

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ САНАТОРНОГО ЕТАПУ В СИСТЕМІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З НАСЛІДКАМИ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

В дослідженні проведено аналіз результатів лікування 81 постраждалого з наслідками множинних переломів довгих кісток нижніх кінцівок, що потребували проведення комплексного реабілітаційно-відновного лікування на санаторному етапі. Викладені основні підходи до вибору реабілітаційних програм в залежності від завдань поставлених на попередніх етапах лікування, важкості та терміну перенесеної травми, способу метало-остеосинтезу та функціонального стану постраждалого. **Ключові слова:** множинні переломи, медична реабілітація, санаторний етап.

Вступ

Останнім часом багато уваги приділяється проблемам реабілітації постраждалих після важких травм опорно-рухового апарату. В літературі практично відсутні публікації, що висвітлюють питання реабілітаційно-відновного лікування на санаторно-курортному етапі у постраждалих з наслідками переломів довгих кісток кінцівок.

Використання консервативних методів лікування не дозволяє проводити ранню активізацію та повноцінне відновлення функції кінцівок. Застосування сучасних високотехнологічних методів остеосинтезу має суттєві переваги завдяки малоінвазивності та стабільності імплантатів, але незважаючи на широке застосування даних методів функціональні результати лікування у 28,9-32,6% [4,5,11,12] постраждалих даної категорії залишаються незадовільними, характеризуються довготривалою втратою працездатності 75% [2,14]. та високим відсотком інвалідності у 8,2-14,1 [9,13]. Основними причинами незадовільних результатів лікування є розвиток контрактур та анкілозів суміжних з ушкодженим сегментом кінцівки суглобів, сповільненої консолидації та формуванням хибних суглобів.

Обмеження рухової спроможності та самообслуговування, визначає необхідність вдосконалення системи послідовного та комплексного реабілітаційно-відновного лікування. Проведений аналіз показує, що реабілітація постраждалих з наслідками множинних переломів довгих кісток кінцівок в санаторних умовах позбавлена єдиних

методичних підходів. Це дає підстави вважати, що реабілітаційно-відновне лікування даної категорії постраждалих на всіх попередніх етапах не є закінченим. Великий відсоток хворих, що потребують продовження відновного лікування на санаторному етапі не використовує його можливості по різних причинах, що безумовно уповільнює процес відновлення втрачених функцій та погіршує результати лікування [3,6]. До цих пір не вироблений єдиний алгоритм дій лікаря при лікуванні даного виду ушкоджень. Окрім цього неможна заперечувати необхідність впровадження більш сучасних ефективних підходів у реабілітаційно-відновному лікуванні наслідків травм опорно-рухової системи на санаторно-курортному етапі. При цьому основним завданням є повернення постраждалих до повсякденної праці [1,2,8].

Незадовільна динаміка відновлення функції пошкодженої кінцівки обумовлена не тільки дефектами лікування, але і тактичними помилками під час реабілітації постраждалих на всіх наступних етапах відновного лікування [7,10]. Незважаючи на ряд досліджень, що з'явилися в кінці минулого сторіччя та останнім часом, вченим так і не вдалося створити цілісну систему реабілітаційно-відновного лікування постраждалих з множинними переломами довгих кісток нижніх кінцівок.

На відміну від постраждалих з наслідками ізольованих переломів довгих кісток нижніх кінцівок де використовувались загальноприйняті підходи до відновного лікування, постраждалі з наслідками множинних травм потребували розробки індивідуальних реабілітаційних програм зі збереженням принципів відновного лікування, враховуючи реабілітаційний потенціал та прогноз.

В Україні одним з передових закладів санаторної ланки реабілітації є Сакський центральний військовий клінічний санаторій ім. М.І.Пирогова, в структурі якого є спеціалізований реабілітаційний центр, в якому під час військового конфлікту в республіці Афганістан накопичений практичний досвід відновного лікування більше

ніж 8 тисяч постраждалих. На сьогоднішній день в центрі створені всі умови для проведення комплексної реабілітації постраждалих з наслідками множинних переломів кінцівок.

Перераховані обставини визначили актуальність та спонукали до проведення на базі центру комплексного дослідження, яке дозволило ефективно використати можливості санаторно-курортного етапу в системі реабілітаційно-відновного лікування постраждалих з множинними переломами довгих кісток нижніх кінцівок.

Мета роботи: підвищення ефективності медичної реабілітації постраждалих з наслідками множинних переломів довгих кісток нижніх кінцівок.

Відповідно до мети дослідження були сформувані наступні завдання: усунення ортопедичних ускладнень (контрактури, рубці, деформації), ліквідація больового синдрому, відновлення та покращення трофіки тканин (трофічні порушення, попередження осифікації), зменшення неврологічного дефіциту, відновлення еластичності та сили м'язів, підвищення функціонального резерву, психологічна корекція, нормалізація стану внутрішніх органів.

Матеріали та методи

В зв'язку з поставленою метою проведений аналіз результатів лікування 81 хворого за період з 2005 по 2011 роки.

Основну групу хворих склали 42 постраждалих з наслідками множинних переломів довгих кісток нижніх кінцівок, які попередньо проходили етапне відновне лікування в лікувальних закладах МО України, яке починалось в клініці ушкоджень Головного військового медичного клінічного центру «Головного військового клінічного госпіталю» (ГВМКЦ «ГВКГ» МОУ), з наступним відновним лікуванням в травматологічному відділенні Ірпінського ВГ, клініці амбулаторної допомоги ГВМКЦ «ГВКГ» МОУ (КАД ГВМКЦ «ГВКГ», МОУ) та в центрі відновного лікування «Сакського центрального військового клінічного санаторію ім. М.І.Пирогова» (СЦВКС).

Контрольну групу, що була репрезентативною по досліджуваним ознакам, склали 39 хворих, які після стаціонарного лікування проходили відновне лікування по загальноприйнятим схемам (нагляд ортопеда-травматолога КАД ГВМКЦ "ГВКГ" МОУ, поліклініки за місцем проживання). Дана група хворих санаторно-відновний етап лікування не отримувала.

Кожна з груп розподілена на дві підгрупи в залежності від застосованих методик остео-

синтезу та реабілітаційних схем. В першій підгрупі основної групи 22 хворих, які оперовані з використанням сучасних імплантатів, в другій – 20 хворих, яким застосовані методики остеосинтезу АО. Контрольна група розподілена відповідно на 21 та 18 хворих.

Середній вік хворих основної групи склав $32,4 \pm 1.5$ роки (від 19 до 52 років). За статтю було 69 чоловіків та 12 жінок. Середній вік хворих групи порівняння склав $32,7 \pm 1.6$ роки (від 20 до 51 років). За статтю було 66 чоловіків та 15 жінок. Таким чином групи порівняння співставні за віком та статтю (табл. 1)

Таблиця 1

Розподіл постраждалих з множинними переломами по групам

Основна група N=42		Контрольна група N=39	
1	2	1	2
n=22	n=20	n=21	n=18

Показаннями до направлення на санаторно-відновний етап лікування у постраждалих основної групи був комплекс анатомо-функціональних порушень опорно-рухового апарата, що виражалося в значному обмеженні рухової спроможності та самообслуговуванні. Це визначало необхідність організації комплексного відновного лікування з включенням в систему медичної реабілітації санаторно-відновного етапу.

Хворі основної групи поступали в СЦВКС в терміни від 3 до 6 місяців після отриманої травми, з ознаками консолідації переломів при наявності тих чи інших анатомо-фізіологічних розладів.

Обстеження хворих включало в себе збір скарг та анамнезу, оцінку загального, ортопедичного та психологічного статусу; за показаннями, проведення клініко-лабораторних та інструментальних досліджень. Під час обстеження оцінювали вплив фізичних дефектів на рівень функціональних можливостей постраждалого, а також аналізували результати реабілітаційно-відновного лікування на попередніх етапах. Санаторна реабілітаційна програма містила: бальнеотерапію, грязелікування, масаж, механотерапію, ФТЛ, ЛФК, медикаментозну терапію, реконструктивні хірургічні втручання, застосування технічних засобів реабілітації та моніторинг спеціалістів реабілітаційної ради.

Результати та їх обговорення

Важливим фактором для ефективного лікування було визначення основного реабілітаційного завдання, що вирішувалося індивідуально до поступлення постраждалого на санаторний етап медичної реабілітації в залежності від переважан-

ня того чи іншого анатомо-функціонального розладу. Згідно запропонованого алгоритму комплексного реабілітаційно-відновного лікування (РВЛ) при направленні хворого в СЦВКС в супровідних медичних документах вказувалось основне реабілітаційне завдання, на основі якого лікар ортопед-травматолог формулював індивідуальну реабілітаційну програму на підставі рекомендацій реабілітаційної ради.

Програма санаторно-відновного лікування розроблялась комплексно з поступовим нарощуванням навантажень. На даному етапі реабілітації враховували період адаптації до нових кліматичних умов, який в середньому складав 3-5 діб. За цей період призначалась початкова програма відновного лікування та визначався реабілітаційний потенціал постраждалого, який мав вагоме значення для подальшої побудови індивідуальної реабілітаційної програми (рис.1).

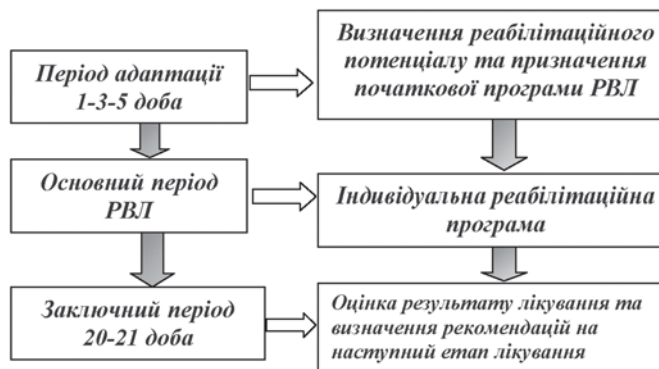


Рис 1. Схема лікувального процесу та елементи реабілітаційної програми на санаторному етапі відновного лікування.

Необхідною умовою для реалізації індивідуальної реабілітаційної програми було створення реабілітаційної ради фахівців, до якої входили лікар ортопед-травматолог, фізіотерапевт, психолог, лікар (інструктор) лікувальної фізкультури, масажист, за показами лікарі вузьких спеціальностей (дієтолог, невролог, уролог, терапевт та інші). Спеціалісти санаторія забезпечували хворого (при необхідності членів його сім'ї) необхідною інформацією, вносили корективи в індивідуальну реабілітаційну програму.

Для кожного пацієнта складалась індивідуальна програма реабілітації, яка в своїй основі мала необхідний перелік реабілітаційних заходів, направлених на відновлення можливостей постраждалих до побутової, соціальної та професійної діяльності у відповідності з його потребами та кругом інтересів. При цьому враховувався рівень фізичного та психічного стану, витривалості і т.п. В індивідуальну програму дозволялось вносити корективи в залежності від змін функціонального стану хворого, толерантності до застосованих фізичних навантажень.

На заключному періоді санаторного лікування хворим скорочували кількість процедур, під час ЛФК зменшували інтенсивність фізичних навантажень, проводили оцінку результату лікування (рис.2).



Рис 2. Перелік лікувальних факторів на санаторному етапі

Результати відновного лікування постраждалих обох груп оцінювали за шкалою Матіса – Любошиця – Шварцберга (1985) у модифікації Шевцова (1995). Бальну оцінку отримували в результаті ділення суми індексів на кількість показників.

В першій підгрупі основної групи добрі результати отримані у 19(86,4%) хворих, задовільні результати у 3(13,6%), незадовільних результатів не було. У другій підгрупі основної групи добрі результати отримані у 13(65,0%) хворих, задовільні у 7(35,0%) хворих, незадовільних результатів не відмічено.

В першій підгрупі групи порівняння добрі результати отримані у 10(47,6%) хворих, задовільні у 9(42,9%), незадовільні у 2(9,5%) хворих. В другій підгрупі групи порівняння добрі результати отримані у 6(33,3%) хворих, задовільні у 7(38,9%), незадовільні результати у 5(27,8%) хворих (рис. 3). До незадовільних результатів лікування відносили випадки невиконання основного реабілітаційного завдання, або появу ускладнень, що змусили припинити лікування в санаторії.

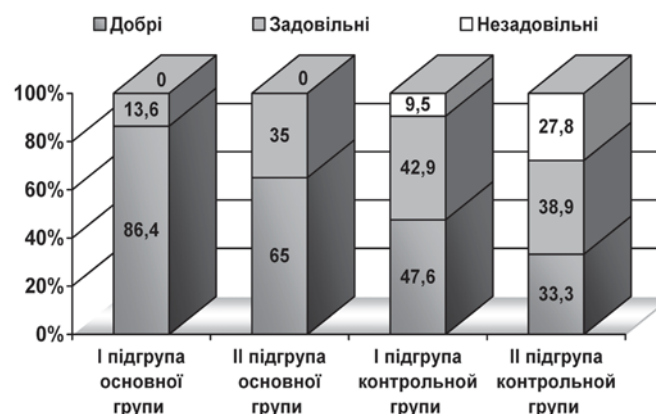


Рис 3. Результати відновного лікування постраждалих за шкалою Матіса – Любошиця – Шварцберга (1985) у модифікації Шевцова (1995).

Аналізуючи результати лікування, ми відмітили значну позитивну динаміку у постраждалих першої підгрупи основної групи, що було пов'язано з можливістю повноцінного виконання індивідуальної реабілітаційної програми. Серед хворих контрольної групи незадовільні результати були пов'язані не лише з особливостями застосованих методик остеосинтезу, які не давали можливості виконувати ранні вісьові та функціональні навантаження, але і відсутністю послідовного етапного реабілітаційно-відновного лікування.

Висновки

1. Застосування сучасних методик остеосинтезу в системі відновного лікування дає можливість на санаторному етапі повноцінно реалізувати індивідуальну реабілітаційну програму.
2. Використання всіх переваг санаторно-відновного етапу (комплексний характер використаних санаторних факторів, залучення до процесу реабілітаційної ради, створення індивідуальної реабілітаційної програми) створює умови для більш повноцінного відновлення втрачених функцій у хворих з наслідками множинних переломів довгих кісток нижніх кінцівок.
3. Створена та впроваджена схема відновного лікування на санаторному етапі медичної реабілітації дає можливість покращити результати лікування даної категорії хворих.

Література

1. Алферова Т.С., Потехина О.А. Основы реабилитации. Тольятти – 1995.-148 с.
2. Зборовский Э.И., Рябцева Т.Д., Смычек В.Б. и др. Реабилитация – как профилактика инвалидности // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 1998, № 2. – 47-51.
3. Иванов Е.М., Эндакова Э.А. Принципы и этапность медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 1996, № 2 – с. 40-44.
4. Кальфа Ю.И. Организационные технологии реабилитации // Бюлл. НИИ гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. Семашко, 2000, № 1 – С. 117-119.
5. Карлбуэр, А., Войдке Р. Оценка тяжести травмы: обзор наиболее часто используемых систем для оценки тяжести повреждений у травматологических больных. // Вестн. травматол. ортопед. – 2003. – №3. – 16 – 19.
6. Комарова Л. А., Егорова Г. И. Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнеотеплолечения. // СПб.: Изд-во МАПО, 1994. – 43 с.
7. Коробов М.В. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации. // СПб. – 1999. – 84 с.

8. Лытаев А., Шанин Ю.Н., Шевченко Б. Адаптивные механизмы движения. Патогенетическое обоснование раннего восстановительного лечения ортопедо-травматологических больных // СПб: ЭЛБИ, 2001. – 270 с.
9. Михайлов, В. П., Сытин Л. В. Реабилитация. // Поли-травма: Руководство для врачей. – Новосибирск: Наука, 2003. – 384 – 427.
10. Попов Н. Организационно-методические основы реабилитации //Физическая реабилитация – Ростов н/д: изд-во «Феникс», 1999. – 608 с.
11. Преображенский В.Н., Васюрин В.Е., Матвеев А.А., Белоцерковская Е.А. Эффективность медицинской реабилитации на санаторно-курортном этапе // Военно-медицинский журнал – 1997, т. CCCXVIII, № 9. – 33-35.
12. Смычек В.Б. Основы реабилитации. Минск – 2000. – 132 с.
13. Соколов, В.А. Тактика лечения переломов длинных костей конечностей у пострадавших с сочетанной травмой в раннем периоде. // Медицина критических состояний. – 2004. – №3. – 21-30.
14. Типовые индивидуальные программы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии. Минск: БНИИЭТИН – 1999. – 274 с.

А.А. Бур'янов, М.П. Комаров, А.М. Лакша, Ю.О. Ярмолюк, А.В. Хашчук

Современные возможности и перспективы санаторного этапа в системе восстановительного лечения пострадавших с последствиями множественных переломов длинных костей нижних конечностей

В данном исследовании проведён анализ результатов лечения 81 пострадавшего с последствиями множественных переломов длинных костей нижних конечностей, которые нуждались в проведении комплексного реабилитационно-восстановительного лечения на санаторном этапе. Изложены основные подходы к выбору реабилитационных программ в зависимости от задач поставленных на предыдущих этапах лечения, тяжести и сроков перенесенной травмы, способа металлоостеосинтеза и функционального состояния пострадавшего.

Ключевые слова: множественные переломы, медицинская реабилитация, санаторный этап.

О.А. Buryanov, M.P. Komarov, A.M. Laksha, Yu.O. Yarmoliuk, A.V. Khashchuk

Modern possibilities and prospects of sanatorium stage in the system of restorative treatment of patients with consequences of multiple fractures of the long bones of the lower extremities

In this research is presented the analysis of treatment results of 81 patients with the consequences of the lower extremities' long bones multiple fractures. These patients needed integrated rehabilitation during sanatorium phase. In this article are described the main approaches to the choice of the rehabilitation programs depending on the tasks of previous treatment phases, damages' weight and period, osteosynthesis methods and patients' functional state.

Key-words: multiple fractures, medical rehabilitation, sanatorium phase.