

УДК 616.7-08.36

Методологічні та організаційні проблеми реабілітації при ураженнях опорно-рухової системи

О.О. Корж¹, М.І.Хохол², О.А.Бур'янов³

¹ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка АМН України», Харків

²ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України», Київ

³Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

The article deals with an urgent problem in the methodology and organization of rehabilitation for patients with disorders in the locomotor system. The following aspects are discussed: improvement of the system of the patient rehabilitation on the basis of modern requirements of the legislature in action for rehabilitation; registration, licensing and certification of the existing rehabilitation centres; development of special programmes for rehabilitation. It is suggested to create, together with the Ministry of Labour and Social Policy of Ukraine, a coordination council at the Ministry of Health of Ukraine aimed at improvement of rehabilitation measures and provision of patients with technical means for their rehabilitation.

Постійно зростає актуальність проблеми реабілітації як системи заходів медико-соціальної допомоги хворим з різною патологією та постраждалим після тяжких травм опорно-рухової системи. Неоднозначне розуміння самого терміну реабілітації, який складає своєю суттю цілісну систему, але частіше вживається як однозначне поняття відновного лікування або окремо соціальної чи трудової адаптації. Звідси відсутність в країні типових реабілітаційних центрів з повним комплексом підрозділів та обмеженість структури реабілітаційних відділень при лікувальних установах. Деякі санаторно-курортні здравниці стали іменуватися реабілітаційними центрами, хоч і не охоплюють повний обсяг реабілітаційного комплексу.

В останні роки відмічається тенденція до створення реабілітаційних центрів з ініціативи приватних засновників з подальшим фінансуванням за рахунок Фонду соціального захисту інвалідів. Значна частина реабілітаційних центрів перебуває

Статья посвящена актуальной проблеме методологии и организации реабилитации больных с нарушениями опорно-двигательной системы. На обсуждение вынесены следующие вопросы: усовершенствование системы реабилитации пациентов на основе современных требований действующего законодательства по реабилитации; учет, лицензирование и сертификация имеющихся реабилитационных центров; разработка специальных программ по реабилитации. Предлагается создание совместно с Министерством труда и социальной политики Украины координационного совета при МОЗ Украины по усовершенствованию реабилитационных мероприятий и обеспечению больных техническими средствами реабилитации.

у відомчій підпорядкованості Міністерства праці та соціальної політики України. Так, в Україні функціонує 478 центрів в системі ранньої реабілітації, з них 210 у відомстві Мінпраці України [5]. Більшість реабілітаційних центрів — переважно соціально-професійної та трудової спрямованості, не всі мають умови для лікування, оздоровлення чи диспансерного нагляду. Немає достатньої інформації про ці центри та програми їх діяльності, профіль, умови та порядок направлення, професійний рівень працівників, зв'язок з лікувальними установами та МСЕК, інше.

Забезпечити належний рівень реабілітації можливо лише у спеціалізованих типових реабілітаційних центрах, які існують у цивілізованих країнах. Такий центр за ініціативою міністра соціального забезпечення 80-х років Лук'яненка О.М. був запроєктований і розпочато його будівництво ще у 1984 році на 17-му кілометрі Житомирського шосе з плановою здачею у 1990 році. Основні будівлі (стаціонарний корпус, поліклініка, про-

тезні майстерні, пансіонат та інше) були зведені, закуплено обладнання, та невідомо з яких причин будівництво припинилось. Усі зусилля, що були спрямовані на відновлення будівництва реабілітаційного центру, не дали позитивних результатів [11]. Дуже прикро, що втрачена можливість створення в Україні не лише важливого об'єкту медико-соціальної реабілітації, а й координуючого методичного центру (бази) для підготовки кваліфікованих реабілітологів.

Від ступеня тяжкості захворювання чи травми та якості лікування залежить кінцевий результат — одужання чи потреба в подальшому відновному лікуванні з використанням необхідних заходів для відновлення здоров'я, запобігання інвалідності або зменшення її тяжкості, збереження соціальної повноцінності та трудової активності. Лише окремі лікувальні установи мають відділення комплексного відновного лікування — медичної реабілітації. Більшість хворих проходять подальше відновне лікування та соціальну і трудову реабілітацію в реабілітаційних центрах, які знаходяться у різних державних чи приватних підприємствах. Перевести хворих у такі центри безпосередньо з лікувальної установи не так просто.

Незважаючи на те, що в питаннях реабілітації хворих та інвалідів в останні два десятиліття відбулися значні позитивні зрушення в основному щодо розробки положень, прийняття програм («Здоров'я нації»), Постанов Кабінету Міністрів України, інструкцій, а з грудня 2006 року вступив у дію Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», в якому детально викладені усі провідні складові реабілітаційної системи, її структура, вимоги щодо формування індивідуальних реабілітаційних програм, якість медико-соціальної допомоги не покращилась.

Стосовно згаданого закону підвищилась відповідальність медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) за здійснення реабілітаційних заходів з обов'язковим складанням індивідуальних програм реабілітації та контролем за їх здійсненням.

Однак, як свідчить досвід роботи МСЕК, оформлення індивідуальних програм реабілітації часто не відповідає сучасним можливостям у зв'язку з недостатньою базою, відсутністю кваліфікованих спеціалістів з реабілітації та обмеженою інформативністю щодо реалізації цих програм [3].

Щороку медико-соціальною експертною службою, яка складається з відповідного департаменту при МОЗ України, трьох науково-дослідних інститутів, має 427 МСЕК — 62 обласні, центральні, міські та 365 міжрайонних, з яких 162 спеціалізовані, здійснюється значний обсяг роботи.

Їх діяльність спрямована на визначення ступеня обмеження життєдіяльності, аналіз стану та динаміки інвалідності та вплив її на оцінку результатів реабілітації [12, 57].

Не можна не зауважити, що при наявності таких державних законів, постанов щодо реабілітації та діяльності висококваліфікованої науково обгрунтованої медико-соціальної експертної служби в Україні, яка має свою історію, три науково-дослідні інститути (м.м. Харків, Дніпропетровськ, Вінниця), до цього часу не налагоджена чітка послідовна система відновного лікування та реабілітації хворих та інвалідів. У більшості випадків тяжкохворі витрачають багато часу та зусиль на подання бюрократичних догм для одержання належного рішення та визначення відповідного ступеня втрати працездатності, а також можливостей відновлення соціально-трудового статусу [6].

Важлива державна галузь (МОЗ України — МСЕК) існує як автономна система, не встановлено у повному обсязі зв'язків з лікувальними установами, санаторно-курортною мережею, з рядом соціальних установ та виробничих підприємств, що дуже важливо для своєчасного і якісного вирішення проблеми медико-соціальної реабілітації постраждалої людини.

Здавалося б, що в умовах радикального реформування Держави, перебудови охорони здоров'я, переходу до страхової медицини мали б змінитися принципи і структура експертної діяльності, але вони суттєво не змінилися, а в деяких напрямках навіть ускладнився шлях, щодо реабілітації — це Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2006 року №1652 «Порядок забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації».

Набутий досвід, багаторічні науково-дослідні здобутки, випробувані часом у галузі медико-соціальної експертизи, дозволяють розробити науково обгрунтовані положення (інструкції) з урахуванням фундаментальних основ сучасних вимог у вирішенні соціальних програм та законів, якими зможе керуватися кожен зацікавлений лікар [7].

Недостатнє врахування щодо провідних основ адаптації та компенсації, різні методологічні підходи в системі реабілітації особистості і призвели до різнопланового розуміння цього визначення, хоч чітке формулювання і всебічне обгрунтування згаданого напрямку опублікували ще у 1973 році Юмашев Г.С. і Ренкер К. [16].

Слід відмітити, що реабілітаційні основи були започатковані разом із створенням в Україні установ ортопедичної допомоги, а саме: Медико-механічного інституту у 1907 р. у м. Харкові, де

відновне лікування поєднувалось з експертизою працездатності та трудовою реабілітацією, яку М.І. Ситенко вдосконалив, створивши у 1934 р. при інституті дослідну станцію з перекваліфікації та працевлаштування інвалідів, яка в 1936 році була реорганізована в Ортопедичний трудовий профілакторій. Отже, Харківський інститут травматології-ортопедії слід вважати засновником реабілітаційного напрямку при наданні ортопедичної допомоги, хоч у ті роки цього терміну не вживали [9].

На таких же принципах розпочав свою діяльність «Будинок калічної дитини» у м. Києві у 1919 році, у якому діти з ортопедичною патологією отримували лікування, навчалися і могли засвоїти певні трудові навички. При цьому важливе значення мала діяльність диспансерів, які здійснювали облік дітей з каліцтвом та координували увесь шлях їх реабілітації.

Прикладом широкомасштабної реабілітаційної діяльності було проведене в перші три повоєнні десятиріччя відновне лікування, пільгове навчання та першочергове працевлаштування десятків тисяч інвалідів Великої Вітчизняної війни. Для цього було створено в СРСР додатково 12 науково-дослідних інститутів ортопедії-травматології, протезні підприємства, майстерні, профільні госпіталі для інвалідів війни, підпорядкована санаторно-курортна мережа. Створена у повоєнні роки система реабілітації ветеранів війни успішно функціонує дотепер завдяки такому:

- 1) повна інформація про контингент інвалідів війни, диспансерний облік;
- 2) мережа спеціалізованих закладів — госпіталі, науково-дослідні інститути, протезно-ортопедичні підприємства, санаторно-курортна мережа та інше;
- 3) висококваліфіковані кадри, цілеспрямований науковий потенціал;
- 4) своєчасна і гарантована соціальна та трудова реабілітація на державному рівні.

В сучасних умовах перш за все відсутня в системі охорони здоров'я інформація про хворих, які підлягають відновному лікуванню, диспансерному нагляду, соціально-трудої реабілітації. Підготовка реабілітологів відбувається стихійно, немає єдиної науково обгрунтованої методологічної програми навчання, кафедри реабілітації створюються у технічних ВУЗах, приватних університетах. Міністерство охорони здоров'я України цією проблемою не опікується на належному рівні.

Матеріально-технічні можливості для комплексної реабілітації обмежені, переважній більшості хворих оздоровчі санаторно-курортні центри недоступні, виділені місця для прямого направлення з ліку-

вального закладу є лише у деяких санаторіях [12].

До цього часу впровадження реабілітації як прогресивного напрямку без методологічних розробок, теоретичного обгрунтування та реальних практичних рекомендацій і обумовило значні ускладнення в організації реабілітаційної служби в лікувальних установах та призвело до надмірного вживання цього терміну.

Більшість клініцистів розглядають реабілітацію як комплекс заходів, які здійснюються після закінчення курсу хірургічного та медикаментозного лікування — це ЛФК, масаж, фізіотерапія та ін. Таке уявлення значно звужує завдання і мету реабілітації, яку необхідно розуміти значно ширше — у вигляді складної системи [8].

Реабілітація тим і відрізняється від лікування, що визначає не боротьбу проти хвороби, а боротьбу за людину, тому її головним завданням є визначення індивідуальних адаптаційно-компенсаторних можливостей та повернення до суспільно корисної діяльності [2, 4].

Реабілітацію за повним змістом свого значення слід розглядати як комплекс своєчасних послідовних науково обгрунтованих медико-соціальних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, функціональних можливостей, повернення соціальної повноцінності, працездатності та інтеграції особистості у суспільство.

Наукові обгрунтування законів адаптації і компенсації, розроблених відомими вченими, складають головну методологічну основу заходів реабілітаційної системи [2, 8, 14].

Процес компенсаторних пристосувань до повного відновлення складається з трьох стадій: перша стадія — сигналізація про ураження до ЦНС, друга — забезпечення максимального відновлення втраченої функції, третя — завершення процесу компенсації [1].

Головним завданням клініцистів та реабілітологів є створення сприятливих умов для компенсації втрачених функцій, особливо в період другої і третьої стадії, що свідчить про необхідність послідовності і своєчасності заходів медичної і соціальної реабілітації.

Розроблена П.К. Анохіним теорія функціональних систем складає методологічну основу наукового обгрунтування оптимальних умов для адаптації [1]. Розуміння процесів компенсації порушених функцій забезпечує пошук більш вдосконалих способів відновного лікування та обгрунтовує заходи щодо складання індивідуальних реабілітаційних програм.

Враховуючи основні положення системного підходу у травматології, ортопедії О.О. Корж виз-

начив цілісність відновного лікування як один з провідних принципів вирішення проблеми реабілітації [9].

Проте системний підхід в реабілітації хворих з наслідками травм чи уражень опорно-рухової системи недостатньо забезпечується в практичній діяльності, хоч відомо, що успіх реабілітації значно залежить від своєчасного і повноцінного відновлення втрачених функцій у період найбільш активної стадії адаптації та компенсації.

Необхідність комплексного вирішення проблем компенсаторних змін опорно-рухової системи обґрунтувала Н.С.Косинська, використовуючи функціональний напрямок досліджень, клініко-рентгенологічні спостереження, що дозволило розробити об'єктивні показники для оцінки стану компенсації, визначити вторинні зміни опорно-рухової системи з врахуванням індивідуальних особливостей [10].

Важливе значення для клініцистів, реабілітологів та лікарів-експертів мають багаторічні дослідження Н.С.Косинської, яка розробила класифікаційну схему різних видів уражень опорно-рухової системи (ОРС), виділивши 7 основних груп серед яких провідне місце займає група деструктивно-дистрофічних уражень, що найчастіше призводять до зриву компенсації функції опори та руху.

Ступінь прояву деструктивно-дистрофічних уражень залежить від ряду об'єктивних причин, які прискорюють або уповільнюють процес зміни ОРС, що обумовлюється компенсаторними можливостями організму та залежить від створення сприятливих умов для мобілізації постраждалих.

Отже, розробка реабілітаційних програм повинна здійснюватися з урахуванням індивідуальних адаптаційно-компенсаторних можливостей, вікових та соціальних факторів. Чи доцільно покладати усі обов'язки щодо складання реабілітаційних програм на лікарів-експертів, які не завжди можуть врахувати всю динаміку захворювання та прогнозувати кінцевий результат?

Значно доцільніше, щоб проект індивідуальної реабілітаційної програми та реабілітаційно-експертне прогнозування здійснювались в лікувальній установі за участю лікаря-куратора, реабілітолога з соціальних питань, психолога, фахівця з професійно-трудової орієнтації, а вже на засіданні МСЕК розглядались рекомендації кожного фахівця та забезпечувалась їх реалізація.

Висновки

1. Вдосконалити методологію реабілітації на підставі системного підходу з врахуванням на-

уково обґрунтованих основ адаптаційно-компенсаторних можливостей організму і стану опорно-рухової системи та сучасних вимог у відповідності до діючого Закону з реабілітації.

2. Здійснити облік, ліцензування та сертифікацію існуючих реабілітаційних центрів, видати інформаційний бюлетень з визначенням їх профілю, адреси та умов направлення пацієнтів.
3. Переглянути положення щодо формування індивідуальних реабілітаційних програм, більше залучати профільних фахівців лікарняних установ (стаціонарів, поліклінік), де здійснювати консультацію та заключення додатково до основних спеціалістів — психологів, соціологів, протезистів, реабілітологів, спеціалістів з працевлаштування. Після цього направляти на МСЕК для затвердження та забезпечення реалізації рекомендацій.
4. До існуючої структури обліку, диспансеризації та реабілітації інвалідів Вітчизняної війни (ІВв) приєднати контингент інвалідів з наслідками травм і уражень опорно-рухової системи, а 30 обласних госпіталів для ІВв поступово перепрофілювати на реабілітаційні центри для інвалідів області.
5. Створити разом з Мінпраці та соціальної політики України комплексну медико-технічну координаційну раду при МОЗ України щодо вдосконалення протезно-ортезних виробів, спростити систему забезпечення хворих технічними засобами реабілітації.

Література

1. Анохін П.К. Проблемы компенсации нарушенных функций и ее значение для клинической медицины / П.К. Анохін // Хірургія. — 1954. — №10. — С. 3–11.
2. Белов В.П. Реабилитация больных как целостная система / В.П. Белов, А.В. Шмаров // Вестник АМН СССР. — 1977. — №4. — С.60–67.
3. Реабілітаційно-експертна діагностика у практиці МСЕК: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Сучасні проблеми реабілітації інвалідів»], Вінниця, 2007. — С. 36–39.
4. Вечканов В.А. Этапы и компоненты реабилитационного процесса. Врачебно-трудова експертиза / В.А. Вечканов. — М., 1975. — С. 57–58.
5. Дьяченко. Комплексна реабілітація — шлях створення рівних можливостей / Дьяченко // Соціальний захист. — № 11. — 2006. — С. 7–11.
6. Ипатов А.В. Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов ортопедо-травматологического профиля / А.В. Ипатов // Ортопедия, травматология и протезирование. — № 4. — 2007. — С. 12–17.
7. Роль науки в практике медико-социальной экспертизы: мат. конф. [«Сучасні проблеми реабілітації інвалідів»], Вінниця. — 2007. — С. 116–121.
8. Кабанов М.М. Концепция реабилитации и современная клиническая медицина / М.М. Кабанов // Вестник АМН СССР. — 1978. — № 4. — С. 52–58.
9. Корж А.А. К вопросу о развитии проблемы реабилитации

- и восстановительного лечения в деятельности института им. М.И. Ситенко / А.А. Корж // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2002. — № 6. — С. 6–8.
10. Косинская Н.С. Основные положения врачебно-трудо-вой экспертизы при поражениях костно-суставного аппарата / Клинические и социальные вопросы врачебно-трудо-вой экспертизы / Н.С. Косинская. — Л., 1975. — С. 120–127.
11. Состояние и перспективы развития реабилитации инвалидов и больных с заболеваниями и дефектами опорно-двигательного аппарата: тезисы докл. УП съезда травматологов-ортопедов Украины. — Харьков, 1975. — С. 9–12.
12. Марунич В.В. До організації системи реабілітації інвалідів в Україні / В.В. Марунич, С.І. Черняк // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2002. — № 4. — С. 9–11.
13. Задачи службы медико-социальной экспертизы по решению вопросов реабилитации инвалидов: мат. конф. [«Сучасні проблеми реабілітації інвалідів»], Вінниця. — 2007. — С. 7–12.
14. Струков А.И. Некоторые общие закономерности функциональной морфологии компенсаторно-приспособительных процес сов / Компенсаторно-приспособительные процессы / А.И. Струков, Куйбышев. — 1961. — С. 8–14.
15. Шевцов А. Ресурси реабілітації / А. Шевцов // Соціальний захист. — № 2. — 2006. — С. 33–37.
16. Юмашев Г.С. Основы реабилитации / Г.С. Юмашев, К. Ренкер. — М.: Медицина, 1973. — 112 с.

Журнал «Ортопедия, травматология и протезирование» поздравляе

авторський колектив у складі: Корж М.О., Радченко В.О., Грунтовський Т.Х., Продан О.І., Мезенцев А.О., Педаченко Є.Т., Слинко Є.І, Куцаєв С.В., Поліщук М.Є., Климовицький В.Т. з нагородою Державною премією України в галузі науки і техніки за 2008 рік за комплексну роботу „Розробка та впровадження новітніх хірургічних технологій при захворюваннях та пошкодженнях хребта”, яку виконано за роки незалежності України (1991 — 2007 рр.) співробітниками ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка АМНУ», ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.М.Ромоданова АМНУ», Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупіка, НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького.

Бажаємо колективу авторів подальших успіхів у науковій та практичній роботі!