

Т.Г. БАКАЛЮК

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Україна

Мета: визначення медико-соціальної ефективності застосування програми медичної реабілітації у хворих на остеоартроз.

Матеріали і методи. В основу роботи покладені особисті дослідження лікування 158 хворих на остеоартроз I та II клініко-рентгенологічної стадії на санаторно-курортному етапі реабілітації; групу контролю склали 80 пацієнтів, які лікувались амбулаторно.

Результати. Проаналізовані різні аспекти реабілітаційного лікування хворих на остеоартроз та вивчена їх ефективність: повторна звертальність пацієнтів за медичною допомогою знизилась в 4,7 разу у порівнянні із дореабілітаційним періодом, шпиталізація хворих зменшилась у 5,6 разу, тимчасова непрацездатність знизилась у 3,8 разу.

Висновки. Отримані результати свідчать про безсумнівні переваги санаторно-курортного лікування, яке має одночасно як саногенетичну, так і патогенетичну спрямованість і дозволяє реалізувати комплекс реабілітаційних засобів в оптимальному обсязі та в необхідній послідовності, забезпечити індивідуальний підхід до лікування хворого, а також суттєво підвищити медичну та економічну ефективність відновного лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична реабілітація, остеоартроз, медико-соціальна ефективність.

Остеоартроз (ОА) є найпоширенішим захворюванням синовіальних суглобів людини з досить високою частотою передчасного обмеження працездатності і значним погіршенням якості життя через постійний больовий синдром. Остеоартроз зустрічається у кожного третього пацієнта віком від 45 до 64 років і у 60–70% – старше 65 років, причому частіше у жінок [4]. Попри застосування комплексних консервативних і оперативних методів лікування, ця патологія у 60–65% пацієнтів знижує працездатність, а в 11,5% випадків призводить до інвалідності [6].

При ОА пріоритетне значення зберігає застосування симптоматичного лікування за допомогою нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) [4;8]. Незважаючи на використання у лікуванні ОА сучасних медикаментозних засобів, розробку і впровадження нових лікувальних технологій, суттєвих успіхів у терапії та профілактиці цього захворювання досягти не вдалося. Показники захворюваності не тільки не знижуються, але й мають тенденцію до зростання [2]. Отже ОА являє собою не тільки медичну, але й соціальну проблему, що обумовлює необхідність розробки ефективних способів лікування та реабілітації пацієнтів.

Оптимізація системи медичної реабілітації хворих є одним із пріоритетних напрямків роботи служби охорони здоров'я не тільки в Україні, але й в усьому світі. Питаннями медичної реабілітації, як і реабілітації соціальної та професійної, опікують-

ся ООН та її численні спеціалізовані підрозділи (ВООЗ, МОП, ЮНЕСКО тощо) та близько 50 міжнародних медико-біологічних організацій. Реабілітація відіграє одну з провідних ролей у досягненні стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті».

Медична реабілітація, в сучасному розумінні, являє собою диференційовану етапну систему профілактично-лікувальних заходів, що забезпечують цілісність функціонування організму і, як наслідок, максимальне відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності, за допомогою поєданого, послідовного та узгодженого застосування індивідуального комплексу методів фармакологічної, хірургічної, фізичної і психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи і системи організму [3].

Медична реабілітація складається з наступних етапів:

1. Госпітальний (лікарня) етап – від моменту надходження людини до стаціонару в гострому періоді. У цей час необхідно сформувавши програму реабілітації в цілому.

2. Амбулаторно-поліклінічний етап (поліклініки, МСЧ, медичні центри) спрямований на заходи з регенерації та компенсації порушених функцій.

3. Санаторно-курортний етап (санаторії, профілакторії, будинки відпочинку) спрямований на попередження рецидивів, збільшення адаптаційних резервів організму та тривалості ремісій.

4. Побутова реабілітація (оздоровчі центри, спортивно-оздоровчі секції, групи загальнофізичної підготовки) спрямована на розширення

фізіологічних резервів організму, профілактику функціональних розладів та здатність хворого до самообслуговування).

На сьогодні після виписки із стаціонару пацієнти тільки в 26% випадків продовжують відновне лікування в амбулаторних умовах, 15% – в санаторно-курортних закладах [1].

В Україні існує декілька організаційних форм проведення відновного лікування – монопрофільні відділення медичної реабілітації у складі колишніх дільничних лікарень, багатопрофільні відділення у складі ЦРЛ, потужні науково-дослідні центри та санаторно-курортні заклади [7].

На ранньому етапі реабілітації чільне місце займає етіопатогенетична та симптоматична фармакотерапія, на пізньому – неспецифічна, спрямована на підвищення загальної опірності організму. На стаціонарному та амбулаторному етапі реабілітації лікувальні методи мають симптоматичну дію, на санаторно-курортному – патогенетичний та саногенетичний вплив.

Природні та преформовані фізичні фактори знайшли широке застосування у практиці лікування найрізноманітніших захворювань. Вони володіють виразною адаптогенною, саногенетичною та імунomodуючою дією і складають основу лікувальних технологій відновлювальної терапії, головним завданням якої є підвищення неспецифічної резистентності організму і відновлення його функціональних резервів [3]. Особливе значення ці фактори набувають в умовах екологічного неблагополуччя і надлишкового медикаментозного навантаження, що часто призводить до неадекватних реакцій організму. Також природні та преформовані фізичні фактори, як правило, позбавлені небажаних побічних ефектів, вони адекватно сприймаються фізіологічними системами організму, забезпечуючи виражену і тривалу лікувальну дію. Однак кінцевий результат лікування багато в чому залежить від індивідуальної реакції людини, від її чутливості до зовнішніх впливів і від адекватності сприйняття їх фізіологічними системами організму. Тому питання оптимізації та індивідуалізації лікувальних впливів, як і об'єктивної оцінки результатів лікування, є актуальною проблемою курортології і фізіотерапії.

Потребує удосконалення програма реабілітації хворих ОА, враховуючи локалізацію цього дистрофічного процесу і варіанти перебігу, наявність супутніх захворювань та вікових особливостей. Проблема ефективного лікування та реабілітації ОА має не тільки медико-соціальне, але й економічне значення. Тому необхідні нові підходи для організації реабілітаційних заходів у хворих на ОА.

Мета дослідження: визначення медико-соціальної ефективності застосування програми медичної реабілітації у хворих на остеоартроз.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 158 пацієнтів (основна гру-

па) з первинним гонартрозом (ПГА), 36 чоловіків та 122 жінки віком 39–76 років ($58,93 \pm 0,68$ року), тривалість захворювання становила 2–26 років ($9,57 \pm 0,48$ року), які знаходились на санаторно-курортному етапі реабілітації в санаторії “Медобори” Тернопільської області. Рентгенологічна стадія ОА встановлювалась за класифікацією J.N. Kellgren і J.S. Lawrence (I ст. – 54 хворих, II ст. – 104). Алгоритм обстеження хворих, окрім клінічних та лабораторних методів, включав проведення артросонографії, гоніометрії, реовазографії, міографії, визначення тонусу навколосуглобових м'язів та, залежно від супутньої патології, додаткові методи дослідження. Для кожного пацієнта була розроблена індивідуальна реабілітаційна програма відповідно до виявлених структурних та патологічних порушень у суглобах, індивідуальних особливостей організму, супутньої патології, яка включала: ванни; аплікації глини або торфоболота; масаж: вакуумний, точковий, підводний, вібро- або пневмомасаж; фізіотерапевтичні методи: електростимуляція, інтерференцтерапія, магнітотерапія, ультразвук, УВЧ-терапія або пунктурна фізіотерапія; із методів механотерапії: витягіння суглобів, велотренажер, тредміл, віброплатформа; із методів фізичної реабілітації – силові вправи, лікувальна нордична ходьба, вправи постізометричної релаксації; із альтернативних методів – апітерапія, гірудотерапія, іпотерапія. За необхідності призначалось медикаментозне лікування.

У групі контролю було 80 осіб, які лікувались амбулаторно. Серед досліджуваних хворих контрольної групи було 57 жінок та 23 чоловіків віком від 44 до 60 років (середній вік – $54,83 \pm 0,47$ року). Рентгенологічна стадія ОА (I ст. – 51 хворих, II ст. – 29). Тривалість захворювання з моменту виникнення перших симптомів коливалася від 2 до 10 років (у середньому $5,51 \pm 0,20$ року). Лікувальний комплекс для всіх пацієнтів складався з базового курсу лікування та реабілітації, який включав медикаментозне лікування (проводилося згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим з ОА, затвердженням наказом МОЗ України від 12.10.2006 р. №676), лікувальний масаж, заняття лікувальною гімнастикою та аплікації озокериту на колінні суглоби [5].

Для оцінки виразності больового синдрому та функціональних можливостей пацієнтів з ПГА визначали альгофункціональний індекс остеоартрити (Western Ontario & MacMaster osteoarthritis questionnaire, або WOMAC, 1988). WOMAC являє собою запитальник, що складається з трьох розділів: больовий індекс (WOMAC Pain Item, 5 питань), індекс скутості (WOMAC Stiffness, 2 питання) і функціональний індекс (WOMAC Function, 17 питань). Кожне питання оцінюється за 10-бальною шкалою: 0–1 бал – «без труднощів»; 2–5 балів – «з деякими утрудненнями»; 6–9 балів – «з великими утрудненнями»; 10 балів – «виконати

не могу». WOMAC Pain: мінімальний рахунок групи – 0, максимальний – 50 балів. WOMAC Stiffness: мінімальний рахунок групи – 0, максимальний – 20 балів. WOMAC Function: мінімальний рахунок групи – 0, максимальний – 170 балів.

Для оцінки якості життя заповнювалась анкета оцінки здоров'я HAQ (Health Assessment Questionnaire – «Стенфордська анкета»). Питання в анкеті розділені на дві категорії: самообслуговування (одягтися, встати з ліжка, особиста гігієна тощо) і пересування. Усього в анкеті 20 питань. Відповіді на ці питання оцінювалися в балах: «легко» – 0, «з труднощами» – 1, «з великими труднощами» – 2, «не могу» – 3. Крім того, дві додаткові групи питань стосуються допоміжних предметів, якими користується хворий (наприклад, тростина, ходунки, сидіння у ванній тощо), а також допомоги інших людей. Позитивна відповідь на яке-небудь з цих питань оцінювалася в два бали. Остаточні максимальні оцінки залежно від суми інтерпретувалися наступним чином: від 1 до 20 балів – функціональна здатність збережена; від 20 до 40 балів – функціональна здатність знижена, від 41 до 60 балів – функціональна здатність втрачена.

Запитальник WOMAC та анкету HAQ заповнювали тричі: до реабілітації, через два тижні та через 12 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення. Лікування хворих OA на курортах не тільки не втрачає свого значення, а, навпаки, продовжує займати чільне місце у всьому комплексі лікувальних заходів, що пов'язано з великою поширеністю і доступністю фізичних і курортних факторів. В умовах курорту подальша реабілітація показана хворим з початковими стадіями OA, інвалідам I і II груп, пацієнтам без стійкого синовіту та супутньої патології при можливості самообслуговування (з урахуванням загальних протипоказань до курортного лікування). Головною перевагою медичної реабілітації у санаторних умовах є можливість комплексного проведення реабілітаційних заходів, використовуючи природні та преформовані фізичні чинники, нетрадиційні методи лікування та, за необхідності, медикаментозну терапію, здійснювати контроль за якістю реабілітації за даними лабораторних, клінічних, функціональних та інших досліджень.

Схема сучасного підходу до реабілітації OA залежить, насамперед, від стадії захворювання, однак потрібно враховувати й інші показники: наявність факторів ризику (вік, супутні захворювання, полімедикація, ожиріння, небажані механічні фактори, підвищена або знижена фізична активність); виразність больового синдрому та функціональної недостатності суглоба; наявність ознак запалення (наприклад синовіту, бурситу, випоту в суглобову порожнину); локалізацію і ступінь структурних порушень, тривалість захворювання та ін.

На основі власних науково-практичних наробок із проблем організації реабілітації у санаторних умовах розроблені схеми реабілітації хворих на OA та створена комп'ютерна програма для індивідуального підбору реабілітаційних заходів у післясанаторний період залежно від результатів санаторно-курортного лікування.

Основні принципи реабілітації даного контингенту хворих передбачають розвантаження суглоба, вплив на метаболізм, кровообіг, на запальний процес при синовіті, покращення функції ураженого суглоба методами ЛФК, фізіотерапії, медикаментозної терапії, а також раціональне працевлаштування. Весь комплекс реабілітаційних заходів спрямований на поліпшення фізичної та соціальної адаптації хворих OA до повсякденного життя і навантажень. Для вибору найбільш ефективних схем реабілітації ми відштовхувались від етіологічних факторів та патологічних змін у кожному конкретному випадку. Лікувальний вплив здійснювався і на основні механізми саногенезу.

Критерії якості лікування OA (рекомендації Асоціації ревматологів України, 2004) включають: відсутність або істотне зниження проявів суглобового синдрому, відсутність рецидивів синовіту, уповільнення рентгенологічного прогресування процесу, деструктивних змін суглобового хряща (за даними ультразвукового дослідження суглобів, МРТ), поліпшення якості життя пацієнта.

Проаналізувавши дані анкет у пацієнтів з OA після поліклінічного та санаторно-курортного етапів реабілітації отримали наступні результати (табл.).

Сумарний індекс WOMAC та індекс HAQ після поліклінічного етапу реабілітації знизився на 16% та 11% відповідно, після санаторно-курортного етапу

Таблиця. Динаміка даних анкетування хворих на OA протягом 12 місяців спостереження

Показник	Хворі I групи (n=80)			Хворі II групи (n=158)		
	1-е дослідження	2-е (через 2 тижні)	3-е (через 12 місяців)	1-е дослідження	2-е (через 2 тижні)	3-е (через 12 місяців)
Сумарний індекс WOMAC (бали)	55,28±0,67	40,9±0,28	60,26±0,71	58,32±0,58	36,26±0,44*	46,54±1,13*
Індекс HAQ (бали)	18,45±0,36	16,23±0,16	19,87±0,39	20,51±0,25	14,47 ±0,13*	18,09 ±0,29*

Примітка. *Різниця статистично значуща після лікування між групами (p<0,05).

реабілітації індекс WOMAC – на 38%, індекс HAQ – на 33%. Через рік спостереження в контрольній групі показники індексів WOMAC та HAQ стали більшими від вихідних значень на 11% та 10,5%, а в групі, яка приймала санаторно-курортне лікування, залишалися на 19% та 15,7% нижче вихідних.

Отримані результати дослідження свідчать про позитивний вплив індивідуальних реабілітаційних комплексів на покращення якості життя як відразу після санаторного лікування, так і через 12 місяців.

Вивчення медичної ефективності через 12 місяців після санаторно-курортного етапу реабілітації дало такі результати: повторна звертальність пацієнтів за медичною допомогою знизилась у 4,7 разу порівняно із дореабілітаційним періодом, шпиталізація хворих зменшилась у 5,6 разу, тимчасова непрацездатність знизилась у 3,8 разу. Все це вказує на необхідність підбору для хворих ОА лікувально-реабілітаційних комплексних програм, які будуть мати одночасно як саногенетичне, так і патогенетичне спрямування.

Отже, санаторно-курортна реабілітація для хворих на ОА передбачає стабілізацію патологічного процесу в уражених суглобах, підтримання їх на достатньому функціональному рівні, що дозволяє хворому виконувати професійну роботу і здійснювати самообслуговування, попереджати розвиток стійкої непрацездатності та важкої інвалідації.

Висновки

Проведення санаторно-курортного етапу реабілітації в санаторії «Медобори», що на Тернопільщині, свідчить про безсумнівні переваги санаторно-курортного лікування. Головною перевагою при цьому є можливість задовольняти потреби хворих у реабілітаційній допомозі, здійснювати контроль за якістю реабілітації за даними лабораторних, клінічних, функціональних та інших досліджень, широко застосовувати природні та преформовані фізичні фактори, медикаментозну терапію, здійснювати консультації хворих спеціалістами, комплексно відновлювати здоров'я хворих, використовуючи нетрадиційні методи лікування. Продовження реабілітаційних заходів після санаторно-курортного етапу реабілітації забезпечує стійкий лікувальний ефект та стабілізацію адаптаційних механізмів організму.

Застосування реабілітаційних програм дозволяє реалізувати комплекс реабілітаційних засобів в оптимальному обсязі та в необхідній послідовності, забезпечити наступність лікувальних та реабілітаційних заходів, індивідуальний підхід до лікування хворого, а також суттєво підвищити медичну та економічну ефективність відновного лікування.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на вивчення прогнозування можливості виникнення та попередження розвитку первинного остеоартрозу, проведення ранньої реабілітації. Подальша робота в цьому напрямку доцільна та економічно виправдана.

Список літератури

1. Голяченко А. О. Медична реабілітація в санаторних умовах / А. О. Голяченко, В. І. Мартинюк, Т. Г. Бакалюк // Вісник наук. досліджень. – 2007. – № 4. – С. 8–9.
2. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості : аналітично-статистичний посібник / Коваленко В. М., Корнацький В. М. [та ін.]. – Київ, 2012. – 211 с.
3. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов. – Киев : КИМ, 2012. – 496 с.
4. Коваленко В. Н. Остеоартроз. Практическое руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – Киев : Морион, 2005. – 592 с.
5. Комбіноване лікування остеоартрозу: методичні рекомендації / МОЗ України, АМН України, Укр. центр наук. інф-ї і пат.-ліценз. роботи; [укл.: В.М. Коваленко, О. П. Борткевич, Г. О. Проценко, І. В. Лисенко]. – Київ, 2007. – 28 с.
6. Лікування остеоартрозу: пірамідний підхід / Корпан М. І., Чекман І. С., Бур'янов О. А. [та ін.] // Літопис травматології та ортопедії. – 2008. – № 1–2. – С. 47–52.
7. Сергієні О. В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів : методичні рекомендації / О. В. Сергієні. – Дніпропетровськ, 2006. – 28 с.
8. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis / Zhang W., Doherty M., Peat G. [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2010. – Vol. 69. – P. 483–489.
9. Rosomoff H. L. Quality outcomes in rehabilitation / H. L. Rosomoff // 12th World Congress IFPRM: book of abstracts. – Sydney, 1995. – P. 31.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Т.Г. Бакалюк

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: определение медико-социальной эффективности применения программы медицинской реабилитации у больных остеоартрозом.

Материалы и методы. В основу работы положены личные исследования лечения 158 больных остеоартрозом I и II клинико-рентгенологической стадии на санаторно-курортном этапе реабилитации; группу контроля составили 80 пациентов с остеоартрозом, которые лечились амбулаторно.

Результаты. Были проанализированы различные аспекты реабилитационного лечения больных ОА и изучена их эффективность: повторная обращаемость пациентов за медицинской помощью снизилась в 4,7 раза по сравнению с дореабилитационным периодом, госпитализация больных уменьшилась в 5,6 раза, временная нетрудоспособность снизилась в 3,8 раза.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о несомненных преимуществах санаторно-курортного лечения, которое имеет одновременно как саногенетическое, так и патогенетическое направление и позволяет реализовать комплекс реабилитационных средств в оптимальном объеме и в необходимой последовательности, обеспечить индивидуальный подход к лечению больного, а также существенно повысить медицинскую и экономическую эффективность восстановительного лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медицинская реабилитация, остеоартроз, медико-социальная эффективность.**

MEDICAL AND SOCIAL EFFECTIVENESS OF MEDICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

T.G. Bakalyuk

SHEI «I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University Ministry of Public Health of Ukraine», Ukraine

Objective: To determine the effectiveness of medical and social rehabilitation programs in patients with osteoarthritis.

Materials and Methods: The study is based on personal research treatment of 158 patients with osteoarthritis I and II clinical-radiological stages to the spa rehabilitation stage, in the control group were 80 patients treated as outpatients.

Results: Various aspects of the rehabilitation treatment of patients with OA were analyzed and studied their effectiveness: repeated appeals for medical help decreased in 4.7 times in comparison with period before rehabilitation, hospitalization of patients decreased in 5.6 times, temporary disability decreased in 3.8 times.

Conclusions: The results demonstrate clear advantages of spa treatment that has both a sanogenetic and pathogenic focus and allows to realize complex rehabilitation facilities in an optimal volume and in the required sequence, to provide individual approach to patient treatment and significantly increase medical and economic efficiency of rehabilitation.

KEY WORDS: **medical rehabilitation, osteoarthritis, medical and social efficiency.**

Рукопис надійшов до редакції 19.11.2015 р.

Відомості про автора:

Бакалюк Тетяна Григорівна – к.мед.н., доцент кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: (098) 8364164.