

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

С.Т. ИБОДОВ¹, А.А. АБДУАЗИЗОВ², С.Г. АЛИ-ЗАДЕ¹

¹ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Центральная поликлиника г. Худжанда, Худжанд, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучение организации медицинской помощи при травме опорно-двигательного аппарата в условиях крупного объединения – поликлинического учреждения.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 910 больных, прошедших восстановительное лечение в поликлиниках г. Худжанда, г. Чкаловска, г. Кайраккума и Б. Гафуровского района в период 2012-2014 г.г. Травмы опорно-двигательного аппарата (ОДА) были получены на производстве, в быту, в пути следования или вследствие дорожно-транспортных происшествий.

Результаты: после снятия иммобилизационных средств, заживления ран, сращения сухожилий, сосудов и нервов, больные получали комплексную реабилитацию в отделениях восстановительного лечения не позже 3-4-го дня, тем самым обеспечивалось соблюдение основных организационных принципов реабилитации (раннее начало, непрерывность и последовательность проведения, комплексность, индивидуальность, преемственность). При этом значительно повышалась медицинская и социальная эффективность амбулаторного этапа реабилитации, причём в 63,6±2,8% случаев реабилитация завершалась полным восстановлением функции организма и повреждённых органов ОДА, в 31,8±1,8% – со значительным улучшением и в 90,2% случаев пациенты возвращались к прежней работе.

Заключение: рациональная организация комплексной реабилитации травматологических больных с нарушениями и расстройствами функций ОДА в поликлинике в рамках единой системы реабилитации улучшает её качество, сокращает период временной нетрудоспособности и экономические потери в народном хозяйстве.

Ключевые слова: восстановительное лечение, опорно-двигательный аппарат, реабилитация.

OPTIMIZING MEDICAL REHABILITATION IN TRAUMAS OF LOCOMOTORIUM IN CONDITIONS OF POLYCLINIC

S.T. IBODOV¹, A.A. ABDUAZIZOV², S.G. ALI-ZADE¹

¹ Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

² Khujand Central Health Centre, Khujand, Tajikistan

Objective: To study organization of medical aids in trauma of locomotorium in condition of large-scale amalgamations – polyclinic institutions.

Methods: Analysis of the results of treatment of 910 patients, who received the medical rehabilitation in the outpatient clinics of Khujand, Chkalovsk, Kairakkum cities, and B. Gafurovskiy District during 2012-2014 years. Locomotorium traumas were received in production, in everyday life, en route or as a result of traffic accidents.

Results: After removal of immobilizing boards, wound repair, adhesion of chorda, vessels and nerves, patients received comprehensive rehabilitation in the department of medical rehabilitation in no later 3-4 days, thus ensuring compliance with the main organizational principles of rehabilitation (early start, continuity and consistency in conducting, comprehensiveness, individuality, continuity). By significant increase of medical and social effectiveness of the outpatient stage of rehabilitation, and in 63.6±2.8% of cases of rehabilitation completed with full functional recovery of the organism function and restoration of orthopedic injuries, 31.8±1.8% – in significant improvement, and in 90.2% cases patients returned to their previous work.

Conclusions: Rational organization of comprehensive rehabilitation of trauma patients with musculoskeletal disorders in polyclinic framed as a single rehabilitation system improves, which its quality, reduces the period of temporary disability and economic losses in the national economy.

Keywords: Medical rehabilitation, locomotorium.

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость дальнейшего развития и совершенствования восстановительного лечения больных с последствиями травм определяется ростом травматизма, тяжестью и множественностью повреждений, а также неудовлетворительными результатами лечения ряда последствий травм и посттравматических осложнений [1-5]. В структуре общей инвалидности среди всех заболеваний на долю травм и несчастных случаев приходится от 5,6 до 19,7%, а тенденция к снижению этого уровня не наблюдается до сих пор [6-8].

В Таджикистане к 2013 году частота госпитализированных больных с травмами и ортопедическими заболеваниями возросла с 8,8 до 9,1 на 1000 населения [9]. Особое место среди них

занимает транспортный травматизм, который сопровождается множественной локализацией и сочетанными повреждениями [8, 10, 11]. Он же приводит и к высокой первичной инвалидности, которая составляет 17-31,4% случаев [2, 4, 8, 10].

На долю производственных травм, по данным ряда авторов, приходится 30-45% случаев травм [9, 12]. Травматизм свидетельствует о высоком его уровне в наиболее активном и трудоспособном возрасте населения, занимая первое место среди причин первичной инвалидности и достигая 66,8-73,2%, причём у мужчин – до 83,4% случаев [6, 11].

Широкое распространение травматизма, часто приводящее к инвалидности, наблюдается во всех экономически развитых странах мира [2, 8]. По данным ВОЗ 2012 г., в отдельных странах более 3% жертв дорожно-транспортных происшествий стано-

Таблица 1. Структура больных по социально-общественным группам (n=910)

Социальное положение	Число больных	%
Рабочие	483	53,1
Служащие	175	19,2
Учащиеся, студенты, неработающие	56	6,1
Инвалиды	31	3,4
Пенсионеры	165	18,2
Всего:	910	100,0

вятся инвалидами в возрасте моложе 30 лет, травма составляет 5,6% случаев, занимая 4-е место в структуре причин смертности после сердечно-сосудистых, злокачественных заболеваний и заболеваний органов дыхания [2, 9, 11, 13]. Актуальность неуклонного развития и совершенствования технологии реабилитации обуславливается данными о том, что более 10% населения земного шара являются инвалидами, причем 20% из них получили травмы опорно-двигательного аппарата [2, 8].

На высокую эффективность комплексной реабилитации травматологических больных указывают данные ряда авторов. Такой уровень наблюдался ими в 60,9-96,8% случаев, при этом трудоспособность травмированных людей восстанавливается полностью [7, 14]. Основная цель реабилитации – «возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду» – может достигаться непрерывностью, комплексностью и индивидуальностью программы реабилитации [7, 15, 16]. Высокая значимость организации и развития реабилитационного обслуживания в амбулаторных условиях доказана практикой отделений восстановительного лечения в городских поликлиниках [14].

Цель исследования

Изучение организации медицинской помощи при травме опорно-двигательного аппарата (ОДА) в условиях крупного объединения – поликлинического учреждения.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 910 больных, прошедших восстановительное лечение в поликлиниках городов Худжанда, Чкаловска, Кайракума и Б. Гафуровского района в период 2012-2014 г.г. Травмы ОДА были получены на производ-

стве, в быту, в пути следования или вследствие дорожно-транспортных происшествий.

Амбулаторно-восстановительное лечение, впервые созданное нами в г. Худжанде, проводилось в отделениях восстановительного лечения (ОВЛ) поликлиники, амбулаторного центра, специализированных отделений поликлиники.

В деятельности такой системы реабилитации сформировалась проблема, которая заключалась в проведении реорганизации целостных комплексов, обеспечивающих реабилитацию по единой программе, на едином уровне, во всех взаимосвязанных звеньях и на всех этапах.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования закономерностей возникающих нарушений, функциональных расстройств и анатомических дефектов вследствие производственных, бытовых и уличных травм, мы пришли к выводу, что одним из существенных потенциалов снижения уровня показателей инвалидности является квалифицированное лечение пациентов с посттравматическими последствиями в доинвалидном периоде.

Как видно из таблицы 1, большинство составили работающие люди (72,3%), среди которых 53,1% были рабочие.

Оценочная характеристика травм констатирует, что наибольший удельный вес в структуре травматизма, по данным госпитализации в отделения, занимали случаи переломов костей (66,5%), вывихи суставов (6,2%), разрывы связок и менисков (7,1%), раны с повреждением сосудов, нервов, сухожилий и других мягких тканей (8,2%), последствия ушибов, сдавление различных сегментов ОДА (1,3%), ампутации разных частей конечностей (1,6%) и прочие причины (ожоги, укусы и другие), которые составили 9,1% из всех случаев (рис. 1).

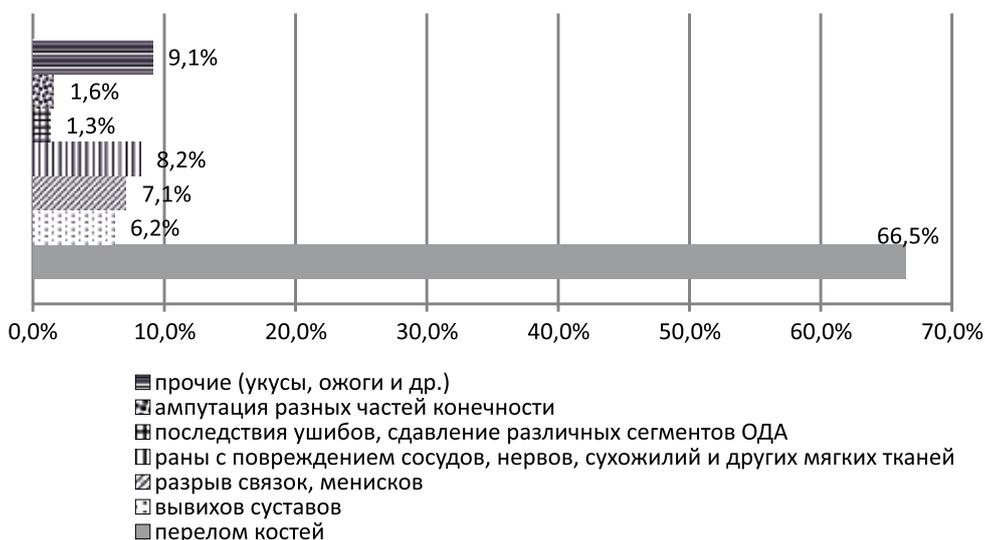


Рис. 1. Структура травматизма, по данным госпитализации

Таблица 2. Структура больных по локализации травматических повреждений (n=910)

Локализация травм	Число больных	%
Верхняя конечность	473	52,0
Нижняя конечность	392	43,1
Позвоночник	29	3,2
Грудная клетка	5	0,5
Таз	6	0,7
Прочие локализации	5	0,5
Всего:	910	100,0

Таблица 3. Структура больных по локализации травм на конечностях ОДА

Верхняя конечность	Число больных	%	Нижняя конечность	Число больных	%
Лопатка, ключица	25	5,3	Бедро	56	14,3
Плечо	119	25,1	Надколенник, коленный сустав	97	24,7
Предплечье	243	51,4	Голень	181	46,2
Кисть	86	18,2	Стопа	58	14,8
Всего:	473	100,0	Всего:	392	100,0

Чаще всего (95,1% случаев) травмы наблюдались в области верхних и нижних конечностей (табл. 2). Как видно из таблицы 3, от 61% до 69,6% случаев травмы конечностей локализуются в области их дистальных отделов.

В группе травматологических больных, которые прошли комплексное обследование, мужчины составили 56,6%, женщины – 43,4%. Из числа этой группы больных 53,1% были рабочие. Лица в возрасте от 20 до 49 лет составили 57,4%, последние характеризуются как наиболее трудоспособный контингент, свидетельствуя о социальной важности проводимого реабилитационного процесса.

Следует обратить внимание на то, что результаты исследования позволили выделить наиболее часто встречающиеся признаки повреждённых органов ОДА, а также оценить общее состояние организма пострадавших в момент их поступления и в конце лечения в ОВЛ.

Одним из ведущих признаков нарушений целостности органов ОДА и динамического стереотипа жизнедеятельности больных в 95,1±1,0% случаев является болевой синдром, прежде всего констатирующий боль в области повреждённых сегментов, а также в близлежащих суставах (58,9%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для проведения поэтапной и последовательной реабилитации травматологических больных с последствиями травм ОДА целесообразными являются централизация ортопедотравматологической службы и организация единой системы реабилитации, включающей специализированную скорую медицинскую

помощь, стационар, травматологический пункт и ОВЛ поликлиники.

Организационно-функциональная структура ОВЛ должна состоять из взаимозависимых кабинетов функциональной реабилитации. Это обеспечивает более тесную преемственность в работе специалистов ОВЛ и других структурных подразделений (в том числе травмпункта), участвующих в восстановлении различных последствий полученных травм, экономии времени больных на оздоровление, сокращение их перемещения в пределах поликлиники, что облегчает контроль над выполнением назначенных процедур.

После снятия иммобилизационных средств, заживления ран, сращения сухожилий, сосудов и нервов, больные должны начинать комплексную реабилитацию в ОВЛ не позже 3-4-го дня, тем самым обеспечивается соблюдение основных организационных принципов реабилитации (раннее начало, непрерывность и последовательность проведения, комплексность, индивидуальность, преемственность). Также значительно повышается медицинская и социальная эффективность амбулаторного этапа реабилитации, причём в 63,6±2,8% случаев реабилитация завершается полным восстановлением функции организма и повреждённых органов ОДА, в 31,8±1,8% – значительным улучшением, а в 90,2% случаев пациенты возвращаются к прежней работе.

Рациональная организация комплексной реабилитации травматологических больных с нарушениями и расстройствами функций ОДА в поликлинике, в рамках единой системы реабилитации, улучшает её качество, сокращает период временной нетрудоспособности и экономические потери в народном хозяйстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолаев ДО, Ермолаева ЮН, Королёв ИН, Мордовцев АГ, Меснянкин АА. Смертельный травматизм. Региональный анализ. *Нижегородский медицинский журнал*. 2008;1:77-81.
2. Королёв ВМ, Кораблёв ВН. *Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в условиях травмоцентра первого уровня*. Хабаровск, РФ: Изд-во ДВГМУ. 2012: 98 с.

REFERENCES

1. Yermolayev DO, Yermolayeva YuN, Korolyov IN, Mordovtsev AG, Mesnyankin AA. Smertel'nyy travmatizm. Regional'nyy analiz [Deadly injuries. Regional analysis]. *Nizhegorodskiy meditsinskiy zhurnal*. 2008;1:77-81.
2. Korolyov VM, Korablyov VN. *Organizatsiya meditsinskoy pomoshchi posttravdavshim s sochetannoy travmoy v usloviyakh travmotsentra pervogo urovnya [Organization of medical care for victims with a combined trauma in the conditions of trauma center of the first level]*. Khabarovsk, RF: Izd-vo DVGUMU; 2012. 98 p.

3. Миронов СП, Еськин НА, Андреева ТМ. Болезни костно-мышечной системы как социально-экономическая проблема. *Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова*. 2012;2:3-7.
4. Тюрин АС, Гридчик ИЕ, Шипков НН. Использование интегральных шкал для прогноза сроков лечения пациентов с переломами костей таза при сочетанной травме. *Врач-аспирант*. 2012;1:359-63.
5. Хетагурова АК, Галиулина ОВ. Медико-социальные аспекты травматизма в Тюменской области: современные подходы к совершенствованию травматологической помощи. *Сестринское дело*. 2008;8:14-8.
6. Салимов НФ, Раззоков АА. Влияние внедрения современных технологий и новых механизмов финансирования на показатели ресурсного обеспечения травматолого-ортопедической службы. *Вестник Авиценны*. 2015;1:247-9.
7. Бухарин ВА, Слухай СИ. Применение современных методов реабилитации при переломах нижних конечностей. *Учёные записки*. 2014;3(109):43-5.
8. Стародубов ВИ, Боровков ВН. Типология Российских территорий по уровню смертности от транспортных происшествий. *Моделирование в здравоохранении*. 2010;4:39-47.
9. Бягненко СФ, Ермолов АС, Стожаров ВВ. Основные принципы диагностики и лечения тяжёлой сочетанной травмы. *Скорая медицинская помощь*. 2008;3:3-7.
10. Боровков ВН. Оценка мер, направленных на снижение потерь вследствие дорожно-транспортного травматизма. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2010; 1:21-6.
11. Соколов ВА. *Множественные и сочетанные травмы*. Москва, РФ: Медицина; 2006. 256 с.
12. Баранов ОП. Особенности формирования потерь населения агропромышленного региона от травм и несчастных случаев. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2011;2:41-3.
13. Лихтерман Б. Черепно-мозговая травма. Что делать? *Медицинская газета*. 2009;11:9-13.
14. Журавлёв ЮИ, Шеремет СА, Тхорикова ВН. Медико-социальные аспекты оказания ортопедо-травматологической помощи пациентам с полиморбидными состояниями. *Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация*. 2014;4(175). Выпуск 25:142-9.
15. Журавлёв ЮИ, Шептун ПА, Дорошкова НП. Полипараметрический метод сбора и оценки медико-социального анамнеза семьи в условиях первичной медико-санитарной помощи. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2010;9(1):120-4.
16. Шилов АМ, Авшалумов АШ, Балтаева РУ. Роль комплексного обследования в системе первичного звена здравоохранения («Золотой стандарт» диагностики). *Российские медицинские вести*. 2009;214(1):37-41.
3. Mironov SP, Yes'kin NA, Andreeva TM. Bolezni kostno-myshechnoy sistemy kak sotsial'no-ekonomicheskaya problema [Diseases of the musculoskeletal system as a socio-economic problem]. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N. N. Priorova*. 2012;2:3-7.
4. Tyurin AS, Gridchik IYe, Shipkov NN. Ispol'zovanie integral'nykh shkall dlya prognoza srokov lecheniya patsiyentov s perelomami kostey taza pri sochetannoy travme [Use of integral scales for the prediction of the treatment time of patients with fractures of the pelvic bones with combined trauma]. *Vrach-aspirant*. 2012;1:359-63.
5. Khetagurova AK, Galiulina OV. Mediko-sotsial'nyye aspekty travmatizma v Tyumenskoy oblasti: sovremennyye podkhody k sovershenstvovaniyu travmatologicheskoy pomoshchi [Medical and social aspects of injuries in the Tyumen region: modern approaches to improving trauma care]. *Sestrinskoye delo*. 2008;8:14-8.
6. Salimov NF, Razzokov AA. Vliyanie vnedreniya sovremennykh tekhnologiy i novykh mekhanizmov finansirovaniya na pokazateli resursnogo obespecheniya travmatologo-ortopedicheskoy sluzhby [The impact of the introduction of modern technologies and new financing mechanisms on the indicators of resource support for trauma and orthopedic services.]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2015;1:247-9.
7. Bukharin VA, Slukhay SI. Primenenie sovremennykh metodov reabilitatsii pri perelomakh nizhnikh konechnostey [Application of modern methods of rehabilitation for fractures of the lower extremities]. *Uchyonye zapiski*. 2014;3(109):43-5.
8. Starodubov VI, Borovkov VN. Tipologiya Rossiyskikh territoriy po urovnyu smertnosti ot transportnykh proissheshtiy [Typology of Russian territories in terms of mortality from traffic accidents]. *Modelirovaniye v zdravookhraneni*. 2010;4:39-47.
9. Bagnenko SF, Yermolov AS, Stozharov VV. Osnovnyye printsipy diagnostiki i lecheniya tyazhyoloy sochetannoy travmy [Basic principles of diagnosis and treatment of severe combined trauma]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch'*. 2008;3:3-7.
10. Borovkov VN. Otsenka mer, napravlennykh na snizheniye poter' vsledstviye dorozhno-transportnogo travmatizma [Evaluation of measures aimed at reducing losses due to road traffic injuries]. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2010;1:21-6.
11. Sokolov V.A. *Mnozhestvennyye i sochetannyye travmy [Multiple and associated injuries]*. Moscow, RF: Meditsina; 2006. 256 p.
12. Baranov OP. Osobennosti formirovaniya poter' naseleniya agropromyshlennogo regiona ot travm i neschastnykh sluchaev [Features of formation of losses of the population of agroindustrial region from traumas and accidents]. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2011;2:41-3.
13. Likhberman B. Cherepno-mozgovaya travma. Chto delat'? [Cranio-cerebral injury. What to do?]. *Meditsinskaya gazeta*. 2009;11:9-13.
14. Zhuravlyov Yul, Sheremet SA, Tkhorkova VN. Mediko-sotsial'nye aspekty okazaniya ortopedo-travmatologicheskoy pomoshchi patsiyentam s polimorbidnymi sostoyaniyami [Medical and social aspects of orthopedic and trauma care for patients with polymorbid conditions]. *Nauchnye vedomosti. Seriya Meditsina. Farmatsiya*. 2014;4(175). Vypusk 25:142-9.
15. Zhuravlyov Yul, Sheptun PA, Doroshkova NP. Poliparametricheskyy metod sbora i otsenki mediko-sotsial'nogo anamneza sem'i v usloviyakh pervichnoy mediko-sanitar'noy pomoshchi [Polyparametric method of collection and evaluation of the medical and social history of the family in the context of primary health care]. *Sistemnyy analiz i upravleniye v biomeditsinskikh sistemakh*. 2010;9(1):120-4.
16. Shilov AM, Avshalumov AS, Baltaeva RU. Rol' kompleksnogo obsledovaniya v sisteme pervichnogo zvena zdravookhraneniya («Zolotoy standart» diagnostiki) [The role of a comprehensive survey in the primary health care system (the «Gold Standard» of diagnosis)]. *Rossiyskiye meditsinskiye vesti*. 2009;214(1):37-41.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ибодов Саидмукум Тиллоевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Абдуазизов Абдували Абдуазизович, врач Центральной поликлиники г. Худжанда

Али-Заде Сухроб Гаффарович, к.м.н., старший научный сотрудник отдела науки ТГМУ им. Абуали ибни Сино

И AUTHOR INFORMATION

Ibodov Saidmukim Tilloevich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of Anatomy at Avicenna Tajik State Medical University

Abduazizov Abduvali Abduazizovich, physician at Khujand Central Polyclinic

Ali-Zade Suhrob Gaffarovich, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Science at Avicenna Tajik State Medical University

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Али-Заде Сухроб Гаффарович
к.м.н., старший научный сотрудник отдела науки ТГМУ им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
Тел.: (+992) 928 217755
E-mail: suhrob_a@mail.ru

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Ali-Zade Suhrob Gaffarovich
Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Science
at Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Avenue, 139
Tel.: (+992) 928 217755
E-mail: suhrob_a@mail.ru

Submitted 16.03.2017
Accepted 21.04.2017

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ИСТ, АСГ
Сбор материала: ААА
Статистическая обработка данных: ААА
Анализ полученных данных: ИСТ, АСГ
Подготовка текста: ИСТ, ААА
Редактирование: ИСТ, АСГ
Общая ответственность: ИСТ

Поступила 16.03.2017
Принята в печать 21.04.2017