

Оптимізація відновного лікування постраждалих з переломами довгих кісток нижніх кінцівок в регіональному реабілітаційному центрі

Ю.О. ЯРМОЛЮК

Резюме. В дослідженні проведений аналіз результатів лікування 87 постраждалих з переломами довгих кісток нижніх кінцівок, які потребували проведення комплексного реабілітаційно-відновного лікування. Викладені сучасні підходи до вибору реабілітаційних програм в залежності від завдань, поставлених на попередніх етапах лікування, важкості та терміну перенесеної травми, способу металоостеосинтезу та функціонального стану постраждалого.

Ключові слова: переломи довгих кісток нижніх кінцівок, медична реабілітація, реабілітаційний центр.

У літературних джерелах зустрічається незначна кількість публікацій, в яких висвітлено питання відновного лікування в реабілітаційних центрах санаторного типу.

Незважаючи на застосування сучасних високотехнологічних методів остеосинтезу, функціональні результати лікування постраждалих з переломами довгих кісток нижніх кінцівок (ДКПК) у 12,9–18,6% залишаються незадовільними [6, 15]. Аналіз результатів лікування цієї категорії пацієнтів показує, що довготривала втрата працездатності відмічена у 51–65% з них [3, 14], а відсоток інвалідності досягає 8,2–10,1% постраждалих [9, 13]. Основними причинами незадовільних результатів лікування є розвиток контрактур, сповільненої консолидації з формуванням хибних суглобів, хронічного остеомієліту тощо [1, 4, 11].

Обмеження рухової спроможності та самообслуговування даного контингенту постраждалих визначає необхідність вдосконалення системи послідовного та комплексного реабілітаційно-відновного лікування [2, 10]. Проведений аналіз показує, що медична реабілітація постраждалих з переломами ДКПК в регіональних реабілітаційних центрах позбавлена єдиних методичних підходів. Не в усіх випадках враховується основне реабілітаційне завдання, що ставить ортопед-травматолог стаціонарного етапу, а отже не розробляються індивідуальні реабілітаційні програми. Великий відсоток пацієнтів, що потребують продовження відновного лікування в даних реабілітаційних центрах, не використовує його можливості з різних причин, що безумовно уповільнює процес відновлення втрачених функцій та погіршує результати лікування [7, 8].

Окрім цього, не можна заперечувати необхідність впровадження сучасніших ефективних підходів до відновного лікування на підставі розробки індивідуальних програм медичної реабілітації [5, 12, 16].

Перераховані обставини визначили актуальність та спонукали до проведення на базі регіонального реабілітаційного центру Ірпінського військового госпіталю комплексного дослідження, яке дало змогу ефективно використати можливості даного етапу в системі реабілітаційно-відновного лікування постраждалих з переломами ДКНК.

Мета роботи – підвищення ефективності медичної реабілітації постраждалих з переломами ДКНК на основі розробки етапного індивідуального алгоритму відновного лікування.

Матеріали та методи

У зв'язку з поставленою метою проведений аналіз результатів лікування 87 постраждалих за період з 2005 по 2013 р. Середній вік пацієнтів склав $(32,4 \pm 1,5)$ роки (від 19 до 52 років).

Основну групу склали 48 постраждалих з переломами ДКНК, які попередньо проходили етапне відновне лікування в травматологічному відділенні клініки ушкоджень Головного військового медичного клінічного центру «Головного військового клінічного госпіталю» (ГВКГ). Контрольну групу, що була репрезентативною по досліджуваних ознаках, склали 43 постраждалих, які після стаціонарного лікування проходили реабілітаційне лікування по загальноприйнятих схемах (нагляд ортопеда-травматолога ГВКГ, поліклініки за місцем проживання). Дана група пацієнтів санаторно-відновний етап лікування не отримувала.

Госпіталізацію на санаторний етап (реабілітаційний центр м. Ірпінь) проводили згідно з направленням із стаціонарного (амбулаторного) етапу, в якому вказували основне реабілітаційне завдання.

Показаннями до направлення за даним реабілітаційним маршрутом були анатомо-функціональні порушення та ускладнення зі сторони опорно-рухового апарату (обмеження рухової спроможності та самообслуговування, наявність контрактур суглобів нижніх кінцівок, посттравматичні невротатії нижніх кінцівок, лімфо-венозні порушення, стійкий больовий синдром внаслідок утворення гіпертрофічної кісткової мозолі, посттравматичної осифікації, невротатії, келоїдні рубці тощо).

За даним реабілітаційним маршрутом пацієнтів з наслідками полісегментарних переломів ДКНК не направляли.

Постраждали з переломами ДКНК поступали на даний етап відновного лікування в терміни від 2 тиж до 2 міс після травми, що було обумовлено не лише важкістю отриманих травм, але і необхідністю етапних хірургічних втручань, що в цілому визначало тривалість стаціонарного

етапу відновного лікування. Після закінчення реабілітаційного лікування на санаторному етапі формулювали експертний висновок.

Обстеження пацієнтів містило в собі: збір скарг та анамнезу, оцінку загального, ортопедичного та психологічного статусу, 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 попередньому етапі. Індивідуальну програму медичної реабілітації формували на основі базової програми, яка включала: пелюїдотерапію, масаж, механотерапію, лікувальну фізкультуру (ЛФК), медикаментозну терапію, реконструктивні хірургічні втручання, застосування технічних засобів реабілітації та моніторинг спеціалістів реабілітаційної ради.

Результати та їх обговорення

Відповідно до запропонованого алгоритму комплексного реабілітаційно-відновного лікування при направленні хворого на санаторний етап в супровідних медичних документах вказували основне реабілітаційне завдання, на основі якого в базу програму медичної реабілітації на підставі рекомендацій фахівців реабілітаційної ради лікар ортопед-травматолог санаторної ланки формулював індивідуальну реабілітаційну програму (ІПМР). Після закінчення відновного лікування на даному реабілітаційному етапі обстеження повторювали та формулювали експертний висновок (рис. 1).

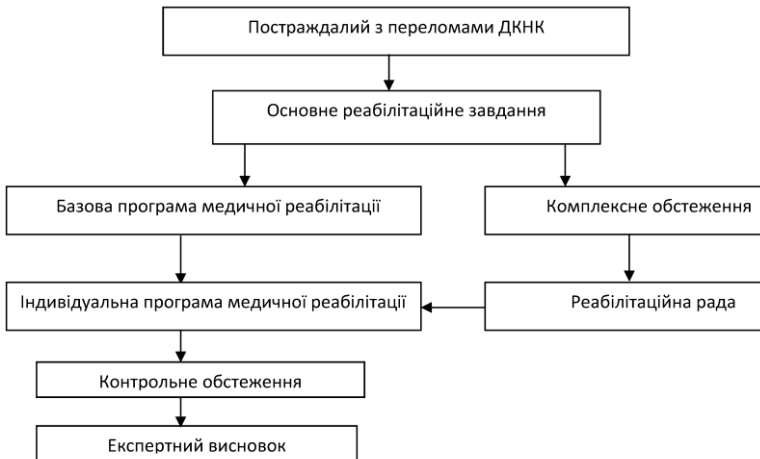


Рис. 1. Алгоритм формування індивідуальної реабілітаційної програми на санаторному етапі відновного лікування

Залежно від основного реабілітаційного завдання, яке отримував постраждалий на спеціалізованому етапі, призначали базову програму медичної реабілітації, яка в початковому періоді (1–3 доби) містила об'єктивне обстеження, функціональні тести та перелік необхідних інструментальних методів дослідження (рис. 2).

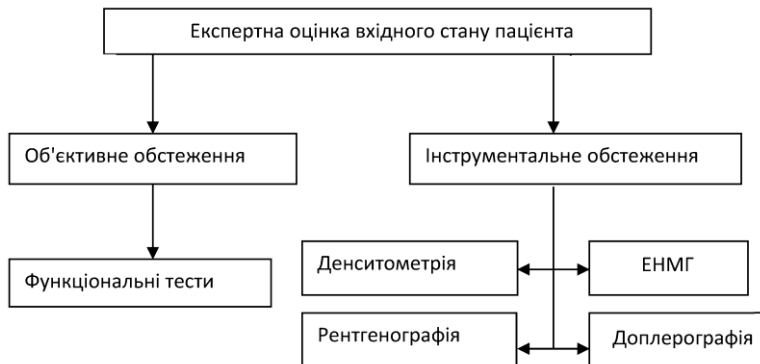


Рис. 2. Алгоритм обстеження пацієнта на санаторному етапі відновного лікування.

На підставі отриманих загальноклінічних та інструментальних даних ортопед-травматолог даного етапу відновного лікування за тісної співучасті ортопеда-травматолога спеціалізованого етапу, а також залученні відповідних фахівців створював та реалізував ППМР. За необхідності спеціалісти реабілітаційного центру вносили корективи в індивідуальну реабілітаційну програму (рис. 3).

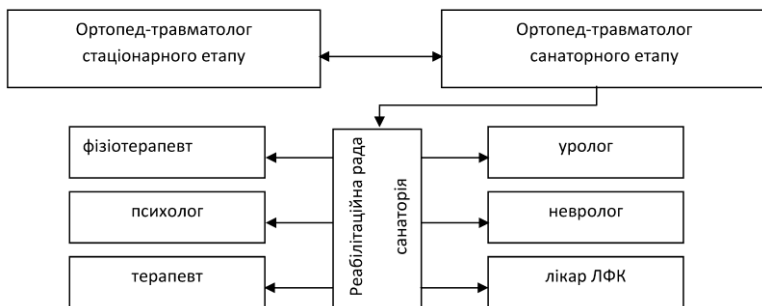


Рис. 3. Схематичне зображення реабілітаційної ради реабілітаційного центру санаторного типу.

ПІМР санаторного етапу розроблялась комплексно з поступовим нарощуванням навантажень, мала в своїй основі необхідний перелік реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення можливостей постраждалих до побутової, соціальної та професійної діяльності.

Результати відновного лікування постраждалих обох груп оцінювали за шкалою Матіса–Любошиця–Шварцберга (1985) у модифікації Шевцова (1995) в найближчі 3–5 міс та віддалені (від 1 до 1,5 років) терміни після отриманих травм.

В основній групі добрі результати в найближчі терміни отримані у 28 (58,3%), задовільні результати у 14 (29,2%), незадовільні – у 6 (12,5%) пацієнтів. У групі порівняння в найближчі терміни після травми добрі результати отримані у 17 (39,5%), задовільні – у 14 (32,6%), незадовільні – у 12 (27,9%) пацієнтів.

У віддалені терміни після травми в основній групі добрі результати отримані у 37 (77,1%), задовільні результати у 11 (22,9%) пацієнтів, незадовільних результатів не було. У групі порівняння добрі результати отримані у 24 (55,8%), задовільні у 15 (34,9%), незадовільні у 4 (9,3%) хворих.

Аналізуючи результати лікування в віддалені терміни після травми, ми відзначили значну позитивну динаміку у постраждалих основної групи, що було пов'язано з можливістю повноцінного виконання ПІМР на етапах відновного лікування.

У постраждалих контрольної групи незадовільні результати були пов'язані не лише з особливостями застосованих методик остеосинтезу, які не давали можливості виконувати ранні осьові та функціональні навантаження, а й з відсутністю послідовного етапного реабілітаційно-відновного лікування.

Висновки

1. Застосування сучасних методик остеосинтезу у відновному лікуванні постраждалих з переломами ДКНК дає можливість на етапі регіонального реабілітаційного центру повноцінно реалізувати ПІМР.

2. Комплексне використання всіх реабілітаційних чинників з залученням фахівців реабілітаційної ради дає можливість реалізувати ПІМР та повноцінно відновити втрачені функції у постраждалих з переломами ДКНК.

3. Етапне впровадження алгоритму відновного лікування у постраждалих з переломами ДКНК дає можливість покращити результати лікування постраждалих даної категорії.

Література

1. Алферова Т.С. Основы реабилитологии / Т.С. Алферова, О.А. Потехина. – Тольятти, 1995. – 148 с.
2. Вейдерхольд Дж. Информационные системы больницы / Дж. Вейдерхольд, Л. Е. Перро. – Addison-Wesley Publ., 1990. – 56 с.
3. Реабилитация – как профилактика инвалидности / Э.И. Зборовский, Т.Д. Рябцева, В.Б. Смычек. [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 2. – С. 47–51.
4. Иванов Е.М. Принципы и этапность медицинской реабилитации / Е.М. Иванов, Э.А. Эндакова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 1996. – № 2. – С. 40–44.
5. Кальфа Ю.И. Организационные технологии реабилитации / Ю.И. Кальфа // Бюлл. НИИ гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. Семашко. – 2000. – № 1. – С. 117–119.
6. Карлбуэр А. Оценка тяжести травмы: обзор наиболее часто используемых систем для оценки тяжести повреждений у травматологических больных / А. Карлбуэр, Р. Войдке // Вестн. травматол. ортопед. – 2003. – № 3. – С. 16–19.
7. Комарова Л.А. Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнеотеплолечения / Л.А. Комарова, Г.И. Егорова. – СПб. : Изд-во МАПО, 1994. – 43 с.
8. Коробов М.В. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации / М.В. Коробов. – СПб, 1999. – 84 с.
9. Лытаев А. Адаптивные механизмы движения. Патогенетическое обоснование раннего восстановительного лечения ортопедо-травматологических больных / А. Лытаев, Ю.Н. Шанин, Б. Шевченко. – СПб. : ЭЛБИ, 2001. – 270 с.
10. Макдональд К. Дж. Автоматизированные системы ведения истории болезни / К. Дж. Макдональд, Г.О. Барнетт. – Addison-Wesley Publishing, 1991.
11. Михайлов В.П. Реабилитация. Политравма : руководство для врачей / В.П. Михайлов, Л.В. Сытин. – Новосибирск : Наука, 2003. – С. 384–427.
12. Попов Н. Организационно-методические основы реабилитации / Н. Попов // Физическая реабилитация. – Ростов н/Д : Изд-во «Феникс», 1999. – 608 с.
13. Эффективность медицинской реабилитации на санаторно-курортном этапе / В.Н. Преображенский, В.Е. Васюрин, А.А. Матвеев., Е.А. Белоцерковская // Военно-медицинский журнал. – 1997, т. CCCXVIII, № 9. – С. 33–35.
14. Смычек В.Б. Основы реабилитации / В.Б. Смычек. – Минск, 2000. – 132 с.
15. Соколов В.А. Тактика лечения переломов / В.А. Соколов // Медицина критических состояний. – 2004. – № 3. – С. 21–30.
16. Типовые индивидуальные программы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии. – Минск : БНИИЭТИН, 1999. – 274 с.

Оптимизация восстановительного лечения пострадавших с переломами длинных костей нижних конечностей в региональном реабилитационном центре

Ю.О. ЯРМОЛЮК

Резюме. В исследовании проведен анализ результатов лечения 87 пострадавших с переломами длинных костей нижних конечностей, которые нуждались в проведении комплексного реабилитационно-восстановительного лечения. Изложены современные подходы к формированию индивидуальных реабилитационных программ в зависимости от задач, поставленных на предыдущих этапах лечения, тяжести и сроков перенесенной травмы, способа металлоостеосинтеза и функционального состояния пострадавшего.

Ключевые слова: переломы длинных костей нижних конечностей, медицинская реабилитация, реабилитационный центр.

Optimization of rehabilitation treatment for patients with fractures of the long bones of the lower extremities at regional rehabilitation center

YU.O. YARMOLYUK

Summary. This study analyzed the results of treatment of 87 patients with fractures of the long bones of the lower extremities, required combination rehabilitation treatment. The current approaches to the formation of individual rehabilitation programs are presented, depending on the objectives of the previous stages of treatment, the severity and timing of trauma, osteosynthesis method and functional status of the patient.

Keywords: fractures of long bones of lower extremities, medical rehabilitation, rehabilitation center.