

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

УДК 616.7-036.82:614.2(477)

### 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

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, травмы, заболевания опорно-двигательной системы

Одной из актуальных медико-социальных проблем здравоохранения была и остается проблема реабилитации больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы.

Ежегодно в Украине в лечебные учреждения обращаются около 2 млн. пострадавших от травм. Количество пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы, нуждающихся в медицинской помощи, неуклонно растет. Ежегодно в стране регистрируется более 1,5 млн. новых случаев таких заболеваний. Показатели распространенности заболеваний костно-мышечной системы только за последние пять лет увеличились на 9,5%, за двадцать лет — на 73%. Удельный вес травм и заболеваний костно-мышечной системы в структуре первичной инвалидности, постепенно возрастая, достиг в 2009 г. 11,6% и 10,6% соответственно [1, 2].

Медицинская помощь населению в настоящее время подразделяется на три направления: профилактическое, лечебно-диагностическое и реабилитационное.

Роль реабилитационного направления в последние годы становится все более значимой. В современном мире качество медицинской помощи в стране оценивают по уровню развития реабилитационного направления.

По определению комитета экспертов ВОЗ (1980 г.), медицинская реабилитация — это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций органов и систем больного или, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество.

К задачам медицинской реабилитации относится повышение качества жизни, восстановление здоровья, устранение патологического процесса, предупреждение осложнений и рецидивов, восстановление или частичная компенсация утраченных функций, подготовка к бытовым и производственным нагрузкам, предупреждение ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) [10, 11].

Успехи медицинской реабилитации основываются на возможностях современной науки и техники и в значительной мере определяются уровнем материально-технического обеспечения лечебно-профилактических учреждений, качеством подготовки специалистов, а также соблюдением основных организационных принципов медицинской реабилитации:

- раннее начало;
- комплексность;
- индивидуализация программы реабилитации;
- этапность;
- непрерывность и преемственность;
- партнерство врача и больного;
- доступность;
- социальная направленность;
- контроль адекватности и эффективности реабилитации.

Независимо от вида и характера травмы или ортопедического заболевания программа медицинской реабилитации включает ряд лечебно-восстановительных мероприятий, которые направлены на стимуляцию репаративно-регенеративных процессов и (или) интенсификацию развития компенсаторно-приспособительных механизмов, облегчающих реадaptацию и ресоциализацию пациента [6, 10].

Следовательно, нельзя не отметить, что медицинская реабилитация — это многокомпонентная проблема, требующая совместной деятельности многих специалистов: ортопедов-травматологов, терапевтов, хирургов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК и физической реабилитации, массажистов, психологов и т.д., что необходимо для физического и психического состояния пациента на каждом этапе реабилитации.

При травмах условно можно выделить пять этапов медицинской реабилитации:

- оказание своевременной и качественной неотложной медицинской помощи пострадавшим;
- лечение в остром периоде травмы в специализированном травматологическом стационаре;
- восстановительное лечение в ортопедо-травматологическом стационаре или специализированном центре реабилитации;
- пребывание в отделении восстановительного лечения (ОВЛ) поликлиники;
- санаторно-курортное восстановительное лечение.

При заболеваниях костно-мышечной системы схема медицинской реабилитации предполагает следующие этапы ее реализации:

- раннее выявление заболеваний костно-мышечной системы;
- комплексное лечение в амбулаторно-поликлинических и санаторных учреждениях;
- комплексное лечение в специализированном ортопедическом стационаре;
- восстановительное лечение в специализированном реабилитационном центре или санатории;
- восстановительное лечение в условиях ОВЛ поликлиники;
- диспансерное наблюдение и проведение курсового профилактического лечения.

На каждом этапе медицинской реабилитации решаются определенные задачи. От правильной постановки этих задач и качества их решения зависит исход лечения травмы или ортопедического заболевания, улучшение качества жизни и восстановление трудоспособности больного. К сожалению, у части больных, несмотря на самые энергичные лечебно-реабилитационные меры, не удается достичь полного успеха в восстановлении здоровья и трудоспособности. В этих случаях приходится решать вопросы социально-бытовой и профессионально-трудовой реабилитации с участием специалистов медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК).

Переломным этапом в решении вопросов медицинской реабилитации в Украине стали Постановление Кабинета Министров Украины № 83 от

22.02.1992 г., согласно которому служба медико-социальной экспертизы была передана в ведение Министерства здравоохранения, и приказ МЗ Украины № 183 от 07.04.2004 г., которым законодательные основы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных были приведены в соответствие с Международной классификацией функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятой ВОЗ в 2001 г. [12].

Проведенные сотрудниками института в 2000 г. и 2008 г. исследования состояния организации и качества медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной системы показали, что во многих специализированных отделениях городских и областных больниц, а также в специализированных центрах, организованных на базе институтов, применяется довольно широкий спектр современных методов хирургического, медикаментозного и физиофункционального лечения как составных медицинской реабилитации больных с последствиями травм опорно-двигательной системы и ортопедическими заболеваниями. При этом в связи с создавшимися в стране социально-экономическими трудностями не всегда есть возможность реализации принципа доступности медицинской реабилитации больных. В ряде случаев приходится выбирать менее затратные методы их лечения либо проводить показанные реконструктивно-восстановительные хирургические вмешательства в более поздние сроки, что значительно снижает эффективность медицинской реабилитации [3, 5, 7].

Вполне очевидно, что закончить лечебный процесс в условиях ортопедо-травматологического отделения (отделения хирургического профиля) не представляется возможным в связи с директивно-ведомственными и экономическими ограничениями. У большинства пациентов с тяжелой ортопедической патологией после хирургического лечения или с последствиями политравмы имеется комплекс анатомо-функциональных нарушений, отрицательно сказывающихся на клиническом и трудовом прогнозах. Это выражается, в первую очередь, значительным ограничением передвижения и самообслуживания, что определяет целесообразность организации медицинской реабилитации таких больных в специализированном стационаре для восстановительного лечения. Однако такие отделения и этот этап медицинской реабилитации в Украине практически отсутствуют. Вопросы медицинской реабилитации больных, нуждающихся в восстановительном лечении в условиях стационара, решаются лишь в единичных специализированных медицинских учреждениях и чаще — в условиях санаториев.

Актуальным для Украины является организация медицинских центров реабилитации больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы в лечебно-профилактических учреждениях городов и областей. Именно поэтому в проект приказа МЗ Украины по регламентации ортопедо-травматологической помощи взрослому населению, который разрабатывался сотрудниками института, было включено «Положение об отделении реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля». В перспективе организация таких отделений в составе больниц для восстановительного лечения, создание которых предусмотрено современной программой медицинской реформы, стартовавшей уже в качестве эксперимента в трех областях Украины (Донецкой, Днепропетровской и Винницкой), будет способствовать снижению показателей инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы.

Наиболее доступным и материально оснащенным этапом медицинской реабилитации сегодня является амбулаторно-поликлинический этап. Проведенные сотрудниками института в 2000, 2005 и 2008 гг. обследования поликлиник г. Харьков показали, что в большинстве их функционируют отделения восстановительного лечения, в которых имеются кабинеты свето-, электро- и теплечения, массажа, иглорефлексотерапии, залы ЛФК, механотерапии, гидрокинезотерапии, ваннные залы и т.д. Однако обращает на себя внимание недогруженность некоторых структурных подразделений этих отделений, недостаточное использование всех перечисленных видов восстановительного лечения и реабилитационной помощи больным с патологией опорно-двигательной системы. Кроме того, установлено, что, несмотря на наличие индивидуальных программ реабилитации, составленных ортопедами-травматологами лечебных учреждений и специалистами МСЭК, в амбулаторных учреждениях нарушались принципы своевременности и комплексности медицинской реабилитации. Полноценное восстановительное лечение получали лишь около 68% больных. При этом анализ эффективности медицинской реабилитации больных с последствиями травм верхней конечности свидетельствует о том, что полноценное комплексное планирование и своевременная реализация медицинских реабилитационных мероприятий позволяют обеспечить стабильную динамику реабилитационного процесса и увеличение количества на 19–31% полностью реабилитированных среди больных, признанных инвалидами [3, 5, 7, 9].

Большое влияние на качество и результаты реабилитации имеют недостатки организационного

характера, к которым также можно отнести:

- длительное лечение пациентов с ортопедической патологией, особенно больных с вертебрологическими заболеваниями, в терапевтических и неврологических стационарах;
- несвоевременное определение показаний и осуществление реабилитационных реконструктивно-восстановительных вмешательств;
- несоблюдение принципов своевременности и комплексности практически на каждом этапе медицинской реабилитации;
- некачественное диспансерное наблюдение за восстановительным лечением и медицинской реабилитацией больных и инвалидов с патологией опорно-двигательной системы (отсутствие контроля адекватности и эффективности реабилитации).

С одной стороны, это обусловливается недостаточным уровнем внедрения в практику стандартов обследования больных и протоколов лечения, типовых программ и стандартизированных научно обоснованных критериев медицинской реабилитации, которыми были бы предусмотрены единые методологические подходы к восстановительному лечению и медицинской реабилитации больных. Обращает на себя внимание ухудшение преемственности в работе стационаров, поликлиник и МСЭК, формальный подход к осуществлению динамического наблюдения и диспансеризации больных с ортопедической патологией, недостаточное использование возможностей отделений восстановительного лечения и дневных стационаров в поликлиниках для реабилитации указанного контингента больных.

Анализ организации и качества оказания медицинской помощи при заболеваниях позвоночника и суставов также показал, что в поликлиниках охват диспансерным наблюдением больных с ортопедической патологией позвоночника составляет не более 17,9%, с патологией суставов — не более 36,2%. Охват пациентов с ортопедической патологией позвоночника и суставов составляет в среднем лишь до 49,9% инвалидов, несмотря на то, что, по мнению многих специалистов, такие пациенты нуждаются в динамическом наблюдении в 100% случаев. Подавляющее большинство больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника находилось под наблюдением невролога. Они чаще всего стационарно лечатся в неврологических отделениях, где, как правило, получают лишь медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и массаж. При этом у более 42% инвалидов с патологией позвоночника, лечившихся консервативно, были показания к хирургическому лечению, которое им не проводили в половине случаев в связи с отсутствием рекомендаций со стороны

специалистов и в половине случаев в связи с отказом больных от операции [3, 8]. Больные с жалобами на боль в суставах или нарушение их функции первично в 68,6 % обращались к терапевтам, ревматологам, хирургам, невропатологам. Лишь в 44,9% случаев в последующем такие больные были направлены на консультацию к ортопеду-травматологу. Именно этот факт, с нашей точки зрения, объясняет, что даже при декомпенсации состояния больных недостаточно уделяется внимание ортопедическому режиму, корсетотерапии, ЛФК и хирургическим лечебным мероприятиям, своевременные показания к которым могут быть определены ортопедом-травматологом.

При анализе своевременности и качества обследования и лечения пациентов с суставной патологией было выявлено, что в 16,1% случаев обследование больных было неполным или несвоевременным, в 18,7% случаев лечение не было комплексным.

Учитывая, что оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации является полное восстановление здоровья и возвращение больного к привычному для него образу жизни, одним из эффективных мероприятий по предупреждению инвалидности больного и, в частности, снижению ее тяжести является долечивание по продленному больничному листу. По данным МЗ Украины, в результате проведения такого комплекса восстановительного лечения в зависимости от локализации и тяжести повреждений и имеющейся патологии в сроки от 5 до 12 мес удается восстановить работоспособность в среднем у 79-80% больных с тяжелыми последствиями травм и около 60% больных с заболеваниями костно-мышечной системы [4].

В заключение приходим к следующим выводам:

1. Неиспользованные резервы повышения эффективности медицинской реабилитации заключаются, прежде всего, в соблюдении основных принципов ее проведения.

2. Необходимо на практике перейти к организации медицинских специализированных реабилитационных центров (отделений) для больных с патологией опорно-двигательной системы, что можно сделать и без ввода новых коек, перепрофилируя часть травматологических и ортопедических коек в реабилитационные.

3. В программу обучения ортопедов-травматологов и других врачей-специалистов необходимо включить блок теоретических вопросов и практических навыков по медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизе при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы.

4. Следует уделить особое внимание качеству динамического наблюдения за больными и полноцен-

ности проведения всего необходимого комплекса лечебных мероприятий в зависимости от степени анатомо-морфологических и функциональных нарушений на каждом этапе реабилитации.

5. Необходимо пересмотреть подходы к оценке реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза для больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы и более широко применять возможность лечения по продленному больничному листу, устанавливать группу инвалидности после проведения необходимого комплекса мероприятий по медицинской реабилитации.

## Литература

1. База даних «Здоров'я для всіх» Україна / Центр медичної статистики МОЗУ. — Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
2. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2008–2009 рр. : Довідник / Г.В. Гайко, С.І. Герасименко, А.В. Калашніков, В.П. Полішко. — Київ, 2010. — 167 с.
3. Инвалидность вследствие остеохондроза позвоночника и неиспользованные резервы в ее профилактике / Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко, И.В. Голубева и др. // Ортопед. травматол. — 2006. — № 4. — С. 63–67. — ISSN 0030-5987.
4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 рік: Аналітико-інформаційний довідник / В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, Ю.І. Коробков та ін. — Дніпропетровськ : Пороги, 2011. — 135 с.
5. Причинні фактори інвалідності при захворюваннях хребта / Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко, І.В. Голубева та ін. // Ортопед. травматол. — 2006. — № 2. — С. 5–10. — ISSN 0030-5987.
6. Реабилитация — важная медицинская и социальная проблема / Н.А. Корж, Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко, В.И. Маколинцев // Ортопед. травматол. — 2004. — № 4. — С. 5–10. — ISSN 0030-5987.
7. Типова програма реабілітації інвалідів з наслідками травм верхніх кінцівок: методичні рекомендації / М.О. Корж, Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко та ін.: ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка АМНУ. — Харків, 2001. — 23 с.
8. Яременко Д.А. Актуальные вопросы организации медицинской реабилитации больных с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательной системы / Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко // Літопис травматології та ортопедії. — 2011. — № 1–2 (21–22). — С. 312.
9. Яременко Д.О. Сучасний стан організації медичної допомоги та медичної реабілітації при захворюваннях суглобів в місцевих поліклініках / Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко, І.В. Голубева: матеріали наук.-практ. конф., присвяч. 75-річчю з дня народження, 50-річчю наук.-практ. діяльності засл. діяча науки і техніки України проф. М.І. Хвисьюка [«Ортопедія і травматологія: проблеми якості»], Харків, 22–23 січня 2009 р. / МОЗ України, ХМАПО. — Харків, 2009. — С. 36–38.
10. Measuring Outcomes in Rehabilitation Medicine / Quality and Outcome Measures for Rehabilitation Programs / C.V. Grandner et al. — Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview>.
11. Disability Prevention and Rehabilitation: [Report of the WHO Expert Committee of Disability] // WHO Technical Report. — Geneva, Switzerland: WHO, 1981. — 114 p. — (Series No. 668).
12. International Classification of Functioning, Disability and Health. — Geneva, Switzerland: WHO, 2001. — 303 p.