

Сучасний стан і проблемні питання реабілітації в травматології та ортопедії

Рой І.В., Борзих Н.О., Пилипенко О.В.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

Резюме. Стаття присвячена сучасним проблемним питанням та перспективним напрямкам реабілітації в травматології та ортопедії. Необхідність структурних змін та модернізації шляхів фізичної і реабілітаційної медицини, потреба в наступності як між етапами відновлення, так і між закладами різного підпорядкування у поєднанні з кадровим, матеріально-технічним забезпеченням установ спонукали до обговорення та обґрунтування механізмів створення єдиного реабілітаційного простору в медико-соціальній галузі.

Ключові слова: реабілітація, відновне лікування, опорно-руховий апарат.

На сучасному етапі особливого значення у медицині набуває реабілітаційний напрямок, оскільки саме завдяки йому можна досягти позитивного кінцевого результату лікування, реалізувавши головну мету – повернення особистості до повсякденного життя зі збереженням якості та життєздатності. Повною мірою це стосується травматології та ортопедії, що належать до галузі забезпечення спеціалізованою допомогою хворих, категорія яких безперечно потребує відповідного лікування [1]. Ситуація, що склалася останнім часом і що пов'язана зі зміною організаційної структури щодо надання реабілітаційних послуг у вигляді появи на ринку приватних клінік та санаторіїв, вимагає створення єдиного простору та ідеології. В їх основу мають бути покладені загальновідомі та визнані принципи реабілітації: ранній початок, послідовність, комплексність, індивідуальність реабілітаційних заходів, безперервність і узгодженість протягом наступних етапів [2]. Тільки за їх обґрунтованою конкордантністю програма відновлення втілюється у своєму повному обсязі.

Визнаючи вагомість проблеми в державі, Міністерство охорони здоров'я створило інтерактивну реабілітаційну карту України, де представлені всі існуючі та діючі установи даного напрямку [3]. Головна ідея карти – упорядкування та координація діяльності в світлі стрімкого зародження локальних реабілітаційних проєктів [4]. На даний час до карти входять 159 закладів, з них 37 – з надання виключно амбулаторної допомоги, 63 – стаціонарної та 59 – змішаної, в тому числі відділ реабілітації ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМНУ". На наш погляд, функціонування більшості з них має розрізнений характер, вони не підкріплені науково-обґрунтованими положеннями, рекомендаціями провідних установ та часто мають комерційну основу.

За таких умов зростає роль ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМНУ", що є головним профільним закладом. Установа очолює напрямок щодо відновлення опорно-рухового апарату у хворих. Під її егідою розробляються, апробуються, впроваджуються реабілітаційні програми, здійснюється оцінка запропонованих нововведень. Варто відзначити в цій роботі роль Всеукраїнської громадської організації "Українське товариство фізичної реабілітаційної медицини" (ГО "УТФРМ") під керівництвом професора О.А. Владимірова, який багато зусиль доклав до вступу України до складу європейських Секції і Ради фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) Європейського союзу медичних спеціалістів. Це стало головною подією за останні роки та першим стратегічним успіхом української реабілітації. Наш відділ реабілітації є членом ГО "УТФРМ", а керівник – професор І.В. Рой – заступником Голови Правління. Завдяки плідній співпраці та навчанню фахівців відділ отримав схвальну оцінку особистих реабілітаційних програм, що постійно удосконалюються. Крім того, відділ одержав сертифікат з можливістю викладати спеціальність на європейському рівні у вищих навчальних закладах.

В останні роки широко обговорюються питання шляхів та перспектив розвитку реабілітаційної служби в Україні, що набуло особливої вагомості через велику кількість нового контингенту пацієнтів з вогнепальними пораненнями, для якого важливим є не тільки відновлення якості життя, але й повернення до виконання професійних обов'язків. Проблема актуалізована військовим конфліктом на Сході України протягом останніх п'яти років та недостатнім висвітленням принципів реабілітації поранених, відсутністю диференційованого підходу та взаємозв'язків між хірургічними стаціонарами і наступними етапами реабілітаційного процесу.

Специфіка поранень на даний час потребує удосконалення комплексної моделі фізичної і реабілітаційної медицини з позицій мультидисциплінарного підходу. Загальна організація медичної реабілітації пацієнтів з ортопедичною патологією, наслідками травм потребує ретельного перегляду змістовності заходів, зміни шаблонів [7, 8].

Крім того, виникає потреба врахування змін, що передбачаються у структурі та функціях медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), у вигляді нових обов'язків щодо забезпечення реабілітаційних заходів з визначальною метою максимального медико-соціально-економічного ефекту. Головним питанням є механізм взаємозв'язку між існуючою та новою системами реабілітації з тим, щоб за умов обґрунтованої, об'єктивізованої взаємодії досягти виконання завдань, що стоять перед службою в цілому і відповідають вимогам пріоритету державної політики [5, 6].

У 2015 році на Європейському конгресі фізичної і реабілітаційної медицини відбулась презентація третього видання "White book", що є основним нормативним документом для професіоналів в даній галузі [9]. Поняття "реабілітація" в ній, за положенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, означає сукупність заходів, спрямованих на зниження впливу інвалідизуючих станів і покликаних забезпечувати можливість пристосування до нових умов життя в суспільстві людей з порушеними функціями. Разом з тим, Європейським союзом медичних фахівців реабілітація визначається як самостійна медична спеціальність, що займається розвитком фізичних і когнітивних функцій, корекцією поведінки та персональних факторів, в тому числі оточуючого середовища, з метою збереження якості життя.

Травматологічною спільнотою всього світу визнається наявність проблемних питань з реабілітації, які стосуються не тільки безпосередньо її медико-соціального аспекту, але й матеріально-технічного оснащення та кадрового забезпечення. А в Україні вона навіть не досягає світових і європейських стандартів. Особливість програм з відновлення функції кінцівок базується на цілодобовому навантаженні, пацієнти щодня повинні отримувати індивідуальні заняття зі спеціалістами мультидисциплінарної команди. Як відомо, у 2017 році до системи охорони здоров'я були введені нові фахівці: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевти та фізичні терапевти. Зазначені зміни були внесені відповідно до міжнародної класифікації і нормативів Європейського Союзу та вступили в дію 1 листопада 2017 року. І це, на наш погляд, є першим кроком до удосконалення системи, оскільки завдяки такому підходу ми отримуємо фахівців, які займаються саме відновленням рухів та функції кінцівок.

З'явилася дійсна можливість удосконалення організації диференційованого принципу програм реабілітації. Зокрема, фізичний терапевт займається питаннями моторики, ерготерапевт відновлює повсякденні навички, робочі функції. Лікарі фізичної реабілітації – це фахівці, які мають спеціальну підготовку з питань фізіології, біомеханіки рухів, строків відновлення та доцільності призначень у всіх періодах реабілітації пацієнта, що потребує навчання після здобуття диплома лікаря ще впродовж 4-х років. Травматологи-ортопеди в цій схемі посідають ключове місце, оскільки не тільки виконують оперативні втручання, але й несуть безпосередню відповідальність за відновний процес, контролюючи і корегуючи реабілітаційні програми. Варто при цьому підкреслити необхідність конкордантних зв'язків між лікарями фізичної та реабілітаційної медицини і травматологами. Тим самим підтверджується сумарна значимість командної роботи.

Реальна картина наявності необхідних за фахом спеціалістів, на жаль, не відповідає потребам. Найбільша невідповідність проявляється у відсутності лікарів з лікувальної фізкультури на тлі достатньої кількості фізіотерапевтів. На сьогодні тільки почала проводитись підготовка необхідних спеціалістів. Крім того, варто звернути увагу на відсутність сучасного обладнання у більшості державних установ. Таким чином, складається несприятлива ситуація: є кадри – немає обладнання. Погані умови для обслуговування пацієнтів та низька заробітна платня – характерна картина для переважної більшості державних установ. На перший погляд, такий стан негативно відрізняється від приватних установ, де, навпаки, гарні умови і високі зарплати, але за цим приховуються не завжди високий професіоналізм та не завжди глибокі фахові знання з бажанням підвищувати кваліфікацію. Період становлення вимагає часу. Він буде тривати, поки всі звикнуть до нових професій, відпрацюють програми підготовки та випустять у світ нових або переучених фахівців.

Завдяки активному функціонуванню Української асоціації травматологів-ортопедів існує консенсус в плані принципів реабілітаційних заходів при різній патології. Разом з тим, залишається актуальним питання співпраці з владними, громадськими, соціальними структурами. Адже взаєморозуміння між ними дозволить досягти максимально бажаних успіхів.

Варто наголосити на такому положенні, як доповнення принципу наступності, за необхідності залучення фахівців суміжних спеціальностей. Повноцінність дотримання існуючих і перспективно виділених аспектів в цілому забезпечить медичну, психологічну, професійну, соціальну та економічну результативність.

Окремим блоком медичної допомоги виступає соціальний аспект, який визнавався та визнається, проте не посів свого належного місця в комплексному лікуванні. На сьогодні він потребує нагальної актуалізації, враховуючи психоемоційні особливості, які притаманні, на превеликий жаль, контингенту хворих з обтяжливим перебігом захворювань, наслідками травм, в тому числі бойових, довготривалими хірургічними втручаннями. Психоемоційний стан кожного суттєво впливає на комплайнс і, по суті, на результати лікування. За даними нашого соціологічного дослідження виявлено, що у 84,3% поранених має місце ситуативна тривожність високого рівня, у 75,7% – особистісна середнього рівня, у кожного третього (27,1%) – невпевненість, імпульсивність та знижена загальна активність, у половини – підвищена вразливість, схильність до конфліктів. Тобто за таких умов психоемоційні резерви виснажуються, що потребує включення відповідних фахівців до комплексного лікування з метою досягнення кращих результатів. Як свідчить наш досвід, взаємозв'язок роботи реабілітологів і фізіотерапевтів з психотерапевтами дозволяє вдвічі прискорити отримання позитивного результату лікування.

Для здійснення системи реабілітаційної допомоги передбачається наявність відповідних закладів. Широко обговорюється надання реабілітаційної допомоги, незалежно від підпорядкування закладу, де вона надається. Але, на наш погляд, на даний момент в умовах недостатнього фінансування це складно здійснити, тому зосередимось на установах високоспеціалізованої медичної допомоги, що забезпечують надання планової реабілітаційної складової населенню не тільки в умовах стаціонару, а й на денному та амбулаторному етапах.

Великий досвід відновного лікування накопичений у відділенні реабілітації ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМНУ України”, де за рік проходять лікування 850 ± 15 хворих. Воно було відкрите у 2010 році і залишається поки єдиним в Україні реабілітаційним відділенням, що спеціалізується на відновному лікуванні хворих з патологією опорно-рухового апарату. Його пріоритетним напрямком є рання післяопераційна реабілітація ортопедо-травматологічних хворих. Відділення розраховано на 30 ліжок і разом зі службою реабілітації амбулаторних хворих утворює спеціалізований реабілітаційний центр (відділ). Він укомплектований кваліфікованими фахівцями ортопедами-травматологами та реабілітологами, має сучасне фізіотерапевтичне обладнання. Також у відділенні застосовується бальнеологічне лікування – гальванічні та вихрові ванни, гідромасаж. Крім того, на сьогодні нами відновлена система надання реабілітаційної допомоги за схемою: амбулаторія (поліклініка) – стаціонар – санаторій, функціонування якої виправдало її ефективність. Система має перспективу розвитку з огляду на розробку напрямку співпраці з фахівцями всіх ланок за умови навчання за єдиною спільною програмою. Кожен місяць у відділі проводиться реабілітація близько 80 хворих, половина з яких – стаціонарні, решта – амбулаторні; на дітей припадає близько 20%. За останні роки схема надання реабілітаційної допомоги була удосконалена, в тому числі завдяки матеріально-технічному оснащенню (рис. 1). З 2018 року на базі відділу почав функціонувати великий зал лікувальної гімнастики, другий за кількістю, де проводяться заняття за розробленими програмами. Зал містить необхідне сучасне обладнання, що здатне забезпечити потреби з широкого кола питань з відновлення функції. Реаліза-

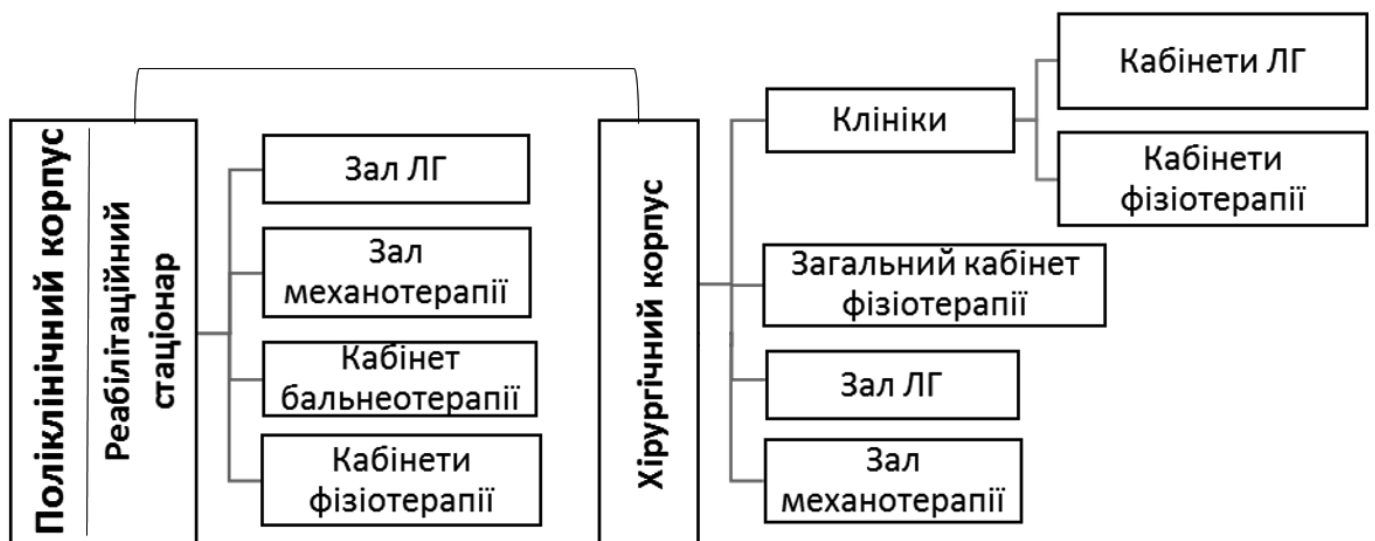


Рис. 1. Схема надання реабілітаційної допомоги

ція інтегрування нашої діяльності в реабілітаційний простір країн Євросоюзу, якої вимагає реальність, потребує укріплення матеріальної бази у вигляді створення окремих структур. Зокрема, хворим ортопедо-травматологічного профілю для підвищення ефективності відновного бальнеологічного лікування необхідний басейн, будівництво якого планується у перспективі. Це доповнить комплекс із забезпечення максимального наближення до світових вимог та стандартів якості реабілітації. Зазначене дозволить активно залучатися до міжнародного медичного туризму.

Разом з тим, у відповідності до існуючих вимог реабілітація пацієнтів починається в клініках Інституту, які мають прямий зв'язок з реабілітаційним стаціонаром на 30 ліжок. Таким чином, вирішується мінімізація витрат на лікування шляхом цілеспрямованого скорочення використання багатовартісних хірургічних ліжок. За показаннями частина післяопераційних хворих проходить реабілітацію амбулаторно. Також передбачені різновиди маршрутизації хворих із поліклініки та у вигляді самозвернення.

Враховуючи відсутність в Україні стандартних схем та затверджених клінічних протоколів реабілітації, нашим відділом розроблено і запропоновано низку авторських програм відновного лікування, як то больових синдромів попереково-крижового відділу хребта на фоні дегенеративно-дистрофічних його захворювань, вроджених порушень формування кульшових суглобів у немовлят, після ендопротезування колінних, кульшових та плечових суглобів. Розроблено також авторські програми передопераційної підготовки хворих та, в подальшому, післяопераційної реабілітації при артроскопічних втручаннях з приводу ушкоджень хрестоподібних зв'язок, менісків, суглобового хряща; до та після реконструктивно-пластичних операцій на кісткових та м'яких тканинах, відновлення периферичних нервів, при системному остеопорозі.

Свого часу наш Інститут (на той час Київський НДІ ортопедії) був фактично першою установою на теренах колишнього СРСР, де на належному науковому рівні вперше були проведені ґрунтовні біомеханічні та клінічні дослідження з мануальної терапії як нового метода відновного лікування хворих. Наполеглива дослідницька і клінічна робота та отримані позитивні результати стали підґрунтям для впровадження мануальної терапії в клінічну практику вітчизняної медицини. Велику роль у цьому зіграли фахівці відділу реабілітації. На його базі було створено перший в країні офіційно функціонуючий кабінет мануальної терапії, де хворі могли отримати відповідну спеціалізовану допомогу, а лікарі з різних регіонів країни – теоретичну і практичну під-

готовку на курсах з мануальної медицини. На даний час науково-дослідницька робота в галузі останньої продовжує проводитись співробітниками відділу реабілітації, які об'єднані в спеціальну групу мануальної терапії.

Як відмічалось вище, окремою проблемою є реабілітація після оперативних втручань поранених військовослужбовців, що потребують адекватної персоналізованої допомоги. Реабілітація полягає у проведенні комплексу медичної реадптації в широкому її розумінні з передбаченням хірургічного, медикаментозного, кінезіотерапевтичного, ортезотерапевтичного та фізіотерапевтичного лікування, направлено на відновлення функціональних можливостей уражених кінцівок. Особливість вогнепальних травм і сама система надання допомоги військовослужбовцям в даному випадку диктує необхідність розширення закладів реабілітації із залученням до неї військових госпіталів та санаторіїв. Сучасні умови передбачають також залучення матеріально-технічної бази приватного сектору медицини, забезпеченість якого спеціальним обладнанням відповідає потребам, що виникають. Узагальнення маршруту військовослужбовців на етапі реабілітації представлено на рис. 2. Після виконання реконструктивно-відновних втручань на IV рівні в умовах хірургічного стаціонару ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" поранені направлялись до відділу реабілітації даного закладу. Військовослужбовці, які отримали лікування в Національному військово-медичному клінічному центрі "ГВКГ" (IV рівень), були спрямовані для реабілітації в Ірпінський військовий госпіталь. Можливий і такий варіант направлення пацієнтів з ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" після отримання персоналізованої програми реабілітації. За певних умов, маршрут передбачав подальшу реабілітацію у приватних центрах.



Рис. 2. Схема маршруту військовослужбовців на етапі реабілітації

Етапи реабілітаційної допомоги за місцем реалізації

Етапи реабілітації		
Стационарний	Амбулаторний	Санаторно-курортний
ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”; Національний військово-медичний клінічний центр “ТМК”; Військово-медичні клінічні центри; Військові госпіталі	Відпустка за станом здоров’я під наглядом госпіталя (травматологічного відділення) за місцем проведення	Хмільник Трускавець Центри реабілітації інвалідів війни Інші

Варто підкреслити, що для даної категорії пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок поняття “реабілітація” включає і диспансерний нагляд за пацієнтами з метою визначення оптимальних термінів проведення додаткових хірургічних втручань та корекції програми відновного лікування. Для цього поранені періодично направлялись на консультації до спеціалістів означених закладів високоспеціалізованої допомоги.

По завершенню лікування на стаціонарному етапі маршрут військовослужбовців передбачав продовження реабілітаційного процесу у військових санаторіях (Хмільник, Трускавець), а потім спостереження у регіональних військово-медичних центрах.

Після обирався один із трьох варіантів: подальший шлях до строю, звільнення з армії з потребою чи відсутністю продовження лікування або повернення пацієнта до військової служби. У таблиці 1 представлені існуючі на сьогодні підходи до відновного лікування військовослужбовців, які здійснюються на етапах стаціонарної, амбулаторної та санаторно-курортної допомоги. Програму відновного лікування військовослужбовців з ушкодженнями кінцівок класифікують відповідно до етапів, періодів та методів впливу. Виділяють наступні етапи реабілітації: стаціонарний, амбулаторний та санаторно-курортний. При класичному підході на стаціонарному етапі (поранені в гострий період травми) водночас із лікувальною формується програма медичної реабілітації в цілому. Амбулаторний період передбачає нагляд за пацієнтом в період відпустки військовослужбовця (поліклініки, травматологічні відділення, медико-санітарні частини, тощо). І тільки на санаторно-курортному етапі вже відбувається розробка індивідуальної програми медичної реабілітації відповідно до особливостей перебігу патологічного процесу.

Аналіз результатів літературних даних і отриманих особистих спостережень дав нам можливість представити своє бачення процесу реабілітації пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок. У силу запропонованих нами принципів тактики хірургічного лікування з акцентом на одномоментному виконанні декількох етапів при створенні

концепції реабілітації за основу також брали критерії тяжкості ушкодження, виду допомоги та строків, які за своєю змістовністю суттєво відрізнялись від вищевикладених. Особливість полягала у визнанні доцільності розподілу періодів реабілітації за строками з моменту відновного оперативного втручання. Його проводили після неодноразових повторних хірургічних обробок та визначення зони первинного і вторинного некрозу. Крім того, до уваги бралися строки від поранення до госпіталізації на IV рівень високоспеціалізованої допомоги, що обґрунтовано кінцевими результатами стосовно анатомо-функціонального відновлення кінцівок. Таким чином, пріоритетною є розробка індивідуальної програми реабілітації з початком на стаціонарному етапі, а не, як вказано вище, на санаторно-курортному.

Отже, передумова успішного виконання програми реабілітації полягає у дотриманні основних її принципів, поєднанні з кадровим, матеріально-технічним забезпеченням установ та соціальною спрямованістю.

Висновки

У сучасних умовах реабілітація виходить на новий рівень і за своєю значущістю є повноправною складовою лікувально-діагностичного процесу, без якого не можливе досягнення максимально бажаного кінцевого результату. Нові види травм за характером диктують необхідність удосконалення реабілітаційних методик, підходів та принципів.

Відповідно до європейських стандартів, які зараз визначаються пріоритетними, необхідний критичний перегляд існуючих в нашій країні положень та дотримання принципів реабілітації хворих з травматологічною патологією. Накопичений досвід допомоги з відновлення функції кінцівок, у тому числі внаслідок вогнепальних поранень, розкриває перспективність шляхів в цьому напрямку.

Особливість та специфічність травм підтверджує нагальну необхідність мультидисциплінарного підходу до створення програм реабілітації з визначен-

ням безпосередньо етапів і закладів, здатних забезпечити їх реалізацію. Одночасно цього вимагає і актуалізація питання комплайенсу.

Перспективність структурних змін в системі оцінки, модернізація шляхів фізичної і реабілітаційної медицини, потреба в наступності як між етапами відновлення, так і між закладами різного підпорядкування у поєднанні з кадровим, матеріально-технічним забезпеченням установ спонукають до обґрунтування механізмів створення єдиного реабілітаційного простору в медико-соціалній галузі.

Конфлікт інтересів: автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при написанні статті.

Література

1. Медицинская реабилитация / под ред. В.М. Боголюбова. Книга I. – Изд. 3-е. – М.: Издательство БИНОМ, 2010. – С. 383–387.
2. Корп О.О. Методологічні та організаційні проблеми реабілітації при ураженнях опорно-рухової системи / О.О. Корп, М.І. Хохол, О.А. Бур'янов // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2009. – № 1. – С. 5–9.

3. Реабілітаційна карта України [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://e-rehab.com.ua>.
4. Голик В. Ми прагнемо, щоб квартира не стала тюрмою для особи на візку [Електронний документ] / В. Голик. – Режим доступу: https://lb.ua/society/2017/02/07/357816_volodimir_golik_mi_pragnemo_shchob.html.
5. Швидко А. МОЗ анонсує реформу реабілітаційної медицини в Україні [Електронний документ] / А. Швидко. – Режим доступу: <https://www.radiosvoboda.org/a/28281168.html>.
6. Бур'янов О.А. Еволюція поглядів на формування сучасних принципів медичної реабілітації / О.А. Бур'янов, А.М. Лакиша, Ю.О. Ярмолюк // Літопис травматології та ортопедії. – 2011. – № 1-2 (21-22). – С. 197–199.
7. Губин А.В. Основные методологические подходы к организации службы реабилитации в ортопедо-травматологическом центре / А.В. Губин, А.Б. Орешков, М.З. Насыров // Гений ортопедии. – 2016. – № 1. – С. 18–23.
8. Корж Н.А. Современные проблемы и перспективы развития организации медицинской реабилитации больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы / Н.А. Корж, Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2011. – № 4. – С. 86–88.
9. Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе / под ред. К. Гутенбруннера, Э.Б. Уорда, М.Э. Чемберлен; пер. с англ. – М., 2015. – С. 11–12.

The Current State and Problematic Issues of Rehabilitation in the Traumatology and Orthopedics

Roi I.V., Borzykh N.O., Pylypenko O.V.

SI "Institute of Traumatology and Orthopedics of NAMS of Ukraine", Kyiv

Summary. The article is devoted to modern problematic issues and perspective directions of rehabilitation in traumatology and orthopedics. The necessity of structural changes and modernization of methods of physical and rehabilitative medicine, the need for continuity, both between the stages of recovery and between institutions of different subordination, in combination with staff and logistic support of institutions, have led to discussion and discourse of mechanisms for the creation of a single rehabilitation space in the medical and social sectors.

Key words: rehabilitation, rehabilitation treatment, musculoskeletal system.

Современное состояние и проблемные вопросы реабилитации в травматологии и ортопедии

Рой И.В., Борзых Н.О., Пилипенко О.В.

ГУ "Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины", г. Киев

Резюме. Статья посвящена современным проблемным вопросам и перспективным направлениям реабилитации в травматологии и ортопедии. Необходимость структурных изменений и модернизации путей развития физической и реабилитационной медицины, потребность в преемственности как между этапами, так и учреждениями разного подчинения в сочетании с их кадровым, материально-техническим обеспечением подвигли к обсуждению и обоснованию механизмов создания единого реабилитационного пространства в медико-социальной отрасли.

Ключевые слова: реабилитация, восстановительное лечение, опорно-двигательный аппарат.