

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З НАСЛІДКАМИ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ.

Бур'янов О.А. *, Ярмолюк Ю.О., Лакша А.А. **

* Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

** Головний військовий медичний клінічний центр МОУ

Вступ. У медичній літературі є різні думки щодо етапності відновного лікування постраждалих з множинними переломами кісток нижніх кінцівок. Одні вчені вважають, що результати відновного лікування напряму залежать від якісного та своєчасного лікування на профільному етапі, інші – від адекватно проведеної медичної реабілітації. Все це і дає підстави вважати, що лікування цієї категорії пацієнтів на етапі спеціалізованих відділень травматологічного профілю не є закінченим.

Мета: стандартизація методичного підходу в проведенні реабілітаційно-відновного лікування на основі комплексної оцінки стану постраждалого, диференційованого підходу до лікування, розробки індивідуальної програми медичної реабілітації, послідовності та етапності, що надасть можливість створити єдину систему відновного лікування постраждалих з множинними переломами довгих кісток нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження були 724 постраждалих з множинними переломами нижніх кісток кінцівок, які були розділені на 3 групи. Основна група (211 чол.) - постраждали, які розпочали лікування в ГВМКЦ 2006 – 2013р. І контрольна група (225 чол.) - постраждали, які розпочали лікування в ВМКЦЗР ТА ВМКЦПР 2006 – 2013 р. ІІ контрольна група (278 чол.) - постраждали, які розпочали лікування в спеціалізованих госпіталях під час бойових дій в Демократичній республіці Афганістан 1986 -1988 р. Відновне лікування постраждалих основної групи полягало у застосуванні етапної хірургічної тактики з використанням апаратів зовнішньої фіксації, сучасних імплантантів, а також складанні програм індивідуальної медичної реабілітації, починаючи з профільного та закінчуючи санаторним етапом. Відновне лікування постраждалих І групи порівняння здійснювалося за загальноприйнятою методикою на спеціалізованому етапі, надалі пацієнт відправлявся на амбулаторне лікування без здійснення моніторингу за проведенням реабілітаційних заходів. Відновне лікування постраждалих ІІ групи порівняння здійснювалося етапним методом на догоспітальному етапі (Перша мед. допомога, МПП, ОМедБ), спеціалізованому етапі (ВГ Ташкент, ВГ ім. Бурденко, ВМА ім. Кірова, окружні ВГ) та санаторному етапі (СЦВКС ім. Пирогова). Базові реабілітаційні програми на санаторно-курортному етапі включали такі основні позиції: бальнеотерапія, грязелікування, масаж, механотерапія, ФТЛ, ЛФК, медикаментозна терапія, реконструктивні хірургічні втручання, застосування технічних засобів реабілітації, моніторинг спеціалістів реабілітаційної команди. Для кожного пацієнта основної групи складалася індивідуальна програма реабілітації, яка в своїй основі мала необхідний перелік реабілітаційних заходів, направлених на відновлення можливостей постраждалих до побутової, соціальної та професійної діяльності. Необхідною умовою для реалізації індивідуальної реабілітаційної програми було створення реабілітаційної ради фахівців.

Отримані результати та їх обговорення. Результати лікування оцінювали через 12 міс. В основній групі добрі результати отримані у 194(92,1%) хворих, задовільні у 7(3,4%), незадовільні у 9(4,5%) хворих. В І контрольній групі добрі результати отримані у 181(80,5%) хворих, задовільні у 26(11,5%), незадовільні результати у 18(8,0%) хворих. В ІІ контрольній групі добрі результати отримані у 237(85,1%) хворих, задовільні у 6(2,1%), незадовільні результати у 35(12,8%) хворих. До незадовільних результатів лікування відносили випадки невиконання основного реабілітаційного завдання, або появу ускладнень, що змусили припинити лікування в санаторії.

Висновки. Аналізуючи результати лікування ми відмітили значну позитивну динаміку у постраждалих основної групи, що було пов'язано з можливістю повноцінного

виконання індивідуальної реабілітаційної програми. Серед хворих контрольної групи незадовільні результати були пов'язані не лише з особливостями застосованих методик остеосинтезу, які не давали можливості виконувати ранні вісьові та функціональні навантаження, але і відсутністю послідовного етапного реабілітаційно-відновного лікування.