, edukację zdrowotną, naukę zasad zdrowego żywienia oraz promocję zdrowia.

Bezpośrednio po zakończeniu leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym, dla każdego sporządzana jest karta informacyjna o przebytej rehabilitacji leczniczej. Dokument ten zawiera m.in. rozpoznanie chorobowe ze skierowania na rehabilitację, rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym, opis przeprowadzonego leczenia, a także wskazania umożliwiające kontynuację leczenia i rehabilitacji.

Na podstawie karty informacyjnej każdemu ubezpieczonemu wystawiana jest przez ZUS opinia odnośnie odzyskania zdolności do pracy.

Jednym z ośrodków prowadzących rehabilitację w ramach prewencji rentowej ZUS jest Oddział Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Nr 2 w Rzeszowie.

CEL PRACY: ocena efektów rehabilitacji u chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa prowadzonych w ramach prewencji rentowej ZUS.

Hipotezy badawcze:

- czy rehabilitacja stosowana w ramach prewencji rentowej ZUS u chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa wpływa na poprawę ruchomości kręgosłupa;
- czy dolegliwości bólowe kręgosłupa determinowane są przez: płeć, wiek, wzrost, masę ciała, charakter wykonywanej pracy.

MATERIAŁ. Analizą objęto grupę pacjentów leczonych ambulatoryjnie w ramach prewencji rentowej ZUS. Badania przeprowadzono od czerwca 2006 do marca 2007 roku w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie w Oddziale Rehabilitacji. Materiał badawczy stanowili pacjenci z zespołami bólowymi kręgosłupa o różnej etiologii, kierowani na rehabilitację przez lekarzy orzeczników ZUS z powodu czasowej niezdolności do pracy. Rodzaj oraz zakres badań przedstawiono Komisji Biotycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim uzyskując akceptację na przeprowadzenie badań. Wytypowane osoby zostały poinformowane o celu przeprowadzanych badań oraz o anonimowości

swojego uczestnictwa. Chorzy świadomie i dobrowolnie wyrazili zgodę na swój udział w badaniach ankietowych i pomiarowych.

Badaniem objęto 105 osób – w tym 56 mężczyzn, co stanowi 53,3 % ogółu oraz 49 kobiet, co stanowi 46,7 % całej grupy.

Badani chorzy zgłaszali dolegliwości bólowe lokalizujące się w różnych odcinkach kręgosłupa.

METODA. Aby dokonać oceny efektów rehabilitacji u chorych zespołami bólowymi kręgosłupa prowadzonych w ramach prewencji rentowej ZUS zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Ankiety;
- Pomiary ruchomości kręgosłupa za pomocą testów funkcjonalnych: test odległości końca palca od podłoża, test Otta, test Schobera.

WYNIKI

Na podstawie danych z ankiety wynika, że przedział wiekowy pacjentów, którzy brali udział w rehabilitacji z powodu czasowej niezdolności do pracy to 26-61 lat. Najlichnieszą grupę stanowili pacjenci w wieku 52 lat (10 osób), co stanowi 9,5 % ogółu badanej grupy.

Masa ciała pacjentów wahała się od 50-150 kilogramów. Średnia masa ciała wszystkich badanych wynosiła 77,7 kilograma. Najlichnieszą grupą byli pacjenci z masą ciała od 60-70 kilogramów.

Po przeanalizowaniu danych z ankiety dotyczących wzrostu wynika, że najlichnieszą grupę stanowili pacjenci mający 160-170 centymetrów wzrostu (45 % ogółu). Kolejno pacjenci ze wzrostem 170-180 centymetrów wzrostu (33 % grupy), 150-160 centymetrów wzrostu (9 % badanych), 180-190 centymetrów (8 %), 190-200 centymetrów (5 %) i tylko 1 % pacjenci mający od 140-150 centymetrów wzrostu.

Na podstawie analizy danych z ankiety dokonano oceny BMI przebadanych pacjentów. Z powyższych danych wynika, że tylko 37 % grupy posiada BMI w normie. Natomiast 43 % ankietowanych cierpi na nadwagę, a 19% ma otyłość. Jedynie 1 % grupy wykazuje niedowagę.

Wśród badanej grupy 67 osób (64 %) mieszkało w mieście, natomiast pozostałe 38 osób (36 %) pochodziło z terenów wiejskich. Po przeanalizowaniu danych z ankiety stwierdzono, że większość pacjentów leczonych w prewencji rentowej ZUS to mieszkańcy miast.

Wśród 105 przebadanych osób 77 osób (73 % ogółu) wykonywało pracę fizyczną, 26 osób (25 %) – pracę umysłową, a 2 osoby (2 %) pracuje w wolnych zawodach. Udzielone odpowiedzi wskazują, że większość chorych zatrudnionych jest w zawodach, które wymagają pracy fizycznej.

Staż pracy przebadanej grupy oscyluje pomiędzy 3-41 lat pracy. Z ankiety wynika, że najlichnieszą grupę stanowią pacjenci, którzy przepracowali 25-30 lat (23 %), a najmniej liczną grupą są chorzy ze stażem 40-45 lat pracy (1 %).

Z odpowiedzi udzielonych w ankiecie wynika, że pierwsze objawy zespołu bólowego pojawiły się w różnym wieku. Najczęściej działo się to w wieku 35-40 lat (u 27 % badanych). Najradziej dolegliwości bólowe pojawiały się przed 20 rokiem życia, bo tylko w przypadku 1 % badanej grupy.

W przypadku przebadanych osób długość trwania dolegliwości bólowych mieściła się w granicach od 0,5-30 lat. Największa grupa – 62 chorych, co stanowi 59 % ogółu to pacjenci, u których dolegliwości bólowe trwały nie dłużej niż 5 lat.

Przed zakwalifikowaniem badanej grupy do rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, 104 osoby leczyły się wcześniej (99 % ogółu), a tylko 1 osoba nigdy dotąd nie była leczona z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Pacjenci rehabilitowani wcześniej ze względu na dolegliwości bólowe kręgosłupa korzystali z różnych form leczenia. Chorzy usprawniani byli ambulatoryjnie (101 osób-co stanowi 96 % ogółu), szpitalnie (34 osoby-32% ogółu) i sanatoryjnie (5 osób-5 %).

W toku leczenia poprzedzającego prewencję rentową ZUS stosowano u badanych różne rodzaje zabiegów. Masaż zastosowano u 58 pacjentów, kinezyterapię u 84 badanych, a zabiegi fizykalne u 103 pacjentów. Po przeanalizowaniu danych z ankiety wynika, że w wielu przypadkach kilka rodzajów zabiegów łączonych było ze sobą w różnej konfiguracji.

Na podstawie danych z ankiety wynika, że w badanej grupie pacjentów w przypadku 102 osób wcześniejsza rehabilitacja była skojarzona z leczeniem farmakologicznym (97 % przebadanej grupy), natomiast tylko u 3 chorych nie zastosowano farmakoterapii (3 %).

Z danych zawartych w ankietach wynika, że tylko 4 osoby spośród przebadanej grupy pacjentów (4 % ogółu) korzystało z leczenia w formie turnusów rehabilitacyjnych. Zdecydowana większość – 101 osób (96 % ogółu) – nigdy do chwili przeprowadzania badań nie uczestniczyła w takiej formie rehabilitacji. Z powyższych danych wynika, że turnusy rehabilitacyjne są słabo rozpowszechnioną formą leczenia.

Z danych zawartych w ankietach wynika, że na rehabilitację najczęściej kierują lekarze: neurologi (64 %), ortopedzi (10 %) oraz lekarze rehabilitacji medycznej (7 %).

Często zdarza się, że pacjent jest leczony jednocześnie przez lekarzy różnych specjalności. Na podstawie tych danych można zauważyć, że badani nie są prowadzeni przez konkretnego specjalistę zajmującego się danym schorzeniem, lecz szukają pomocy u wielu lekarzy.

Z danych ankietowych wynika, że najliczniejszą grupą wśród badanych są pacjenci, którzy korzystali do tej pory z rehabilitacji średnio raz na rok (53 %). Mniej liczna grupę stanowili pacjenci korzystający z leczenia częściej niż jeden do roku (31 %). Raz na dwa lata rehabilitowało się 12 osób (11 %). Najmniej liczna grupę stanowili pacjenci, którzy do tej pory korzystali z leczenia rzadziej niż raz na dwa lata. Było to 5 osób, co stanowi 5 % ogółu ankietowanej grupy.

Po przeanalizowaniu wyników pomiaru ruchomości kręgosłupa testem Otta okazało się, że na 105 rehabilitowanych pacjentów u 40 osób nastąpiła poprawa (38 % ogółu). W przypadku 65 osób (62 % ogółu) ruchomość kręgosłupa pozostała na poprzednim poziomie.

Po przeanalizowaniu wyników pomiaru ruchomości kręgosłupa testem Schobera okazało się, że na 105 rehabilitowanych pacjentów u 55 osób nastąpiła poprawa (52 % ogółu). W przypadku 48 osób (46 % ogółu) ruchomość kręgosłupa pozostała na poprzednim poziomie. Pogorszenie ruchomości kręgosłupa zanotowano u 2 osób (2 % ogółu).

Po przeanalizowaniu wyników pomiaru ruchomości kręgosłupa testem odległości końca palca od podłoża okazało się, że na 105 rehabilitowanych pacjentów u 81 osób nastąpiła poprawa (77 % ogółu). W przypadku 20 osób (19 % ogółu) ruchomość kręgosłupa pozostała na poprzednim poziomie. Pogorszenie się ruchomości kręgosłupa zanotowano u 4 osób (4 % ogółu).

Dla potwierdzenia prawdziwości postawionej hipotezy zastosowano test „t” dla prób niezależnych, dla następujących par zmiennych:

- Test Otta przed rehabilitacją i po zakończeniu leczenia;
- Test Schobera przed rehabilitacją i po zakończeniu leczenia;
- Test odległości końca palca od podłoża przed rehabilitacją i po zakończeniu leczenia.

W przypadku testu Otta i testu Schobera uzyskany wynik $p=0,008559$ oraz $p=0,011165$ uważa nas do następującego stwierdzenia: w wyniku zabiegów rehabilitacyjnych stosowanych u chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa prowadzonych w ramach prewencji rentowej ZUS uległa poprawie ruchomość kręgosłupa. Wartość „p” wskazuje na istotną statystycznie poprawę tej ruchomości.

W przypadku testu odległości końca palca od podłoża hipoteza: „w wyniku zabiegów rehabilitacyjnych stosowanych podczas turnusu uległa poprawie ruchomość kręgosłupa” nie znalazła potwierdzenia (wartość $p=0,088642$).

Aby sprawdzić charakter rozkładu do wszystkich zmiennych zastosowano test:

- Shapiro Wilka,
- Kołmogorowa-Smirnowa.

Od wartości tych testów uzależniono wybór metod testowania wzajemnych zależności.

DYSKUSJA

Zdaniem Anderssona, Bigosa i wsp., Cassidy’ego, Dziaka i Taylora wiele danych wskazuje na to, że problem dolegliwości bólowych kręgosłupa stał się prawdziwą plagą współczesnych czasów. Jak pisze Milanowska na wielkość i ważność problemu medycznego schorzenia rzutuje częstość jego występowania oraz skutki, jakie pociąga w odniesieniu do stanu zdrowia i zdolności do pracy. Doniosłość tego zagadnienia dostrzegają między innymi Stodolny, Kivimäki

i wsp., Dziak i Kwolek, którzy zwracają uwagę na dane epidemiologiczne oraz złożoność zjawiska powstawania zespołów bólowych kręgosłupa. Dobrogowski i Dutka piszą, że ból w odcinku szyjnym kręgosłupa występuje okresowo u 35 % dorosłych osób, a dłuższe przerwy w pracy spowodowane dolegliwościami u 5,4 % badanych chorych. Częstość występowania bólu wzrasta u ludzi po 45 roku życia. Z kolei ponad 50 % osób dorosłych cierpi na okresowe bóle krzyża, które w około 20 % przypadków powodują czasową niezdolność do pracy. U ponad połowy chorych dolegliwości występują między 30 a 50 rokiem życia. Zdanie to podziela również Milanowska, Deen, Dziak, Stodolny i wielu innych [2, 6, 7].

Dane te pokrywają się z wynikami badań własnych. Analizując wyniki ankiety sporządzonej na potrzeby tej pracy można stwierdzić, że przedział wiekowy chorych biorących udział w prewencji rentowej to 26-61 lat, a najliczniej reprezentowaną grupą wiekową byli pacjenci mający 40-50 lat (48 % ogółu). Według danych opublikowanych przez Departament Statystyki ZUS również najliczniejszą wiekowo grupą rehabilitowaną w prewencji rentowej z powodu chorób narządu ruchu stanowiły osoby pomiędzy 40 a 49 rokiem życia (w 2002 roku – 42,5 %, w 2003 roku – 41,7 %, a w 2004 roku – 39 %) [8, 9, 10, 11].

Natomiast polemizuje z tym poglądem Kiwerski, który wskazuje na badania przeprowadzone przez wielu badaczy między innymi Abenheima, Deyo, Tui-Wu, Balague'a, Combra, Kristiansdotiego, Harreby'ego i wsp., Gunzburga i wsp. Oraz Phelipa, które dowodzą, że według ich spostrzeżeń zespoły bólowe kręgosłupa mają swój początek młodym wiekiem. Autorzy ci wyrażają swe zaniepokojenie faktem przesuwania się granicy występowania dolegliwości do coraz młodszych roczników. Podsumowując ten fakt Kiwerski stwierdził, że jest to problem wieloaspektowy, ważny, wymagający podjęcia szeroko zakrojonych działań o charakterze profilaktycznym. Konieczne jest informowanie społeczeństwa o znaczeniu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży, zmiana systemu wychowania fizycznego przedszkolach, szkołach, popularyzacja aktywnego wypoczynku i sportu amatorskiego. Bez tego typu działań trudno myśleć o poprawie zdrowia fizycznego młodzieży, a co za tym idzie – w perspektywie – zdrowia społeczeństwa [4].

Kręgosłup odgrywa ogromną rolę i jest bardzo silnym narządem z punktu widzenia biomechaniki zarówno ze względu na swą budowę jak i kształt. Potwierdzają to Tylman, Charriere i Ryoy. Natomiast Mataczyński, Molas, i Ryń podkreślają, że powtarzające się i nakładające się obciążenia fizyczne i psychiczne, związane ze współczesnym stylem życia, rodzajem wykonywanej pracy, biernym wypoczynkiem, przeciążeniami i jednocześnie ułatwieniami cywilizacyjnymi, działają niekorzystnie zwłaszcza na kręgosłup. Bóle kręgosłupa ograniczają prawidłowe funkcjonowanie w życiu rodzinnym i towarzyskim, utrudniają pełnienie ról zawodowych i społecznych, a chorzy leczeni z tego powodu często przez długi czas są niezdolni do pracy. Wielu z nich rezygnuje z wykonywania zawodu i uzyskuje świadczenia rentowe [5]. Podobne zdanie na ten temat mają również Stodolny, Dziak, Kiwerski, Limanowska i inni [2, 6, 7].

W uzyskanych przeze wynikiach potwierdzają się powyższe fakty. Średnia wieku badanych to 44,6. Staż pracy to 3-41 lat pracy, przy czym największą grupę reprezentowali chorzy z 25-30 letnim stażem pracy. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci pracujący fizycznie (73 %). Większość pacjentów leczonych w prewencji rentowej to mieszkańcy miast (64 %).

Celowość i skuteczność postępowania leczniczego i profilaktycznego chorobach kręgosłupa jest uzależniona od poznania przyczyn i mechanizmów powstawania zniekształceń i dysfunkcji kręgosłupa. Oprócz przyczyn znanych w praktyce klinicznej, takich jak urazy czy procesy zwyrodnieniowe, duże znaczenie mają czynniki mechaniczne działające na układ kostno-stawowy oraz więzadłowo-mięśniowy. Dowodzą tego w swoich badaniach Będziński i Pezowicz oraz Harrison, Cailliet, Harrison, Troyanovich i Harrison [1,3].

Wszyscy autorzy zgadzają się, że leczenie zespołów bólowych powinno być podjęte jak najwcześniej ze względu na występowanie ograniczenia ruchomości kręgosłupa. Milanowska uważa, że zgodnie z doświadczeniami ośrodków specjalistycznych krajowych i zagranicznych zajmujących się leczeniem chorych z dolegliwościami kręgosłupowymi najlepsze wyniki uzyskuje się przez zastosowanie kompleksowego leczenia usprawniającego, które ma na celu:

- Usunięcie bólu przez odciążenie uciśniętych korzeni nerwowych;

- Wzmocnienie mięśni tułowia i uzyskanie stabilizacji kręgosłupa;
- Wykształcenie dobrej postawy ciała i rozwinięcie dobrej sprawności fizycznej [6].

Kwolek podkreśla, że leczenie chorych z zespołami bólów kręgosłupa niezależnie od tego, w której części one występują, zależy od okresu choroby, obrazu zespołu (deficyty neurologiczne) obejmuje fizjoterapię, farmakoterapię, psychoterapię, szkolenie (wyjaśnianie) pacjentów dotyczącego patomechanizmu zespołu, ergonomii pracy i wypoczynku oraz stylu życia. Dodaje również, że leczenie jest procesem długotrwałym i wymaga cierpliwości zarówno od leczonego, jak i lekarza. Trudno jednak się zgodzić z niektórymi autorami, że efekty leczenia są tylko funkcją czasu i „zawsze korzystne”.

Wyniki poprawy ruchomości kręgosłupa uzyskane w badanej grupie zgadzają się z tą teorią. Po zakończeniu rehabilitacji nie we wszystkich przypadkach uzyskano poprawę. Stało się to tylko w przypadku 40 (test Otto), 55 (test Schobera) i 81 pacjentów (test odległości końca palca od podłoża).

Z tym spostrzeżeniem zgadzają się także Mataczyński, Molas i Ryń, którzy dodają, że istotne jest uświadomienie społeczeństwa o skutkach dolegliwości bólowych kręgosłupa, a szczególnie uwagę należy poświęcić profilaktyce, która wciąż jest uważana za najlepszą i najtańszą metodę zapobiegającą wystąpieniu tych dolegliwości [5]. Zdanie to podzielają również Stodolny i Dziak, a także Milanowska, Chojnacka-Szawłowska i Szawłowski oraz Rakowski [2, 6, 7].

Wnioski

1. Rehabilitacja stosowana w ramach prewencji rentowej ZUS u chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa w istotny sposób wpływa na poprawę ruchomości kręgosłupa ocenianą testem Schobera, Otto i odległości końca palca od podłoża.
2. Masa ciała oraz charakter wykonywanej pracy są czynnikami, które predysponują do powstawania dolegliwości bólowych kręgosłupa.
3. Płeć, wiek oraz wzrost, nie wpływają w znaczący sposób na występowanie zespołów bólowych pochodzenia odkręgosłupowego.

Piśmiennictwo

1. Będziński R. Biomechanika odcinka szyjnego kręgosłupa // R. Będziński, C. Pzowat. Postępy Rehabilitacji 2004, XVIII. – № 1, P. 47-53.
2. Dziak A. Bóle krzyża / A. Dziak. – Vol., Warszawa: PZWL, 1994.
3. Biomechanika ośrodkowego układu nerwowego. Część I. Odkształcenia kanału kręgowego spowodowane zmianami pozycji ciała /Harrison D.E. [et al.] // Rehabilitacja Medyczna. – 2001. – Vol. 5, 2–P. 68-74.
4. Kiwerski J. E. Problem bólów krzyża u młodzieży // Postępy Rehabilitacji. – 2001. – Vol. XV. – P. 11-16.
5. Mataczyński K. Znajomość zasad profilaktyki wśród pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa // Mataczyński K., Molas A., Ryń B. Postępy Rehabilitacji. – 2002. – Supl. III, vol. 2002. – P. 63-64.
6. Milanowska K. Rehabilitacja Medyczna / Milanowska K., Dega W. – Warszawa: PZWL, 2001. – P. 1-12.
7. Stodolny J. Choroba przeciążeniowa kręgosłupa / J. Stodolny. – Warszawa: ZI. Kancelaria, 2002. – P. 1-3.
8. [Elektronnyj resurs]. – Reżim dostępu: <http://www.zus.pl/files/reh2002.pdf>
9. [Elektronnyj resurs]. – Reżim dostępu: <http://www.zus.pl/files/reh2003.pdf>
10. [Elektronnyj resurs]. – Reżim dostępu: <http://www.zus.pl/files/reh2004.pdf>
11. [Elektronnyj resurs]. – Reżim dostępu: http://www.zus.pl/files/reh2003_2.pdf

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА,
ПРОВОДИМОЙ В РАМКАХ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПРОГРАММЫ УЧРЕЖДЕНИЙ
СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЛЬШИ**

**Гжегош ПШЫСАДА, Эва ГЕРАВТ, Татьяна БОЙЧУК,
Рената СКАЛЬСКА-ИЗДЭБСКА**

Институт физиотерапии Жешувского университета

Аннотация. Целью исследования является оценка результатов реабилитации больных с болевыми синдромами позвоночника, осуществляемой в рамках превентивной программы Учреждений Социального Обеспечения Польши. Обследованы больные в реабилитационном отделении Воеводского Госпиталя № 2 города Жешув. Исследование базировалось на результатах анкетирования и проведении тестов Отта, Шобэра и определения расстояния пальцев верхних конечностей от пола при максимальном сгибании туловища.

Результаты исследования отображают улучшение подвижности позвоночника вследствие проведения реабилитационных мероприятий. Вес тела и тип профессиональной Деятельности являются факторами, предрасполагающими к возникновению патологии позвоночника, в отличие от роста, пола и возраста, не влияющих на частоту развития последней.

Ключевые слова: боль в спине, реабилитация, программа социального обеспечения.

**OUTCOMES OF REHABILITATION IN PATIENTS
WITH BACK PAIN CONDUCTED WITHIN THE FRAMEWORK
OF DISABILITY PENSION PREVENTION
OF THE SOCIAL INSURANCE INSTITUTION**

**Gzhegosh PSHYSADA, Ewa GERAWT, Tetyana BOYCHUK,
Renata SKALSKA-IZDEBSKA**

Zheshuw University, Institute of the Physical Therapy

Abstract. The main aim was to evaluate the outcomes of rehabilitation in patients with back pain conducted within the framework of disability pension prevention of the Social Insurance Institution. Research material constituted the patients with back pain rehabilitated within the framework of disability pension prevention programme in the Rehabilitation Department of the Voivodship Hospital No 2 in Rzeszów.

The research was carried out by means of a personal inquiry form and functional tests of the spine (Ott test, Schober test, the test measuring the distance between the tip of a finger and the underlying surface), after a previous consent of the Bioethical Commission of the University of Rzeszów.

The results of the research indicate improvement of spine mobility after the cycle of treatment used during the rehabilitation period is finished. Body weight and a type of work are factors which predispose to spinal disorders, as opposed to sex, age and height, which do not influence the occurrence of a discussed illness.

Key words: back pain, rehabilitation, pension prevention program.