

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У САНАТОРНИХ УМОВАХ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРВИННИМ ГОНАРТРОЗОМ ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ВАРІАНТУ ПЕРЕБІГУ

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У САНАТОРНИХ УМОВАХ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРВИННИМ ГОНАРТРОЗОМ ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ВАРІАНТУ ПЕРЕБІГУ – Запропоновано новий підхід до розробки індивідуальних програм реабілітації у пацієнтів із первинним гонартрозом (ПГА). Для визначення клінічної ефективності застосування комплексних програм медичної реабілітації у хворих на ПГА розроблено схему індексної оцінки тяжкості патології та ефективності лікування на санаторно-курортному етапі реабілітації. Доведено, що для оптимізації реабілітації у санаторних умовах необхідне індивідуально орієнтоване застосування природних, фізіотерапевтичних, фізичних та альтернативних чинників лікувально-відновлювальних комплексів, що зумовлює зменшення частоти ускладнень, збільшення ефективності реабілітації та подовження тривалості ремісії.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГОНАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ – Предложен новый подход к разработке индивидуальных программ реабилитации у пациентов с первичным гонартрозом (ПГА). Для определения клинической эффективности применения комплексных программ медицинской реабилитации у больных ПГА разработана схема индексной оценки тяжести заболевания и эффективности лечения на санаторно-курортном этапе реабилитации. Доказано, что для оптимизации реабилитации в санаторных условиях необходимо индивидуально ориентированное применение природных, физиотерапевтических, физических и альтернативных факторов лечебно-восстановительных комплексов, что способствует уменьшению частоты осложнений, увеличению эффективности реабилитации и увеличению продолжительности ремиссии.

THE REHABILITATION PROGRAMS OPTIMIZATION IN SANATORIUM IN PATIENTS WITH PRIMARY GONARTHROSIS DEPENDING ON CLINICAL-PATHOGENETIC VARIANTS PROGRESS – A new approach to the development of individual rehabilitation programs for patients with primary gonarthrosis (PGA) was offered. To determine the clinical effectiveness of comprehensive programs of medical rehabilitation of patients with PGA circuit developed index assessing the severity of disease and the effectiveness of treatment in sanatorium stage of rehabilitation. It was proved that to optimize rehabilitation in sanatorium conditions must be individually oriented use of natural, physical therapy, physical factors and alternative treatment and recovery systems, hence the decrease in the frequency of complications, increasing the efficiency of rehabilitation and extension of the duration of remission.

Ключові слова: індивідуальна програма реабілітації; критерії оптимізації; первинний гонартроз; реабілітаційний прогноз; санаторно-курортний етап реабілітації.

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации; критерии оптимизации; первичный гонартроз; реабилитационный прогноз; санаторно-курортный этап реабилитации.

Key words: individual rehabilitation program; optimization criteria; primary gonarthrosis; rehabilitation prognosis; sanatorium stage of rehabilitation.

ВСТУП Остеоартроз (ОА) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань суглобів, яке характеризується прогресуючим перебігом, деформацією суглобів, втратою

їх функцій та погіршенням якості життя хворих [1]. Найбільш часто і рано уражається колінний суглоб, що зумовлено його положенням як опорного суглоба, на який падає основне осьове навантаження [2]. Незважаючи на використання у лікуванні ОА сучасних медикаментозних засобів, розробку і впровадження нових лікувальних технологій, суттєвих успіхів у профілактиці та терапії цього захворювання досягти не вдалося, що зумовлює необхідність подальшої розробки ефективних способів медичної реабілітації пацієнтів з ОА із більш широким використанням природних, преформованих та фізичних факторів, які позбавлені небажаних побічних ефектів, адекватно сприймаються фізіологічними системами організму, забезпечують виражену і тривалу лікувальну дію. Однак потребує вдосконалення і програма реабілітації пацієнтів із первинним гонартрозом (ПГА), враховуючи часту локалізацію цього процесу, його різноманітні варіанти перебігу, наявність супутніх захворювань та вікові особливості пацієнтів. Тому питання оптимізації та індивідуалізації лікувальних впливів, як і об'єктивної оцінки результатів лікування пацієнтів з ОА, є актуальною проблемою курортології і фізіотерапії.

Медична реабілітація досягла найвищого розвитку в санаторно-курортних умовах, тому що санаторно-курортне лікування позбавлене негативних ефектів застосування медикаментозних засобів і направлено на стимуляцію компенсаторних можливостей організму шляхом поліпшення гемодинаміки, фізичної працездатності, нормалізації метаболічних порушень [3]. На сучасному етапі перспективним є використання реабілітаційних програм для вивчення нових аспектів механізмів дії природних та преформованих факторів. Це дозволяє поєднувати вплив різних реабілітаційних методів, більш точно прогнозувати результати реабілітації, використовувати тривалі підтримувальні курси лікування. Тому актуальним залишається створення комплексних програм медичної реабілітації з використанням основних лікувальних факторів курортів (мінеральних вод, лікувальних грязей), фізіотерапії, методів фізичної реабілітації та альтернативних методів, а також диференційоване їх призначення залежно від клініко-патогенетичного варіанту ОА.

Метою роботи було на підставі клінічного дослідження виявити та виокремити клініко-патогенетичні варіанти перебігу ПГА для обґрунтування патогенетичних підходів до оптимального вибору методів реабілітації, розробки індивідуальних програм медичної реабілітації та визначення ефективності реабілітаційних комплексів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ В дослідження включено 436 пацієнтів із первинним гонартрозом (ПГА), із них 56 чоловіків (12,84 %) та 380 жінок (87,16 %) у віці 39–77 років (середній вік $(64,2 \pm 3,1)$ року), які перебували на санаторно-курортному етапі реабілітації в санаторії “Медобори” с. Конопківка Тербовлянського району Тернопільської області у 2010–2015 рр. У дослідження не включали пацієнтів із запальними захворюваннями суглобів, зі станом після операційного лікування (остеотомії, синовектомії), з вираженими деформаціями суглобів та різко вираженими порушеннями функції суглоба (нездатність до самостійного пересування), зі суглобовим синдромом на ґрунті дифузних захворювань сполучної тканини, па-

цієнти, яким проводили системну і/або внутрішньосуглобову (в досліджуваній суглоб) терапію кортикостероїдами протягом останніх 6 місяців, а також пацієнти зі супутньою патологією, яка загалом протипоказана для санаторно-курортного лікування.

У результаті проведеного клініко-інструментального дослідження (денситометрія, артросонографія, функціональні проби, лабораторне дослідження) виокремлено 3 клініко-патогенетичні варіанти ПГА: зі зниженою мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩКТ) (110 пацієнтів), з синовітом (182 пацієнти) та м'язовою дисфункцією (144 пацієнти). Проаналізовано особливості клінічної картини в кожному варіанті перебігу ПГА, результати функціональних проб, лабораторних, інструментальних досліджень та підібрані індивідуальні програми реабілітації.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для оцінки стану пацієнтів із ПГА та ефективності реабілітації на санаторно-курортному етапі реабілітації ми розробили систему комплексної оцінки, яка складається з об'єктивних та суб'єктивних критеріїв. За основу взято індексну оцінку гонартрозу за методикою РНЦ "ВТО" ім. акад. Г. А. Ілізарова [4], яку адаптовано для санаторно-курортного етапу реабілітації, враховуючи наявність досліджуваних клініко-патогенетичних варіантів перебігу ПГА. Індексна оцінка ПГА дозволяє стандартизувати характер патології в динаміці й спростити її застосування в науковій та практичній роботі. Об'єктивні критерії включають сім клініко-інструментальних ознак. Суб'єктивні критерії складаються з трьох ознак, бальна оцінка яких встановлюється на основі даних, отриманих від пацієнта. Оцінку кожної ознаки відповідно до клінічної та інструментальної характеристики проводили за трибальною системою. Цифрове значення балів визначає індекс даної ознаки. Ми визначили із об'єктивних критеріїв: індекс ходи (ІХ), індекс деформації суглоба (ІД), індекс м'язової сили (ІМС), індекс синовіту (ІС), індекс об'єму руху (ІОР), індекс остеопорозу (ІО), індекс гіалінового хряща (ІГХ). Із суб'єктивних критеріїв: індекс болю (ІБ), індекс толерантності до навантаження (ІТН), індекс оцінки пацієнтом якості життя (ІЯЖ). За сумою індексів об'єктивних та суб'єктивних критеріїв, поділених на кількість анатомо-функціональних ознак (іх 10), вибраних для оцінки, за формулою 1 визначається середній індекс (СІ) патології:

$$СІ = (ІХ+ІД+ІМС+ІС+ІОР+ІО+ІГХ+ІБ+ІТН+ІЯЖ):10.$$

"Добрий" анатомо-функціональний результат вважають тоді, коли СІ складає від 2,1 до 3,0 балів. "Задовільний" результат лікування характеризувався СІ в діапазоні від 1,7 до 2,0 балів. До "незадовільних" анатомо-функціональних результатів реабілітації відносяться випадки, коли СІ менше 1,7 бала (від 1,0 до 1,6 бала).

Для вибору ефективних схем відновного лікування при складанні індивідуальної програми реабілітації ми враховували клініко-патогенетичні варіанти перебігу. Результати наших досліджень встановили, що для оптимізації реабілітаційних програм у пацієнтів із ПГА зі зниженою МЩКТ доцільно включати сірководневі ванни з інгальціями, низькотемпературну пелоїдотерапію, остеоперіостальну електростимуляцію, силові вправи та апітерапію. Для пацієнтів із ПГА з явищами синовіту рекомендовано застосовувати оптимізовані схеми сірководневої бальнеотерапії із включенням тракції суглобів у сірководневій воді, низькотемпературну пелоїдотерапію, фізіофармакопунктуру, гірудотерапію та пресотерапію. У пацієнтів із ПГА з м'язовою дисфункцією доцільно застосовувати сірководневі та бішофітні ванни, підводне вертикальне витягання суглобів та хребта, інтерференц-терапію, електростимуляцію та вправи постізометричної релаксації м'язів. Диференційований вибір оптимізованих програм реабілітації у санаторних умовах збільшив ефективність санаторно-курортної реабілітації на (46,7±2,2) %, тривалість ремісії – на (38,4±1,7) %, зменшив частоту ускладнень на санаторно-курортному етапі реабілітації до (1,2±0,4) %. Упродовж року після санаторно-курортного етапу реабілітації повторне звертання пацієнтів за медичною допомогою знизилась в 4,7 раза, порівняно з дореабілітаційним періодом, шпиталізація хворих зменшилась в 5,6 раза, тимчасова непрацездатність – у 3,8 раза.

ВИСНОВКИ Для оптимізації реабілітації в санаторних умовах необхідне диференційоване, залежно від клініко-патогенетичного варіанту перебігу, та індивідуально орієнтоване застосування природних, фізіотерапевтичних, фізичних та альтернативних чинників лікувально-відновлювальних комплексів, що зумовлює зменшення частоти ускладнень, збільшення ефективності реабілітації та подовження тривалості ремісії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко В. М. Ревматичні захворювання в Україні: стан проблеми та шляхи вирішення / В. М. Коваленко // Український ревматологічний журнал. – 2012. – № 3 (49). – С. 84–86.
2. Колінний суглоб (променева анатомія, методи дослідження, променева діагностика захворювань і травматичних ушкоджень) / М. І. Спужак, О. П. Шармазанова, Р. Я. Абдуллаєв [та ін.]. – Донецьк : Видавець Заславський О. Ю., 2011. – 208 с.
3. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов. – К. : КИМ, 2012. – 496 с.
4. Макушин В. Д. Методика индексной оценки гонартроза и эффективности его лечения / В. Д. Макушин, О. К. Чегуров // Гений ортопедии. – 2007. – № 2. – С. 9–13.

Отримано 05.07.16