

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

УДК 614; 616-001.

На правах рукописи

АБДУАЗИЗОВ АБДУГАНИ АБДУСАЛОМОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ПОЛУЧИВШИЕ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ**

ДИССЕРТАЦИЯ

**на соискание учёной степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.02.03 –общественное здоровье и здравоохранения**

Научный руководитель:

д.м.н., профессор

Рафиев Хамдам Кутфиддинович

Научный консультант:

д.м.н. Ибодов Саидмуким Тиллоевич

Душанбе – 2018 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Общая характеристика работы.....	6
Глава 1.Обзор литературы	
1.1. Реабилитация больных с травмами опорно-двигательного аппарата.....	10
1.2. Система психологической реабилитации больных с травмами опорно-двигательного аппарата.....	16
Глава 2. Материал и методы исследования	
2.1. Характеристика объекта исследования.....	23
2.2. Общая характеристика больных.....	27
Глава 3. Медико-социальная и функциональная характеристика больных с травмами опорно-двигательного аппарата находящиеся на реабилитации в отделении восстановительного лечения	
3.1. Медико-социальных и функциональная характеристика больных в начале и в конце реабилитационного процесса.....	33
3.2.Социальная и психологическая характеристика травматологических больных с повреждениями органов опорно-двигательного аппарата, в условиях опорно-двигательного аппарата поликлиники	42
Глава 4. Организация комплекса реабилитационных мероприятий травматологических больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата в условиях отделения восстановительного лечения	
4.1. Организация реабилитационных мероприятий в городской многопрофильной поликлинике.....	72
4.2. Система организации восстановительного лечения больных травматологического профиля в г.Худжанд. Опыт совместной работы отделения восстановительного лечения городской поликлиники с травматологическим пунктом и объединением.....	78
4.3. Организация реабилитационного процесса травматологических больных и методы их реабилитации.....	83
4.4. Специализированная реабилитационная бригада в системе восстановительного лечения.....	87
Глава 5. Эффективность системы организации комплексной реабилитации больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата в поликлинических условиях.	
Заключение.....	104
Список литературы	127

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
ВОЗ	– всемирный организация здравоохранения
ВТЭК	– врачебно-трудовая экспертная комиссия.
ГКБ	– городская клиническая больница
ГТП	– городской травматологический пункт
ГРТП	– городской и районный травматологический пункт
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
МЗСЗРТ	– министерство здравоохранения и социальной защиты РТ.
ОВЛ	– отделение восстановительного лечения
ОДА	– опорно-двигательный аппарат
ПМСП	– первичная медико санитарный помощь
РТП	– районный травматологический пункт
ТГМУ	– Таджикский государственный медицинский университет
ИПОвСЗ	–Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
ЧП	– частота пульса
ЦНС	– центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. 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.

Травматизм на современном этапе остается важной социальной проблемой в экономически развитых странах, в том числе и в Таджикистане [Салимзода, Н.Ф., 2016]. Причем, тяжелая механическая травма стоит на первом месте среди причин смерти в группе лиц моложе 45 лет [ВОЗ, 1995].

В структуре причин первичной инвалидности у населения в возрасте до 54 лет травмы занимают второе место, составляя от 6,6 до 36% [Андреева, Т.М., 2007; Марченкова, Л.О., 2009], а у лиц молодого и среднего возраста первое место, достигая 66,8-73,2% [Серкова, Е.В., 2008].

Остается высоким бытовой, а также дорожно-транспортный травматизм, для которого характерны множественные - 10-21% и сочетанные повреждения - от 10% до 38% [Атманский, И.А., и соавт., 2011; Выговский, Н.В., 2007].

Травмы и несчастные случаи находятся на третьем месте среди причин смертности и на втором среди причин инвалидности у населения [Медведев, Г.М., 2006; Боровиков, В.Н., 2011; Салимзода, Н.Ф., 2016].

Совмещенный травматизм характеризуется значительным преобладанием в его структуре повреждений конечностей - до 85% в особенности их дистальных отделов [Андреева, Т.М., 2008; Серкова, Е.В., 2009]. В структуре травматизма, согласно разным авторам, преобладает производственный травматизм - от 45 до 72% [Григорьев, В.Д., 2012]. Особое место среди производственных травм занимает транспортный травматизм, который характеризуется множественной локализацией и сочетанными повреждениями [Марченкова, Л.О., 2007; Давлатов, Х.С., 2014].

В Согдийской области создана и разработана система восстановительного лечения и реабилитации больных травматолого-ортопедических и неврологических профилей в виде районной травматологической службы (РТС).

В рамках данной системы предусмотрено поэтапное проведение мероприятий по одной программе начиная со скорой и неотложной помощи, травмпунктов поликлиник, травматологических подразделений стационаров и специализированных отделений восстановительного лечения (ОВЛ).

Соблюдение принципа преемственности в рамках указанной системы обеспечивается единой стандартизированной документацией (эпикриз, вкладыш в истории болезни и т.д.), содержащей все сведения больного и проведенных мероприятий, которые передаются на каждый следующий этап реабилитации.

Таким образом, проблема организации комплексного восстановительного лечения больных с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА) в поликлинических условиях общемедицинской сети с централизованной ортопедотравматологической службой и функциональным объединением ОВЛ с травматологическим пунктом представляется актуальной и требует комплексного исследования.

Так как, остаются недостаточно изученными ряд вопросов по организации реабилитации, форм и методов взаимосвязи и взаимодействия ОВЛ с травматологическим пунктом и специализированными учреждениями, технологии комплексного восстановительного лечения больных с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата в условиях городов, где ортопедотравматологическая служба централизована, а ОВЛ функционально объединены с травматологическим пунктом. Все вышеизложенное определило актуальность избранной темы.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Оптимизировать систему комплексных мероприятий по реабилитации последствий травм опорно-двигательного аппарата (ОДА) в учреждениях первичного звена здравоохранения, функционально связанной с централизованной ортопедотравматологической службой.

Задачи исследования:

1. дать комплексную характеристику медико-социальных и функциональных свойств травматологическим больным при проведении реабилитации;
2. разработать меры по организации структуры оказания квалифицированной помощи травматологическим больным и апробировать их в практической деятельности в учреждениях первичного уровня здравоохранения (УПУЗ);
3. оптимизировать взаимодействие травматологической реабилитационной структуры службы ПМСП с лечебными учреждениями второго и третьего уровня здравоохранения;
4. апробировать психологические методики по оценке психологического статуса травматологических больных с повреждениями ОДА.

Научная новизна исследования. Впервые проблема травматической болезни рассмотрена с использованием комплексного психологического исследования, что позволило углубить и расширить современные представления о ее течении.

Впервые дано обоснование необходимости в практическом исполнении системы комплексных мероприятий по исполнению индивидуальной программы реабилитации лиц, получивших различные травмы ОДА, в условиях оказания соответствующей централизованной помощи пострадавших лиц в организованном ОВЛ при поликлинике №1 г. Худжанда.

Введена новая форма услуг больным в структуре специализированного лечебно-восстановительного отделения при объединенной поликлинике г.

Худжанда. Апробированы психологические методики, в т.ч. собственные, способствующие оценке психологического статуса травматологических больных с повреждениями ОДА в условиях ОВЛ поликлиники. Обосновано системное лечение пострадавших травматологических больных в ОВЛ под наблюдением травматолога с оценкой заключительного этапа их реабилитации.

Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научными учреждениями.

Работа выполнена в рамках Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в республике Таджикистан на 2010-2015 годы», утверждённой постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 мая 2010 года, № 639.

Практическая значимость. Результаты исследования способствовали созданию системы мероприятий по оптимизации структуры реабилитации больных с травматологическими повреждениями опорно-двигательного аппарата в учреждениях здравоохранения при объединении ОВЛ с районным травматологическим пунктом (РТП).

Положения, выносимые на защиту.

1. Медико-социальная и функциональная характеристика травматологическим больным в начале и в конце проведения реабилитации.
2. Комплекс мероприятий по оптимизации структуры реабилитации больных с травматологическими повреждениями опорно-двигательного аппарата в УПУЗ при объединении ОВЛ с районным травматологическим пунктом (РТП).
3. Влияние взаимодействия травматологической реабилитационной структуры службы ПМСП с лечебными учреждениями второго и третьего уровня здравоохранения на сроки реабилитации больных.

4. Состояние психологического статуса больных с повреждениями ОДА в период их реабилитации.

Внедрение результатов исследований в практику.

Результаты исследований используются в практической работе ЛПУ (травматологических, хирургических отделениях, травмпунктах, ОВЛ поликлиники при городском центре здоровья (ГЦЗ) №1 г.Хужанда Согдийского области, в травмпунктах городской клинической больницы № 3 г.Душанбе и ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан».

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов. Основные положения диссертационной работы апробированы и получили одобрение на: годичной научно-практической конференции «Медицинская наука и образование» ТГМУ, посвященной 90-летию образования столицы Таджикистана г. Душанбе; Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний (ВИЧ, СПИД, туберкулез, малярия и управляемые инфекции).г. Душанбе.-2014г; на 64-й годичной научно-практической конференции «Проблемы теории и практики современной медицины» ТГМУ, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе 2016 год); на научно-практической конференции «Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями в Республике Таджикистан», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан и 85-летию Таджикского НИИ профилактической медицины (Душанбе 2016 год); на заседании Ученого совета Таджикского НИИ профилактической медицины (протокол № 9 от 28 сентября 2017г); на заседании межкафедральной проблемной комиссии по теоретическим и медицинским дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (протокол №25 от 23.10.2017г.)

Психо-диагностические данные, полученные в процессе исследования, уточняют влияние травматической болезни на особенности эмоционального состояния больных, позволят определить мишени для разработки адекватной,

современной программы психокоррекции, что будет способствовать благоприятному течению и исходу заболевания.

Предложенная система реабилитации больных, получавших травмы ОДА, позволит осуществлять комплексные реабилитационные меры в ОВЛ, оптимально используя силы и средства в амбулаторно-поликлинических условиях.

Публикации по теме диссертации.

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 7 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК и систему индексирования РИНЦ. Опубликованные работы достаточно полно отражают сформулированные в диссертации основные положения, результаты, выводы и заключение. Количество и качество опубликованных работ соответствует кандидатской диссертации.

Личный вклад соискателя состоит в его участии на всех этапах проведенных исследований, получении исходных данных, обработки первичных материалов, подготовки публикаций и докладов - 85%. Основной и решающий объем работы выполнен соискателем самостоятельно, содержит ряд новых результатов и свидетельствует о личном вкладе диссертанта в науку-100%.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 150 страницах компьютерного текста (шрифт 14, интервал – 1,5) и состоит из введения, обзора литературы (глава 1), материала и методов исследования (глава 2), результатов собственных исследований (главы 3,4,5), выводов, заключения, практических рекомендаций и списка опубликованных работ. Библиографический указатель содержит 204 источника, их них 148 - на русском и 56 - на иностранном языках. Иллюстративный материал представлен 7 рисунками, 2 схемами и 18 таблицами.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Реабилитация больных с травмами опорно-двигательного аппарата.

Важным приоритетным направлением в работе органов здравоохранения, в сфере профилактики временной и стойкой нетрудоспособности и восстановления трудоспособности, является организация оказания реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях больным с последствиями травм ОДА [2, 3, 17, 50, 61, 99, 105, 121, 124, 125, 151, 153, 163, 173]. В целом, острота решения проблемы реабилитации в современных условиях, обусловлена «болезнями цивилизации», которые трансформировали эпидемиологическую структуру заболеваемости, вследствие активизации действия психологических факторов, обусловленных ускорением темпов жизни, соответствующим ростом случаев тяжелых травматических повреждений [9, 14, 16, 26, 33, 97, 106, 109, 143, 158, 181, 183].

В этой связи в странах СНГ после 90-х годов стала развиваться служба медицинской реабилитации. Ведущее место в ее реформировании принадлежит научно-исследовательским институтам, клиникам и поликлиникам крупных городов РФ [1, 3, 6].

По данным источников литературы, неврологические, кардиологические и травматологические заболевания являются основными в формировании контингента больных, нуждающихся в восстановительном лечении [4, 5, 7, 17, 67, 112, 121, 137, 155, 164, 167, 168, 170, 176].

Реабилитация особенно актуальна для больных с поражениями опорно-двигательного аппарата, поскольку причиной инвалидности у этого контингента больных в 23-26% случаев являются не анатомические, а функциональные нарушения и травмируются чаще лица молодого, трудоспособного возраста [9, 17, 26, 37, 48, 50, 53, 67, 88, 93, 99, 119, 128, 137, 150, 159, 170]. Необходимость развития восстановительного лечения диктуется, по данным Т.М. Андреева (2009), что из числа обращающихся в

поликлинику 14-15% больных нуждаются в восстановительном лечении, причем 80% случаев составляют лица с последствиями повреждений ОДА [13, 16]. По данным ВОЗ, в развивающихся странах 1,5% инвалидов также нуждаются в реабилитации [91, 187].

На современном этапе, проблема восстановления трудоспособности больных с последствиями травм ОДА и предупреждение инвалидности является актуальной задачей здравоохранения.

Все исследования, нацеленные на сокращение трудовых потерь, имеют важное социальное и экономическое значение.

К концу 90-х годов в числе основных причин первичной инвалидности среди населения в наиболее развитых экономических странах была признана травма [14, 15, 23, 55, 79, 95, 98, 117, 122, 126, 151, 152, 161, 163].

В структуре общей инвалидности среди всех заболеваний на долю травм и несчастных случаев приходится от 5,6 до 19,7%, тенденция к снижению этого уровня не наблюдается до сих пор [15, 23, 79, 98, 117, 122, 154, 196]. По данным ряда авторов, на долю травм приходится от 10 до 27,3% случаев инвалидности, причем на долю травм позвоночника приходится до 39,8%. Травмы и несчастные случаи находятся на третьем месте среди причин смертности и на втором – среди причин первичной инвалидности у населения до 54 лет [10, 12, 33, 49, 52, 55, 65, 77, 83, 92, 107, 119, 160, 177, 180, 189, 197]. В последние десятилетия, по литературным данным, отмечается утяжеление травм с увеличением доли множественных от 6 до 17,5% и сочетанных от 6,5 до 36% повреждений среди всех видов повреждений ОДА. Последние сопровождаются длительной потерей трудоспособности пострадавших [1, 3, 4, 6, 9, 16, 43, 49, 52, 54, 72, 73, 83, 113, 116, 130, 162, 179, 197].

Современный травматизм характеризуется значительным преобладанием в его структуре повреждений конечностей до 82%, в особенности их дистальных отделов [1, 7, 19, 32, 41, 47, 49, 50, 77, 108, 116, 149, 156, 169].

В структуре травматизма, преобладает в 45-82% случаев непроизводственный травматизм [3, 19, 33, 35, 44, 76, 127, 128, 168, 190]. При этом по характеру они являются наиболее тяжелыми вследствие частых переломов и внутричерепных травм. Особое место среди них занимает транспортный травматизм, который сопровождается множественной локализацией и сочетанными повреждениями [13, 16, 19, 22, 30, 33, 44, 52, 53, 61, 96, 98, 106, 127, 144, 173].

Он же приводит и к высокой первичной инвалидности, соответственно в 17-31,4% случаев [42, 79, 55, 150].

На долю производственных травм, по данным ряда авторов, приходится 30-45% случаев травм [52, 68, 167, 173, 175].

Они распространены больше в горно-угольной промышленности, на предприятиях машиностроения, строительства, промышленности строительных материалов пищевой промышленности и характеризуются более типичной локализацией - на конечности - 56,6%, из которых до 36,5% случаев повреждений локализуются на кистях и пальцах [9, 16, 23, 68, 119, 120, 171, 192, 197]. Авторы отмечают, что большая функциональная значимость кисти в жизни человека обусловила и чрезвычайное значение ее повреждений [17, 21, 75, 120, 164, 202]. В работах исследователей эти травмы в 2,5-12,5% приводят к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности [52, 70, 95, 125, 151]. Некоторые авторы считают, что травма кисти обуславливает до 23-50% случаев инвалидности [21, 52, 95, 183, 186, 192].

Представленная характеристика травматизма, свидетельствует о высоком его уровне в наиболее активном и трудоспособном возрасте населения. Занимая первое место среди причин первичной инвалидности, достигая 66,8-73,2% причем у мужчин - 83,4% случаев [13, 19, 70, 79, 95, 96, 98, 155, 175].

Широкое распространение травматизма часто приводящего к инвалидности, наблюдается во всех экономически развитых странах мира

По данным ВОЗ (2010 г.) в отдельных странах более 3% жертв дорожно-транспортных происшествий становятся 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 [17, 92, 96, 98, 121, 133, 143, 187].

Таким образом, анализ источников литературы свидетельствует, что травматологические больные занимают одно из ведущих мест в структуре первичной инвалидности и смертности населения в молодом и среднем возрасте. В этой связи от производственной деятельности отстраняется наиболее активный контингент трудовых ресурсов, что наносит большой социально-экономический ущерб всему обществу и государству. Учитывая тот факт, что доля инвалидности и длительности нетрудоспособности получивших травму людей остается высоким, то меры профилактики инвалидности заключаются главным образом в усовершенствовании соответствующих организационных форм и методов реабилитации [6, 11, 14, 24, 27, 65, 66, 67, 92, 95, 101, 125, 150, 153, 154, 163].

Актуальность неуклонного развития и совершенствования технологии реабилитации обуславливаются данными о том, что более 10% населения земного шара являются инвалидам, причем 20% из них получили травмы ОДА [14, 26, 36, 45, 52, 74, 102, 141, 153]. Наряду с этим доказана рентабельность и экономическая эффективность реабилитации травматологических больных с различными дефектами и функциональными расстройствами [16, 25, 60, 64, 102, 118, 146, 163, 165, 166]. В этой связи ВОЗ заостряет внимание на профилактику постоянной нетрудоспособности через улучшение обслуживания нетрудоспособных в ЛПУ, что позволит сократить число случаев и степень инвалидности в стране на 10-20% [63, 121, 202].

Эффективность проводимых реабилитационных мероприятий в отношении травматологических больных достаточно высокая. По данным исследователей в 90,6% случаев их трудоспособность восстанавливается до

прежнего уровня, и они продолжают работать в прежних профессиях и должностях. В то же время первичный выход на инвалидность у прошедших реабилитацию травматологических больных наблюдался в 6,3% случаев [6, 7, 15, 26, 38, 74, 81, 82, 91, 102, 172, 178, 184, 200, 201].

На высокую эффективность комплексной реабилитации травматологических больных указывает Н.И. Васильева (2008г). Такой уровень наблюдался ею соответственно в 60,9-96,8% случаях, при которых трудоспособность травмированных людей восстанавливается полностью [46].

Врачи, исследуя закономерности возникающих нарушений, функциональных расстройств и анатомических дефектов вследствие производственных, бытовых и уличных травм, пришли к выводу, что одним из существенных потенциалов снижения уровня показателей инвалидности является квалифицированное лечение пациентов с посттравматическими последствиями в до инвалидном периоде [9, 13, 18, 19, 21, 29, 39, 47, 51, 60, 62, 78, 119, 142, 148, 179, 181, 194]. В этой связи большие надежды относятся с развивающейся службе реабилитационного обслуживания травматологических больных, особенно трудоспособного возраста [9, 10, 13, 21, 60, 71, 104, 122, 146, 147, 148, 188, 193].

Проблема реабилитации здоровья временно нетрудоспособных больных в современных условиях становится одной и главнейших в системе общественного здоровья и здравоохранения [15, 23, 34, 45, 46, 74, 105, 136, 189, 192].

Заинтересованное и постоянно растущее внимание к реабилитации людей, получивший травмы и страдающих от их сопровождающих последствий в нашей стране связано с тем, что более половины числа инвалидов представляют наиболее ценный трудовой и интеллектуальный капитал населения в возрасте до 50 лет. Причём молодежь до 30 лет почти 13%, в структуре первичной инвалидности, доля ортопедо-травматологических пациентов составляет почти 21% [1, 7].

Исследуя нуждаемость в услугах реабилитации в амбулаторных специализированных центрах нашей стране установлено, что в различных видах реабилитации только в поликлинических условиях, травматологические больные составляют более 50%. В целом они достигают уровня 69,1-75,0% от всех лиц, кому необходимо предоставлять услуги реабилитации [1, 2, 6, 15, 25, 36, 48, 78, 84, 87, 124, 129, 139, 157, 170, 204].

На основании вышеизложенного, динамика реабилитационных услуг для ортопедотравматологических больных устанавливалась в зависимости от частоты распространенности патологии, уровня инвалидности, состояния сферы здравоохранения, в том числе ее финансирования.

Высокая значимость организации и развития реабилитационного обслуживания в амбулаторных условиях доказана практикой работы отделений восстановительного лечения в городских поликлиниках [2, 3, 34, 45, 50, 74, 85, 124, 149, 160]. О высокой их эффективности свидетельствуют и другие публикации [45, 46, 113, 115, 129, 151, 159, 178].

В результате лечения в них существенно сокращаются сроки временной нетрудоспособности больных, увеличивается число вернувшихся к труду, снижается процент лиц, переведенных на инвалидность, уменьшаются социально-экономические потери [24, 33, 41, 43, 63, 76, 96, 123, 125, 131, 132, 151, 163, 166].

Цель реабилитации: «возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду», достигается непрерывностью, комплексностью и индивидуальностью программ реабилитации [15, 67, 91, 153, 186].

Перечисленные условия для практического решения проблемы организации реабилитационных мероприятий вызвали появление разнообразных форм и методов их проведения.

При этом большое распространение получили такие формы, как реабилитационный центр и реабилитационное отделение много или

монопрофильное, больницы или санатории. К разновидностям центров относятся:

1. Общие (амбулаторные или стационарные) центры медицинской реабилитации (после окончания лечения в больницах).
2. Специальные центры медицинской реабилитации.
3. Центры профессиональной реабилитации.
4. Поликлинические объединения ОВЛ опорно-двигательного аппарата.

Получают распространение ОВЛ для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата [3, 4, 7].

В нашей стране амбулаторно-восстановительное лечение представлено в виде отделений восстановительного лечения поликлиники, амбулаторного центра, специализированных отделений поликлиники.

1.2. Система психологической реабилитации больных с травмами опорно-двигательного аппарата.

В РТ создана система реабилитации больных инфарктом миокарда, разработана система восстановительного лечения для больных неврологического и травматолого-ортопедического профилей [1, 3, 4, 7].

Впервые в г. Худжанде создана система реабилитации по последовательной и поэтапной реабилитации по единой программе. Она организована в специализированных отделениях, стационарах, амбулаторно-поликлинических отделениях г. Худжанде. Соблюдение принципа преемственности в рамках указанной системы обеспечивается единой стандартизированной документацией, содержащей все сведения о динамике состояния больного и проведенных мероприятиях, которая передается на следующий этап реабилитации [4, 6, 7].

В деятельности такой системы реабилитации формализовалась согласованность, обеспечивающая реабилитацию по единой программе, на едином уровне, во всех взаимосвязанных звеньях и на всех этапах [2, 11, 14, 20, 28, 44, 46, 60, 62, 69, 74, 90, 91, 181, 186, 191].

Многие авторы считают необходимым многообразие форм восстановительного лечения свести к таким основным направлениям, как амбулаторная, стационарная и сочетанная работа, в различных этапах реабилитационного процесса [1, 6, 7, 34, 41, 56, 57, 74, 78, 89, 102, 124, 149, 167, 171, 178].

Они делятся со своими опытами её организации в условиях среднего города, предлагая о различные варианты, такие как: а) единое отделение (центр) реабилитации крупной поликлинике; б) многопрофильные отделения (кабинеты) реабилитации в территориальных поликлиниках; в) специализированные отделения реабилитации в территориальных поликлиниках; г) городской центр реабилитации с филиалами в территориальных поликлиниках [2, 3, 11, 15, 20, 26, 31, 41, 44, 49, 68, 78, 82, 91, 128, 115, 153, 155, 163, 175, 181, 186].

Перечисленные выше варианты имеют свои преимущества и недостатки, требующих детального медико-социального анализа с целью создания окончательной организационной модели.

В доступной нам литературе не было работ, отвечающих на все вопросы организации реабилитации в поликлиниках городов, где существует централизация ряда медицинских служб, в том числе и ортопедотравматологической. Вследствие этого, существуют проблемы, которые требуют изучения.

В лечебно-профилактических учреждениях постсоветского пространства в городских поликлиниках не предусмотрено штатным расписанием укомплектование отделения специалистами по комплексному восстановительному лечению. Особую трудность предоставляет введение должностей психолога, социолога, эрг терапевта и т.д.

В публикациях, освещающих проблемы реабилитации лиц с посттравматическими расстройствами и нарушениями в ОДА авторы указывают на потребность этих больных медицинской, социальной,

психологической и профессиональной реабилитации [4, 5, 8, 16, 36, 40, 45, 47, 52, 58, 74, 80, 93, 103, 124, 139, 161, 177, 193].

Таким образом, в борьбе за сохранение и укрепление здоровья лиц с посттравматическими последствиями в ОДА приходится постоянно применять комплекс мероприятий медицинского, воспитательного, психологического, социально-экономического и другого характера, направленных на профилактику инвалидности, прежде всего на восстановление личностных характеристик. Во многих источниках научной литературы утверждаются только факты тяжелого воздействия физической травмы на психику пострадавшего и не освещены особенности его отношения личности к своему повреждению [8, 15, 25, 37, 45, 46, 51, 80, 86, 93, 101, 124, 139, 160, 192].

В частности они указывают на длительность потери трудоспособности, отрыв от общественного полезного труда как на факторы, отрицательно воздействующие на психическое и моральное состояние человека, получившего тяжелую физическую травму [4, 5, 7, 23, 91, 94, 100, 115, 159, 170, 173].

Установлено, что больные относятся к своему страданию реакцией в широких диапазонах от депрессивно-ипохондрического до эйфорически-легкомысленного состояния. При этом у многих из них отмечается переоценка степени тяжести страдания и лишь в 55% случаев отношение на повреждение было адекватным.

Особое место в развитии реабилитационной психодиагностики занимает психомоторика и психомоторные факторы.

Зарубежные публикации о психомоторных свойствах личности и ее факторах выходят в достаточно многочисленном количестве [164, 167, 170, 177].

Кроме того, большой вклад в этом направлении исследований внесли ученые РФ [45, 91, 99]. Вместе с тем их результаты мало используются в реабилитации пострадавших, от последствий полученных травм.

Р.Ф. Ахметьянов (2004), И.А. Атманский (2011) отмечали, что при реабилитации больных и инвалидов самое пристальное внимание необходимо уделять состоянию тончайших механизмов человеческого общения и поведения, психологическим факторам [23].

Улучшение психического здоровья и общественного положения личности, нарушенных под воздействием сверх трудных раздражителей и обстоятельств, психотерапия всегда выделяла, как главную свою задачу [4, 5, 57, 128, 164, 170].

Некоторые авторы это связывают с реакцией личности, отношение пострадавшего от травм человека к возникшему дефекту, влияющей на исход реабилитационного процесса. Отношение больных к последнему выявляются в психологической характеристике, т.е. в личности пострадавшего.

С точки зрения автора, личность представляется как система социальных ролей, имеющих важную значимость на её поведение в различных конкретных общественных ситуациях и положениях. Снижение социальных ролей происходит, как от объективной тяжести нарушенной анатомии травмированного органа, так и от других ее свойств [5].

В Российской психологии проблема личности определяется во всесторонней её целостности отношении личности, уровень, психическая динамика и структурные особенности [13, 14, 69, 102].

Характеристика личности в динамике ее реакции или темперамента, учению можно рассматривает как тип нервной деятельности, проявляющийся во всех сторонах деятельности личности, меняясь в соответствии с жизненными условиями и неразрывно связанной с особенностями эмоций человека.

Степень доминирования различных свойств психики формирует структуру личности. Так, волевые моральные свойства личности характеризуют устойчивость, настойчивость, выдержку, самообладание, отзывчивость, принципиальность, честность и им противоположные свойства [1, 4, 5, 7, 124].

Познание всех особенностей личности способствуют специалистам правильно организовать психотерапевтический комплекс реабилитационных мероприятий.

Нам не удалось выявить работы, которые бы раскрывали глубину психологических изменений пациентов в период проведения реабилитации в поликлинических условиях.

Известно, что пострадавший вследствие физической травмы не становится личностью со статусом инвалида причём состояние его психики весьма динамично и в корне отличается от инвалида. Она наиболее ярко выражается после повреждения, в начале восстановления, когда пациент еще не владеет навыками самообслуживания и его социальный статус нарушен. При этом самым мощным раздражителем, который может принести как пользу, так и непоправимый вред человеку являются слова, играющие роль физиологического механизма действия. Это означает, что высокий уровень знаний в медицинской психологии необходим специалистам по реабилитации травматологических больных.

В историческом аспекте проблема реабилитации травматологических больных с последствиями повреждения ОДА тесно переплеталась с развивающейся лечебно-физической культурой [4, 7, 13, 46, 57, 59, 74, 101, 140, 155, 159, 164, 172, 178, 193].

В современных условиях жизни развитие и применение этих методов реабилитации способствуют более быстрому восстановлению анатомических дефектов, которые зависят от активного кровоснабжения тканей, ускоряя заживление, активизируют больных, на настроенность к скорейшему восстановлению расстройств функциональности поврежденного органа. Наряду с этим, большое внимание уделяет методу реабилитации больных, такому, как трудотерапия, которая, по результатам исследования становится активным лечебным методом в случае утраченных функций у больных, используя полноценную разумную работу, направленную на производство полезного продукта [5, 6, 62, 74, 114, 128, 135, 138, 141, 148, 159, 170, 184].

Тонизирующее общеукрепляющее психологическое и восстановительное действие доказано применением в комплексе реабилитационных мероприятий трудотерапии [193, 202].

Стимулирующей у травматологических больных появление положительных эмоций, является общеукрепляющим средством, способствуя восстановлению трудовых и профессиональных навыков [46, 97, 105, 110, 193, 202]. На разных этапах такой реабилитации требуется её правильная организация, приводящая к ожидаемому результату, обусловленному вовлечением травмированного больного ОДА в трудовую деятельность [14, 47, 67, 131, 134, 164, 170, 186, 192].

Использование в процессе реабилитации травматологических больных метода трудотерапии не только дополняет другие методы лечения, но и может подменять собой остальные виды кинезиотерапии [7].

Таким образом, анализ отечественной и иностранной литературы, свидетельствует о том, что проблема травматизма и его уровень остается высоким, при отсутствии тенденций к снижению. В числе причин инвалидности у лиц до 40 лет травматизм занимает первое место, устраняя от трудового процесса наиболее активную группу трудоспособного населения, нанося экономике страны ощутимый ущерб [79, 82, 96, 122, 134, 151, 162, 166].

Наряду с этим, во многих исследованиях обоснованно доказано, что среди причин первичной инвалидности главным образом является значимой не тяжесть травмы, а функциональные нарушения, недостаточно квалифицированный лечебный процесс на этапах применения комплекса реабилитационных мероприятий [15, 79, 95, 117, 128, 151, 157, 188].

Как известно, именно в поликлинических условиях начинают и заканчивают реабилитационный процесс практически все больные, получавшие травмы. В этой связи, полноценное решение вопросов организации реабилитационного процесса для травматологических больных с повреждениями ОДА представляется как остро актуальные. Соответственно

сама её организация нуждается в оптимизации совершенствования, обслуживания больных с травмами и их последствиями, распределения и использования кадрового ресурса [17, 41, 46, 91, 98, 141, 175, 182].

Использования комплексных мер по активизации трудовой активности пострадавших от травм, улучшению их физического и психического здоровья, т.е. реабилитация в поликлинических учреждениях системы здравоохранения, направленные на предупреждение у них длительной и стойкой нетрудоспособности остаётся важным компонентом диспансеризации травматологических больных и основным звеном в комплексной реабилитации личности и включения её инклюзивное общество. Выполнения всей программы реабилитации лиц с ограниченными возможностями вследствие травматических повреждений нуждается в решении вопроса о тесном деловом сотрудничестве и партнёрстве травматологических пунктов и стационаров, ВТЭК и реабилитационных структур поликлиники, т.е. создание полноценной реабилитации [24, 41, 47, 91, 99, 119, 143, 145, 155, 192, 193, 201].

Таким образом, проблема организации комплексного реабилитационного процесса для лиц с последствиями травм ОДА в поликлиниках обще лечебной сети, в городском центре ортопедотравматологической службы требует своего решение. Объединение ОВЛ с травматологическим пунктом представляется в этой связи актуальной и требует разностороннего исследования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика объекта исследования

Исследования проводились в гг.Худжанд, Бустон, Гулистан и Бободжон Гафуровском районе, Согдийской области крупного промышленного и культурного центра Республики Таджикистана, численность населения которой составила 453 тысячи человек. В административном отношении область делится на города и районы. Здесь насчитываются 81 научно-производственных и промышленных предприятий, выпускающие 31% общего объема продукции республики. За последние годы создана крупная машиностроительная и металлообрабатывающая промышленность, предприятия стройиндустрии. Высокого уровня развития достигли отрасли, производящие товары народного потребления.

В структуре более 70% трудоспособного населения города Худжанда работают в сфере общественного производства, рабочие и служащие составляют 30%. При этом заняты: в строительстве -10,6%, на транспорте-5,2%, в торговле и общественном питании -7,7%, в жилищно-коммунальном хозяйстве -4,0%, в здравоохранении и других социальных учреждениях (просвещения и культуры)-13,3%, в области науки и научном обслуживании -4,1%, в агропромышленном комплексе -17% и в другие-8,1%. В отраслевой структуре машиностроения и металлообработки преобладают различные производства, в т.ч. применяющие труд высокой квалификации. На долю квалифицированного машиностроения приходится 50,1% всех рабочих данной отрасли; 39% машиностроителей заняты ремонтом различных машин и оборудования, 2,1% производством металлических конструкций и изделий.

В 30 предприятиях легкой промышленности занято 33,5% рабочих и служащих.

В городе Худжанд хорошо развито транспортное хозяйство и представление его экономико-производственной характеристики необходимо уделить её значимую роль и влияние в строительстве фундамента

медицинского обслуживания и развитии ортопедо-травматологической помощи. Тем самым появились условия для проведения системных мер по реабилитации лиц, пострадавших от травм ОДА в 25 поликлиниках, 10 здравпунктах, в 5 городских территориальных больницах и 3 медико-санитарными частях. При этом центром специализированной травматологической помощи является ГКБ №1. В 2010 году обеспеченность города врачами составляет 47,2, обеспеченность хирургами-3,5, травматологами -1,5 на 10 тыс. населения.

Ортопедотравматологическая помощь в основном до 2009 года оказывалась в хирургических кабинетах поликлиник. Специализированная помощь стала развиваться с созданием в 2001 году травматологического пункта, травматологического отделения на 40 коек. Травмпункт работал для обслуживания urgentных травматологических больных в круглосуточном режиме. В связи с продолжающейся интенсификацией и механизацией труда, вводом в действие новых производственных мощностей стройиндустрии, текстильной промышленности, развивающейся сферой транспорта повысился уровень и степень тяжести травматизма, с сочетанными и множественными повреждениями ОДА. При этом обращаемость в травмпункт увеличилась за 2000 г. более чем в два раза.

В этой связи объём деятельности хирургических кабинетов территории обслуживания 4-мя городскими медобъединениями, согласно анализу формы 071-У неуклонно возрастал и составил -35,1% в 2000 г. против -21,0% в 1990 г. Наибольший удельный вес травматизма в структуре хирургической патологии до 60,1% отмечен в кабинетах, обслуживающих крупные промышленные предприятия объединения городов Худжанд, Бустон, Гулистан и Бободжон Гафуровского района.

Анализ качества и эффективности специализированной помощи больным с последствиями травм и заболеваниями ОДА, проведенный по заданию гор. здравотдела комиссией, в которую входил и автор, выявил упущения, заметно отражавшиеся на результатах лечения больных. Так,

очевидными стали: слабая обеспеченность врачами травматологами, неудовлетворительная организация реабилитации пострадавших с остаточными функциональными осложнениями, редкое применение средств консервативного лечения (ЛФК, массаж, физиотерапия и др.), недостаток специалистов в области ЛФК, массажа, поздние сроки оказания специализированной стационарной помощи, ошибки в лечении больных с множественными и сочетанными травмами, отсутствие преемственности в лечении больных, несогласованность работы контактов специалистов специализированной ВТЭК и системой диспансерного наблюдения за травматологическими больными.

Вышеназванное стало основанием для совершенствования медицинского обслуживания ортопедо-травматологических больных, реорганизации амбулаторно-поликлинической и травматологической службы с ее организационно-методической централизации в ОВЛ.

Объединение было распределено по четырем медико-санитарным зонам. В каждой из них были открыты районные травматологические пункты (РТП). Последние призваны организовывать мероприятия по профилактике травматизма, оказанию специализированной помощи пострадавшим от травм и заболеваний органов опоры и движения, обеспечивать непрерывное лечение больных, диспансерное наблюдение и другие виды медицинской помощи.

При этом, на базе Худжандской городской многопрофильной поликлиники был открыто отделение восстановительного лечения (ОВЛ), обслуживающий гг.Худжанд, Бустон, Гулистан и Бободжон Гафуровский район с численностью населения более 400 тыс. человек.

Худжандская городская поликлиника №1 является крупным многопрофильным специализированным ЛПУ. Поликлиника оказывает населению объединения высококвалифицированную медицинскую помощь. Она расположена в центре промышленной зоны г. Худжанд, обслуживает (мебельное и деревообрабатывающее, химическое, полиграфическое

производства, предприятие легкой промышленности, ремонтные и транспортные объединения и др.), где работают более тысячи и служащих. Через хорошо развитую транспортную магистраль города поликлиника доступна для населения гг. Худжанд, Бустон, Гулистан и Бободжон Гафуровский района.

Учреждения здравоохранения города проводят большую организационную работу по повышению качества и эффективности специализированной медицинской помощи, внедрению в практику современных методов диагностики и лечения. Особое внимание уделяется развитию восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях.

На основании максимально возможной централизации восстановительного лечения в поликлинике, имеющей хорошую материально-техническую базу и 30 минутную пешеходную и транспортную доступность для 95% обслуживаемого населения, было организовано отделение восстановительного лечения при Худжандской городской поликлинике».

В многочисленных публикациях описан опыт организации восстановительного лечения в поликлинических условиях крупных городов РФ, но в них отсутствует опыт о деятельности ОВЛ в условиях города, где ортопедотравматологическая служба централизована, как в г. Худжанде.

В крупных населённых пунктах, в которых осуществлена централизация медицинских служб, в том числе и травматологической, появляются трудности с укомплектованием штатных должностей (врачей и среднего медицинского персонала), в т.ч. ОВЛ т.е. в сети реабилитационных организаций

В этой связи нами создана новая модель ОВЛ для организации реабилитации больных с последствиями травмы ОДА. Этапы создания и структурные компоненты этой модели рассмотрены в четвертой главе

данной диссертационной работы. На основе этой организационной модели реализованы цели, задачи и комплексная программа исследования.

2.2. Общая характеристика больных

Поставленные и решаемые задачи исследования позволили провести анализ данных о 910 больных, получивших травмы на производстве, в быту, в пути следования вследствие дорожно-транспортных происшествий, за 3-летний период 2012-2014 по обращаемости пострадавших лиц в ОВЛ поликлиники гг. Худжанда, Бустана, Гулистана и Бободжон Гафуровской района. Тем самым появилось возможность установить распространенность, структуру травматизма, локализацию повреждений и удельный вес всех нуждающихся в реабилитации их возрастную-половую и социальную принадлежность и установить динамику результатов её проведения.

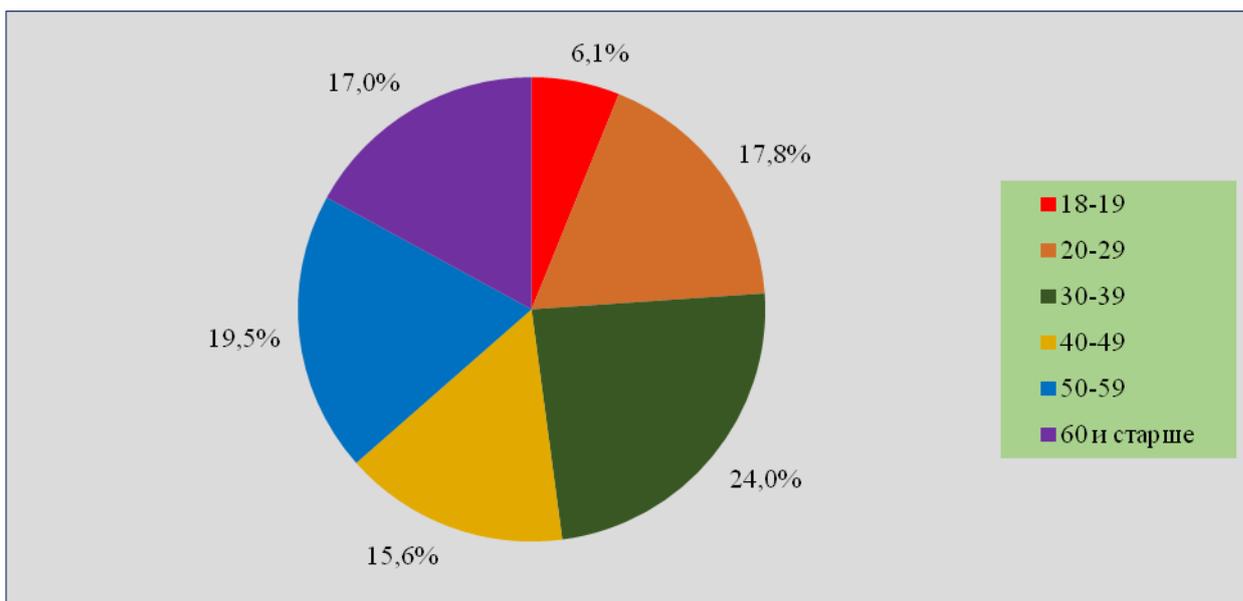


Рисунок 2.1. - Распределение больных по возрасту в ОВЛ.

Среди реабилитированных больных мужчины составили –72,1%, женщины –27,9%.

Возрастная структура больных отражена на рисунке 2.1. Как видно из рисунка 2.1. преобладающая часть нуждающихся в реабилитации состояла из лиц в наиболее молодом, трудоспособном возрасте в пределах от 18 до 49 лет (63,5%), остальной контингент состоял из лиц в возрасте 50-59 лет (19,5%) и старше 60 лет (17,0%).

Влияние возраста на факторы восстановления трудоспособности пострадавших освещено в ряде источников литературы, что подтверждают и нашими результаты исследования. При этом показатели эффективности реабилитации больных и инвалидов лучше всего в молодом возрасте. В этой связи возрастной фактор, свидетельствует о перспективности развития медицинской и социальной реабилитации.

Социально-профессиональный состав больных представлен в таблице 2.1. Как видно из таблицы 2.1., большинство составили, в частности работающие - 72,3%, среди которых 53,1% были рабочие.

Среди важнейших показателей деятельности ОВЛ является сохранение и умножение трудовых ресурсов. Информация социальном положении пострадавших способствовала правильно организовать профессионально-трудовую реадaptацию травмированных лиц, что в максимальной степени позволило восстановить им трудоспособность. Таким образом, бесспорна большая значимость этого показателя, который характеризует, прежде всего, трудовые ресурсы народного хозяйства, имеющие определённое социально-экономическое значение для его развития.

Таблица 2.1. - Структура больных по социальным группам (абс.ч., %)

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

Оценочная характеристика травм, констатирует, что наибольший удельный вес в структуре травматизма, по данным ОВЛ, занимали случаи переломов костей (66,5% случаев), вывихов суставов (6,2%), разрывов связок, менисков (7,1%), рань с повреждением сосудов, нервов, сухожилий и

других мягких тканей (8,2%), последствия ушибов, сдавления различных сегментов ОДА (1,3%), ампутации разных частей конечностей (1,6%) и прочие (ожоги, укусы и другие), которые составили 9,1% (рисунок 2.2).

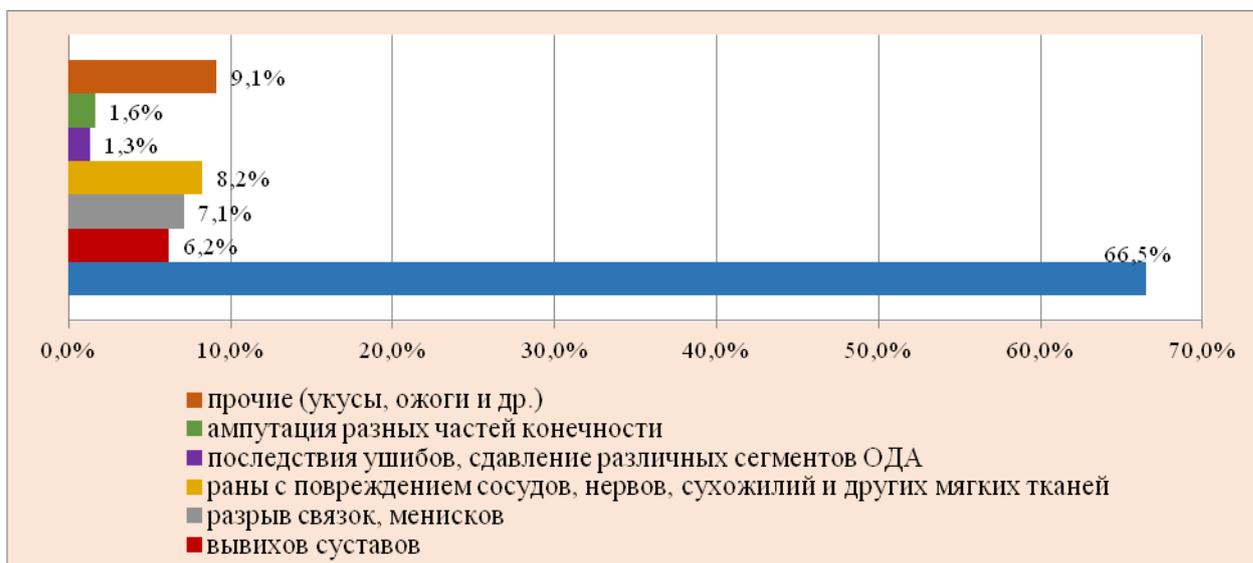


Рисунок 2.2. - Структура травматизма, по данным госпитализации

В преобладающем большинстве случаев последствия травмы локализовались в области верхних и нижних конечностей ОДА (таблице 2.2).

Таблица 2.2. - Структура больных по локализации травматических повреждений (абс.ч., %)

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

Выявление особенностей травматизма представляет большое значение в практике ОВЛ, так как определение соответствующих показателей позволяет правильно организовать работу отделения рационально его реструктуризировать для обеспечения слаженной работы.

В таблице 2.3. отражена локализация травм на конечностях больных. Как видно из таблицы 2.3., более половины числа случаев травм конечностей – до 69,6% локализуются в области их дистальных частей.

Таблица 2.3. - Структура больных по локализации травм на конечностях ОДА (абс.ч., %)

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

В исследовании использован статистический метод сплошного наблюдения. При этом информация собиралась через выкопировку данных занесённых в журналы регистрации больных в ОВЛ.

Задачи первой позиции по специальной «карте исследования пациента в ОВЛ» решались с учётом обследования 202 травматологических больных. В соответствие с этим оценивали деформацию их психологического статуса по состоянию невротической реакции.

Однако последняя не может полностью всесторонне зафиксировать нюансы психологического состояния лиц с последствиями травм ОДА. В этой связи по специальной программе проведен комплекс соответствующих исследований 117 человек получивших повреждения одного из органов ОДА – предплечья, кисти, коленного сустава и голени, которые обслуживались в системе восстановительного лечения (2013-2015 гг.). У наших больных с длительным периодом иммобилизации привело к повешению переживаний и сомнений в исходе реабилитации, а у некоторых больных появились психические признаки, т.е. синдром невротической депрессии, у отдельных травмированных больных появились невротические реакции, эмоции в следствие переживаний, чувство неуверенности, мучительности,

беспокойства и страха. Психологическое состояние пострадавшего от травмы больного оценивалось по невротической реакции адекватного и неадекватного характера. По результатам наблюдений выводился средний балл внешне эмоциональных проявлений.

Нами проводилось исследование по методике Г. Айзенка, А.Б. Бурдона и Н.К. Платонова. Измерение динамики изменения внешне-эмоциональных проявлений пациента в ОВЛ на этапах реабилитационных мероприятий, которые оценивались в баллах, с достоверностью различий внешне-эмоциональных проявлений на этапах комплексного восстановительного лечения и самооценки личности больного с различными повреждениями в ходе реабилитационного процесса в ОВЛ (в %). Нами выбраны пробы тестов, которые оценивали психологическую реабилитацию больных с травмами ОДА, динамику показателей «устойчивости внимания» по методике Бурдона А.Б., под влиянием комплексной реабилитации пациента в ОВЛ (средние и абсолютные числа). Изменение «устойчивости внимания пациента во время трудовой терапии в ОВЛ» под влиянием комплексного реабилитационного процесса (средние абсолютные числа). Динамика показателей частоты пульса у больных в различных экспериментальных ситуациях; динамика показателей артериального давления у больных в различных экспериментальных ситуациях. Оценка достоверности «средне нормативной» длительности волевого усилия на этапах реабилитационного процесса. Распределение больных по группам в зависимости от длительности волевого усилия на различных этапах реабилитационного процесса (абс.ч., %); длительности волевого усилия больных на этапах комплексной реабилитации; показатели «скорости захвата» до и в период проведения реабилитационных мероприятий и скорость захвата на реабилитационных и ее в зависимости от вида труда.

В связи с тем, что опрос больных осуществлялся автором диссертационной работы в форме свободных бесед, в которых указывался уровень своего состояния организма, то на каждой измерении, было

установлена переоценка личностных позиций по критериям самооценки, что прежде всего находилось в зависимости от уровня состояния здоровья. При этом тяжесть его в большинстве случаев переоценивалась.

Статистическая обработка результатов самооценки личности проводилась с применением способа, установления существенной связи между уровнями самооценки состояния здоровья и счастья, где χ^2 (хи - квадрат) равен 5,9 ($P < 0,05$). При этом не было достоверной связи первого и уровнем умственного развития и характером личности, при которых χ^2 составлял соответственно 2,5 и 2,0 ($P > 0,05$).

Глава 3. Медико-социальная и функциональная характеристика больныхс травмами ода находящиеся на реабилитациив отделении восстановительного лечения

Известно, что лечение травматологических больных с последствиями повреждений ОДА на заключительном этапе реабилитации в ОВЛ должно строиться комплексно, на основании изучения состояния пациентов, характера и локализации повреждения, степени тяжести осложнений травмы, сопутствующих заболеваний и особенностей личности (Никитин С.Е., 2012). При этом до составления оптимальных схем ведения больных и их индивидуальных программ реабилитации необходима комплексная экспертиза функций важнейших систем организма и поврежденных органов ОДА, согласно которым даётся оценка состояния больного, получившего травму, в рациональном аспекте организовать лечебные мероприятий.

Необходимо отметить, что в период работы решались следующие задачи: 1) дать комплексную характеристику оптимальных медико-социальных и функциональных трансформаций у пострадавших от различных травм ОДА для организации реабилитации; 2) оценить эффективность реабилитационного лечения в ОВЛ; 3) провести экспертизу психологических нарушений пациента в период реабилитационного вмешательства по поводу расстройств и нарушений функций ОДА и их изменений вследствие проведения рациональных клинических и социальных методов реабилитации.

3.1.Медико-социальная и функциональная характеристика свойств больных в начале и в конце реабилитационного процесса

Выполнение комплексной программы реабилитационного процесса: медицинского, социального, трудового и другие требует большой организаторской работы и единой тактики реабилитационных мероприятий. Фундаментом рабочей деятельности по этой программы являются: результаты комплексного обследования травматологических больных (клинические, функциональные, психологические, социально-бытовые).

Возможность установить реабилитационный диагноз (клинический и функциональный), связан с особенностями состояния организма и поврежденного сегмента конечности. Прогноз реабилитации поможет выбрать и оценить уровень проведения соответствующих мероприятий, позволит рационально использовать необходимые средства и организовать реабилитационный процесс в ОВЛ. Недооценка одного из этого спектра взаимосвязанных показателей обследования пострадавшего может привести к увеличению периода реабилитации, нетрудоспособности и инвалидности.

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

Данные исследования названной группы травмированных людей показаны в таблице 3.1..

При этом следует обратить внимание на то, что результаты исследования позволили выделить наиболее часто встречающиеся признаки поврежденных органов ОДА и общего состояния организма пострадавших в момент их поступления и в конце лечения в ОВЛ.

Как видно из таблицы 3.1., одним из ведущих признаков нарушений целостности органов ОДА и динамического стереотипа жизнедеятельности больных в $95,1 \pm 1,00\%$ случаев является болевой синдром, прежде всего в области поврежденных сегментов, а также в близлежащих суставах (58,9%). В соответствии данным ощущением боли все лица с травмами нижней конечности были вынуждены использовать ортопедические средства передвижения (тростью, костылями). Следует обратить внимание на боль играющей роль клинического симптома, который выявляется на основании жалоб больных и при их клиническом обследовании, представляет важный параметр оценки общего и локального состояния организма. Часто он

является пусковым механизмом причины нарушения психики больного в виде поведенческих, соматических, эмоциональных, вегетативных и других нервно-психических реакций.

Таблица 3.1. - Признаки травматизации органов опорно-двигательного аппарата и невротической реакции больных в начале и в конце реабилитационного процесса (Р; %).

Признаки, их градации		В начале лечения		В конце лечения		р
		Число б-х	Р, %	Число б-х	Р, %	
1	2	3	4	5	6	7
Боли	Есть	192	95,0	41	20,3	<0,001
	нет*	10	5,0	161	79,7	<0,001
Цвет кожи	Изменён	164	81,2	20	9,9	<0,001
	неизменен	38	18,8	182	90,1	<0,001
Отек мягких тканей	Есть	170	84,2	27	13,4	<0,001
	Нет	32	15,8	175	86,6	<0,001
Трофика мягких тканей	атрофия*	33	16,3	7	3,5	<0,001
	гипотрофия	129	63,9	120	59,4	<0,001
	нормотрофия	40	19,8	75	37,1	>0,05
Положение конечности	Активное	36	17,8	140	69,3	<0,001
	Щадящее	146	72,3	49	24,3	<0,001
	вынужденное	20	9,9	13	6,4	>0,05
Чувствительность (тактильная)	не нарушена	111	55,0	165	81,7	<0,001
	Нарушена	91	45,0	37	18,3	<0,001
Подвижность в суставах поврежденной конечности (в баллах) норма 5 баллов	1*	35	17,3	2	1,0	<0,001
	2	122	60,4	12	5,9	<0,001
	3	28	13,9	14	6,9	<0,05
	4	11	5,4	30	14,9	<0,01
	5	6	3,0	144	71,3	<0,001
Сила мышц (в баллах) норма 5 баллов	5	-	-	65	32,2	<0,001
	4	21	10,4	85	42,1	<0,001
	3	32	15,9	36	17,8	>0,05
	2	114	56,4	12	5,9	<0,001
	1*	35	17,3	4	2,0	<0,001
РВГ	Норма	114	56,4	156	77,2	<0,001
	Изменена	88	43,6	46	22,8	<0,001
Невротическая реакция	адекватная	97	48,0	171	84,7	<0,001
	неадекватная	105	52,0	31	15,3	<0,001
Самообслуживание (в быту и обществе)	не нарушена	65	32,2	160	79,2	<0,001
	Нарушена	137	67,8	42	20,8	<0,001
АД и ЧП	Норма	144	71,3	173	85,6	<0,001
	Изменена	58	28,7	29	14,4	<0,001

Примечание- Р-статистическая значимость различий показателей до и после лечения (по критерию χ^2); * - критерий χ^2 с поправкой Йетса.

Не обратить внимание на названный выше синдромом невозможно, в связи с тем, что иногда в 11,2% случаев он является основным для представления группы со статусом инвалидности, а его оценка степени тяжести позволяет выбрать оптимальный метод лечения (психотерапевтический, медикаментозный, физиотерапевтический).

Травматическое повреждение одного из сегментов ОДА как свидетельствуют данные таблицы 3.1., способствует развитию специфических местных клинических и функциональных изменений (признаков), обусловленных характером, тяжестью повреждения.

В своей основе эти расстройства действуют на нейротрофические, сосудистые изменения в мягких тканях и двигательные-функциональные нарушения сегментов. Наиболее существенными признаками этих расстройств являются: вынужденное положение конечности, в т.ч. шадящие позы, изменение цвета кожных покровов, наличие тканевых отеков, расстройства периферического кровообращения, тактильной чувствительности и другие. Все они в большинстве случаев, удельный вес которых составляет 91,2%, приводят к таким осложнениям, как тугоподвижность, контрактура суставов, наличие болевого синдрома.

Сравнительно часто ($45,0 \pm 1,0\%$) при повреждении органов ОДА устанавливали нарушение (тактильной) чувствительности, т.е. гипо и гиперестезию, у лиц, перенесших открытые повреждения (10,8%); операции (26,4%), сложные, множественные переломы костей (28,2%), а также у тех, кто страдает болезнями периферической нервной системы (остеохондроз позвоночника - 34,6%).

Важное значение необходимо придавать трофике мышц конечности, что связано с длительной иммобилизацией, обуславливающей гиподинамию, как ведущую причину нарушения их нейромышечного аппарата. В клиническом отношении они выражаются в асимметрии ее конфигурации, уменьшении объема, в сравнении со здоровой конечностью, и в снижении ее двигательных качеств. В наших исследованиях у большей половины числа

пациентов в $63,8 \pm 4,00\%$ случаев определяли гипотрофию и гипотонию мышц. В $16,3 \pm 3,90\%$ – атрофию мышц конечности и только в $19,9 \pm 8,90\%$ случаев - нормотрофию. Резкое снижение мышечной силы определяли в $89,6 \pm 4,00\%$ случаях (от 1 до 3 баллов) и только в $10,4 \pm 2,05\%$ случаях этот показатель находился в пределах нормы (4 балла). Важность объективной оценки этих признаков заключается не только в определении опорной и функциональной способности, но и для организации кинематических и лечебно-стимулирующих мероприятий (ЛФК, механотерапии, массажа, электростимуляции и т.д.).

Тем не менее, очевидно, что основным мотивом направления травматических больных на реабилитацию и выбора соответствующих средств является ограниченность подвижности в суставах ОДА.

Расстройство двигательной функции органов ОДА снижает и ограничивает активную деятельность людей, в том числе в самообслуживании, что приводит их к зависимости от окружающей среды. Удельный вес нарушения, их степень выраженности в значительной мере определяет профессионально-трудовой и социальный статус пациентов. Функциональная ограниченность суставов травмированной конечности также приводит к разбалансированному положению её сегментов, в соответствие с чем становится возможным определить пригодность пострадавших к прежней трудовой деятельности.

Как показывает результаты исследования, в начале этапа проведения реабилитационных мероприятий у основной массы больных - $77,7 \pm 4,4$ объем движения в суставах травмированной конечности составляет от 5 до 52% от нормы (1-2 балла). В $13,8 \pm 5,7$ случаев подвижность в суставе немногим выше уровня 50% от нормы (3 балла) и только в незначительной части случаи ($5,5 \pm 4,91$ и $3,0 \pm 0,80$) амплитуда движений в суставах остаётся в функционально-физиологических пределах (4 и 5 баллов). Из-за соответствующих нарушений у больного наблюдали ограниченную способность к самообслуживанию как в быту, так и в обществе (в

транспорте, на улице и т.д.). При этом установлено, что любое нарушение объема двигательных функций сегментов сопровождается значительным снижением навыков самообслуживания у $67,8 \pm 2,90$ пациентов. Лишь у $32,2 \pm 3,22$ исследуемых сохранялась полнота к самообслуживанию при поступлении на лечение в ОВЛ.

Среди травматологических больных обнаруживались отклонения от нормы психического состояния, причём степень их зависила от степени анатомо-физиологических и функционально-двигательных нарушений, на фоне которой происходили изменения психологического статуса личности. Глубина психических расстройств зависили от особенностей организма, его генотипа, метаболической активности и состоянием после получения травмы ОДА.

С окончанием гипсовой иммобилизации и вовлечением больного в реабилитационный процесс вызывало начало специфической стресс-реакции неврологического характера, продолжительность которой, по нашим данным, длилась течение до 2 - 4 дней, что является временем адаптации пациента к реабилитационным мероприятиям. В эти дни пациенты в большинстве случаев находятся в состоянии возбуждения, реже эйфории, часто предъявляют жалобы общего и психогенного характера, претензии, пытаются переключить внимание на ряд патологических симптомов (боль, отек, деформация и т.д.). Все это направлено на избежание от активных движений ОДА использование теплого одеяния поврежденной конечности, а также средства, ограничивающие вовлечённость состояния конечностей в активное, привлекая близких или родственников для их сопровождения к медработникам. Будучи приверженными к участию в реабилитационном процессе, они с опаской воспринимают, прежде всего, кинезиотерапевтические и другие активизирующие методы реабилитации (ЛФК, трудотерапия), как преждевременные, предпочитая при этом физиотерапевтические методы (водотепловые, массаж).

В специальной литературе такое отношение травматологических больных суммируется в определённом понятии, как невротическая реакция. Последняя по нашим наблюдениям, в $52,0 \pm 1,80$ случаев в начале лечения представляется как неадекватная. Лица, с оптимистичным настроением на реабилитацию становились активными участниками соответствующего процесса, а невротическая реакция в $48,0 \pm 1,80$ случаев у них была адекватной.

Исследование состояния пострадавших позволило выявить изменения в сердечно-сосудистой системе. Так, в результате его исследования было зарегистрировано повышения АД и учащения пульса в $28,7 \pm 4,21$ случаях, причём гипертоническая болезнь диагностировали только в 9,3% случаев. Исходя из выше изложенного, можно свидетельствовать о том, что у лиц, пострадавших от полученной травмы сегментов ОДА поражается весь организм, что необходимо принимать во внимание в едином комплексе лечения. Следовательно, обследованию в ОВЛ подлежат все больные с использованием клинических, функциональных, социально-бытовых и психологических методов, с тем чтобы на основании полученных результатов соответствующим образом оценивать состояние и правильно организовать реабилитацию.

В связи с тем, что восстановительное лечение в ОВЛ осуществляется консервативными средствами в основу его заложены методы физиофункционально-восстановительного, патогенетического лечения. При этом использовались гимнастика, ходьба, физические упражнения, элементы спорта, механотерапия в сочетании с массажем и физическими факторами воздействия (электростимуляция, гидрокинезиотерапия, теплолечение и др.). Для снижения эмоционально-психической напряженности, уменьшения болевых ощущений, улучшения метаболических процессов в поврежденных тканях, укрепления костной мозоли и расслабления уплотненных переартикулярных тканей, спаек в суставах и нормализации периферического кровообращения и микроциркуляции назначались

витамины группы В, стекловидное тело, АТФ, анальгетики, сосудорасширяющие препараты, а также физиотерапия с рассасывающими и болеутоляющими препаратами (химотрипсин, лидаза, новокаин и др.), психотерапия, бытовая трудотерапия, навыки профессиональной реадaptации.

В конце заключительной части реабилитационного процесса больные вновь проходили комплексное обследование ее результаты в начале и после восстановительного лечения отражены в таблице 3.1. Как видно из таблицы 3.1., в $79,7 \pm 2,00$ случаев исчезает болевой синдром, кожные покровы приобретают нормальный цвет в $90,1 \pm 2,00$ случаев устраняются отеки мягких тканей в $86,6 \pm 3,9$ случаев, нормализуется периферическое кровообращение и микроциркуляция поврежденных сегментов, улучшаются нейротрофические процессы мышечного аппарата и двигательные функции, а также соответственно способности самостоятельно себя обслуживать в $79,2 \pm 0,62$ случаев. Кроме того, нормализовалось общее состояние организма у большинства обследованных, в т.ч. сердечнососудистой системы и исчезала невротическая реакция.

Результаты комплексного обследования пострадавших после завершения восстановительного лечения позволяют констатировать наличие высокой клинической, функциональной, социальной и психологической эффективности, у 144 ($71,3 \pm 0,65\%$) пострадавших, при оценке - отлично (5 баллов). Вместе с тем, у некоторых больных из основного контингента оставалось часть патологических симптомов, указывающих на развитие таких осложнений, как тугоподвижность и контрактуры в суставах, деформации, недостаточность периферического кровообращения и т.д. Ослабевший в своих интенсивности и постоянстве, болевой синдром у них беспокоил в $20,3 \pm 2,38\%$ случаев. Раннее наблюдаемая сосудистая недостаточность в поврежденном сегменте ОДА практически оставалась в функциональном отношении в $22,8 \pm 5,9\%$ случаев, причём у $13,4 \pm 2,00\%$ случаев оставалась отечность мягких тканей и бледно-синюшный цвет кожи,

щадящее и вынужденное положение травмированной конечности соответственно в $24,3 \pm 2,90\%$ и $6,4 \pm 0,75\%$ случаев, ограничение амплитуды подвижности в суставах в $6,9 \pm 2,00\%$ случаев. Последнее обстоятельство свидетельствует о том, объём движения повреждённого сустава составил менее 50% от нормы (1-2 балла). Невротическая реакция оценена в $15,3 \pm 0,65\%$ случаев оставалось не адекватной, т.е. очень часто была связана с остаточными осложнениями со стороны ОДА.

Рассмотрение выше названных результатов показало, что в 78 ($21,2 \pm 1,2\%$) случаев в конце лечения сохранилось до трех патологических симптомов (например, боль при нагрузках, умеренная тугоподвижность в суставе или умеренная гипотрофия мышц без снижения их силы, вследствие ощущений боли - щадящее положение конечности и т.д.). Полученные результаты лечения этих пациентов можно отнести к хорошим (4 балла). В $9,5 \pm 1,33\%$ случаев в конце лечения констатировали больше (3-4) остаточных патологических клинико-функциональных и другого характера признаков, причём они стали более характерными у предыдущих пациентов. В этой связи оценку лечения считали удовлетворительной (3 балла), так как в большинстве своём профессиональная трудоспособность сохранялась. В $3,1 \pm 1,2\%$ случаев эффективность лечения признана как неудовлетворительная (2-1 балла). В этой группе лиц тяжелые травмы ОДА и сложные репаративные операции оставили дефекты сегментов, стойкие контрактуры в суставах, серьёзные сосудистые и трофические нарушения, постоянные боли. Вполне закономерно этой группе пострадавших от травмы пациентов было необходимо долечивание в санаторных условиях или специализированных лечебно-профилактических учреждениях.

Таким образом, комплексное обследование больных в конце лечения предоставляет возможность оценить процессы реабилитации и уровне восстановления анатомо-физиологической целостности травмированных органов ОДА и его функций, а также функции сердечно-сосудистой системы и ЦНС. Полученные данные названных выше комплексных клинико-

функциональных и социально-психологических исследований объективно свидетельствуют о степени эффективности восстановительного лечения и организации реабилитационных мероприятий в ОВЛ. При этом, как объективные, так и субъективные показатели обследования травматологических пациентов позволяют решать дальнейшие пути избавления больных от тяжелых осложнений.

Таким образом, установлено, что от травмы тяжело страдает организм человека в целом. В этой связи, травматологические больные при поступлении в ОВЛ в обязательном порядке должны пройти комплексное обследование, с применением четырех без исключения основных методов: 1) клинический, 2) функциональный, 3) социальный и 4) психологический. Это обусловлено нуждаемостью пациентов ОВЛ в комплексной медико-социальной реабилитации в т.ч. психосоциального.

С применением вышеуказанных методов специалисты по восстановительному лечению имеют возможность оценить истинную степень тяжести состояния травматологических больных, результаты их лечения и организовать их реабилитацию их в ОВЛ с большей эффективностью при правильном сочетании медицинских, социально-психологических и других мероприятий.

3.2. Социальная и психологическая характеристика травматологических больных с повреждениями органов опорно-двигательного аппарата, в условиях ОВЛ поликлиники

Травматическая болезнь проявляется на биолого-генетическом, психологическом (личностном) и социальном уровнях и обуславливается возрастом, полом и личностными особенностями пострадавшего, включая его социальное положение и психологическое состояние.

В проведённых нами исследованиях ряд больных, с различными по тяжести последствиями, объективно оценивали своё состояние, другой ряд - неадекватно, т.е. недооценивали или переоценивали её тяжесть. В этой связи в ОВЛ поликлиники организована подсистема психологической

реабилитации, как важной составляющей в комплексе мероприятий по восстановительному лечению.

Современные научно-технические достижения и их влияние на практическую медицину актуализируют необходимость своевременного анализа состояния психики пострадавшего, повышение эффективности психотерапевтического воздействия на него на всех этапах реабилитационного процесса путем создания «оптимального психологического климата» вокруг него.

В поликлинических условиях восстановительное лечение является сложным, непрерывным, трудоемким видом деятельности связанной с организацией, составлением и реализацией индивидуальной программы реабилитации больных с последствиями травм ОДА. При этом, как показал наш опыт, медицинский работник должен знать особенности психической реакции пострадавших для того, чтобы правильно подобрать комплекс психотерапевтических воздействий на психику больного, а через нее на весь организм. Тем самым представляется случай для купирования неадекватных болевых симптомов, изменения отношение пострадавших к своему состоянию, окружающей среде и направить вектор усилий на активное участие в восстановлении утраченных и ослабленных функций, т.е. позволяет грамотно организовать психологическую реабилитацию.

Среди больных – участников комплексной системы психологической реабилитации, повреждения от травм находились в области предплечья, кисти, коленного сустава и голени, составляя 69,6-61,0% от всех случаев, подлежащих в реабилитации в ОВЛ. При остальных редко встречающихся тяжелых травмах черепа, позвоночника, крупных суставов, внутренних органов, комплекс реабилитационных мероприятий, осуществляемый для малоподвижных больных в основном реализуется в стационарных условиях.

В среде травматологических больных, у которых исследовали психологические нарушения, личности мужчины составили 72,1%, женщины 27,9%. При этом лица в возрасте от 20 до 49 лет составили 57,4% случаев. В

период восстановительного лечения важными представлялись знания особенностей личности их и аспекты организации и выбора метода воздействия на неё, социальный статус и вид труда. Установлено, что среди исследуемых 72,3% были рабочие, 19,2% - служащие. В трудовой обстановке находились первые в условиях высокого трудового эмоционального напряжения и составили 24,1%, занятые простым (тяжелым) физическим трудом - 18,2%, легким (простым) физическим трудом - 30,1%.

Обращает внимание тот факт, что 84,2% больных охотно выполняли врачебные назначения, 14,0% остальных относились к лечению индифферентно и безразлично, 1,8% случаев даже отказывались от лечения. При этом отмечено, что проявления такого отношения к реабилитации обуславливается психологией пострадавшего и его установками, находящимся в зависимости от развития различных психических реакций. В физиологическом аспекте они являются защитно-приспособительными процессами, протекающими по принципу компенсации.

Учитывая это, для организации реабилитационного процесса больных с последствиями от повреждения ОДА в поликлинике важно знать особенности их психологических отклонений, тем более у поступающих часто заболевание имеет тяжелые формы, приводящие к удлинению периода реабилитации, обострению симптомов сопутствующих заболеваний.

Таким образом, для проведения реабилитации необходимо работу врача-травматолога и других соответствующих специалистов превратить в активную, партнёрскую деятельность, направленную на восстановление здоровья и социального статуса пострадавшего, что достигалось за счет получения исследований особенностей личности пострадавшего от травмы и наличие у него её последствий.

Нами исследовалась личность пострадавшего по методике Г. Айзенка и А.Б. Бурдона:

1. Во время сбора клинико-анамнестических данных, полученные сведения использовались для оценки психологических изменений, обусловленные травматическим повреждением.
2. При изучении поведения больного оценивались его эмоциональное состояние, сила возбуждательных и тормозных процессов, характерные формы предъявляемых жалоб и акцентуации на проявляемые симптомы, после чего устанавливали степень изменения его эмоционального фона.

Как выяснилось позднее, высокий уровень неадекватной невротической реакции до начала реабилитационного процесса в ОВЛ объясняется тем, что у больных в иммобилизационном периоде развиваются специфические изменения. Их причиной является перенесенная острая травма и как следствие, (общая гиподинамия, ограничение способностей самообслуживания, свободному общению, ограничение рамок специальных связей, болевой синдром и т.д.). Все это становится необычным для жизнедеятельности и притом, постоянным раздражителем нервной системы, поддерживающим ее в напряжении. В этом состоянии и у женщин, и у мужчин неадекватная невротическая реакция соответственно наблюдалась до начала реабилитационных мероприятий 66,1% и 63,2% случаев, адекватная только в 33,9% и 36,8% случаев (рис. 3.1).

В последующем под воздействием выполняемых индивидуальных реабилитационных мероприятий (физио-функциональное лечение, трудотерапия, психотерапия и т.д.) проводящие на «глазах у больного» к улучшению двигательных функций травмированного органа ОДА, восстановлению ранее утраченных способностей, определённой независимости от окружающих и болевого синдрома, появляются зримые условия для трансформации психологии травматологического больного.

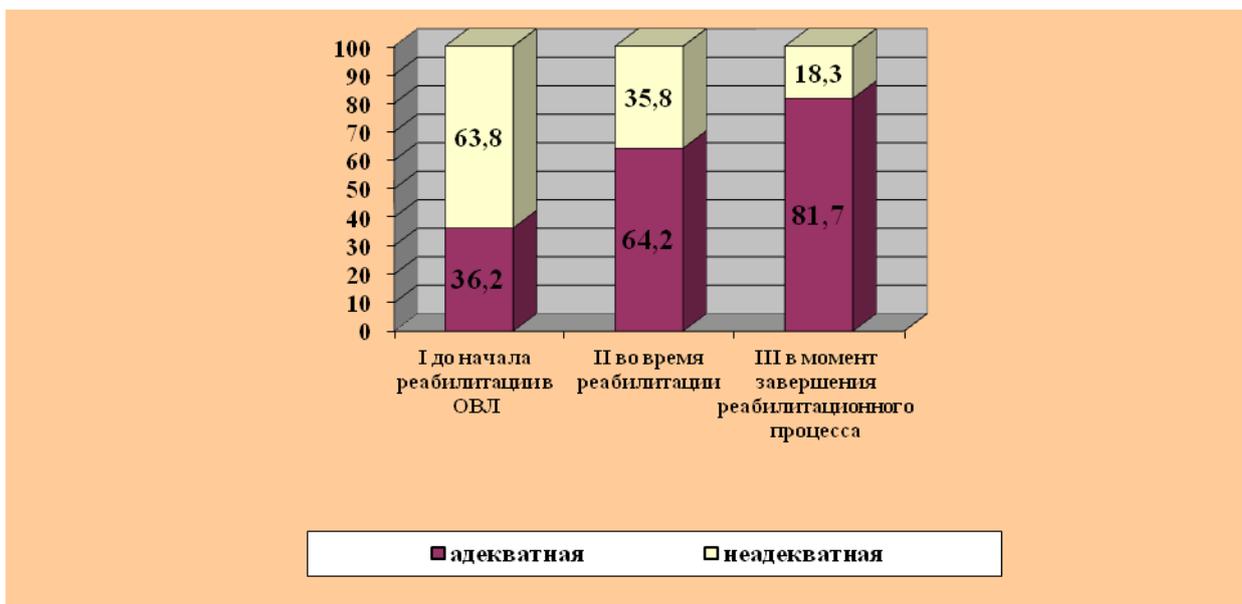


Рисунок 3.1. - Показатели невротических реакций под влиянием реабилитационных мероприятий на этапах их проведения в ОВЛ (в процентах)



Рисунок 3.2 - Динамика уровней невротической реакции у мужчин (справа) и женщин (слева) под влиянием реабилитации в ОВЛ (%).

Последняя приводит к повышению адекватной невротической реакции, которая к завершению реабилитационных мероприятий увеличивается до уровне 81,7%. Таким образом, невротическая реакция, как у мужчин, так и у женщин, изменяется и соответственно составляет 62,4% и 82,2%.

Все патологии, включая травмы человека оставляют свой след на личность пострадавшего. Так, тяжелый и длительный период иммобилизации приводит к повышенным переживаниям за судьбоносные с негативным оттенком последствия травмы, мнительность и сомнения в исходе

реабилитации. При этом, в случае наличия сопутствующего заболевания проявляются более стойкие психические признаки, такие, как астенический и психондрический синдромы, синдром невротической депрессии. Последний к концу реабилитационных мероприятий, проявляемый в 18,9% случаев в виде неадекватной невротической реакции, даже при высокой эффективности восстановительного лечения последствий травмы. Следует отметить, что невротический синдром у женщин регистрируется значительно чаще (33,1%), чем у мужчин (12,4%), что обусловлено физиологическими особенностями женского организма, в т.ч. её нервной системы. В этой связи удельный вес неадекватной невротической реакции соответственно у них выше, чем у мужчин.

Мы предполагали, что ведущим фактором в развитии невротической реакции у названных травматологических больных являются эмоции, вследствие переживаний, наступающих сразу с резким падением самооценки жизнедеятельности в дальнейшей социальной перспективе. Появление качественно новых ощущений вызывают необычные субъективные чувства неуверенности, мнительности, беспокойства, страха, иногда даже ярости, которые объективно представляет как психическая реакция на возникшую, якобы беспросветную ситуацию.

Внешне-эмоциональную оценку пациента в ОВЛ в баллах мы проводили по методике К.К. Платонова (1980).

Как видно из таблицы 3.2. под влиянием реабилитационных мероприятий, сопровождаемых рациональной психотерапией и аутотренингом, повышается балльность внешне-эмоциональных проявлений пациентов от 1 до 3 баллов включительно, по сравнению с момента начала реабилитации в ОВЛ поликлиники. Так, средний балл и общий средний балл на I этапе, при сопоставлении с последующими оказывается более низкий, чем на II и III этапах реабилитации. Он, независимо от локализации последствия повреждения, составляет от 2,1 до 2,4 балла, а средний общий балл $2,2 \pm 0,12$. Однако интенсивность отрицательного эмоционального напря-

жения в сравнительно короткий промежуток времени изменится под влиянием положительного эффекта восстановительного лечения.

Снижаются степень тревожности, переживания и другие внутренние психические свойства, изменяющие эмоциональный фон очевидных проявлений.

Уже к 4-му дню (II-этап) проводимых реабилитационных мероприятий средний балл последних по всем локализациям последствия травм оценивался в пределах от 2,5 до 2,7 балла, при общем среднем балле $2,6 \pm 0,11$. По окончании в ОВЛ (этап III) психологические реакции и эмоциональные проявления становились почти стабильными, будучи зависимы от индивидуальных особенностей личности пострадавшего. В этой связи и оценочный балл внешних эмоций увеличивался от 2,7 до 2,9, при общем среднем балле на уровне почти 3 баллов $2,8 \pm 0,03$.

Таблица 3.2. - Динамика изменения «внешнеэмоциональных проявлений пациента в ОВЛ» на этапах реабилитационных мероприятий (в баллах)*

Локализация повреждения	Средний балл по этапам		
	I	II	III
Предплечья	2,3	2,7	2,9
Кисть	2,2	2,6	2,9
Коленный сустав	2,1	2,5	2,9
Голень	2,4	2,5	2,7
Средний общий балл	$2,2 \pm 0,12$	$2,6 \pm 0,11$	$2,8 \pm 0,03$

Достоверность различий в динамике внешне-эмоциональных проявлений отражена в таблице 3.3.

Как видно из таблицы 3.3. в динамике внешне-эмоциональных проявлений как ответные реакции на последствия повреждений ОДА в реабилитационном процессе (t) свидетельствовали о достоверных сдвигах между первым и вторым, первым и третьим этапами ($P < 0,05$). В тоже время между вторым и третьим этапами различия оказывались незначительными ($P > 0,05$), Это связано с быстрой адаптацией пациентов к условиям, II этапа

реабилитационного процесса. Поэтому устойчивость их аффективных переживаний снижается, стабилизируется, в связи с чем психологические реакции в дальнейшем мало изменяются.

Таблица 3.3. - Показатели оценки достоверности различий внешне-эмоциональных проявлений на этапах комплексного восстановительного лечения

Различия между этапами	Полученные значения критерия «t»	P
I-м и II-м	8,6	<0,05
I-м и III-м	6,2	<0,05
II-м и III-м	2,2	>0,05

Следовательно, от организации реабилитационного процесса значительной мере зависит психология пострадавших, т.е. она изменяется своей эмоциональной проявляемостью в положительную сторону, особенно, при проведении второго этапа реабилитации.

Необходимость установления причин, факторов предпосылок изменений психической и эмоциональной сферы у травматологических больных - обусловило проведение экспериментального исследования. Чаще всего такое исследование по определению типа невротической реакции и оценки внешне-эмоциональных проявлений проводили в начале каждого реабилитационного этапа. Это делалось для того, чтобы объективно оценить самокритичность, критичность и осознание пострадавшим случившегося с ним травматического события. При этом исследовались позиции больных при их самооценке по критерию здоровья, умственному развитию, по характеру и по ощущению счастья.

В таблице 3.4., показаны характерные признаки личностных ценностей травматологических больных, установленные при их обследовании методом самооценки. Как видно из таблицы 3.4., до начала I этапа проведения реабилитации из-за выраженности психических и функциональных подвижек

вследствие травмы самокритичность было снижена, т.е. при этом преобладает критерий переоценки личности (45,6%) над правильной самооценкой (43,8%). Недооценка ими своих достоинств составила 10,6% от всех случаев.

Таблица 3.4. - Самооценка личности больного с различными повреждениями в ходе реабилитационного процесса в ОВЛ (в %)

Этап лечения	I				II				III			
	Правильно	Переоценка	Недооценка	Всего	Правильно	Переоценка	Недооценка	Всего	Правильно	Переоценка	Недооценка	Всего
Критерии самооценки												
Локализация повреждения												
Предплечья	38,1	49,0	12,9	100	61,3	27,7	11,0	100	74,0	14,3	11,7	100
Кисть	51,0	42,4	6,6	100	61,3	27,7	11,0	100	81,0	16,7	2,3	100
Коленный сустав	44,1	45,4	10,5	100	51,2	32,3	16,5	100	61,3	22,2	16,5	100
Голень	43,2	43,2	13,6	100	56,7	27,7	15,6	100	82,0	9,0	9,0	100
Вместе:	43,8	45,6	10,6	100	58,2	28,0	13,8	100	74,0	15,0	11,0	100

Таким образом, нарушения состояния здоровья, нормального образа жизни и ограничение социальных связей, воспринимались травматологическими больными, и как потеря счастья. В этой связи состояние здоровья тесно переплетено со счастьем, достижением удовлетворенности, успешности и естественно влияет на уровень его определения, т.е. на правильную самооценку.

В ходе организации и реабилитации больного с травматическими повреждениями особую значимость имеет динамика трансформаций самооценки личности.

Как видно из таблицы 3.4., активное участие больных в реабилитационном процессе приводит к проявлению положительного эффекта во всех группах травматологических больных с различной локализацией последствия травмы. При этом происходит увеличение удельного веса критерия правильной самооценки личности по сравнению с данными до начала комплексной реабилитации (этап I).

Например, в случаях последствий травм, которые локализовались в области предплечья, удельный вес правильных самооценок увеличивался от 38,1% (этап I) до 74,0% (этап III) и соответственно снижался уровень переоценки личностных свойств от 49,0% до 14,3%. Показатель недооценки личности мало изменялось в процессе реабилитации, в т.ч. и самооценка личности во всех сопоставимых группах.

В целом, по всем локализациям травм произошел сдвиг критерия правильной самооценки личности в сторону увеличения его удельного веса до 74,0% по сравнению с таковыми до начала реабилитации - 43,8%. Одновременно постепенно опускался удельного веса лиц с переоценкой личности – от 45,6% (этап I) до 15,0% (этап III).

Считаем необходимым подчеркнуть очень важную закономерность, у некоторых больных невротического синдрома в виде астении, депрессивной реакции, с колебаниями настроения от потери надежд на улучшение состояния здоровья. Такие больные имели почти стабильный критерий недооценки личностных ценностей, а в некоторых случаях (10,6-15,0%) оставался критерий уже другой оценки окончанию лечения в ОВЛ поликлиники.

В физиологическом и психологическом аспекте, происходит трансформация самооценки личности больных с посттравматическими нарушениями и расстройствами ОДА период проведения реабилитационного

процесса. Это обусловлено тем, что психика пострадавших от травмы и переживаний в силу возникших последствий, отражает их отношение к этому, в т.ч. за счет эмоциональных форм отношения к ним, а также к объёму и качеству удовлетворения своих потребностей в ходе реабилитации.

Таким образом, подобная самооценка, соответственно изменяется через механизмы функционирования центральной нервной системы и становится осмысленной в сознании каждого больного. Осознание и рассмотрение в комплексе всех изменений, произошедших вследствие полученной травмы, их оценки (до реабилитации) и в настоящем, в ходе прохождения этапов реабилитации активизирует его психическую деятельность. Оценив эффективность лечения, травматологические больные активно начинают восстанавливать утраченные функции, в силу чего практически часто они объективно оценивают свои личностные качества к заключительному этапу лечения.

При этом, установлена аналогичная статистическая связь уровня самооценки личности по показателям здоровья и уровня счастья на II и III этапах лечения, где χ^2 равен соответственно 6,0 и 4,5 ($P < 0,05$). Однако между уровнями умственного развития и характера достоверной связи не обнаружена ($P > 0,05$).

Таким образом, исходя из выше изложенного, пациенты, получившие травму ОДА с её последствиями в виде различных расстройств функций и аналогичных нарушений свое счастье видят в хорошем состоянии здоровья, ожидая от реабилитации положительного эффекта.

В наших наблюдениях, отмечались различными изменениями личности травматологических больных, проявляемых в качестве невротизма, тревоги, сопровождаемые неадекватной реакцией, нарушением эмоционального состояния и самокритичности. Вследствие этого происходит расстройства психической деятельности, а также процесса запечатления, сохранения и воспроизведения информации, т.е. наступают выраженные изменения в процессе внимания. В целом, нарушения психического состояния следует из-

за концентрации мыслей и переживаний на функциональные изменения ОДА. Последние выступают в роли главного мотивационным элементом, влияние которого в период реабилитации должно побуждать активизацию механизмов саморегуляции личности для преодоления и противостояния негативным последствиям болезни травматологического пациента.

Внимание у наших больных изучали с применением корректурной пробы «устойчивость внимания по Бурдону», которая предоставляет возможность при выполнении письменного задания, в условиях дефицита времени (10 минут) наблюдать за поведением, внешними эмоциями, оценить степень вовлечения в работу, темп и рост работы. Полученные данные позволили оценить работоспособность соответствующих больных на всех этапах реабилитации (таблице 3.5) и сопоставить ее показатели в динамике.

Как видно из таблицы 3.5, у всех больных с последствиями травм предплечья, кисти, голени и коленного сустава производительность длительность труда до начала реабилитации была ниже, чем во время ее проведения.

Таблица 3.5. - Динамика показателей «устойчивости внимания по Бурдону» под влиянием комплексной реабилитации пациента в ОВЛ(средние и абсолютные числа)

Локализация повреждения	Этапы					
	I		II		III	
	Вычеркнутых букв	Допущенных ошибок	Вычеркнутых букв	Допущенных ошибок	Вычеркнутых букв	Допущенных ошибок
Предплечья	211	32,8	398	25,0	400	17,6
Кисть	240	26,5	401	20,1	410	16,2
Коленный сустав	201	35,1	352	25,7	398	24,1
Голень	305	34,9	363	27,1	397	22,0
Общее среднее число $M \pm m$	355,0 \pm 11,2	30,4 \pm 1,80	361,0 \pm 7,75	22,1 \pm 1,19	403,0 \pm 4,00	20,0 \pm 1,5

При этом среднее количество вычеркнутых букв 355,0 \pm 11,2 в течение 10 минут (этап I) было меньше, чем на II и III этапах соответственно

361,0±7,75 и 403,0±4,00. Среднее число допущенных ошибок на I этапе составило 30,4±1,8 и было, наоборот, значительно больше, чем в среднем на последующих этапах соответственно 22,1±1,1 и 20,0±1,5.

Таким образом, при восстановительном лечении изменяется устойчивость произвольного внимания в период проводимого лечения между I и II этапами ($t=9,6$) и между I и III этапами ($t=6,2$) при ($P < 0,05$) кроме того, намного повышается концентрация внимания, о чем свидетельствует существенное уменьшение количества допущенных ошибок, соответственно критерий устойчивости равен 8,3 (между I и II этапами) и 10,4 (между I и III этапами) $P < 0,05$.

В настоящее время по данным источников литературы известно, что психофизиологический потенциал организма, функциональная подвижность нервных процессов, в том числе и работоспособность человека находятся под влиянием различных внутренних и внешних факторов. Учитывая тот факт, что работоспособность находится в определённой зависимости от производительности труда человека как количественно, так и качественно, нами изучена произвольное внимание травматологического больного в условиях имитации конкретной трудовой деятельности в ОВЛ поликлиники.

Результаты исследования психологической стороны внимания с помощью этой модели отражены в таблице 3.6. Как видно из таблицы 3.6., работоспособность и степень концентрации внимания во время трудовой деятельности (в течение 10 минут) до начала восстановительного лечения отличаются от таковых на этапах ее проведения.

Общее среднее количество открученных винтов в выше названных условиях проводимого эксперимента при поступлении пациентов на лечение составило 13,1±0,5 и допускались ошибки во время исполнения в 1,6±0,16 раза. На последующих этапах, уже во время процедур, работоспособность улучшались, т.е. у больных повысилась устойчивость внимания и ее концентрация, показатели которых соответственно составили 15,1±0,62 и 0,60±0,12 (этап II) и 15,0±0,21 и 0,59±0,18 (этап III). Это свидетельствуют о

положительной тенденции изменений устойчивости внимания во время трудовой деятельности, которые не зависят от локализации последствий травм.

Таблица 3.6. - Изменений «устойчивости внимания пациента во время трудовой терапии в ОВЛ» под влиянием комплексного реабилитационного процесса (средние абсолютные числа)

Локализация травмы	Этапы					
	I		II		III	
	Открученных винтов	Допущенных ошибок	Открученных винтов	Допущенных ошибок	Открученных винтов	Допущенных ошибок
Предплечья	12,58	1,1	14,2	0,62	15,0	0,32
Кисть	14,56	1,0	16,2	0,16	16,1	0,28
Коленный сустав	11,9	1,6	13,0	1,0	14,2	1,9
Голень	12,0	1,7	16,1	1,1	15,6	1,1
Общее среднее число $M \pm m$	13,1 \pm 0,50	1,6 \pm 0,16	15,1 \pm 0,62	0,6 \pm 0,12	15,0 \pm 0,21	0,69 \pm 0,18

При этом несомненной была достоверность положительных изменений работоспособности в процессе проведения реабилитационного мероприятий в ОВЛ. Соответственно критерий «t» между I и II этапами равен 4,2, а между I и III этапами равен 15,8 ($P < 0,01$). По степени концентрации внимания на этих этапах реабилитации «t» соответственно равен 5,13 и 3,3 ($P < 0,01$).

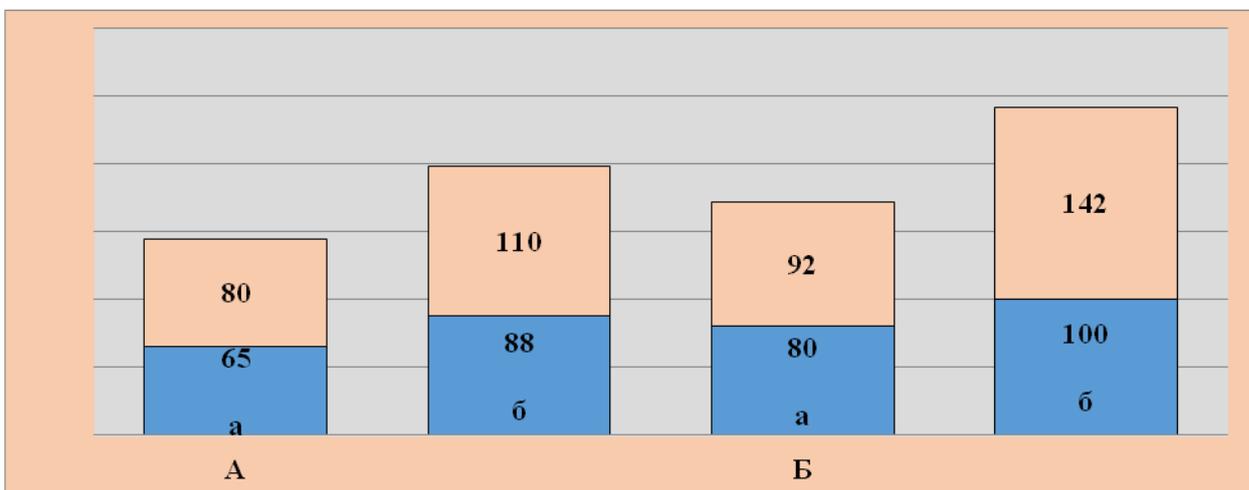
В отличие от первого варианта исследования внимания с помощью бланков в названной выше модели учитывали внешние и внутренние реакции травматологических больных. Полученные данные показателей сердечно-сосудистой деятельности под воздействием коррективной пробы в письменном исполнении на бланках и на упомянутой модели в условиях активной трудовой деятельности позволили при их рассмотрении установить следующее. Так, внешне почти аналогичная виды умственной деятельности, в различных экспериментальных ситуациях приводят к одинаковым изменениям устойчивости внимания. Однако гемодинамические показатели,

в частности артериальное давление (АД) и частота пульса (ЧП) – различные (рис. 3.3 и 3.4).

Как видно из рисунке 3.3 и 3.4, деятельность сердечно-сосудистой системы сильнее изменяется в ходе проведение корректурной пробы при активной трудовой деятельности. Так, у всех больных в первом варианте (А, а) ЧП равнялись 65-80 ударов в минуту, а АД - систолическое и диастолическое – в среднем 120 и 75 мм рт.ст. отклонение от этих показателей в 13% случаев касались тех, которые были связаны с ГБ.

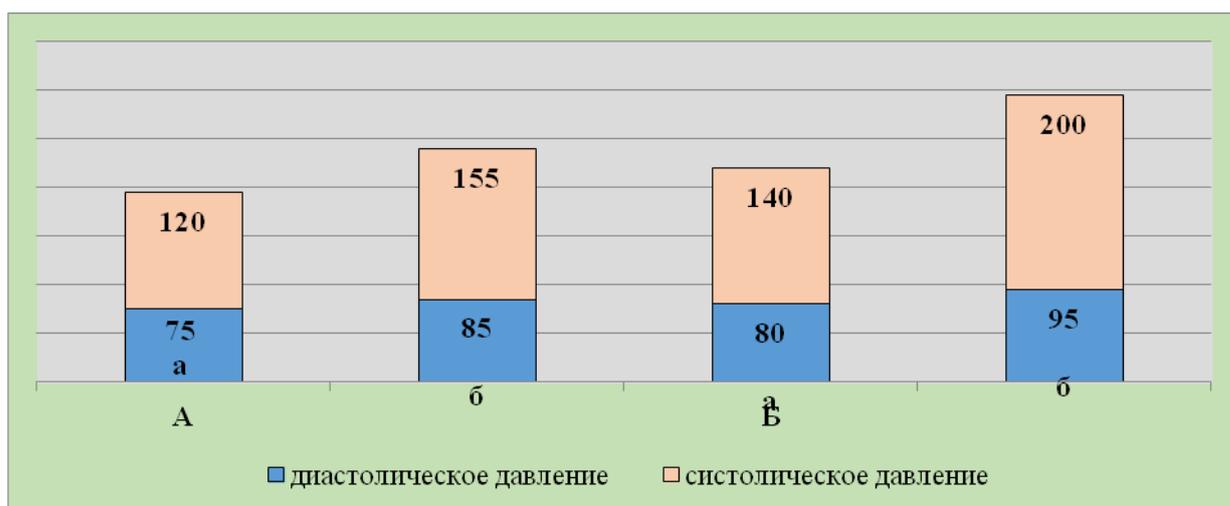
Значения уровней ЧП и АД во втором варианте (Б, а) значительно превышали ранее полученные, и достигли соответственно до 92 ударов в минуту, а АД - до 140 систолическое, 80 - диастолическое.

С окончанием психологического эксперимента с исследованием корректурной пробы (А, б) ЧП в 64% случаев составило 88-110 ударов в минуту, в 36% случаев оставалась на прежнем уровне. АД систолическое и диастолическое не становилось более 155 и 85 мм рт.ст. Исключение составили больные с сердечно-сосудистой патологией, у которых они достигали 170-190 и 80-95мм рт.ст. соответственно. При другой модели исследования (Б, б) ЧП увеличивалась до 142 ударов в минуту, а при этом (Б, б) АД систолическое в 65% случаев выходило за уровни 155-165 мм рт.ст., диастолическое - 95 мм рт.ст., в 32% последняя равнялась 180-200 мм рт.ст., систолическое и диастолическое - 85 мм рт.ст. В 3% случаев исследования прекращались на 5-7 минуте вследствие появления симптомов гипертонического кризиса.



Примечание: обозначение - А - ЧП при письменном выполнении корректурной пробы; Б - ЧП при выполнении корректурной пробы во время трудовой деятельности; а - фоновые показатели ЧП; б - показатели ЧП по окончании эксперимента.

Рисунок 3.3. - Динамика показателей частоты пульса у больных в различных экспериментальных ситуациях



Примечание: обозначение - А - АД при письменном выполнении корректурной пробы; Б - АД при выполнении корректурной пробы во время трудовой деятельности; а - фоновые показатели АД; б - показатели АД по окончании эксперимента

Рисунок 3.4. - Динамика показателей артериального давления у больных в различных экспериментальных ситуациях

Таким образом, степень воздействия стресса на личность при проведении корректурной пробы на бланках и на нашей модели различные. В этой связи психическими реакциями, которой приводят к мобилизации и концентрации внимания на преодоление более естественной трудовой мотивации, в модели Б оказывает сильное нервно-гуморальное действие на сердечно-сосудистую деятельность. При этом и нервно-психическое

возбуждение становится более эффективным. В используемой модели проведение корректурной пробы приобретает характер обучающей процедуры трудовой и социальной реабилитации.

Специалисты ОВЛ должны помнить, что для больных с последствиями травмы ОДА участие в реабилитационном процесс представляется, как своеобразный тяжелый труд, требующий приложения волевого усилия и концентрации внимания на нем, умения противостоять внешним раздражителям, усталости, боли, чувствам сомнения, неполноценности и т.д.

Результаты наблюдений показывают, что в основе психических изменений травматологических больных находятся: нарушение анатомической целостности поврежденного органа; глубокие местные нейротрофические изменения тканей; длительная боль; ортопедическая зависимость, которые нарушили стереотип их жизнедеятельности. Под их влиянием прежде всего расстраивается стабильность психологического статуса больных, особенно эмоционально-волевая сфера. Наблюдается снижение уровня нервно-психической активность выдержка, настойчивость, целеустремленность, решительность, уверенность в благополучном выздоровлении, т.е. ослабевает воля.

В связи с тем, что последняя выполняет, прежде всего, роль в преодолении болевых ситуаций организма, во многом определяя отношения к реабилитации, изучены некоторые волевые свойства. Для этого использовали метод «степень волевого усилия» с его использованием устанавливали силу и длительность волевого усилия, гемодинамическую реакцию ЧП и АД, эмоциональное проявление, поведение и другие черты воли, позволяющие бороться с нарастающей мышечной усталостью при однообразной физической работе. Однако названный метод не может выявить полной характеристики всех внешних и внутренних усилий воли, в которой отражаются потребности, интересы и личностные установки исследуемых.

Цель исследования заключалась в поиске главных векторов развития волевых сил и действий у травматологических больных, а также их трансформацию под влиянием реабилитационного процесса в условиях поликлиники.

Одним из основных показателей «степени волевого усилия» травматологических больных избрана длительность (время) волевого усилия. Последний позволяет определить уровень физической подготовленности, степень мобилизации интеллектуальных, моральных и других сил воли для достижения максимального его уровня (время).

В используемых нами источниках, литературы нами не найдены нормативные ориентиры, позволяющие дать оценки индивидуальных волевых сил травматических больных с повреждениями ОДА. В этой связи разработана модель волевого усилия, с определением «средне нормативной» длительности волевого усилия ($M \pm m$) группах таких больных. На первом этапе реабилитации она составила $2,36 \pm 0,14$, на втором - $2,44 \pm 0,14$ и на последнем (этап III) – $3,05 \pm 0,04$ минуты.

Используя критерий различия «t» были обработаны полученных «средне нормативные» результаты длительности волевого усилия определили статистическую достоверность их различия (таблице 3.7).

Как видно из таблицы 3.7., между первым и вторым этапами волевые мышечные силы практически оставались прежними (всего на 0,08 секунды), вследствие чего не получены статистические различия между ними ($P > 0,05$). Вместе с тем, между первым третьим этапами и вторым и третьим этапами эти различия были статистически достоверными ($P < 0,05$). «Средне нормативная» длительность волевого усилия между этими этапами исследования увеличилась почти на 30 секунд, что свидетельствует соответственно о положительной динамике мышечных сил и отражает их направленность и эффективность реабилитационного процесса, а также об активизации «процессов возбуждения и торможения» в ЦНС.

Таблица 3.7. - Оценки достоверности «средне нормативной» длительности волевого усилия на этапах реабилитационного процесса.

Различие между этапами	Полученные значения критерия «t»	P
Между I и II	2,1	>0,05
Между I и III	4,48	<0,05
Между II и III	4,0	<0,05

В нашу задачу входило и определение у больных умения устранять объективные трудности, обусловленные посттравматической ситуацией, отражающей стойкую длительность волевого усилия, умение управлять своим поведением, подчинять и направлять волевою деятельность. Принимая во внимание тот факт, что каждый человек имеет присущую ему физическую подготовку и может по-разному развивать физические качества, социальные и биологические особенности, все пострадавшие на пять групп в зависимости от «длительности волевого усилия», что отражено в (таблице3.8).

Таблица 3.8.- Распределение больных по группам в зависимости от длительности волевого усилия на различных этапах реабилитационного процесса (абс.ч.,%)

Группа больных	Длительность волевого усилия	Этапы реабилитации					
		I		II		III	
		Число б-х	%	Число б-х	%	Число б-х	%
1	До 1 мин	6	5,1	6	5,1	6	5,1
2	До 2 мин	36	30,7	28	24,0	26	22,3
3	До 3 мин	40	34,2	38	32,5	30	25,6
4	До 4 мин	28	24,0	32	27,3	40	34,2
5	От 4 и более	7	6,0	13	11,1	15	12,8
Итого:		117	100	117	100	117	100

При этом сопоставили индивидуальные результаты каждой группы больных с «средненормативной» деятельностью волевого усилия в динамике на этапах исследования (рисунок 3.5).

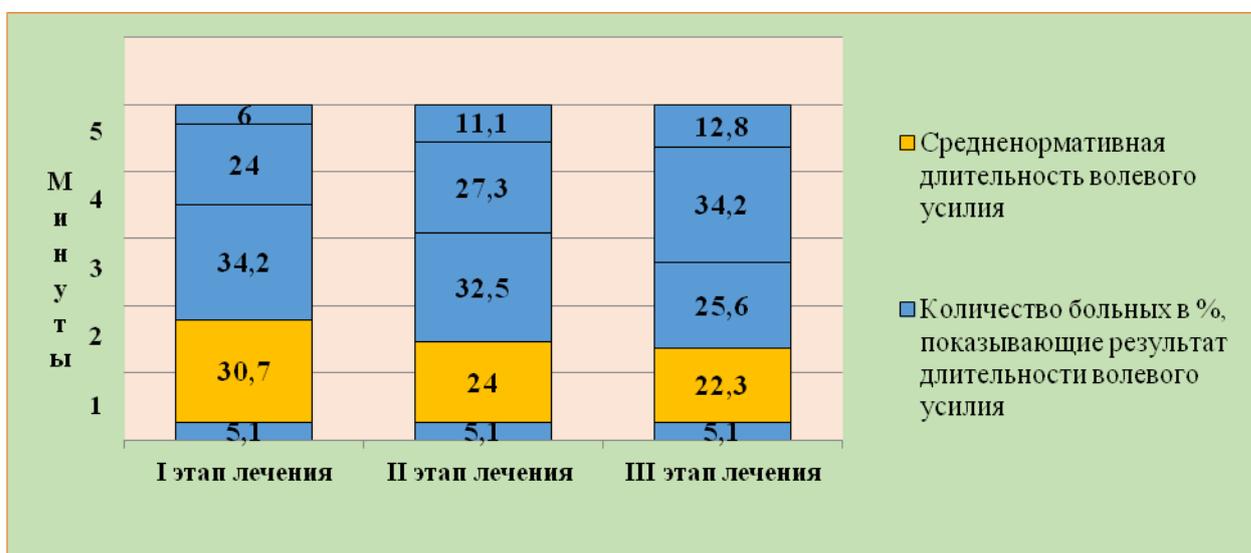


Рисунок 3.5. - Длительности волевого усилия больных на этапах комплексной реабилитации

Как видно из таблицы 3.8. и рисунка 3.5., до начала комплексной реабилитации (этап I) у 64,9% травматологических больных отражен результат длительности волевого усилия в пределах «средненормативной» оценки. Уровень до четырех, четыре и более минут регистрировали в 30,7% случаев. В 5,1% случаев волевое усилие не превышало одной минуты. Следует отметить, что на этапах (II и III) реабилитационного процесса вместе с увеличением «средненормативной» длительности волевого усилия увеличилось число случаев (от 30,0% - этап I, до 38,4% - этап II и 47,0% - этап III), с результатами до четырех и более минут. Больные из этих групп способны быстро концентрировать, сохранять и постепенно преодолевать мышечную усталость, в силу большой выносливости и высокой работоспособности в процессе реабилитации. Согласно нашей классификации эти больные отнесены к лицам с «сильно волевым» типом личности.

При этом одновременно уменьшился удельный вес лиц, которые по длительности волевого усилия в пределах «средне-нормативной» оценки от

64,9% случаев (этап I) до 56,5% (этап II) и 47,9% (этап III). Эта группа больных не выдерживали больших физических нагрузок. Высокий темп их работоспособности сочетался с уменьшением выносливости, невротическая реакция часто направлялась к развитию элементов неадекватности, вследствие чего они получили наименование лиц со «средне волевым» типом личности.

К концу исследования, по сравнению с начальным этапом, на 1,6% случаев увеличилось число лиц с длительностью волевого усилия в пределах одной минуты. При наличии причин отрицательного роста данного показателя выявлено, что он вырос за счет лиц, у которых индивидуальный показатель мышечного волевого усилия к началу реабилитационного процесса незначительно превышал предел одной минуты, невротическая реакция была неадекватной, эмоциональный фон лабильный, предъявлялось множество психологических жалоб, пассивно принимали участие в лечении, проявляли низкую работоспособность, быструю истощаемость физических сил. В этой связи такие травматологические больные отнесены к лицам со «слабо волевым» типом личности.

Таким образом, на основе исследования волевого усилия пострадавших, на преодоление утомляемости от физической нагрузки установлено, что в связи функциональной, психической, социальной напряженности, вызванных травмой, у них страдает волевая сфера.

В реабилитационном процессе комплекса проведения физических, биологических, психотерапевтических и психофизиологических методов лечения происходило укрепление воли травмированных больных, усилия которых направлялись в сторону удовлетворения потребностей и интересов их личности.

Кроме показателей «степени волевого усилия», важной психологической характеристикой является и реакция сердечно-сосудистой системы, в частности, ЧП и АД до начала эксперимента (фон), во время инструктажа и исполнения полученного задания (рабочий период) и в его

конце. Несмотря на индивидуальность показателей сердечно-сосудистой деятельности исследуемых, при сопоставлении их фоновых ЧП и АД с теми, которые получены во время инструктажа, выявили, что у всех пациентов они увеличивались.

Нельзя не согласиться с другими авторами рассуждавшими о гемодинамических изменениях больных как об адекватной психофизиологической реакции организма, способности пострадавших от травмы лиц мобилизовать свою силу воли на выполнение поставленной задачи и способность перестроить нервные процессы с одного вида деятельности на другой.

Во время изучения волевых свойств в динамике ЧП и АД изменялись в трех направлениях. Так, в группе больных с «сильно-волевым» типом личности гемодинамика постепенно приходило к норме к моменту предела мышечного утомления (конец эксперимента) АД и ЧП снижались до фоновых показателей или были чуть ниже их уровня. В группе больных с «слабо волевым» типом личности (5,6%) в рабочем периоде исследования и до конца его векторы динамики АД и ЧП не снижались.

В группе больных (47,9%), где показатели длительности волевого усилия находились в пределах «средне нормативной» оценки, ЧП и АД в рабочем периоде исследования, как и у пациентов из группы «сильно волевых», постепенно нормализовались и к окончанию эксперимента не намного превышали фоновый уровень соответствующих показателей.

Таким образом, невзирая на тяжесть перенесенной травмы, часть больных сохраняет и адекватно развивает компенсаторно-приспособительные функции организма на преодоление трудностей, обусловленных последствиями травмы, другие же не могут полностью мобилизоваться для адаптации к сложившейся ситуации.

Очень значимой характеристикой «степени волевого усилия» является оценка субъективных черт личности, таких как проявление волевых усилий для преодоления нарастающей мышечной утомляемости. С нашей точки

зрения, правильная оценка субъективных волевых качеств пострадавших, отраженных в поведении, в действиях в конкретной ситуации, в отношении к своим результатам исследования представляют компонент их самосознания, т.е. самооценку, самопонимание, саморегуляцию. Познание этих черт личности позволяют врачу-травматологу не только своевременно и правильно произвести диагностику соответствующих расстройств, но и безошибочно организовать психокорректирующие мероприятия. В этом аспекте в конце эксперимента проведена целенаправленная беседа, в которой уточняли: отношение к исследованию, внутренние чувства и ощущения при увеличивающейся мышечной утомляемости, каким образом заставляли себя максимально удерживать гантель вытянутой рукой, т.е. какие усилия воли нужны были для выполнения задания. При этом акцентировали внимание на эмоционально-словесное сопровождение ответов.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что у больных, у которых на этапах реабилитации и к концу исследования оставалась неадекватная невротическая реакция, преобладала переоценка тяжести травматического повреждения, к тому же, наблюдалась неуверенность в благополучном исходе лечения. Мотивом быстрой утомляемости для них были функциональные ограничения, беспокойство во время экспериментального исследования, отсутствие интереса к его результатам. При этом длительность волевого усилия у них была низкой, а сердечно-сосудистая реакция неустойчивой. Больные, которые быстро адаптировались к условиям реабилитации в ОВЛ заняли позицию преодоления болезни. При этом их невротические расстройства имели кратковременный характер, поведение было адекватное, самооценка позитивна и соответствовала объективной реальности, кроме того они внимательно и уверенно выполняли экспериментальное задание, показывали более высокие результаты длительности волевого усилия на всех этапах исследования и сердечно-сосудистая реакция у них соответствовала рамкам физиологических изменений в состоянии физической напряженности.

Поэтапное изучение индивидуальных и групповых результатов длительности волевых усилий, реакции сердечно-сосудистой системы, внешних и внутренних волевых свойств больных при выполнении одной и той же физической пробы позволило установить существование различных типов личности, занятых различными видами труда, у которых глубина, тяжесть, течение и локализация последствий повреждения отличались друг от друга.

В этой связи, вид труда у лиц разных профессий часто является основным в развитии устойчивости организма к большим функциональным нагрузкам, повышает уровень и стабильность нервно-психических процессов к непредвиденным жизненным ситуациям, которые отражают волевые качества личности.

Кроме того в образовании определенных индивидуальных волевых свойств, немаловажную роль играют и другие социальные факторы, в частности, социальная среда, воспитание, привычки, навыки, культура, образование и т.д., в сочетании с профессиональной занятостью они определяют направленность, развитие волевых сил у лиц с последствиями травмы.

Как известно основным контингентом, в экспериментальных группах, были рабочие (72,3%), занятые тяжелым и легким физическим трудом и лишь небольшая их часть (27,7%) – интеллектуальным трудом.

Учитывая такие особенности, нами проведен анализ "степени волевого усилия" в соответствующих группах больных, в т.ч занятых тяжелым физическим (простым и с эмоциональной нагрузкой) трудом и между последней и интеллектуальным трудом.

Ниже предоставляем различия развития длительности волевого усилия и других показателей в случаях травмы голени в момент поступления больного в ОВЛ и в момент его завершения реабилитации в зависимости от видов труда.

Рассмотренные данные о длительности волевого усилия при поступлении больных на реабилитацию показывают, что она составляла следующее: 1) в группе больных, исполняющих легкий физический труд (36,6%) - 2 мин 26 сек; 2) у лиц, занятых интеллектуальным трудом (22,1%) - 2 мин 15 сек; 3) у лиц занятых тяжелым физическим трудом (40,0%) - 2 мин 50 сек. Следует отметить, что комплексные реабилитационные мероприятия приводили эти показатели к постепенному изменению, на завершающем этапе реабилитации они имели следующие уровни показателей: в первой группе - 2 мин 49 сек., во второй - 2 мин 38 сек и в третьей - 3 мин 7 сек.

Отсюда становится установленным, что лица, которые (до травмы) мало заняты физическим трудом имели показатель длительности мышечного волевого усилия на значительно низком уровне в отличие от лиц, выполняющих тяжелый физический труд, реакция их сердечно-сосудистой деятельности сохраняла тенденции к повышению уровня гемодинамических показателей (ЧП и АД). Соответственно у них же интенсивность эмоциональных проявлений, таких как тревога, неуверенность, мнительность и т.д. были более выражены, чем у тех, кто до получения травмы занят был активным физическим трудом разной степени тяжести.

Таким образом, гипокинетический образ жизни и рабочей деятельности ослабляет волевые силы больных, снижает их функциональную активность и устойчивость психоэмоциональной сферы пострадавших.

В настоящее время для прогресса реабилитации необходимо проведение мероприятий по ликвидации последствий тяжелых травм с применением научно обоснованных технологий и методов ЛФК, психотерапии, трудотерапии. В этой связи в случаях нарушения двигательных функций прежде всего значимость кинезиотерапии. возрастает на постиммобилизационном и на завершающем этапах реабилитации травматологических больных в ОВЛ. Это обусловлено требованием дозировки индивидуальных физических нагрузок для стимуляции костно-суставного и нервно-мышечного аппарата, увеличения амплитуды движений,

укрепления устойчивости, координации, скорости моторных действий. Наряду с этим использование этих методов в реабилитации позволяет сократить сроки лечения и временную нетрудоспособность, восстановить трудоспособность пациентов.

С учетом того, что общие изменения в той или иной степени выраженности были у всех исследуемых, определили «скорость захвата» в группах травматологических больных с последствиями повреждений предплечья, кисти, коленного сустава, голени и рассмотрели ее показатели с таковыми в динамике на этапах восстановительного лечения (таблица 3.9).

Как видно из таблицы 3.9., вынужденная гипокинезия приводит к развитию психофункциональных расстройств и нарушений активности организма. При изменении в изменении внешнего поведения, т.е. замедлении моторики, в неуверенности, повышенной тревожности и опасливой настороженности по отношению к назначаемым активным двигательным упражнениям. В этой связи на первом этапе 58,2% пациентов отказывались от выполнения активных движений в рамках проведения ЛФК, считая что их «физическое состояние» не позволяет им выполнить полный комплекс кинезиотерапевтических мероприятий. По всей видимости, подобное защитное внешнее поведение, обусловлено многообразными нервно-психическими изменениями в психологии больных. В эксперименте «скорость захвата» проявлялось в снижении психомоторной реакции, т.е. в скорости сенсомоторной реакции, измеряемой в длине падающей палки. На первом этапе до начала реабилитационных мероприятий «скорость захвата» была значительно больше ($22,0 \pm 1,22$), чем на этапах их проведения ($17,1 \pm 1,00$ и $15,2 \pm 1,00$). Кроме того замедление и снижение психомоторной реакции (этап I) на падающую палку регистрируется во всех группах больных с последствиями травм.

Таблица 3.9. - Показатели «скорости захвата» до и в период проведения реабилитационных мероприятий (см $M \pm m$).

Локализация последствия травмы	Этапы		
	I	II	III
Предплечья	22,0±0,95	18,5±1,00	16,9±0,81
Кисть	21,3±1,00	16,8±0,98	14,1±0,90
Коленный сустав	20,2±1,12	16,1±1,1	15,4±1,3
Голень	22,5±1,00	17,2±1,00	16,0±1,05
При всех локализациях	22,0±1,22	17,1±1,00	15,2±1,00

В этой ситуации полезными становятся беседы разъясняющие пациенту причину состояния, которая требует от них активного участия в лечебно-тренирующих процедурах, что позволит снять нервно-эмоциональное напряжение и увеличить способность повышению двигательной активности.

Исключительно важное место в повышении и укреплении психомоторных свойств больных отводится методистами по ЛФК, инструкторам по социально-бытовой и трудовой адаптации, в обязанность которых входит проведение реабилитационных занятий, не только направленных на устранение но и использовании психотерапевтических методов, аутотренинга, «малой» и «рациональной» психотерапии, приводящих к одобрению, успокоению, убеждению пациентов в необходимости лечения.

Таким образом, совместное использование лечебно-тренирующих кинезиотерапевтических методов реабилитации, психокорректирующих способов приводило к улучшению психомоторных свойств больных с травмами нижней конечности. Такие травматологические больные более реально, оптимистично оценивали тяжесть ситуации, в которой они находятся, а также стали проявлять самостоятельность в период выполнения

комплекса ЛФК, усердно относится к трудотерапии и трудовой реадaptации. В таблице 3.9. демонстрируется психическое состояние и двигательная активность травматологических больных по проявляемой «скорости захвата». Как видно из таблицы 3.9., на последующих этапах (II-III), у них наглядно увеличились темп и скорость целевой моторики.

Улучшение психомоторики больных на II-III этапах реабилитации по сравнению с первым этапом до начала комплекса реабилитации, показала обработка средних показателей «скорости захвата» с помощью критерия «t» различия между первым и вторым и между первым и третьим этапами. Критерий различия « t_{1-2} » между этими этапами значительно превышает величину «t» -табличного ($t_1=3,18, t_2=10,54$), $P<0,05$. В этой связи психомоторика больных улучшилось от воздействия комплексной реабилитации и в данном случае различия между ними являются без сомнения достоверными. Между вторым и третьим периодами лечения значимые различия не выявлены $t_3 = 2,6$ ($P > 0,05$).

В то же время на формирование и развитие высоких психомоторных реакций больных в большей степени влияет вид труда. Кроме того нами проанализирована "скорость захвата" больными работающими при условиях, различных по тяжести и нервно-эмоциональным напряжениям, независимо от локализации последствия повреждения. Соответствующие данные отражены в таблице 3.10.

Как видно из таблицы 3.10., «скорость захвата» до начала реабилитационного процесса (этап I), как и в предыдущей таблице, значительно ниже, чем при проведении реабилитации в т.ч. на завершающем этапе. Однако в данном случае соответствующий относительно показатель низкий у больных, исполняющих легкий физический и интеллектуальный труд. В группе исследуемых, занимавшихся тяжелым физическим трудом с эмоциональным напряжением, «скорость захвата» выше, чем в остальных группах. Проведенные данные подтверждают предыдущие результаты, которые свидетельствуют о более быстром восстановлении психомоторных

свойств у лиц, которые в нормальных условиях жизни постоянно заняты тяжелым физическим трудом с повышенным эмоциональным напряжением (водители, токари, станочники и т.д.). На наш взгляд это зависит от того, что труд последних указывается при постоянном развитии психомоторных факторов, обуславливающих определенную степень их профессионализма. Например, водители первого класса и третьего класса, токари второго или шестого разряда и т.д. имели «скорость захвата» самый высокий $13,3 \pm 1,02$ см.

Таблица 3.10. - Скорость захвата в зависимости от вида труда(см $M \pm m$)

Вид труда	Этапы		
	I	II	III
Легкий	$22,8 \pm 1,20$	$18,0 \pm 1,00$	$16,8 \pm 0,78$
Тяжелый физический труд	$21,5 \pm 1,40$	$18,1 \pm 1,10$	$15,8 \pm 1,20$
Тяжелый физический труд с эмоциональным напряжением	$18,9 \pm 1,40$	$16,1 \pm 0,89$	$13,3 \pm 1,02$
Интеллектуальным трудом	$21,2 \pm 1,00$	$17,9 \pm 0,83$	$16,2 \pm 0,71$

Быстрее остальных психомоторные особенности налаживаются у больных, специфика труда которых характеризуется небольшой двигательной активностью. Прежде всего, это, лица, интеллектуального (умственного) труда или занимающиеся легкой работой с малой физической активностью. В группах из таких больных скорость моторных действий ниже, чем в предыдущей группе больных. Так «скорости захвата» в период завершения лечения у них ниже и составили соответственно $16,8 \pm 0,78$ и $16,2 \pm 0,71$ см.

Существенное статистически достоверное различие выявлено в группах больных, относящихся к лицам тяжелого, физического труда с эмоциональным напряжением лицам, легкого или интеллектуального труда ($P < 0,05$).

Таким образом установлено, что «скорость захвата» развития сенсомоторных реакций зависит от образа жизни и профессиональной деятельности двигательной активности больных, от травмы и от средства реабилитации.

Следовательно, при разработке реабилитационных программ в ОВЛ врач-травматолог должен обращать внимание на индивидуальные физические возможности пациентов. И при необходимости он обязан изменить направленность развития психомоторных реакций путем рациональной интенсификации комплексов реадaptационных мероприятий.

В заключение наших исследований следует отметить необходимость в психологической реабилитации, учитывая эволюцию психологического статуса травматологического. При этом уровень нарушений и оптимальность выбора средств психокоррекции необходимо определять комплексно, используя комплекс клинико-anamнестические и экспериментально-психологические методики, по оценке невротической реакции, внимания, эмоциональной и волевой сферы, психомоторной и других функций. Тем самым проявляется возможность не только усовершенствовать и расширить спектр реабилитационных мероприятий но и дифференцированно подходить к разработке и использованию в практике реабилитационных программ. Кроме этого, в условиях ОВЛ психологическую реабилитацию травматологических больных наряду с медицинской, социальной и профессиональной требуется проводить силами, как врача-травматолога, так и среднего медицинского персонала, специально подготовленного по реабилитации и владеющего методами психотерапии (рациональной психотерапии, самовнушения, аутотренингом и др.). При этом возможно восстановление здоровья, личностного и социального статуса больного, повышение качества лечения, но и устраняется необходимость ОВЛ штатного врача-психотерапевта.

ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

4.1. Организация реабилитационных мероприятий в городской многопрофильной поликлинике

Создавая ОВЛ при поликлинике гг. Худжанд, с обслуживанием травматологических больных Бустана, Гулистана и Бободжон Гафуровского района мы учили ее материально-техническую базу и перспективы развития. Также исходили из принципов централизации восстановительного лечения в крупной поликлинике с хорошей материально-технической и лечебно-диагностической базой и максимального приближения этого вида медицинской помощи к жителям густонаселенного района.

Этим требованиям отвечала 1-я поликлиника г.Худжанда, на базе которой и создана первая модель многопрофильного отделения восстановительного лечения ортопедотравматологического профиля.

Создавая ее первоначальную структуру, мы учитывали прежде всего уже имеющиеся средства медицинской реабилитации. Трудность состояла в выделении дополнительных помещений. Необходимо было решать и следующие вопросы: какие конкретно службы, отделения и кабинеты поликлиники ввести в состав ОВЛ. Как правильно подчинить их единому руководству, определить конкретные функции и создать единый коллектив с едиными целями и задачами? Какие дополнительные средства необходимы для осуществления полноценного комплекса восстановительных мероприятий? Как добиться преемственности между специалистами ОВЛ и лечебно-профилактическими учреждениями района, городов. Какими дополнительными штатами понадобится укомплектовать ОВЛ.

Таким образом, основная задача на этом этапе организации восстановительного лечения состояла в согласованной реорганизации целостных служб, отделений и кабинетов, создании новой системы

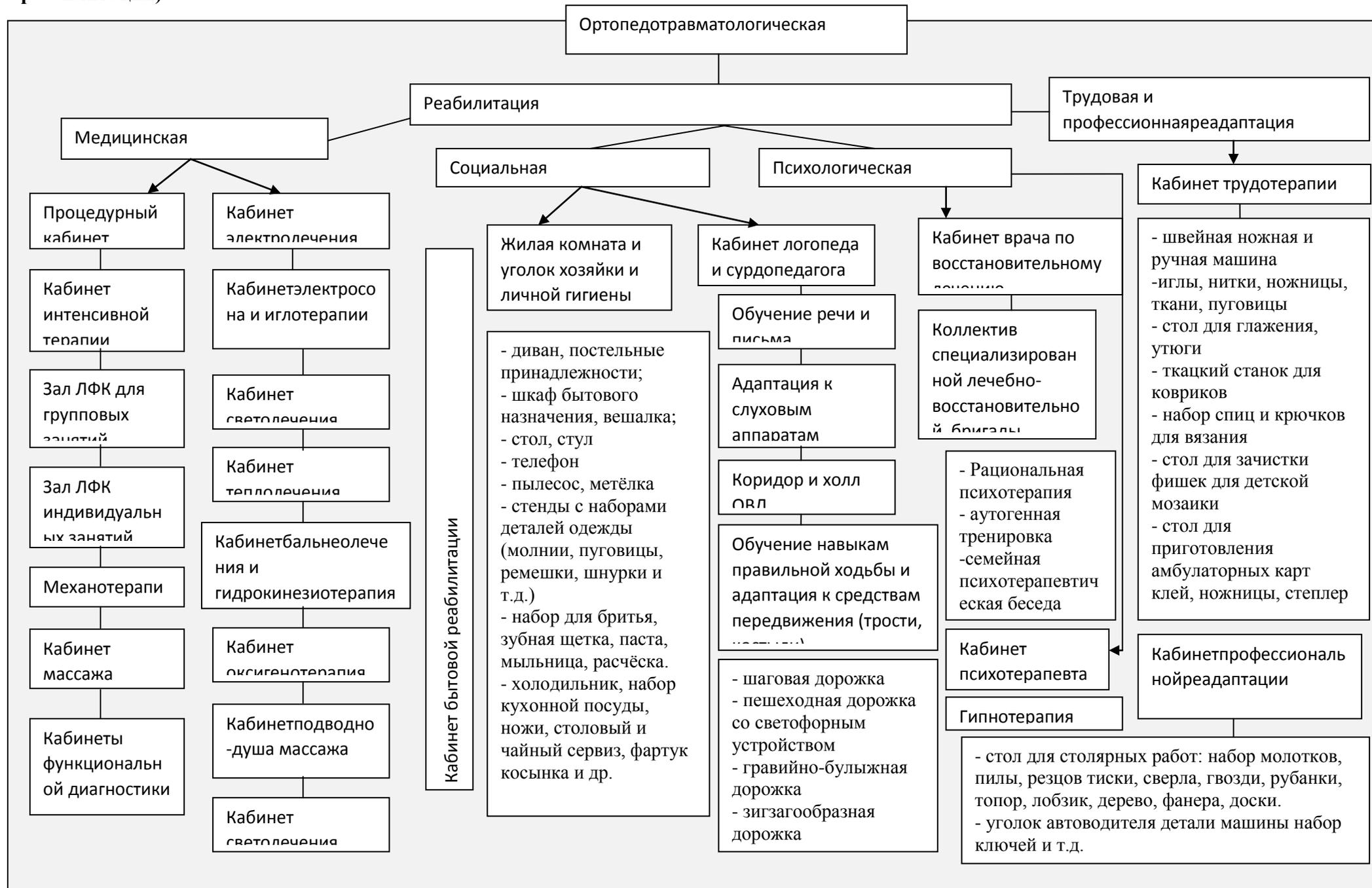
реабилитации больных в поликлинике по единой программе, на едином уровне, во всех взаимосвязанных звеньях и на всех ее этапах.

В структуру ОВЛ вошло отделение физиотерапии, отделение функциональной диагностики, кабинеты ЛФК и массажа, призванные осуществлять медицинскую реабилитацию. Для проведения социальной и психологической реабилитации, кроме кабинетов психотерапии, логопедии и фоноатрии, организовали кабинеты социально-бытовой терапии, в которых установлены разные стенды, макеты, приспособления, предметы домашнего обихода для обучения и тренировки навыков по самообслуживанию. Оборудована дорожка для обучения правильной ходьбе, ходьбе через препятствия разного режима, гравийно-булыжная дорожка, пешеходная дорожка со светофорным устройством для тренировки навыков поведения на улице, в транспорте. Для профессионально-трудовой реадaptации оборудованы мастерская со столярным сектором, авто- и механический сектор.

Для удобства больных основная часть отделения состояла из кабинетов для индивидуальных занятий в ЛФК, по механотерапии, для массажа, бальнеолечения и гидрокинезиотерапии, теплолечения, оксигенотерапии, социально-бытовой, трудовой терапии, профессиональной реадaptации. Кабинет заведующего и старшей медицинской сестры отделения сконцентрировали на первом этаже помещения поликлиники. В коридоре и холле этого этажа установлены приспособления для обучения и тренировки навыков поведения - на улице и в транспорте. Вся продуманная нами структура основывалась на единых принципах восстановительного лечения при различных заболеваниях, которые имеют специфические черты и особенности, определяющие сущность патологий и её последствия (схема 1).

Учитывая численность взрослого населения города, установлено дополнительно 0,5 ставки врача ЛФК.

Схема 4.1.Схема структура отделения восстановительного лечения городской поликлиники №1г. Худжанд (виды и средства реабилитации)



Далее указывалось, что на базе поликлиники №1 г. Худжанда функционируют 3 ГТП и 1 РТП, которые административно-хозяйственно и организационно-методически подчиняются больниц скорой медицинской помощи (БСМП), обслуживающий города – Гулистан, Бустан и Бободжон Гафуровский район. При анализе травматизма, по данным обращаемости в травмпункт за 2000 год выявлено, что до 55% случаев это лица, проживающие или работающие на территории г. Худжанда.

В странах постсоветского пространства в травматологическом пункте, где оказывалась первая медицинская помощь, больные должны были продолжать лечение там, же до полного выздоровления. Так как в г. Худжанд ОВЛ и РТП оказались размещенными на одной базе, то это дало возможность охватить всеми видами восстановительного лечения всех больных травматологического профиля.

Лечение больных с тяжелыми функциональными осложнениями назначалось поздно. Не составлялся четкий индивидуальный план лечения и в его комплекс почти не включались методы социально-бытовой терапии, профессиональной реадaptации, психотерапии, гидрокинезиотерапии и другие. Все эти недостатки отражались прежде всего на качественных показателях лечения больных.

Внедрение всех компонентов организации лечебного процесса больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата в ОВЛ завершено после введения в его штат (2012) должности врача-травматолога. В 2012 году была создана поэтапная система восстановительного лечения травматологических больных: скорая медицинская помощь, специализированный стационар БСМП или РТП и ОВЛ поликлиники. Худжанда, и реабилитационная комиссия, в состав которой вошли: врач-травматолог - специалист по восстановительному лечению, врач-травматолог травмпункта заведующий ОВЛ, физиотерапевт, врач по ЛФК. Комиссия работала два раза в неделю. В ее функции входили отбор больных на реабилитацию и составление общего индивидуального плана лечения.

Контроль и выполнение назначенных восстановительных мероприятий проводился двумя врачами: врачом-травматологом в травмпункте и врачом-травматологом в ОВЛ. Вопросы экспертизы трудоспособности решались только в ОВЛ.

Анализ результатов работы по вышеописанной системе за 2012 год, по сравнению с 2000 годом, свидетельствовал о более положительных результатах в лечении больных: улучшилось качество проводимого комплекса лечения, так как больные в отделении наблюдались врачом-реабилитологом увеличился объем лечебных процедур с применением методов социальной и трудовой терапии, стали внедряться новые методы лечения - такие, как гидрокинезиотерапия, профессиональная реадaptация, несколько улучшилась преемственность между специалистами ОВЛ. Но, наряду с этим прогрессом были обнаружены и достаточно серьезные упущения, которые заключались прежде всего в несоблюдении основных принципов реабилитации: раннее начало лечения, комплексность, непрерывность и поэтапное построение программы реабилитации больных с учетом индивидуальных свойств личности и характера расстройств функций поврежденного органа. Все эти недостатки влияли на основные показатели эффективности лечения в ОВЛ. Несущественно изменились показатели длительности временной нетрудоспособности, пребывания на реабилитации больных в ОВЛ, уровня инвалидности. Для динамического наблюдения за состоянием нарушенных функций поврежденного органа в период восстановительного лечения мало использовались методы функциональной диагностики, рентгенологические и лабораторные исследования. Все вышеуказанное побудило нас искать неиспользованные резервы для проведения на более высоком качественном уровне всей системы восстановительного лечения больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата. Таким резервом оказалось наделение функциями, средствами и правами, а также возложение ответственности за результаты лечения больных на единого лечащего врача-травматолога, владеющего

методами физиотерапии, ЛФК, психо- и трудотерапии и другими вопросами реабилитации больных. Это предложение вытекало из опыта нашей работы, и оно созвучно мнению других авторов.

Анализируя работу ОВЛ за три года: 2010 г. - до организации системы реабилитации больных и 2013 г. - при уже существующей структуре ОВЛ и системе организации восстановительного лечения больных с последствиями травм ОДА в поликлинике, где работает и травматологический пункт, мы пришли к выводу, что целесообразно утвердить должность единого врача-травматолога-ортопеда по восстановительному лечению, который бы взял на себя выполнение заключительного поликлинического этапа реабилитации этих больных и освободил таким образом врача-травматолога-ортопеда травмпункта от ведения больных, подлежащих восстановительному лечению.

В целях улучшения качества восстановительного лечения больных ортопедотравматологического профиля в г.Худжанд в травматологическом пункте в 2012 г. утверждена должность специалиста врача-травматолога-ортопеда по восстановительному лечению, а отделение официально должно было проводить реабилитацию больных с травмами в поликлинике, проживающих в гг. Худжанде, Гулистан, Бустан и Бободжон Гафуровском районе, т.е. в зоне обслуживания ОВЛ.

Таким образом, была решена одна из важнейших проблем: официально утверждена должность единого лечащего врача-специалиста в отделении восстановительного лечения поликлиники принципиально с новыми функциями и обязанностями. Ему было доверено проведение ежедневных консультаций, обследований и отбор больных на лечение, определение индивидуальной программы комплексного восстановительного лечения, контроль за состоянием больного и за выполнением назначений. Помимо вышеуказанных, в перечень функций и обязанностей данного специалиста вошли и проведение экспертизы временной нетрудоспособности, направление больных на ВТЭК, определение контингента больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении в травмпункте, решение

вопросов рационального трудоустройства, осуществление дальнейшего лечения больных и инвалидов в ОВЛ, а также организационно-методической работы, с оказанием преемственности на всех этапах проведения восстановительного лечения.

В результате такой организации работы отпала необходимость нахождения в отделении врачей по лечебной гимнастике и физиотерапии. Взамен им ввели должности врачей специалистов на 0,5 ставки по иглорефлексотерапии, функциональной диагностике, кардиолога, невропатолога, т.е. специалистов по восстановительному лечению.

Таким путем была создана модель организации ОВЛ в городской поликлинике, и определена ее рациональная организационно-функциональная структура, введена должность врача-травматолога по восстановительному лечению с определением его функциональных обязанности.

4.2. Система организации восстановительного лечения больных травматологического профиля в г.Худжанд. Опыт совместной работы отделения восстановительного лечения городской поликлиники с травматологическим пунктом и объединением.

Наряду с усилением профилактической задачи поликлинической службы сохраняется и важность дальнейшего приближения к населению ортопедотравматологической и реабилитационной помощи.

Травматологический пункт является одним из основных этапов в системе реабилитации больных, получивших травмы ОДА, функции, которого заключаются в оказании экстренной помощи пострадавшим, их сортировке, лечению и наблюдению за ними в период иммобилизации, снятии гипсовых повязок, аппаратов, определении дальнейшей тактики лечения и реабилитации, долечивании выписанных больных из стационара, диспансеризация и проведение мероприятий по профилактике травматизма.

Однако, ведя одновременно прием первичных больных и наблюдение за ними на повторном приеме, врач - травматолог не в состоянии в сложных случаях травм, требующих больших усилий и времени, осуществлять все

необходимые реабилитационные мероприятия, Следовательно, заключительный этап поликлинической реабилитации в этих случаях необходимо проводить в специализированных отделениях ОВЛ под наблюдением врача-специалиста в данной области.

Развитие поликлинического этапа реабилитации, соответствует основным целям и задачам травматологического пункта в проведении комплексных мероприятий направленных на снижение показателей нетрудоспособности рабочих и служащих

С учетом передового опыта и принципов реабилитации как в организационной структуре, так и в технологии ее проведения в наших условиях, приоритетом для нас стало обеспечение преемственности между поликлиническими подразделениями, специалистами травматологического пункта, вспомогательными службами со специалистами реабилитологами т.е. ведущему требованию системного подхода к организации реабилитационного процесса. В условиях разной административной подчиненности ОВЛ трудно организовать своевременное направление больных на восстановительное лечение, так как нет единого методического подхода к ним, а также отсутствует единая учетно-отчетная документация, которая позволяет вести текущий контроль за результатами лечения

С появлением должности врача-травматолога-ортопеда в ОВЛ и организации реабилитационной комиссии эти трудности постепенно были преодолены и создана действенная система связи и взаимодействия между ОВЛ и травматологическим пунктом. В этом отделении врачи травматологического пункта научили проводить правильный отбор больных для реабилитации. В тоже время в период активной реабилитации больного в ОВЛ позиция одного из двух врачей была пассивной, так как будучи работником травматологического пункта, он во время лечения больного в ОВЛ выполнял функции только медико-социального эксперта, т.е. констатировал результат, не влияя на него. Активная – позиция принадлежала врачу-травматологу ОВЛ, который составлял индивидуальную

программу реабилитации нарушенных функций травмированного ОДА, и его социального статуса. Кроме того он вправе был проводить корректирование этих программ, во время - их исполнения, изучал компенсаторные функции поврежденных органов с целью выдачи правильных рекомендаций. Таким образом, на практике была доказана необходимость комплексной реабилитации больных в ОВЛ единым врачом - травматологом со специальной подготовкой.

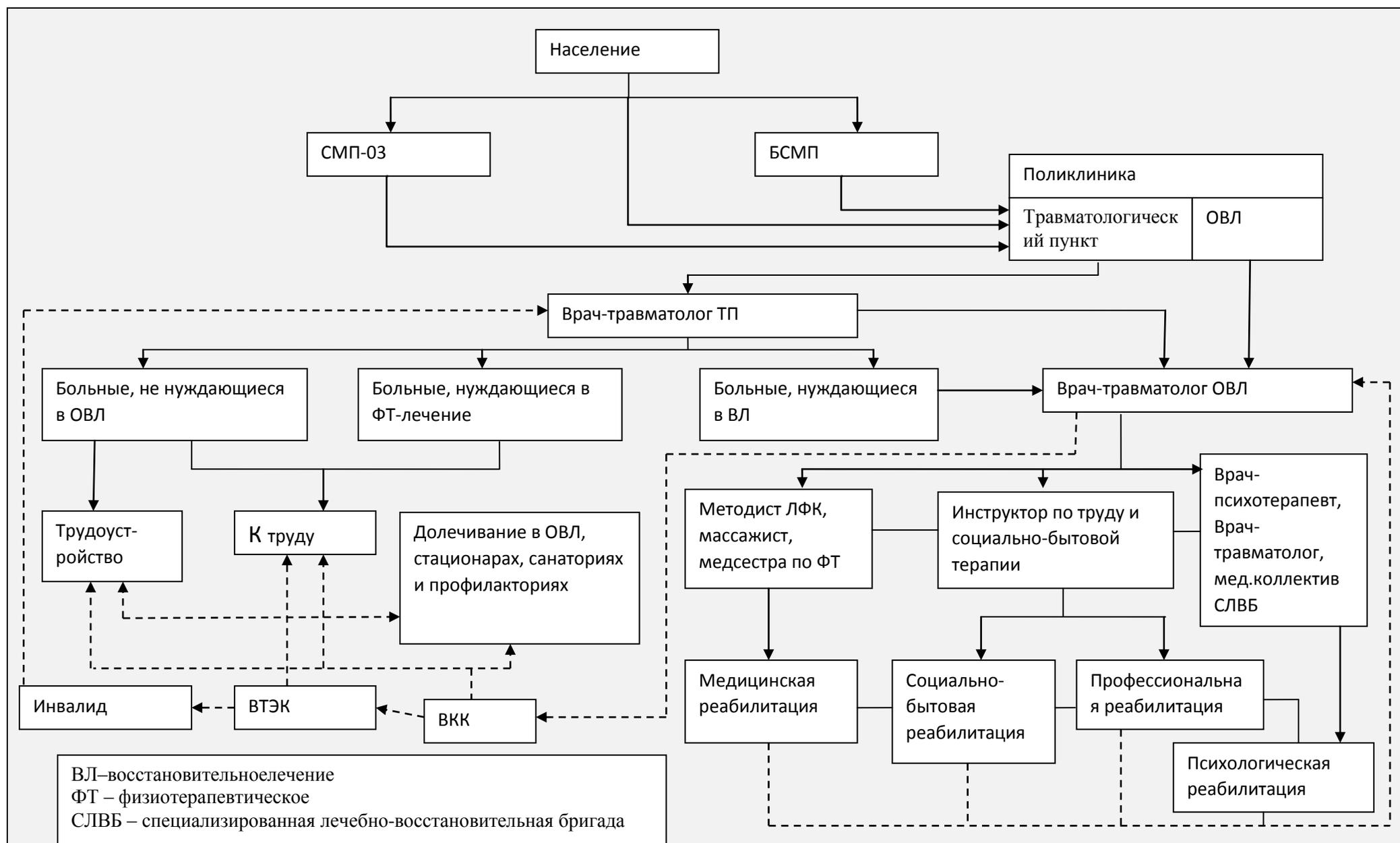
Что же касается реабилитационной комиссии то играя, роль связующего звена между травматологическим пунктам и ОВЛ, она утратила свои функции. Так работая два раза в неделю, что явно недостаточно для курирования больных ее существование способствовало удлинению сроков начала реабилитации и снижению своевременного охвата больных этим процессом. Во-вторых, как уже отмечалось ранее в нее входили специалисты (врач-физиотерапевт, врач-лечебной физкультуры, врач-травматолог с травматологического пункта), которые, в основном, были заняты общеполиклиническим приемом. Учитывая эти недостатки в организации работы реабилитационной комиссии совместно с администрацией травматологического пункта, в виде эксперимента было принято решение закрепить прием всех нуждающихся больных за специалистом по реабилитации. Он имел право проводить всю комплексную программу реабилитации больных, соблюдая индивидуальный подход к каждому из них до окончательного исхода. Для преемственности между врачом-травматологом травмпункта и специалистом реабилитологом прием травматологических больных организовали рядом с кабинетом приема врача-травматолога-ортопеда с одинаковым ежедневным графиком приема пациентов. Таким образом, при отсутствии противопоказаний к реабилитации после снятия гипсовых иммобилизаций, аппаратов, после заживления ран и т.д., больные с амбулаторной картой и листком нетрудоспособности переводились из РТП на следующий этап поликлинической реабилитации в ОВЛ.

Другим организационным признаком преемственности этапов реабилитации явились врачебные конференции, на которых проводился разбор ошибок в диагностике заболевания и лечения пострадавших на предыдущих этапах, разбор контингента лиц с тяжелыми последствиями травмы да своевременного корректирования плана лечения в ОВЛ или перевода их на стационарное лечение. Кроме того обсуждались новые методы лечения, области их внедрения, анализировалась эффективность лечения больных в ОВЛ.

Одновременно работали комиссии ВКК, в которых участвовали врач-травматолог-ортопед с травматологического пункта, заведующие поликлиники и ОВЛ. Следует отметить, что такая форма работы ОВЛ с травматическим пунктом заслуживает внимания, так как она способствует решению ряда трудных организационных вопросов. При решении этих проблем создана система взаимодействия ОВЛ с районным травматологическим пунктом и другими лечебными учреждениями общелечебной сети города (схема 2).

Как видно из схемы 2 удалось разработать четкую систему поэтапной реабилитации травматологических больных с применением реабилитационных мероприятий в поликлинике, сохранить преемственность между двумя лечебными учреждениями – районным и городским травматологическим пунктом БСМП и ОВЛ при поликлинике №1 медобъединения.

Схема 4.2. -Система взаимодействия отделения восстановительного лечения с травматологическим пунктом и другими медицинскими учреждениями



Учитывая характер травмы, пострадавшие могут пройти трех- или четырехэтапную систему реабилитации в условиях нашего города: 1) скорая медицинская помощь – районный травматологический пункт - ОВЛ поликлиники; 2) скорая медицинская помощь - специализированный БСМП стационар - районный травматологический пункт - ОВЛ поликлиники. При централизации ортопедотравматологической службы города, как это было сделано такая система является одной из моделей организации реабилитационного процесса, основные звенья которой это специализированные скорая помощь, стационар, районный травматологический пункт и отделение реабилитации поликлиники. На всех этапах реабилитационного комплекса мероприятия осуществляется по единым организационно-методическим указаниям.

Наш опыт организации реабилитации больных о последствиями травмы ОДА в поликлинических условиях ОВЛ объединенном с районным травматологическим пунктом, стал примерным для внедрения в гг. Худжанде, Гулистан, Бустан и Бободжон Гафуровском районе. В системе здравоохранения в настоящее время ОВЛ играет роль методического центра по организации реабилитационного процесса в других поликлинических учреждениях.

4.3. Организация реабилитационного процесса травматологических больных и методы их реабилитации

В российской и иностранной литературе (далее зарубежье) проблеме реабилитации травматологических больных уделяется много внимания. Это обусловлено тем, что практическое применение разнообразных методов зависит от наличия средств реабилитации, от соблюдения преемственности при ее организации в наиболее ранние сроки и непрерывности на этапах проведения. В конечном итоге эффективность реабилитационного процесса напрямую зависит от комплексности соответствующих мероприятий.

Как показывает опыт нашей работы комплекс реабилитационной программы в ОВЛ должен состоять из трех этапов:

1. Начальный, направлен на содействие больным к адаптации к обстановке реабилитационного отделения, изучение их личностных особенностей, при налаживании контакта с ними, выявлению их настроя к реабилитации и разработка индивидуальных программ по реабилитации. Продолжительность этапа от 1-3 дней. При этом исходя от личности пациента и тяжести травмы, период это этапа продлевается до одной недели.
2. Основной (реабилитационный).- заключается в организации и проведении комплекса мероприятий в ОВЛ с применением всех имеющихся медицинских, психологических, социально-бытовых, трудовых методов реабилитации включающих метод профессиональной реадaptации травматологического больного.
3. Завершающий этап заключается в потенцировании и пролонгировании мероприятий, выполненных в отделении, подготовке пациента к возвращению в окружающую социальную среду. Реабилитационный процесс в ОВЛ программируется с учетом поэтапного ведения больных с травмами ОДА

Известно, что в качестве основного средства медицинской реабилитации, при повреждениях ОДА, - стала ЛФК в различных ее формах: активная, пассивная, активно-пассивная с применением механотерапевтических аппаратов. Кроме того ЛФК как часть комплекса реабилитации мероприятий используется с первых дней, наряду с физиотерапией, массажем, с обучением и закреплением навыков самообслуживания, профессиональными навыками. Важно отметить, что ЛФК как метод активной функциональной реабилитации травмированных лиц, требует ее высокой организации. В связи с тем, что поступление в ОВЛ происходит после снятия гипсовых иммобилизаций, основными в ЛФК становятся стимуляция защитных сил; повышение психоэмоционального

статуса; местное воздействие на поврежденный сегмент ОДА с целью усиления регенеративных процессов в тканях; профилактика отеков; мышечных атрофий; контрактур и т.д. При поступлении больных в ОВЛ, по данным наших исследований, ЛФК охвачены все больные (100%). Отделения лечебной гимнастики, кроме кабинета для групповых занятий по лечебной физкультуре, у нас нет. Исходя из конкретных условий и возможностей, с учетом контингента поступающих больных с последствиями травм, приспособили один кабинет для индивидуальных занятий с гимнастическими приспособлениями, оборудовали специально холл и коридор в ОВЛ.

Учитывая большой арсенал средств для лечебной физкультуры и характер последствий у поступающего контингента в ОВЛ, мы провели специализацию методистов по ЛФК. В перечень обязанностей методиста по ЛФК вошло: налаживание психотерапевтического контакта с пациентом; объяснение значимости лечебной физкультуры в комплексе лечения; ритмичность и последовательность его проведения; обучение навыкам правильной ходьбы с использованием ортопедических средств передвижения (костыли, трости, протезы); развитие компенсаторных функций поврежденного органа; использование игровых методов ЛФК, как психофизического элемента адаптации к новым условиям жизни; использование аутотренинга во время занятий по лечебной физкультуре и гидрокинезиотерапии; создание благоприятной микросоциальной среды; умение вести индивидуальную психотерапевтическую беседу с учетом невротических реакций, возникших вследствие травмы; наблюдение за процессом восстановления здоровья; своевременное информирование врача о возникших осложнениях; составление индивидуальных программ по лечебной физкультуре; введение учетно-отчетной документации (ф/у- 042; журнал)

Таким образом, в системе восстановительной терапии ЛФК и ОВЛ применялись такие процедуры, как улучшающие кровообращение и нормализующие обменные процессы в организме, особенно в поврежденных

тканях. К ним относятся физиотерапевтические процедуры, массаж, гидротерапия, а также УВЧ-терапия, лекарственный электрофорез и гальванизация, светолечение и другие. По нашим наблюдениям, особую пользу пациентам приносят тепловые ванны (частичные, общие), парафиноозокеритовые аппликации. В наших исследованиях установлено, что больных с последствиями травм в ОВЛ используют по показаниям аппаратную физиотерапию в 96,1%, водолечение, гидрокинезиотерапию, парафиноозокеритовые аппликации - от 50,3 до 70,1%, массаж - 98,2%.

Нами внедрена в качестве метода реабилитации больных в поликлинике трудотерапия, которая позволила приспособлять, тренировать и развивать функций поврежденных органов. Трудотерапия стала источником формирования у больных моральных качеств, развивая их творческую активность, настойчивость и целеустремленность. Установлено, что трудотерапия в ОВЛ способствует врачу-травматологу оценить возможности больного и решить вопрос его трудоустройства.

По данным полученными нами, более 65% травматологических больных, являются квалифицированными рабочими. В этой связи, по нашему мнению, необходимо иметь оборудование мастерской, для тренировки и восстановления основных профессиональных навыков. А такие навыков по самообслуживанию, в которых нуждаются 55,6 – 68,1% больных.

На всех этапах реабилитации одновременно с медицинскими и методами трудовой и профессиональной реадaptацией в ОВЛ нами применялись и психокорригирующие методы. Для активного его включения больного в реабилитационный процесс они позволяли ликвидировать нервно-психические расстройства, травматологических больных начиная с момента первичного приема у врача травматолога ОВЛ. Психологическая реабилитация способствовала укреплению психомоторных свойств, волевых сил пострадавших в борьбе с заболеванием, на преодоление трудной жизненной ситуации связанной с травмой, на создание охранительно-

восстановительного режима, исключая дополнительную психическую травматизацию.

Психологический статус травматологических больных восстанавливался под воздействием применения методов индивидуальной и коллективной психогигиены, психотерапии, психопрофилактики и психокоррекции. В используемые в системе комплексной реабилитации, они значительно повышают эффективность лечебно-восстановительных процедур и приводят к активизации больных в период ее реализации.

Психотерапевтическая реабилитация в ОВЛ разрабатывалась индивидуально для каждого больного в зависимости от функционального состояния поврежденных органов, и нервно-психических реакций на проведение реабилитационного процесса. Наш опыт свидетельствовал, что простота и доступность психотерапевтических приемов аутогенной тренировки, малой и рациональной психотерапии в рамках реабилитации травматологических больных с повреждением органов ОДА позволяет предлагать их к широкому применению на поликлиническом уровне реабилитации больных.

4.4. Специализированная реабилитационная бригада в системе восстановительного лечения.

В настоящее время назрела необходимость повышения эффективности и качества повседневной деятельности ОВЛ через совершенствование в нем организации труда и управления. Опыт работы в ОВЛ показывает, что с увеличением мощности уровня специализации, большего развития и дифференцированности его вспомогательных служб, требуется усиление связи между ними.

Одним из элементов механизма повышения эффективности работы в ОВЛ является четкая информация о ее порядке и режиме

Нашими исследованиями установлена важность поэтапной работы системы комплексной реабилитации травматологических пациентов с повреждениями ОДА, с взаимодействием между лечебными учреждениями,

такими, как травматологический пункт БСМП и ОВЛ при объединенной поликлинике №1 г. Худжанда между службами и кабинетами, а также более тесный контакт и между средним медицинским персоналом ОВЛ.

Выше указывалось, что с целью рационального использования рабочего времени в ОВЛ, мы старались правильно разместить кабинеты, создать оптимальный вариант расположения функционально зависимых кабинетов. Так, рядом с кабинетом лечебной гимнастики и механотерапии расположили кабинеты: массажа, гидрокинезиотерапии и бальнеолечения, парафинозекеритной терапии, социально-бытовой терапии, трудотерапии, мастерские по профессиональной реадaptации и др. Такая перестройка затронула организацию труда среднего медицинского персонала, основного звена, задействованного в реабилитационных процессах по программам, которые разрабатываются врачами.

Исследователи по разному относятся к решению вопроса о персонале реабилитационных учреждений и организации соответствующего трудового процесса.

В нашей стране созданы и развиты реабилитационные бригады для восстановительного лечения детей. В них входят, кроме врачей-специалистов, медицинские сестры по физиотерапии и массажу, инструкторы по лечебной физкультуре.

Соответственно значительный опыт по бригадному обслуживанию на до госпитальном этапе используется в случаях с острым инфарктом миокарда, острыми отравлениями, тяжелыми сочетанными травмами и т.д. С этой целью работают специализированные кардиологические бригады, травматологический - реанимационные бригады в службе скорой медицинской помощи. В системе реабилитационной службы большое значение отводилось организации лечебного процесса и труда медицинского персонала. Как свидетельствует ряд публикации [22, 25, 52, 133], особое развитие получили бригады амбулаторного центра реабилитации. При этом средний медицинский персонал, занимался работой отличавшейся новой

спецификой проводимых реабилитационных мероприятий и новыми функциональными обязанностями. Вместе с тем анализ организации его труда по бригадному методу в условиях ОВЛ поликлиники общелечебной сети нами не встречался.

В ОВЛ больные проходят комплекс реабилитационных мероприятий у специалистов разных профилей: инструкторов по ЛФК, массажистов, инструкторов по труду и социально-бытовой терапии, медсестер по физиотерапии, медсестер общего профиля и других.

В реабилитационном процессе участвует сравнительно большое количество сотрудников ОВЛ, работающих в отдельности, что резко снижает персональную ответственность за конечный результат. Поэтому мы организовали бригадный метод обслуживания больных в ОВЛ в две смены. При этом специализированная лечебно-реабилитационная бригады (СЛРБ) состояла из следующих специалистов: инструктора по лечебной физкультуре, (ответственного за работу) массажиста, двух медсестер по физиотерапии, инструктора по труду и социально-бытовой терапии и двух человек младшего медицинского персонала. Контроль за работой бригады в смене осуществляет старшая медицинская сестра отделения. В целом травматологические больные распределялись на две группы и закреплялись на все виды лечения к одной из сменной бригад.

В этой связи ощущалась необходимость в реорганизации рабочих мест медицинского персонала в бригаде с учетом эргономики и эстетики, рационального оборудования кабинетов, унифицировании регистрации больных, учета проводимых процедур и их последовательности. Кроме того, потребовалось отрегулировать поток больных в кабинеты, для исключения наложения процедур, с тем, чтобы добиться последовательности в их выполнении. Соответственно был разработан еженедельный почасовой график работы кабинета в смену(приложение 4)показывающий количество больных в час и в течение дня принимающего за смену работником. В графике в примечании по фамильной регистрировались выписанные больные

и поступившие на реабилитацию. При поступлении на лечение в ОВЛ пациенту выдают «контрольную карту лечения пациента в ОВЛ» (приложение 3). В последней конкретно указывается номер кабинета и врачом отмечается номер очередности процедуры. Внедрение графиков, позволило обеспечить ритмичную работу аппаратуры, оптимально использовать ее возможности. Таким образом были сокращены затраты времени больного на посещение кабинетов.

Специализированная лечебно-реабилитационная бригада, представляет собой - новую организационную форму работы медперсонала. Функционально объединенная в единую систему в структуре ОВЛ поликлиники, она позволяет наиболее рационально использовать средний и младший медицинский персонал, способствуя их взаимодействию и исполнению реабилитационной программы, а также контролю за ходом соответствующих мероприятий, что повышает персональную ответственность каждого за работу, и трудовую дисциплину.

Такая форма организации труда позволяет контролировать динамику состояния больного. Следовательно, суть специализированная лечебно-реабилитационной бригады состоит в микросреде со своей атмосферой взаимосвязи, в которой создаётся обстановка доброжелательности, ответственности за больных, уважения друг к другу, а также хороший психологический климат. Последний большое влияние оказывает на психо-эмоциональное состояние травматологических больных.

Исходя из этого к среднему персоналу предъявляются более повышенные требования, чем в обычной поликлинике. Это связано с тем, что уровень их теоретической подготовки в вопросах реабилитации должен значительно отличаться от традиционного лечения. Кроме того, работа в ОВЛ поликлиники выдвигает задачу освоения целого ряда смежных специальностей.

В ОВЛ не представляется возможным обеспечение каждого участка работы отдельной штатной единицей среднего медработника, что вызывает

потребность во взаимозаменяемости и совмещения профессиональной направленности труда.

Нами организованы систематические семинары по повышению квалификации на базе самого отделения под руководством заведующего отделением и специалиста по профилю бригады, в которой все её члены обучены и обладают навыками психотерапии, аутотренинга, применяемые ими во время трудовой реабилитации, лечебной физкультуры, бальнеолечения, массажа, гидрокинезиотерапии. Они умеют контактируют с пациентами и их родственниками.

Наши исследования работы в ОВЛ специализированными реабилитационными бригадами показали способность их значительно повышать качество реабилитации. Дифференцированный подход к лечению больных и накопленный опыт позволили утвердить специализированную реабилитационную бригаду, как новую организационно-функциональную форму в структуре ОВЛ для реабилитации травматологических больных с последствиями повреждений ОДА в поликлинике гг Худжанде, Гулистане, Бустоне и Бободжон Гафуровский районе.

Резюмируя выше наименованный раздел, нами сделаны следующие выводы:

1. В условиях города, где ортопедотравматологическая служба централизована, для обеспечения поэтапного и последовательного лечения больных с последствиями повреждений ОДА целесообразна единая система организации комплексного проведения реабилитации, включающая специализированную скорую медицинскую помощь, специализированный стационар, травматологический пункт и ОВЛ поликлиники.
2. В амбулаторно-поликлинических условиях ОВЛ для травматологических больных создается в крупной поликлинике, имеющей достаточно мощную материально-техническую и лечебно-диагностическую базу, где расположен травматологический пункт.

Кроме того, ОВЛ должны организовываться путем централизации её средств медико-социальной реабилитации и дополняться - средствами социально-бытовой, профессиональной реабилитации и др.

3. Структура ОВЛ должна предусматривать расположение кабинетов реабилитации с учетом их функциональной взаимозависимости, что способствует преемственности специалистов ОВЛ и других структурных подразделений, как участников реабилитационного процесса (в том числе травмпункта), что позволит сократить время, затрачиваемое больными на перемещения в пределах поликлиники и облегчает контроль за выполнение назначенных процедур.
4. Реабилитационный процесс в ОВЛ для травматологических больных необходимо проводить в динамике комплексного обследования с использованием методик, позволяющих получать всесторонние данные о состоянии организма и поврежденных органов, выбирать реабилитационные средства, оценивать результаты их применения на реабилитационных этапах в учреждениях здравоохранения, осуществляющих реабилитацию в поликлинических условиях.
5. Психологическую реабилитацию в ОВЛ следует проводить с учетом конкретных изменений психологического статуса травматологических больных, при этом степень нарушений и соответственно выбор средств психокоррекции определяют путём проведения комплекса клинико-anamnestических и экспериментальных психологических методик, оценки невротической реакции, внимания, эмоциональной и волевой сферы, психомоторной и других функций ЦНС.
6. В условиях ОВЛ психологическую реабилитацию, наравне с её другими видами проводит врач-травматолог и специально обученный средний медицинский персонал и владеющий методами психотерапии, что улучшит качество реабилитационных мероприятий и устранил необходимость штатного врача-психотерапевта.

7. Реабилитационный процесс в ОВЛ должен проводиться под руководством единого врача-травматолога, подготовленного в области физиотерапии, лечебной физкультуры и других областях реабилитации, что позволяет оптимизировать использование врачебных кадров в поликлинике, исключает необходимость иметь в штате отделения врача по ЛФК и физиотерапии, избавляет пациентов от дополнительных затрат времени на посещение этих специалистов, способствует сокращению длительности реабилитации.
8. В ОВЛ оптимальной формой организации обслуживания травматологических больных работниками среднего медицинского звена является посменное обслуживание специализированной реабилитационной бригадой в составе инструктора ЛФК, массажиста, двух медсестер по физиотерапии, инструктора по социально-бытовой и трудовой реабилитации и двух санитарок.

Глава 5. Эффективность системы организации комплексной реабилитации больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата в поликлинических условиях

В настоящее время особое внимание уделяется решению проблемы, влияющей на эффективность реабилитации травматологических больных в поликлинических условиях. При этом часто проблема рассматривается, как частная, а не как составная часть целостной системы многочисленных звеньев реабилитации, которые в конечном итоге определяют эффективность реабилитационных мероприятий и совершенство организационно-функциональных структур данной системы.

Нами была изучена эффективность реабилитации травматологических больных в зависимости от особенностей организации ортопедотравматологической помощи взрослому населению поликлинического объединения города Худжанда. При этом не было сомнения в том, что высокая эффективность лечения травматологических больных медицинской, социальной, психологической, трудовой реабилитацией возможна только при соблюдении организационных принципов реабилитации: поэтапное, последовательное и непрерывное восстановительное лечение; преемственность в работе всех звеньев и раннее начало комплекса реабилитационных мероприятий; комплексное и индивидуальное использование всех средств и методов в том числе психологической реабилитации.

Таким образом, оценка эффективности реабилитационных мероприятий также должна проводиться комплексно, включая и критерии организационного характера. Анализируя субъективные организационные показатели, определяющие эффективность системы комплексной реабилитации больных с травмами ОДА в поликлиниках, первостепенное значение необходимо дать принципу этапности. Это особенно важно, если учитывать, что каждому этапу присущ комплекс определенных специфических медицинских и организационных мероприятий, а также каждый

этап имеет свои особенности, заключающиеся в превалировании отдельных мероприятий над другими. В то же время ведущей организационно-функциональной фигурой каждого реабилитационного этапа является врач-травматолог. Находясь в зависимости от обязанностей в системе (специализированная скорая медицинская помощь, травматологический пункт, специализированный стационар или ОВЛ), он выполняет, их согласно функциональным обязанностям на соответствующей уровне реабилитационные мероприятия, придерживая сроки раннего начала реабилитации травматологических больных.

Имелись случаи, при которых специалисты травматологического пункта из-за чувства «потери» больных задерживали их направление на лечение в ОВЛ, назначали больным после снятия иммобилизационных средств отдельные виды физиотерапии, в домашних условиях прописывали разные водо-тепловые процедуры, самомассаж. Только отсутствие эффекта такого лечения, развитие более глубоких функционально-двигательных, гемодинамических нарушений пациента заставляло их направлять в ОВЛ. При этом данные о сроках направления в ОВЛ являются веским свидетельством о том, что комплексную реабилитацию они начинали достаточно поздно (таблица 5.1).

Как видно из таблицы 5.1. только лица с травмой предплечья более раньше, чем остальные травматологические больные начинали процесс реабилитации в ОВЛ - на третий день после снятия иммобилизации ($2,8 \pm 0,17$; $2,5 \pm 0,17$; $2,2 \pm 0,65$), в других случаях эти сроки были более большими. Пострадавшие с последствиями травмы кисти, коленного сустава и голени начинали реабилитацию, в отделении спустя после прекращения иммобилизации. Организация системы реабилитации для травматологических больных улучшила этот показатель в группах лиц с травмами кисти и коленного сустава. При этом реабилитация в ОВЛ начиналась на $3,4 \pm 0,7$ и $7,8 \pm 2,00$ дней раньше, чем в предыдущие годы. Наряду с этим, специалисты травматологического пункта по-прежнему

поздно направляли больных с травмами голени, что объясняется трудностями их передвижения.

Таблица 5.1. - Сроки (дни) направления больных в отделении восстановительного лечения после снятия иммобилизационных средств в днях (M±m)

Локализация травмы	2012 г	2013 г	2014 г
	M±m	M±m	M±m
Предплечье	2,8±0,17	2,5±0,17	2,2±0,65
Кисть	9,0±2,00	7,0±1,12	5,6±1,00
Коленный сустав	11,0±2,2	6,1±1,00	3,2±0,49
Голень	9,0±4,1	8,2±1,5	8,9±1,2
Все локализации	8,0±2,2	6,1±1,20	5,3±1,7

С учетом опыта работы и сроков направления больных в ОВЛ, которые свидетельствуют о начале комплексных реабилитационных мероприятий в отделении оптимальными следует считать сроки реабилитации в ОВЛ поликлиники после снятия иммобилизации, заживления ран, срастания сухожилий, нервов и т.п. не более чем через 4 дня. Это позволяет не только повысить качество реабилитации, но и привести к раннему восстановлению трудоспособности пострадавших, уменьшить их длительность лечения и сроки нетрудоспособности.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что эффективность реабилитационного процесса, зависит от уровня организации работы системы, в которой он протекает, ее структуры, форм и методов, координации поликлинического и других этапов реабилитации. Высокий уровень ее организации обеспечивает хорошие условия, для реабилитации травматологических больных сохраняя им здоровье и трудоспособность.

Последняя, один из объективных критериев влияет на эффективность всей системы организации комплексной реабилитации больных с травмами ОДА в поликлинических условиях. Проанализирована динамика восстановления трудоспособности соответствующих больных в обычных

условиях ОВЛ. и в условиях созданной нами системы реабилитации. Как видно из таблицы 5.2. в наших условиях трудоспособным, считался травматологический больной после восстановления анатомо-физиологические показателей, (клинически и функционально), социальных, психологических и профессионально-трудовых.

В этой связи, трудоспособность оценивалась с помощью 5- балльной системы и в процентах от ее 100% итога, предложенной нами «Карты экспертной оценки исхода реабилитации пациента в ОВЛ». Результаты лечения определялись следующими оценками: отличные (5 баллов), хорошие (4 балла), удовлетворительные (3 балла), неудовлетворительные (2-1 балла).

Как видно из таблицы 5.2., степень реабилитации у подавляющего большинства больных в среднем равнялась 3,8 балла и была значительно ниже ($P < 0,05$), чем в предыдущие годы (2013-2014 гг.), в которые достигала уровня 4,3 балла (2013 г.) и 4,5 балла (2014 г.). Как видно из таблицы 5.2. из лиц с последствиями травм предплечья, кисти, коленного сустава и голени, прошедших реабилитацию в ОВЛ, в полном объеме восстанавливалась общая и профессиональная трудоспособность, т.е. отличный результат лечения был лишь у 69,5% пациентов. В 2014 году показатель по всем локализациям составил $52,1 \pm 3,8$ случая. Значительное восстановление ранее нарушенных клинико-функциональных свойств при полной анатомо-физиологической реабилитации органа, отмечалось в $26,9 \pm 5,1$ случаев. Тем самым можно констатировать, что правильное анатомическое восстановление патологически измененных частей в ОВЛ завершилось с неполным функциональным восстановлением травматологических больных, которые выписывались с рекомендацией к временному трудоустройству сроком до двух недель. В следующие годы количество аналогичных больных после реабилитации с отличным результатом трудоспособности (5 баллов % к итогу), увеличилось, при снижении числа случаев с хорошим ее показателем - до $17,2 \pm 2,8$ - $21,0 \pm 0,18$. В этот период исследования удельный вес отличных

результатов лечения составил $70,1 \pm 2,0$ пациентов - 2013 г. и $71,0 \pm 2,00$ - 2014 г. При этом доказано, что проведение заключительного этапа реабилитации в ОВЛ - в условиях поэтапной реабилитации травматологических больных - целесообразно и эффективно. В этих случаях с анатомическими дефектами и функциональными осложнениями (тугоподвижности, контрактурой, посттравматическими артрозами, нейрососудистыми нарушениями и т.д.), трудоспособность практически часто не улучшалась. Так в 2012 г. $8,3 \pm 2,2$ случаев после окончания лечения имели неудовлетворительный результат (2 и 1 балл в % к итогу). В этой связи одному больному: определен, статус инвалидности, трем другим - процент утраты трудоспособности, остальные 4 - перешли на другую работу.

Повышение эффективности результатов реабилитации стало отмечаться после внедрение в ОВЛ системного комплексного обслуживания травматологических больных. Этот показатель в 2013 г. составил $1,7 \pm 0,08$ (2 больных), в 2014 г. - $2,0 \pm 1,1$ (3 больных) случаев. В эти годы ни одному больному, с неудовлетворительным результатом лечения, не была определена группа инвалидности. Два пациента (2013 г.) были разнорабочими, которые в облегченном режиме трудятся на своих предприятиях. В 2014 г. двум из трех больных определен процент утраты трудоспособности, один больной переведен на стационарное лечение.

Повышение числа случаев улучшения трудоспособности больных в годы деятельности системы комплексной реабилитации произошло в силу широкого использования сочетанных методов реабилитации (лечебная гимнастика, лечебная ходьба, механотерапия, гидрокинезиотерапия и т.д.), раннего начала использования трудотерапии, профессиональной реадaptация, психотерапии и др. Под их влиянием исчезали глубокие трофические изменения и функционально-двигательные ограничения поврежденных частей конечности.

За период исследования новой системы организации реабилитационного процесса в 2013 году закончили лечение с сохранением прежних профессий и должностей 86,4% пациентов, в 2014 г. - 90,6%.

В таблице 5.2. показаны преимущества системы реабилитации в ОВЛ, которая находится в прямой связи как от условий, в которых проводятся лечебные мероприятия, так и от форм, методов и принципов организации комплекса реабилитационного процесса.

Кроме того, объективными свидетельствами эффективности работы системы реабилитации являются: длительность пребывания больных в ОВЛ и общая длительность их нетрудоспособности. Динамика этих критериев показана в таблицах 5.3. и 5.4.

Как видно из таблиц 5.3. и 5.4. четкая организация и интенсификация технологической реабилитации, соблюдении ее основных принципов влияет на продолжительность сроков лечения и длительность нетрудоспособности, которая существенно сокращается по сравнению с аналогичными показателями в 2012 году.

В 2012 году проведению реабилитационных мероприятий на восстановительного функций травмированных конечностей приходилось уделять не менее $20,3 \pm 2,00$ дня (табл. 5.3). В тоже время продолжительность нетрудоспособности таких лиц составила $73,2 \pm 5,61$ дня. Как видно из таблицы 5.3., сравнение результатов исследований в 2012 г. с аналогичными показателями 2013-2014 гг., в течение которых была задействована система комплекса реабилитационных мероприятий, наглядно свидетельствует о том, что в 2013 г. почти на пять дней, а в 2014 г. до 7 дней уменьшились сроки пребывания пациентов в ОВЛ. Они соответственно составили $15,9 \pm 1,49$ и $12,9 \pm 1,51$ дня. Следовательно, произошло существенное сокращение периода нетрудоспособности в эти годы по сравнению с 2012 годом. В частности, в 2013 году - на $13,1 \pm 1,0$ дня, в 2014 году - на $15,2 \pm 1,2$ дня (табл. 5.4).

Таблица 5.3. - Длительность лечения больных в ОВЛ до и после организации комплексной реабилитации(2012, 2013, 2014 гг.)

Локализации травмы	2012 г.	2013 г.	2014 г.
	M±m	M±m	M±m
Предплечье	25,0±3,60	19,0±1,58	16,1±1,60
Кисть	16,2±1,30	12,0±1,00	9,0±1,22
Коленный сустав	20,1±2,00	16,2±2,00	12,4±1,39
Голень	20,7±0,80	17,0±2,02	15,0±1,58
Всего	20,3±2,00	15,9±1,49	12,9±1,51

Таблица 5.4. - Длительность нетрудоспособности травматологических больных до и после внедрение системы организации комплексного восстановительного лечения (2012, 2013 и 2014 гг.) в днях (M±m)

Локализации травмы	2012 г.	2013 г.	2014 г.
	M±m	M±m	M±m
Предплечье	69,1±6,00	59,2±4,00	53,1±2,99
Кисть	60,0±6,00	48,1±3,00	44,0±3,00
Коленный сустав	80,0±6,90	58,0±4,00	50,1±4,00
Голень	80,2±6,70	78,1±4,8	77,2±6,00
Всего	73,2±5,61	60,1±4,53	58,0±4,40

Сроки реабилитации всех случаев травмированных сегментов ОДА и нетрудоспособности находились в зависимости от локализации повреждения и его тяжести. Использование комплексной реабилитации (физиофункциональная, социальная, психологическая, трудовая терапия) и её система, основанная на соответствующих организационных принципах, способствовала более эффективному, в т.ч. по срокам восстанавливать функции поврежденных органов. Это означало, что получившие травму лица становились готовыми к трудовой деятельности, быстрее, чем лица, находившиеся в аналогичной ситуации до внедрения новых технологии в

поликлинических условиях. При этом оптимальным сроком лечения травм предплечья в ОВЛ должно быть $16,1 \pm 1,60$ дня, кисти - $9,0 \pm 1,22$, коленного сустава - $12,4 \pm 1,39$, голени - $15,0 \pm 1,58$. Кроме того, временная утрата трудоспособности травмированных лиц не должна превышать: при повреждениях предплечья – $53,1 \pm 2,99$ дня, кисти – $44,0 \pm 3,00$, коленного сустава – $50,1 \pm 4,00$ и голени – $77,2 \pm 6,00$.

Определённую значимость для травматологических больных с повреждениями ОДА приобретает время, не столько на прием процедур, сколько на приём врачам разного профиля (травматолога травмпункта, врача ЛФК, физиотерапевта, травматолога-реабилитолога) для получения последующих предписаний.

Немаловажным для нас было исследование посещаемости этих основных специалистов до и после реабилитации травматологических больных в ОВЛ под руководством единого лечащего врача-травматолога - реабилитолога.

Как видно из таблицы 5.5., травмированные больные проходившие реабилитацию среди специалистов за один курс реабилитации посещали их $14,1 \pm 0,81$ раза, в том числе врача-травматолога – $9,1 \pm 0,59$, врача ЛФК - $3,6 \pm 0,11$ и физиотерапевта - $1,4 \pm 0,11$. В 2013 году 36,8% больные с травмами кисти курировались одним специалистом реабилитации, при этом, число посещений сократилось до $12,0 \pm 0,90$ от посещения всех врачей. С внедрением системы комплексной реабилитации на заключительном этапе её работы в ОВЛ поликлинике исчезла необходимость в враче ЛФК и физиотерапевте. Кроме того, сократилось посещаемость врача травмпункта - до $5,0 \pm 0,30$, а также специалистов – реабилитологов в ОВЛ до $2,2 \pm 0,17$ раза.

Таблица 5.5. - Посещаемость больных с последствиями травм кисти у специалистов разных профилей (M±m)

Период исследования (год)	Среднее число посещений специалистов				У всех специалистов
	Врача травматологического	Травматолога по восстановител	Врача ЛФК	Физиотерапевта	

	пункта	ьному лечению			
2012	9,1±0,59	-	3,6±0,1 1	1,4±0,11	14,1±0,81
2013	7,2±0,63	0,4±0,04	2,6±0,1 6	1,8±0,07	12,0±0,90
2014	5,0±0,30	2,2±0,17	-	-	7,2±0,47

Таким образом, по сравнению с 2012 годом к 2014 году посещаемость специалистов сократилась 2 раза. Обращаемость, соответственно в этот период составила только 7,2±0,47 раз. Следовательно, со времени получения травмы кисти до срока восстановления её функций, пострадавшие в основном должны посещать только врача травмпункта и травматолога в ОВЛ. Лишь при необходимости и наличии сопутствующей патологии организма он вынужден посетить и других врачей. Исходя из изложенного, посещаемость этих двух специалистов не должна превышать 7,2±0,4 раз. Таким образом, реабилитационные мероприятия в ОВЛ, проводимые врача – реабилитологом предоставляет возможность рационально использовать специалистов поликлиники и РТП. При этом нет необходимости в физиотерапевте и врачом ЛФК, причем экономится время пациентов на приёмах у узко профильных специалистов, способствуя улучшению качества реабилитационного процесса, в целом.

Таким образом, на основании проведенных в практических условиях исследованиях создана система организации комплексной реабилитации травматологических больных с повреждениями органов ОДА в поликлинических условиях и при централизации ортопедо-травматологической помощи, которая оказалась более эффективной. При этом сохранялись и оптимально использовались медицинские и материальные ресурсы реабилитации, экономилось время больных на лечение, повышался уровень здоровья и трудоспособность пациентов - до 91,5% случаев, то есть решалась главная задача реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях.

В современных условиях медицина, сохраняя и продлевая активную жизнь людей, стало реальной силой, преумножающей валовый внутренний продукт страны. В этой связи комплексная система реабилитации травматологических больных в специальном отделении предоставила реальную возможность повысить эффективность реабилитационных мероприятий, обуславливающих снижение случаев травматизма вследствие повреждений ОДА и их последствий, в т.ч. за счёт сбережения трудового потенциала, уменьшения экономического ущерба от заболеваемости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость дальнейшего развития и совершенствования восстановительного лечения больных с последствиями травм определяется ростом травматизма, тяжестью и множественностью повреждений, а также неудовлетворительными результатами лечения последствий травм и посттравматических осложнений.

В процессе исследования травм ОДА, нами дана клиническая оценка общего состояния организма, поврежденного органа и его функциональных возможностей. Наряду с распространенными методами клинических исследований исследованы функции конечностей путем динамометрии, углометрии, измерения окружности сегментов и т. д., для полноценной оценки функциональной способности поврежденной конечности.

Для исследования периферического кровообращения проведено реовазография (РБГ). Полученные показатели функциональных методов исследования травмированной конечности сравнивали с соответствующими у здоровой конечности. В поликлинических условиях применены следующие методы исследования: клиничко-анамнестический, включающий сбор объективного социального анализа (возраст, пол, профессия, положение в обществе и др.), исследования внешне-эмоциональных реакций и клиничко-психологические исследования с помощью экспериментов.

Для удобства социально-психологического исследования личностных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата проведено разделение пациентов на социальные группы, чтобы создать модель обобщенной личности.

В социальной группе объединены относительно однородные группы людей, выполняющие общественные функции, занимающие одинаковое или близкое положение в обществе и имеющие почти одинаковую локализацию и тяжесть повреждений.

Худжандский регион является не только крупным промышленным центром РТ, но и крупным агропромышленным комплексом.

В регионе численность населения составляет 453 тысяч человек. Более 65% трудоспособного населения региона занято производством. В структуре народного хозяйства рабочие и служащие занятые в промышленности составляют - 30%, в строительстве - 10,6%, на транспорте - 5,2%, в торговле и общественном питании - 7,7%, в жилищно-коммунальном хозяйстве - 4,0%, в здравоохранении, физкультуре и социальном обеспечении - 8,8%, в просвещении и культуре - 4,5%, в области науки и научном обеспечении - 4,1%, в агропромышленном комплексе - 17% и в других - 8,1%.

В лёгкой промышленности занято 33,5% рабочих и служащих, которые работают в 30 предприятиях данной отрасли. Уровень рождаемости составляет 21,2, хорошо развито транспортное хозяйство, экономическая характеристика комплекса в значительной мере оказывает влияние на организационные основы медицинского обслуживания населения и развитие ортопедо-травматологической помощи. Эти факторы уже нам создали предпосылки для формирования системы реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях общелечебной сети. Ране, до 2000г. ортопедо-травматологическая помощь оказывалась в хирургических кабинетах поликлиник.

Развитие специализированной помощи этого профиля началось с организаций в 2000г. травматологического пункта, одновременно с откритием травматологических коек (10-20) при хирургическом отделении ЦРБ в городах Худжанда, Бустона, Гулистана и Бободжон Гфуровского района.

С каждым годом увеличилось количество травмы их удельный вес среди всех хирургических болезней. Наиболее большой удельный вес травматизма в структуре хирургической патологии (20-35%) отмечался в здравпунктах, обслуживание промышленные предприятия (метал завод, мелькомбинат, ковровый комбинат, транспортное объединение, мебельная фабрика). После оказания помощи, получившим травмы, в качестве реабилитации использовали консервативное лечение (ЛФК, массаж, физиотерапия). Вообще не использовалась механотерапия, отсутствовала преемственность в лечение больных на различных этапах. В процессе лечения ОДА не учитывалась реабилитация и лечение неврологической системы и др.

Выше указанные недочёты послужили основанием для совершенствования организационных форм медицинского обслуживания ортопедо-травматологических больных. Было организовано ОВЛ при поликлиники №1 г. Худжанда с объединением травматологических пунктовгг. Бустона, Гулистана и Бободжон Гафуровского района, где имеется ЛФК, массаж, физиотерапия и специалисты неврологи. При необходимости здесь оказывали лечение и другие специалисты, которые имеют хорошую связь с другими специалистами поликлиники.

Важным компонентом системы комплексного восстановительного лечения больных с последствиями травм ОДА является социально психологический, затрагивающий личностной и социальный статус.

У наших больных важным и показателями являлись нарушения функции сердечно-сосудистой системы (ССС, ЧСС, АД) они представляли собой весьма информативные показатели, позволяющие объективно

оценивать состояние ССС в норме и патологии. Также применялись клиничко-функциональные и социально-психологические методы исследования.

Поставленные и решаемые задачи исследования позволили провести анализ данных о 910 больных, получавших травмы на производстве, в быту, в пути следования или вследствие дорожно-транспортных происшествий, за 3-х летний (2012-2014 гг) период обращаемости пострадавших лиц и прошедших через в ОВЛ поликлиники гг. Худжанда, Бустона, Гулистана и БободжонГафуровского района. Тем самым появилась возможность охарактеризовать распространенность, структуру травматизма, локализацию повреждений и удельный вес нуждающихся в реабилитации травм соответствующей локализации, а также возрастно-половую принадлежность социально-общественное положение, и динамику результатов проведения реабилитации.

В исследованиях использован метод сплошного наблюдения.

Среди реабилитированных, мужчины составили –72,1%, женщины – 27,9%, т.е. мужчины чаще получали травмы, чем женщины, причём получали наиболее тяжелые повреждения органов ОДА.

Часть нуждающихся в реабилитации, состояли из лиц в наиболее молодом, трудоспособном возрасте в пределах от 18 до 49 лет (63,5%), остальной контингент состоял из лиц в возрасте 50-59 лет (19,5%) и старше 60 лет (17,0%).

Наибольший удельный вес в структуре травматизма занимали случаи переломов костей (66,5% случаев), вывихов суставов (6,2%), разрывов связок, 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 (ожоги, укусы и другие), которые составили 9,1% из всех случаев.

В 95,1% случаев последствия травмы локализовались в области конечностей ОДА, от 61%-69,6% случаев, травмы конечностей локализовались в области их дистальных отделов.

Анализ исследования материалов, характеризующий возрастную, половую структуру, социально-общественную группу лечившихся больных, характер локализации последствий травм, требующих проведения комплексного восстановительного лечения в травмпункте поликлиники показал, что основной контингент пациентов - это рабочие и служащие, занятые в различных отраслях народного хозяйства и получающие травмы в самом активном и трудоспособном возрасте от 18 до 49 лет.

Среди всех травм последствия переломов костей конечностей преобладали над остальными и чаще всего локализовались на дистальных отделах ОДА.

Приняты во внимание особенности лечившегося контингента больных с учетом чего организована и усовершенствована работа по восстановлению утраченных и ослабленных функций органов опорно-двигательного аппарата пациентов.

В процессе работы оценено восстановительное лечение больных традиционно определяющийся по конечному результату, который выражался в восстановлении здоровья и трудоспособности пострадавших, т.е. по показателям их трудоспособности. Установлено что трудоспособность ассоциируется с комплексной реабилитацией больных и представляет сумму объективных и субъективных (клинических, функциональных, психологических и социально-трудовых) признаков.

Лица с последствиями травм органов опорно-двигательного аппарата с временной нетрудоспособностью, прошедшие лечение в ОВЛ в комплексе с травмпунктом восстанавливали свою трудоспособность на 80-85% которая являлась основным критерием оценки эффективности восстановительного лечения.

В группе травматологических больных, которые прошли комплексную реабилитацию 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%, т.е. характеризовались как наиболее трудоспособный

контингент, свидетельствуя о социальной важности проводимого реабилитационного процесса.

Одним из ведущих признаков нарушений целостности органов ОДА и динамического стереотипа жизнедеятельности больных в $95,1 \pm 1,00\%$ случаев является болевой синдром, прежде всего констатирующий при боли в области поврежденных сегментов, а также в близлежащих суставах ($58,9\%$), он является основным для представления группы со статусом инвалидности.

Наиболее существенными признаками этих расстройств являлись: вынужденное положения конечности $9,9 \pm 1,00$, в т.ч. шадящие позы $2,3 \pm 2,00$, изменение цвета кожных покровов $81,2 \pm 6,9$, наличие тканевых отеков $84,1 \pm 3,00$, расстройства периферического кровообращения $43,6 \pm 6,50$, тактильной чувствительности $45,0 \pm 1,00$ и другие. Все они в большинстве случаев, удельный вес, которых составил $91,2\%$, приводили к таким осложнениям, как тугоподвижность, контрактура суставов, наличие болевого синдрома.

Важное значение необходимо придавать трофике мышц конечности, что связано с длительной иммобилизацией, обуславливающей гиподинамию как ведущую причину нарушения их нейромышечного аппарата.

В наших исследованиях у большей половины числа пациентов в $63,8 \pm 4,00\%$ случаев определили гипотрофию и гипотонию мышц. В $16,3 \pm 3,90\%$ – атрофию мышц конечности и только в $19,9 \pm 8,90\%$ случаев – нормотрофию. Резкое снижение мышечной силы определили в $89,6 \pm 4,00\%$ случаях (от 1 до 3 баллов) и только в $10,4 \pm 2,05\%$ случаях этот показатель находился в пределах нормы (4 балла). Улучшение лечения зависело от ЛФК, механотерапии, массажа, электростимуляции и т.д.

В начале этапа проведения реабилитационных мероприятий у основной массы больных - $77,7 \pm 4,4$ объем движения в суставах травмированной конечности составляет от 5 до 52% от нормы (1-2 балла). В $13,8 \pm 5,7$ случаев подвижность в суставе немногим выше уровня от нормы (3 балла) и только в незначительной части случаи ($5,5 \pm 4,91$ и $3,0 \pm 0,80$) амплитуда движений в

суставах оставалась в функционально-физиологических пределах (4 и 5 баллов). Со значительным снижением навыков самообслуживания у $67,8 \pm 2,90$ пациентов. Лишь у $32,2 \pm 3,22$ исследуемых сохранялась полнота к самообслуживанию при поступлении на лечение в ОВЛ.

Среди травматологических больных обнаруживались отклонения от нормы психического состояния, причём степень их зависела от степени анатомо-физиологических и функционально-двигательных нарушений.

С окончанием гипсовой иммобилизации и вовлечением больного в реабилитационный процесс начинались специфическая стресс-реакция неврологического характера, продолжительность, которой, по нашим данным, длился в течение 2 - 4 дней, что являлось временем адаптации пациента к реабилитационным мероприятиям. В эти дни пациенты в большинстве случаев находились в состоянии возбуждения, реже эйфории, часто предъявляли жалобы общего и психогенного характера, претензии, пытались переключить внимание на ряд патологических симптомов (боль, отек, деформация и т.д.). Все это было направлено на избежание активных движений ОДА с использованием теплой одежды поврежденной конечности, различных средства, ограничивающих вовлечённость состояния конечностей в активное, с привлечением близких или родственников для сопровождения к медработникам.

По нашим наблюдениям, в $52,0 \pm 1,80$ случаев в начале лечения больной представлялся как неадекватная личность. Лица, с оптимистичным настроением на реабилитацию, становились активными участниками соответствующего процесса, а невротическая реакция в $48,0 \pm 1,80$ случаев у них была адекватной. Зарегистрированы повышения АД и учащения пульса в $28,7 \pm 4,21$ случаях, причём гипертоническую болезнь диагностировали только в 9,3% случаев.

В связи с тем, что восстановительное лечение в ОВЛ осуществляется консервативными средствами в основу его заложены методы физиофункционально-восстановительного, патогенетического лечения. При

этом использовались гимнастика, ходьба, физические упражнения, элементы спорта, механотерапия в сочетании с массажем и физическими факторами воздействия (электростимуляция, гидрокинезиотерапия, теплолечение и др.). Для снижения эмоционально-психической напряженности, уменьшения болевых ощущений, улучшения метаболических процессов в поврежденных тканях, укрепления костной мозоли и расслабления уплотненных переартикулярных тканей, спаек в суставах и нормализации периферического кровообращения и микроциркуляции назначались витамины группы В, стекловидное тело, АТФ, анальгетики, сосудорасширяющие препараты, а также физиотерапия с рассасывающими и болеутоляющими препаратами (химотрипсин, лидаза, новокаин и др.), психотерапия, бытовая трудотерапия, навыки профессиональной реадaptации.

В конце заключительной части в $79,7 \pm 2,00$ случаев исчезал болевой синдром, кожные покровы приобретало нормальный цвет в $90,1 \pm 2,00$ случаев исчезали отеки мягких тканей в $86,6 \pm 3,9$ случаев, нормализовалось периферическое кровообращение и микроциркуляция поврежденных сегментов, улучшались нейротрофические процессы мышечного аппарата и двигательные функции, а также соответственно способности самостоятельно себя обслуживать в $79,2 \pm 0,62$ случаев. Кроме того у большинства обследованных, нормализовалось общее состояние организма, в т.ч. сердечно-сосудистой системы и исчезала невротическая реакция.

Результаты комплексного обследования пострадавших после завершения восстановительного лечения позволяли констатировать наличие высокой клинической, функциональной, социальной и психологической эффективности, у 144 ($71,3 \pm 0,65\%$) пострадавших, при оценке - отлично (5 баллов). У $13,4 \pm 2,00\%$ случаев оставалась отечность мягких тканей и бледно-синюшный цвет кожи, щадящее и вынужденное положение травмированной конечности соответственно в $24,3 \pm 2,90\%$ и $6,4 \pm 0,75\%$ случаев, ограничение амплитуды подвижности в суставах в $6,9 \pm 2,00\%$ случаев.

В $21,2 \pm 1,2\%$ случаев в конце лечения сохранилось до трех патологических симптомов (например, боль при нагрузках, умеренная тугоподвижность в суставе или умеренная гипотрофия мышц без снижения их силы, вследствие ощущений боли - шадящее положение конечности и т.д.). Полученные результаты лечения этих пациентов можно отнести к хорошим (4 балла). В $9,5 \pm 1,33\%$ случаев в конце лечения констатировали больше (3-4 балла) остаточных патологических клинико-функциональных и другого характера признаков, причём они стали более характерными у предыдущих пациентов. В этой связи оценку лечения считали удовлетворительной (3 балла), так как в большинстве своём профессиональная трудоспособность сохранялась. У группы больных - в $3,1 \pm 1,2\%$ случаев эффективность лечения признана как неудовлетворительная (2-1 балла).

Установлено, что от травмы тяжело страдает организм человека в целом. В этой связи, травматологические больные при поступлении в ОВЛ в обязательном порядке должны пройти комплексное обследование, с применением четырех без исключения основных методов: 1) клинический, 2) функциональный, 3) социальный и 4) психологический. Это обусловлено нуждаемостью пациентов ОВЛ в комплексной медико-социальной реабилитации в т.ч. меры психосоциальной.

В проведённых нами исследованиях ряд больных с различными по тяжести последствиями объективно оценивали своё состояние, другой ряд - неадекватно, т.е. недооценивали или переоценивали её тяжесть. В этой связи в ОВЛ поликлиники организована подсистема психологической реабилитации как важной составляющей в комплексе мероприятий по восстановительному лечению.

Среди больных – участников комплексной системы психологической реабилитации повреждения от травм находились в области предплечья, кисти, коленного сустава и голени, составляя $69,6-61,0\%$ от всех их случаев, подлежащих в реабилитации в ОВЛ. Нами исследованы психологические

нарушения мужчины составили 72,1%, женщины 27,9%. При этом лица в возрасте от 20 до 49 лет составили 57,4% случаев. Установлено, что среди исследуемых 72,3% были рабочие, 19,2% - служащие. В трудовой обстановке первые находились в условиях высокого трудового эмоционального напряжения и составили 24,1%, занятые простым (тяжелым) физическим трудом - 18,2%, легким (простым) физическим трудом - 30,1%.

При поступлении больных в ОВЛ, до начала комплекса восстановительной терапии и применения методов «малой» и «рациональной» психотерапии, аутотренинга, невротическая реакция в 63,8% случаев было неадекватной, а в 36,2% случаев – адекватной.

Как выяснилось позднее, высокий уровень неадекватной невротической реакции до начала реабилитационного процесса в ОВЛ объясняется тем, что у больных в иммобилизационном периоде развиваются специфические изменения. Их причиной является перенесенная острая травма и как следствие, (общая гиподинамия, ограничение способностей самообслуживания, свободному общению, ограничение рамок специальных связей, болевой синдром и т.д.). Все это становится необычным для жизнедеятельности и притом, постоянным раздражителем нервной системы, поддерживающим ее в напряжении. В этом состоянии и у мужчин и у женщин, неадекватная невротическая реакция соответственно наблюдалась до начала реабилитационных мероприятий в 66,1% и 63,2% случаев соответственно, адекватная только в 33,9% и 36,8% случаев.

Последняя приводит к повышению адекватной невротической реакции, которая к завершению реабилитационных мероприятий увеличивается до уровня 81,7%. Таким образом, невротическая реакция, как у мужчин, так и у женщин, изменяется и соответственно составляет 62,4% и 82,2%.

Следует отметить, что невротический синдром у женщин регистрируется значительно чаще (33,1%), чем у мужчин (12,4%), что обусловлено физиологическими особенностями женского организма, в т.ч. её нервной системы.

Под влиянием реабилитационных мероприятий, сопровождаемых рациональной психотерапией и аутотренингом, повышается балльность внешнеэмоциональных проявлений пациентов от 1 до 3 включительно, по сравнению с момента начала реабилитации в ОВЛ поликлиники.

Нами отмечена, что до начала 1 этапа проведения реабилитации, из-за выраженности психических и функциональных подвижек вследствие травмы, самокритичность больных было снижена, т.е. преобладал критерий переоценки личности (45,6%) над правильной самооценкой (43,8%). Недооценка ими своих достоинств составила 10,6% от всех случаев.

В целом, произошел сдвиг критерия правильной самооценки личности в сторону увеличения его удельного веса до 74,0% по сравнению с таковыми до начала реабилитации - 43,8%. Одновременно постепенно опускался удельного веса лиц с переоценкой личности – от 45,6% (этап I) до 15,0% (этап III).

Нами отмечена, что среднее количество вычеркнутых букв $355,0 \pm 1,12$ в течение 10 минут (этап I) было меньше, чем на II и III этапах соответственно $361,0 \pm 7,75$ и $403,0 \pm 4,00$. Среднее число допущенных ошибок на I этапе составило $30,4 \pm 1,8$ и было, наоборот, значительно больше, чем в среднем на последующих этапах соответственно $22,1 \pm 1,1$ и $20,0 \pm 1,5$.

Таким образом, при восстановительном лечении изменяется устойчивость произвольного внимания в период проводимого лечения между I и II этапами ($t=9,6$) и между I и III этапами ($t=6,2$) при ($P < 0,05$) кроме того, намного повышается концентрация внимания, о чем свидетельствует существенное уменьшение количества допущенных ошибок, соответственно критерий устойчивости равен 8,3 (между I и II этапами) и 10,4 (между I и III этапами) $P < 0,05$.

Общее среднее количество открученных винтов в выше названных условиях проводимого эксперимента при поступлении пациентов на лечение составило $13,1 \pm 0,5$ и допускались ошибки во время исполнения в $1,6 \pm 0,16$ раза. На последующих этапах, уже во время процедур, работоспособность

улучшались, т.е. у больных повысилась устойчивость внимания и ее концентрация, показатели которых соответственно составили $15,1 \pm 0,62$ и $0,60 \pm 0,12$ (этап II) и $15,0 \pm 0,21$ и $0,69 \pm 0,18$ (этап III).

Деятельность сердечно-сосудистой системы сильнее изменяется в ходе проведения корректурной пробы при активной трудовой деятельности. Так, у всех больных в первом варианте ЧП равнялись 65-80 ударов в минуту, а АД - систолическое и диастолическое – в среднем 120 и 75 мм рт.ст. отклонение от этих показателей в 13% случаев касались тех, которые были связаны с ГБ.

Значения уровней ЧП и АД во втором варианте значительно превышали ранее полученные, и достигли соответственно до 92 ударов в минуту, а АД - до 140 систолическое, 80 - диастолическое.

С окончанием психологического эксперимента с корректурной пробой ЧП в 64% случаев составило 88-110 ударов в минуту, в 36% случаев оставалась на прежнем уровне. АД систолическое и диастолическое не становилось более 155 и 85 мм рт.ст. Исключение составили больные с сердечно-сосудистой патологией, у которых они достигали 170-190 и 80-95 мм рт.ст. соответственно. При другой модели исследования ЧП увеличивалась до 142 ударов в минуту, а при этом АД систолическое в 65% случаев выходило за уровни 155-165 мм рт.ст., диастолическое - 95 мм рт.ст., в 32% последняя равнялась 180-200 мм рт.ст., систолическое и диастолическое - 85 мм рт.ст. В 3% случаев исследования прекращались на 5-7 минуте вследствие появления симптомов гипертонического кризиса.

Нами использовано метод «степень волевого усилия» с его использованием устанавливали силу и длительность волевого усилия, гемодинамическую реакцию ЧП и АД на эмоциональное проявление, поведение и другие черты воли, позволяющие бороться с нарастающей мышечной усталостью при однообразной физической работе.

Последний позволяет определить уровень физической подготовленности, степень мобилизации интеллектуальных, моральных и других сил воли для достижения максимального его уровня (время).

Отмечено, что до начала комплексной реабилитации (этап I) у 64,9% травматологических больных отражен результат длительности волевого усилия в пределах «средненормативной» оценки. Уровень до четырех, четыре и более минут регистрировали в 30,7% случаев. В 5,1% случаев волевое усилие не превышало одной минуты. Следует отметить, что на этапах (II и III) реабилитационного процесса вместе с увеличением «средненормативной» длительности волевого усилия увеличилось число случаев (от 30,0% - этап I, до 38,4% - этап II и 47,0% - этап III), с результатами до четырех и более минут.

При этом одновременно уменьшился удельный вес лиц, которые по длительности волевого усилия в пределах «средненормативной» оценки от 64,9% случаев (этап I) до 56,5% (этап II) и 47,9% (этап III).

Таким образом, на основе исследования волевого усилия пострадавших, на преодоление утомляемости от физической нагрузки установлено, что от функциональной, психической, социальной напряженности, вызванных травмой, у них страдает волевая сфера. Степень нарушения её зависела от силы нервной системы, психофизиологических особенностей и склонностей личности.

Во время изучения волевых свойств в динамике ЧП и АД изменялись в трех направлениях. Так, в группе больных с «сильно-волевым» типом личности гемодинамика постепенно приходила к норме к моменту предела мышечного утомления (конец эксперимента) АД и ЧП снижались до фоновых показателей или были чуть ниже их уровня. В группе больных с «слабоволевым» типом личности (5,6%) в рабочем периоде исследования и до конца его векторы динамики АД и ЧП не снижались.

В группе больных (47,9%), где показатели длительности волевого усилия находились в пределах «средненормативной» оценки, ЧП и АД в рабочем периоде исследования, как и у пациентов из группы «сильноволевых», постепенно нормализовались и к окончанию эксперимента не намного превышали фоновый уровень соответствующих показателей.

Таким образом, невзирая на тяжесть перенесенной травмы, часть больных сохраняли и адекватно развивали компенсаторно-приспособительные функции организма на преодоление трудностей, обусловленных последствиями травмы, другие же не могли полностью мобилизоваться для адаптации к сложившейся ситуации.

Кроме того в образовании определенных индивидуальных волевых свойств, немаловажную роль играют и другие социальные факторы, в частности, социальная среда, воспитание, привычки, навыки, культура, образование и т.д., в сочетании с профессиональной занятостью они определяют направленность и развитие волевых сил у лиц с последствиями травмы.

Нами проведен анализ «степени волевого усилия» в соответствующих группах больных, в т.ч. занятых тяжелым физическим (с простым и с эмоциональной нагрузкой) и интеллектуальным трудом.

Рассмотренные данные о длительности волевого усилия при поступлении больных на реабилитацию показывают, что она составляла: 1) в группе больных, исполняющих легкий физический труд (36,6%) - 2 мин 26 сек; 2) у лиц, занятых интеллектуальным трудом (22,1%) - 2 мин 15 сек; 3) у лиц занятых тяжелым физическим трудом (40,0%) - 2 мин 50 сек.

Следует отметить, что комплексные реабилитационные мероприятия приводили эти показатели к постепенному изменению, на завершающем этапе реабилитации они имели следующие уровни показателей: в первой группе - 2 мин 49 сек., во второй - 2 мин 38 сек и в третьей - 3 мин 7 сек.

Таким образом, гипокинетический образ жизни и рабочей деятельности ослабляет волевые силы больных, снижает их функциональную активность и устойчивость психоэмоциональной сферы пострадавших.

Вынужденная гипокинезия приводит к развитию психофункциональных расстройств и нарушений активности организма.

Исключительно важное место в повышении и укреплении психомоторных свойств больных отводится методистами по ЛФК,

инструкторам по социально-бытовой и трудовой адаптации, в обязанность которых входит проведение реабилитационных занятий, не только направленных на устранение, но и использованию психотерапевтических методов, аутотренинга, «малой» и «рациональной» психотерапии, приводящих к одобрению, успокоению, убеждению пациентов в необходимости лечения.

Таким образом, совместное использование лечебно-тренирующих кинезиотерапевтических методов реабилитации и психокорректирующих способов приводило к улучшению психомоторных свойств больных с травмами нижней конечности.

Нами использована «скорость захвата» до начала реабилитационного процесса (этап I), что значительно ниже, чем при проведении реабилитации на завершающем этапе. Однако в данном случае соответствующий относительно низкий показатель у больных, исполняющих легкий физический и интеллектуальный труд. В группе исследуемых, занимавшихся тяжелым физическим трудом с эмоциональным напряжением, «скорость захвата» выше, чем в остальных группах. Проведенные данные подтверждают предыдущие результаты, которые свидетельствуют о более быстром восстановлении психомоторных свойств у лиц, которые в нормальных условиях жизни постоянно заняты тяжелым физическим трудом с повышенным эмоциональным напряжением (водители, токари, станочники и т.д.).

В структуру ОВЛ вошли отделение физиотерапии, отделение функциональной диагностики, кабинеты ЛФК и массажа, призванные осуществлять медицинскую реабилитацию. Для проведения социальной и психологической реабилитации, кроме кабинетов психотерапии, логопедии и фоноатрии, организовали кабинеты социально-бытовой терапии, в которых установлены разные стенды, макеты, приспособления, предметы домашнего обихода для обучения и тренировки навыков по самообслуживанию. Оборудована дорожка для обучения правильной ходьбе, ходьбе через

препятствия разного режима, гравийно-булыжная дорожка, пешеходная дорожка со светофорным устройством для тренировки навыков поведения на улице, в транспорте. Для профессионально-трудовой реадaptации оборудованы мастерская со столярным сектором, авто- и механический сектор.

Для удобства больных основная часть отделения - кабинеты для индивидуальных занятий в ЛФК, по механотерапии, для массажа, бальнеолечения и гидрокинезиотерапии, теплолечения, оксигенотерапии, социально-бытовой, трудовой терапии, профессиональной реадaptации, кабинет заведующего и старшей медицинской сестры отделения, которые поместили на первом этаже помещения поликлиники. В коридоре и холле этого же этажа установлены приспособления для обучения и тренировки навыков поведения - на улице и в транспорте.

Анализ результатов работы по вышеописанной системе за 2012 год, по сравнению с 2000 годом, свидетельствовал о более положительных результатах в лечении больных, именно: улучшилось качество проводимого комплекса лечения, так как больные в отделении наблюдались врачом-реабилитологом увеличился объем лечебных процедур с применением методов социальной и трудовой терапии, стали внедряться новые методы лечения - такие, как гидрокинезиотерапия, профессиональная реадaptация, несколько улучшилась преемственность между специалистами ОВЛ.

С 2012 г. утверждена должность специалиста врача-травматолога-ортопеда по восстановительному лечению, отделение официально стало проводить в полном объеме лечение больных, подлежащих реабилитации в поликлинике, проживающих в гг. Худжанде, Гулистан, Бустон и Бободжон Гафуровском районе, т.е. в зоне обслуживания ОВЛ.

В результате такой организации работы отпала необходимость в наличии врачей по лечебной физкультуре и физиотерапии. Взамен им ввели должности врача-специалиста на 0,5 ставки по иглорефлексотерапии,

функциональной диагностике, кардиолога, невропатолога, т.е. специалистов по восстановительному лечению.

Как показал наш опыт работы, комплекс реабилитационной программы в ОВЛ состоял из трех этапов:

1. Начальный, направлен на содействие больным в адаптации к обстановке реабилитационного отделения, изучение их личностных особенностей, при налаживании контакта с ними, выявление их настроения к реабилитации и разработка индивидуальных программ реабилитации. Продолжительность этапа от 1 до 3 дней. При этом исходя от личности пациента и тяжести травмы, его период продлевается до одной недели.
2. Основной (реабилитационный).- заключался в организации и проведении комплекса мероприятий в ОВЛ с применением всех имеющихся медицинских, психологических, социально-бытовых, трудовых методов реабилитации включающих метод профессиональной реадaptации травматологического больного.
3. Завершающий этап заключался в потенцировании и пролонгировании мероприятий, выполненных в отделении, подготовке пациента к возвращению в окружающую социальную среду. Реабилитационный процесс в ОВЛ программируется с учетом поэтапного ведения больных с травмами ОДА.

Исследованием установлено, что больные с последствиями травм в ОВЛ используют физиотерапию в 96,1%, водолечение, гидрокинезиотерапию, парафинозекеритовые аппликации - от 50,3 до 70,1%, массаж - 98,2%.

Нами внедрена в качестве метода реабилитации больных в поликлинике трудотерапия, которая позволила приспособлять, тренировать и развивать функции поврежденных органов. Трудотерапия стала источником формирования у них моральных качеств, развивая их творческую активность, настойчивость, целеустремленность пострадавших.

Установлено, что трудотерапия в ОВЛ способствует врачу-травматологу оценить возможности больного и решить вопрос его трудоустройства.

По данным полученными нами, более 65% травматологических больных, являются квалифицированными рабочими. В этой связи, нами оборудована мастерская, для тренировки и восстановления основных профессиональных навыков. Наряду с этим и навыков по самообслуживанию, в которых нуждаются 55,6 – 68,1% больных.

Психологический статус травматологических больных восстанавливался под воздействием применения методов индивидуальной и коллективной психогигиены, психотерапии, психопрофилактики и психокоррекции. В системе комплексной реабилитации, они значительно повышают эффективность лечебно-восстановительных процедур и приводят к активизации больных в период ее реализации.

Наши исследования работы специализированных реабилитационных бригад ОВЛ показали способность по значительному повышению качества реабилитации. Дифференцированный подход к лечению больных и накопленный опыт позволил утвердить СРБ как новую организационно-функциональную форму в структуре ОВЛ для реабилитации травматологических больных с последствиями повреждений ОДА в поликлинике.

Высокая эффективность лечения травматологических больных обеспечивались медицинской, социальной, психологической, трудовой реабилитации, которая возможна только при соблюдении организационных принципов реабилитации.

Лица с травмой предплечья раньше, чем остальные травматологические больные начинали процесс реабилитации в ОВЛ - на третий день после снятия иммобилизации ($2,8 \pm 0,17$, $2,5 \pm 0,17$; $2,2 \pm 0,65$), в других случаях эти сроки были большими. Пострадавшие с последствиями травмы кисти, коленного сустава и голени начинали реабилитацию в отделении спустя

после прекращения иммобилизации. При этом реабилитация в ОВЛ начиналась на $3,4 \pm 0,7$ и $7,8 \pm 2,00$ дней раньше, чем в предыдущие годы.

Результаты лечения определялись следующими оценками: отличные (5 баллов), хорошие (4 балла), удовлетворительные (3 балла), неудовлетворительные (2-1 балла).

Степень реабилитации у подавляющего большинства больных в среднем равнялась 3,8 балла и была значительно ниже ($P < 0,05$), чем в предыдущие годы (до 2013-2014 гг.) и достигала уровня 4,3 балла в 2013 г. и 4,5 балла в 2014 г. Из лиц с последствиями травм предплечья, кисти, коленного сустава и голени, прошедших реабилитацию в ОВЛ, в полном объеме восстановили общую и профессиональную трудоспособность, т.е. отличный результат лечения был лишь у 69,5% пациентов. Показатель по всем локализациям составил $52,1 \pm 3,8$ случая.

В следующие годы количество аналогичных больных после реабилитации с отличным результатом трудоспособности (5 баллов % к итогу), увеличилось, при снижении числа случаев с хорошим ее показателем - до $17,2 \pm 2,8$ - $21,0 \pm 0,18$. В этот период исследования удельный вес отличных результатов лечения составил $70,1 \pm 2,0$ пациентов - 2013 г. и $71,0 \pm 2,00$ - 2014 г. При этом доказано, что проведение заключительного этапа реабилитации в ОВЛ - в условиях поэтапной реабилитации травматологических больных профиля - целесообразно и эффективно. Так в 2012 г. $8,3 \pm 2,2$ случаев после окончания лечения имели неудовлетворительный результат (2 и 1 балл в % к итогу).

Повышение эффективности результатов реабилитации стали отмечаться только после организации в ОВЛ системного комплексного обслуживания травматологических больных. Этот показатель в 2013 г. составил $1,7 \pm 0,08$, в 2014 г. - $2,0 \pm 1,1$ случаев.

За период исследования новой системы организации реабилитационного процесса в 2013 году закончили лечение с сохранением прежних профессий и должностей 86,4% пациентов, в 2014 г. - 90,6%.

Кроме того, объективными свидетельствами эффективности работы системы реабилитации являлось: снижение длительности восстановительного лечения больных в ОВЛ и длительности их нетрудоспособности.

Сроки реабилитации всех случаев травмированных сегментов ОДА находились в зависимости от локализации повреждения, его тяжести.

Оптимальным сроком лечения травм предплечья в ОВЛ должно быть $16,1 \pm 1,60$ дня, кисти - $9,0 \pm 1,22$, коленного сустава - $12,4 \pm 1,39$, голени - $15,0 \pm 1,58$. Кроме того, временная утрата трудоспособности травмированных лиц не должна соответственно превышать: при повреждениях предплечья – $53,1 \pm 2,99$ дня, кисти – $44,0 \pm 3,00$, коленного сустава – $50,1 \pm 4,00$ и голени – $77,2 \pm 6,00$.

Определённую значимость для травматологических больных с повреждениями ОДА приобретает время, несколько на прием процедур, сколько на приём врачам разного профиля (травматолога травмпункта, врача ЛФК, физиотерапевта, травматолога-реабилитолога) для получения последующих предписаний.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Централизация ортопедотравматологической службы для проведения поэтапного оказания медицинской помощи и реабилитации лицам с последствиями травм ОДА позволила организовать систему, включающую специализированную скорую медицинскую помощь, стационар, травматологический пункт и ОВЛ поликлиники, с достаточно мощной материально-технической и лечебно-диагностической базой. Комплексная реабилитация больных в ОВЛ, состоящего из взаимозависимых кабинетов функциональной реабилитации, обеспечивалась преемственностью в работе специалистов ряда структурных подразделений поликлиники [2-А, 5-А, 8-А].
2. Рациональная организация комплексной реабилитации травматологических больных с нарушениями и расстройствами функций ОДА на уровне ПМСП

оптимизировала ее взаимодействие с лечебными учреждениями второго и третьего уровня здравоохранения, что позволило улучшить качество, сократить период временной нетрудоспособности и экономические потери в народном хозяйстве. Работа специализированных реабилитационных бригад позволила утвердить ее как новую организационно-функциональную форму в структуре ОВЛ для реабилитации травматологических больных гг. Худжанде, Гулистане, Бустоне и Бободжон Гафуровском районе [2-А, 4-А, 9-А, 10-А].

3. Оптимизация квалифицированной помощи лицам, получившим травмы позволила уже на 3-4 день, после снятия иммобилизационных средств, заживления ран, сращения сухожилий, сосудов и нервов, начать комплексную реабилитацию в ОВЛ. С проведением основных организационных принципов реабилитации (раннее начало, непрерывность и последовательность, комплексность, индивидуальность, преемственность), что значительно повышало медицинскую и социальную эффективность амбулаторного этапа реабилитации. В $63,6 \pm 2,8\%$ случаев реабилитация завершалась полным восстановлением функции организма и поврежденных органов ОДА, в $31,8 \pm 1,8\%$ - значительным улучшением и в $90,2\%$ случаев возвращением к прежней работе [6-А, 7-А].
4. Психологическая реабилитация лицам с последствиями травм ОДА в ОВЛ наравне с медицинской, социальной и профессиональной проводилась с учетом конкретных изменений психологического статуса травматологических больных. Нарушения и соответствующий выбор средств психокоррекции определялась путём проведения комплекса клинико-анамнестических и экспериментальных психологических методик, с последующей оценкой невротической реакции, внимания, эмоциональной и волевой сферы, психомоторной и других функций ЦНС. Оптимальные сроки лечения травм предплечья в ОВЛ были $16,1 \pm 1,6$ дня, кисти - $9,0 \pm 1,2$, коленного сустава - $12,4 \pm 1,3$, голени - $15,0 \pm 1,5$. [1-А, 3-А, 6-А, 7-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ.

1. В условиях города, где ортопедотравматологическая служба централизована, для обеспечения поэтапного и последовательного лечения больных с последствиями повреждений ОДА целесообразна единая система организации комплексного проведения реабилитации, включающая специализированную скорую медицинскую помощь, специализированный стационар, травматологический пункт и ОВЛ поликлиники.
2. В амбулаторно-поликлинических условиях ОВЛ для травматологических больных создаются в крупной поликлинике, имеющей достаточно мощную материально-техническую и лечебно-диагностическую базу, где расположен травматологический пункт. Кроме того, ОВЛ в ней должно организовываться путем централизации её средств медико-социальной реабилитации и дополняется средствами социально-бытовой, профессиональной реабилитации и др.
3. Психологическую реабилитацию в ОВЛ следует проводить с учетом конкретных изменений психологического статуса травматологических больных, при этом степень нарушений и соответственно выбор средств психокоррекции определяют путём проведения комплекса клинико-анамнестических и экспериментальных психологических методик, оценки невротической реакции, внимания, эмоциональной и волевой сферы, психомоторной и других функций ЦНС.
4. Реабилитационный процесс в ОВЛ должен проводиться под руководством единого врача-травматолога, подготовленного в области физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и других областях реабилитации, что позволяет оптимизировать использование. врачебных кадров в поликлинике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Список использованных источников

1. Аббасов, Р.Х. Комплекс лечения в ОВЛ больных при травмах с нарушением нервной системы при центральной поликлиники / Р.Х. Аббасов, А.А. Абдуазизов., Х.К. Рафиев // Вестник Педагогического университета. 2014. - №5(60). - С. 198-202.
2. Аббасов, Р.Х. Опыт совместной работы отделения восстановительного лечения городской поликлиники с городским травматологическим пунктом / Р.Х. Аббасов, Х.К. Рафиев, А.А. Абдуазизов // Вестник Педагогического университета. 2014. - №5(60). - С. 202-206.
3. Аббасов, Р.Х. Организация восстановительного лечения в городской многопрофильной поликлинике / Р.Х. Аббасов, Х.К. Рафиев, А.А. Абдуазизов // Вестник Педагогического университета. 2014. - №5(60). - С. 206-209.
4. Абдуазизов, А.А. Комплексная характеристика социальных, психологических, клинических и функциональных изменений пострадавших в начале и в конце восстановительного лечения / А.А. Абдуазизов, Р.Х. Аббасов, Х.К. Рафиев // Вестник Педагогического университета. 2014. - №5(60). - С. 209-214.
5. Абдуазизов, А.А. Социальная и психологическая характеристика больных с последствиями повреждений органов опорно-двигательного аппарата, подвергнутых комплексной реабилитации в условиях центра реабилитации при поликлиники / А.А. Абдуазизов, Р.Х. Аббасов // Вестник Педагогического университета. 2014. - №5(60). - С. 119-122.
6. Абдуазизов, А.А. Специализированная медицинская помощь в ОВЛ поликлинике / А.А. Абдуазизов, Р.Х. Аббасов, Х.К. Рафиев // Вестник Педагогического университета. 2014. - №5(60). - С. 122-126.
7. Абдуазизов, А.А. Эффективность комплексного лечения больных в ОВЛ при травмах с нарушением нервной системы / А.А. Абдуазизов, З. Вазиров // Наука и инновация. 2015. - №1(5). - С. 40-43.

8. Аврунин, А.С. Синдром остеомалации социально-экономическая роль и клинико-диагностические проблемы / А.С. Аврунин // Гений Ортопедии. 2014.- № 2. – С. 91-94.
9. Агаджанян, В.В. Политравма: проблемы и практические вопросы / В.В. Агаджанян // Материалы международной конференции: Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени. – СПб. -2006. – С. 14-18.
10. Агаджанян, В.В. Современные представления и перспективы интенсивной медицинской помощи при политравме / В.В. Агаджанян // Интенсивная медицинская помощь: проблемы и решения: материалы Всерос. конф. – Ленинск-Кузнецкий, 2001. - С. 3-6.
11. Азизов, М.Ж. Стандартизированная карта оценки лечебно-диагностических мероприятий травматологических амбулаторий / М.Ж. Азизов, К. Машарипов // Гений Ортопедии. 2009. - №4. – С. 91-94.
12. Алгоритм, стимулирования профилактики травматизма: метод. рекомендации / сост.: А. Вершинин, И. Фетисов. Екатеринбург, 2004. – С. 21.
13. Андреева, Т.М. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия / Т.М. Андреева, Е.В. Огрызко, И.А. Редько // Вестник травматологии и ортопедии. 2007. – № 2. – С. 59–63.
14. Андреева, О.С. Организационные и методические основы формирования и развития государственной службы реабилитации в Российской Федерации. Автореферат на соискание степени доктора медицинских наук, Москва, 2002 год.
15. Андреева, О.С., Критерии оценки качества и эффективности медицинской реабилитации инвалидов / О.С. Андреева, Н.Л. Абазиева // Сборник трудов региональной научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 13-15 февраля 2006. - С. 16-22.
16. Андреева, Т.М. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2008 году / Т.М. Андреева, Е.В. Огрызко, М.М. Попова. – М., 2009. – С. 73.

17. Анкин, Л.М. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) // М.: МЕДпресс – информ, 2004. – 176.
18. Апагуни, А.Э. Ошибки и осложнения оперативного лечения диафизарных переломов бедренной кости // Травматология и ортопедия России. 2005. - № 1(34). - С. 38-39.
19. Апарцин, К.А. МОСТ: мониторинг травматизма при сочетанных механических повреждениях в Иркутске за 2003-2005 гг. В кн.: Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени / К.А. Апарцин, А.П.Зайцев, А.В. Новожилов, Д.В. Косенкова // Матер.международ. конф. СПб.: 2006. - С. 151.
20. Апарцин, К.А. О целесообразности развертывания системы травматологических центров в регионах Сибирского федерального округа (по результатам мониторинга сочетанной травмы) / К.А. Апарцин, Г.М. Гайдаров, А.В. Новожилов и др. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2009. - №3. – С. 93-97.
21. Асилова, С.У. Хирургическое лечение при повреждениях лучевого нерва // Травматология и ортопедия России. 2007. - № 3 (45). - С. 43.
22. Атманский, И.А. Научное обоснование нового метода прогнозирования исхода дорожно-транспортной травмы / И.А. Атманский, М.И. Губайдуллин, С.И. Зарков, Р.Я. Сафин, Ю.А. Тюков // Гений Ортопедии. 2011. - №2. – С. 136-139.
23. Ахметьянов, Р.Ф. Актуальные проблемы инвалидности вследствие травматизма в Российской Федерации и медико-социальная реабилитация. Москва, 2004. – С. 247.
24. Ахтямов, И.Ф. О совершенствовании системы финансирования лечебно-профилактических учреждений, оказывающих неотложную травматологическую помощь / И.Ф. Ахтямов, С.В. Кривошапко, Г.М. Кривошапко // Казан, мед.журн. 2004. - Т.85, - № 6. - С.454-456.
25. Ахтямов, И.Ф. Отдаленные результаты реабилитации больных после оперативного лечения внутрисуставных переломов области коленного

- сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.И. Пирогова. 2002. - №2. - С.42-46.
26. Бабовников, А.В. Особенности реабилитации пациентов с переломами локтевого сустава / А.В. Бабовников, В.И. Зоря, Ю.С. Злобина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2006. - №4(50). - С.31-35.
27. Бабовников, А.В. Алгоритм ведения пациентов с переломами локтевого сустава в послеоперационном периоде. / А.В. Бабовников, Д.А. Пряжников, С.Ф. Гнетецкий // Материалы Международной Пироговской конференции «Остеосинтез и эндопротезирование». М. – 2008. – С.11.
28. Бабовников, А.В. Единый алгоритм лечения переломов локтевого сустава. / А.В. Бабовников, Д.А. Пряжников // Тез.докл. Девятнадц. итоговой конф. общества молодых ученых. М.: МГМСУ, 2007. - С. 26-27.
29. Бабовников, А.В. Клинико-диагностический алгоритм ведения пациентов с переломами локтевого сустава. / А.В. Бабовников, Д.А. Пряжников С.Ф. Гнетецкий // Материалы Международной Пироговской конференции «Остеосинтез и эндопротезирование». М. 2008. - С.11-12.
30. Багненко, С.Ф. Дорожно-транспортный травматизм как медико- социальная проблема / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко и др. // Скорая медицинская помощь. 2007. - № 1. - С. 5-11.
31. Багненко, С.Ф. Принципы оказания скорой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на этапах эвакуации в условиях мегаполиса // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2009. - Т. 168. - № 4. - С. 92-96.
32. Барабаш, А.П. Технология лечения диафизарных переломов костей голени с учётом и биомеханическим влиянием фазы репаративного остеогенеза / А.П. Барабаш, А.Г. Русанов, Ю.А. Барабаш, Р.А. Алфимов // Саратов. науч.-мед. журн. 2010. -Т.6. -№ 4. - С. 829-834.
33. Баранов, О.П. Особенности формирования травматизма населения крупного агропромышленного региона // Здоровоохранение Рос. Федерации. 2004. -№ 6. - С.41-42.

34. Батпенев, Н.Д. Актуальные вопросы организации травматолого-ортопедической помощи населению Республики Казахстан / Н.Д. Батпенев, Г.К. Джаксыбекова // Материалы международной конференции. Травматология және ортопедия, Астана, 2003. - № 2. - С.3-4.
35. Батпенев, Н.Д. Современное состояние травматизма в Республике Казахстан / Н.Д. Батпенев, Г.В. Цой, Г.К. Джаксыбекова // Травматология және ортопедия, Астана, 2003. - № 1. - С.66-67.
36. Белова, А.Н., Шепетова, О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002. – С. 440.
37. Берглезов, М.А. Остеоартроз (этиология, патогенез) / М.А. Берглезов, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2006. - № 4. - С. 79-86.
38. Бойко, И.В. Сравнительный анализ напряжений при различных вариантах системы «кость-аппарат внешней фиксации» в области локтевого сустава / И.В. Бойко, О.С. Раджабов, Д.С. Носивец // Запорож. мед.журн. 2006. – Том №2, - №5(38). – С. 26–32.
39. Болезни суставов: рук. / под ред. В. И. Мазурова. СПб.: Спец. Лит, 2008. – С. 397.
40. Бондаренко, А.В. Госпитальная летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения / А.В. Бондаренко, В.А. Пелеганчук, О.А. Герасимова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2004. - №3. – С. 49-52.
41. Бондаренко, А.В. Специализированная медицинская помощь при политравме в крупном городе / А.В. Бондаренко, В.А. Пелеганчук, В.Б. Колядо, С.А. Печенин // Вестн. хирургии им. Грекова. 2004. - Т. 163, - № 6. - С.89-92.
42. Боровиков, В.Н. Дорожно-транспортный травматизм как комплексная медико-социальная проблема потерь здоровья населения России / В.Н. Боровиков [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2011. - №3 (61). – С. 101-108.

43. Брагина, С.В. Структура стойкой утраты трудоспособности у пациентов с гонартрозом / С.В. Брагина, Р.П. Матвеев // Гений ортопедии. 2011. - №4. – С. 96-100.
44. Бутаев, А.П. Опыт изучения травматизма и организации специализированной помощи населению сельского района РСО-Алания / А.П. Бутаев // Травматология и ортопедия России. 2006. – №4. – С. 76-79.
45. Бутаев, А.П. Пути совершенствования медицинской помощи больным с патологией опорно-двигательного аппарата в сельском районе: автореф. дис. канд. мед.наук. – Санкт-Петербург., 2007. – С.16.
46. Васильева, Н.И. Повышение качества медицинской помощи важное звено при лечении и реабилитации в травматологии и ортопедии / Н.И. Васильева, В.М. Шигарев, А.В. Злобин // Гений Ортопедии. 2008. - №1. – С.106.
47. Выговский, Н.В., Коржавин Г.М. Медицинская реабилитация больных с переломами локтевого отростка / Н.В. Выговский, Г.М. Коржавин // Травматология и ортопедия России. 2007. - №3. - С.41-42.
48. Габдулхаков, Р.М. Стратегия обеспечения догоспитальной помощи при политравме / Р.М. Габдулхаков [и др.] // Гений Ортопедии. 2008. - №4. – С. 123-125.
49. Габдулхаков, Р.М. Эпидемиология тяжелой сочетанной травмы в мегаполисе / Р.М. Габдулхаков, М.В. Тимербулатов, Р.Г. Гараев, Н.Х. Хафизов // Гений Ортопедии. 2009. - №4. – С. 95-98.
50. Гилев, М.В. Тактика лечения больных с внутри- и околоуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости / Е.А. Волокитина, Ю.В. Антониади, Д.Н. Черницын // Новое в травматологии и ортопедии: Всерос. науч.-практ. конф. Самара, 2012. - С. 35-36.
51. Горшунов, Д.Е. Профилактика осложнений после функционально-восстановительных операций на локтевом суставе: Автореф. дис. ... канд. медиц. наук. Н.Новгород, 2007. – С. 23.
52. Гречухин, И.В. Комплексный клинико-статистический анализ травм опорно-

- двигательной системы / И.В. Гречухин // Травматология и ортопедия России. 2011. - №2 (60). – С.160-163.
53. Гриб, М.Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование дорожно-транспортного травматизма (на примере Нижегородской области): Автореф. дисс... канд. мед.наук. - 2009.
54. Григорьев, В.Д. Пятилетний опыт лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости / В.Д. Григорьев, В.Ф. Трунов // Новое в травматологии и ортопедии: Всерос. науч.-практ. конф. Самара, 2012. - С. 36-38.
55. Гришина, Л. П. Анализ инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в Российской Федерации в динамике за 10 лет (1999-2008) / Л.П. Гришина, В.С. Ондар, О.А. Кухта // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. 2010. - № 1. - С. 20-21.
56. Губанов, А.В. Особенности амбулаторного лечения пациентов с внутрисуставными переломами в России / А.В. Губанов, В.П. Самодай // Гений Ортопедии. 2012. - №3. – С. 12-14.
57. Гуманенко, Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении / Е.К. Гуманенко // Материалы международной конференции: Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени. – СПб.: 2006. – С. 4-14.
58. Давлатов, Х.С. Профилактика и лечение гнойных осложнений травм конечностей. / Х.С. Давлатов, Х.К. Рафиев, Г.М. Усманова и др. // Вестник Педагогического университета. 2014. - № 2 (57). - С. 123-127.
59. Давлатов, Х.С. Рекомендации по стратегии и тактике использования антибактериальных средств при инфекционных осложнениях в травматологических стационарах / Х.С. Давлатов, Х.К. Рафиев, А.А. Абдуазизов // Вестник педог. университета. 2013. - №5(54). - С. 44-48.
60. Дежурный, Л.И. Научное обоснование и разработка системы медико-организационных мероприятий первой помощи при травмах и неотложных состояниях на догоспитальном этапе: Дисс. ... д.м.н. - Воронеж, 2006. – С.

288.

61. Дергачев, В.В. Интрамедуллярный блокирующий остеосинтез - современная методика, новые сложности, осложнения / В.В. Дергачев, А.Н. Александров, С.Б. Ванхальский и др. // Травма. 2011. -Т. 12, - № 4. - С. 20-23.
62. Джаксыбекова, Г.К. Новые методические подходы к информационному обеспечению развития травматолого-ортопедической помощи в Республике Казахстан: дис. ... канд. мед.наук. / Г.К. Джаксыбекова // Алматы, 2008. – С. 25.
63. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 год. Изменить ход истории / ВОЗ, Женева [эл.ресурс]. // Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2004/en/>.
64. Дроздова, П.В. Особенности работы регистра эндопротезирования тазобедренного сустава РНИИТО им. Р.Р. ВРЕДЕНА / П.В. Дроздова, Р.М. Тихилов, М.Ю. Гончаров, Ю.В. Муравьева // Травматология и ортопедия России. 2011. - №3(61). – С. 109-114.
65. Дубровина, Е.В. Причины роста смертности трудоспособного населения России. - В: Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения. Научные труды Всероссийской научно-практической конференции 30-31 мая 2006 г. / Ред. В.И. Стародубов. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. - С. 246-249.
66. Евдокимов, Е.А. Дорожно-транспортный травматизм и неотложная медицина / Е.А. Евдокимов // Анестезиология и реаниматология. - 2007. - № 4. – С. 4-6.
67. Епифанов, В. А. Медицинская реабилитация : рук.для врачей / В. А. Епифанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2005.
68. Ефимов, П.В. Система профилактики травматизма в крупном индустриальном центре и его территориальном образовании / П.В. Ефимов, Н.Л. Кузнецова, М.Я. Подлужная, А.В. Рыбин // Гений Ортопедии. -2009. - С. 88-90.
69. Здравоохранение в России: [материалы] / Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru> (01.02.2012).

70. Зоря, В.И., Тольцинер Н.Ф., Бабовников А.В. и др. Повреждения локтевого сустава и их последствия: Учебное пособие по травматол. и ортопед, для самост. работы студентов леч. фак. медицинских ВУЗов. М.: МГМСУ, 2007. 39с.
71. Иванов, П.А. Лечение открытых переломов длинных костей конечностей у пострадавших с множественной и сочетанной травмой: автореф. дисс. докт. мед. наук. –Москва. -2009. - 44 с.
72. Карасев, А.Г. Лечение больных с закрытыми двойными диафизарными переломами костей нижних конечностей методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову / А.Г. Карасев, И.И. Мертель // Новое в травматологии и ортопедии: Всерос. науч.-практ. конф. Самара, 2012. - С. 44-45.
73. Карасев, А.Г. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении больных с множественными переломами костей конечностей // Сборник тезисов докладов 9 съезда травматологов-ортопедов России. Саратов, - 2010. - Т.1. - С. 162.
74. Кисеев, И.Н. Реабилитация пациентов с посттравматическими контрактурами в локтевом суставе / И.Н. Кисеев, Л.В.Ткаченко, П.И. Беспальчук // III Всероссийский съезд кистевых хирургов; II международный конгр. «Современные технологии диагностики лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности: материалы. М., 2010. - С. 139.
75. Козюков, В.Г. Реконструктивно-восстановительное лечение больных с тяжелыми последствиями повреждений кисти: автореф. дисс. докт.мед.наук. – Пермь. -2007. -38 с.
76. Коновалов, А.Н. Непроизводственный травматизм у работающего городского населения и пути его профилактики: автореф. дис. канд. мед. наук / А.Н. Коновалов – СПб., 2008. – 26 с.
77. Корнилов, Н.В., Шапиро К.И., Лучанинов С.С. и др. Травматология и ортопедия Санкт-Петербурга (1996-2002 гг.). СПб. : Мед.пресса, 2004. -162 с.
78. Корнилова, Г.И. Организация работы дневного стационара для взрослых в условиях крупного травматолого-ортопедического учреждения: дис. ... канд.

мед.наук. С-Пб., 2008. -134 с.

79. Коротичкий, А.В. Анализ первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других внешних воздействий в Российской Федерации, в 2001–2005 гг. / А.В. Коротичкий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. - № 4. - С. 34-36.
80. Косинец, А.Н. Медико-организационные подходы к совершенствованию травматологической помощи / А.Н. Косинец, В.В. Сиротко // Вестн. Российской воен.-мед. акад. 2006. - № 1(15). - С. 96-98.
81. Косинец, А.Н. Результативность травматологической помощи и критерии её определяющие / А.Н. Косинец, В.С. Глушако, В.В. Сиротко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2005. - №3. - С. 24-28.
82. Костомарова, Л.Г. О повышении качества медицинского обеспечения пострадавших с травмой на догоспитальном этапе / Л.Г. Костомарова, Л.Л. Стажадзе, Е.А. Спиридонова, С.А. Федотов // Анестезиология и реаниматология. 2003. - № 3. - С.69-70.
83. Кривова, А.В. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедра в популяции города Твери / А.В. Кривова, Р.В. Тимаев, С.С. Родионова // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2006. - № 2. - С. 17-20.
84. Кулеша, Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях. (на примере Амурской области): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2006. -19 с.
85. Кулеша, Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях / Н.В. Кулеша, Л.Г. Манаков, Н.И. Воронин // Дальневост. мед.журнал. – 2006. - №4. - С.70-72.
86. Куропаткин, Г. В. Костный цемент в травматологии и ортопедии. Самара, 2006. -74 с.
87. Линденбратен, А.Л. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи // Практическая медицина. 2015. – №. 4-2.
88. Лутковский, О.А. Медицинские, социальные и экономические аспекты дорожно-транспортного травматизма в г. Москве: Автореф. дисс... канд.

мед.наук. - М., 2005. - 23 с.

89. Лутковский, О.А. Медицинское обеспечение последствий дорожно-транспортного травматизма в Москве в 1999-2003 гг. // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. - № 2. - С.53-54.
90. Мак Киннис Линн. Лучевая диагностика в травматологии и ортопедии: клинич. рук. / Линн Мак Киннис; пер. с англ. Н. И. Паутовой; под ред. Н. А. Шестерни. - М.: Изд-во Панфилова, 2015. - 644 с.
91. Маккавейский, П. А. Об определении понятия «реабилитация больных и инвалидов» / П.А. Маккавейский, В.П. Шестаков, К.А. Каменков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 85-89.
92. Максимова, Т.М. Динамика смертности населения трудоспособных возрастов в странах СНГ // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. - №1. - С. 11-14.
93. Макушин, В.Д. К вопросу об активизации процессов, регулирующих восстановление структуры суставного хряща (обзор литературы и собственные данные) / В.Д. Макушин, Т.А. Ступина // Гений Ортопедии. 2014. - №1. – С. 82-88.
94. Мальчевский, В.А. Изменение течения локального патологического процесса у больных с посттравматическим гонартрозом II стадии под влиянием стандартных лечебных мероприятий / В.А. Мальчевский, Н.П. Козел, Н.Я. Прокопьев // Гений Ортопедии. 2009. - № 1. - С.50-54.
95. Марченкова, Л.О. Первичная инвалидность вследствие травм в Курганской области /Л.О. Марченкова, Е.В. Серкова // Гений Ортопедии. 2008. -№ 2. – С. 31-34.
96. Марченкова, Л.О. Первичная инвалидность от дорожно-транспортных травм у взрослого населения в Курганской области / Л.О. Марченкова, Е.В. Серкова, А.А. Серков // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении : материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2009. – Т.2. – С. 850-851. - (Прил. к журн. «Вестн.Рос.военно-мед. академии»).

97. Марченкова, Л.О. Субъективная оценка качества оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим автодорожную травму (по данным анкетирования) / Л.О. Марченкова, Е.В. Серкова, А.А. Серков // Травматология и ортопедия России. – 2007. - № 4. - С. 47-49.
98. Марченкова, Л.О. Травматизм и первичная инвалидность взрослого населения вследствие дорожно-транспортных происшествий / Л.О. Марченкова, Е.В. Серкова, А.А. Серков // Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. - Ташкент, 2008. - С. 21-22.
99. Матвеев, Р.П., Медведев Г.М. Политравма: организационные и лечебные аспекты. Архангельск :Сев.гос. мед. ун-т, 2006. - 274 с.
100. Медведкова, Е.А. Медико-социальные аспекты автодорожного травматизма в областном центре Северо-Западного региона: Автореф. дисс... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с.
101. Миронов, С.П. Болезни костно-мышечной системы как социально-экономическая проблема / С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2012. - №2. – С. 3-7.
102. Миронов, С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии / С.П. Миронов // Вестник травматологии и ортопедии. 2010. – № 4. – С. 10-13.
103. Миронов, С.П. Состояние специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы. / С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2010. - №1. – С. 3-8.
104. Мирошниченко, А.Г. Шкалы оценки тяжести и перспективы их применения на скорой и неотложной медицинской помощи / А.Г. Мирошниченко, В.Е. Марусанов, В.А. Семкичев, И.А.Короткевич // Скорая мед.помощь. 2007. - № 2. - С.46-56.
105. Михайлова, Ю.В. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа / Ю.В. Михайлова, М.Г. Шестаков, Ю.В. Соболева, Т.П. Сабгайда,

- В.И. Назаров // Экономика здравоохранения. 2008. - № 2 (123). - С. 37-42.
106. Михайлова, Ю.В. Медико-социальные последствия дорожно-транспортного травматизма / Ю.В. Михайлова [и др.] – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2007. – 216 с.
107. Мустафин, Р.М. Тенденции смертности от травматизма среди сельского населения Республика Башкортостан за 10-летний период / Р.М. Мустафин, Н.Х. Шарафутдинова, М.В. Матвеева, А.Я. Шарафутдинов // Здравоохранение РФ. 2005.- №1.- С. 19-20.
108. Никитин, С.Е. Преемственность оперативного и консервативного методов лечения при осложнениях переломов длинных костей конечности. / С.Е. Никитин, М.В. Паршиков, П.Е. Елдзаров, А.А. Стеклов // Гений Ортопедии. 2012. - № 3. –С.5-11.
109. Новиков, В.И. Системный подход к восстановлению функции опорно-двигательного аппарата человека с использованием ортезов // Материалы Российской научно-практической конференции «Ортезирование. Путь к совершенству». Москва, 4-5 апреля 2002. - С.18-19.
110. Носивец, Д.С. Моделирование разгибания предплечья в локтевом суставе при фиксации в одноплоскостном аппарате внешней фиксации с шаровым шарниром / Д.С. Носивец // Материалы 13 Российского конгресса [«Человек и его здоровье»]. – Санкт-Петербург, 2008. С. 17.
111. Носивец, Д.С. Комплексное восстановительное лечение при переломах дистального метаэпифиза плечевой кости / Д.С. Носивец, Л.Ю. Науменко // Ж. «Ортопедия, травматология и протезирование» 2009, - №3. - С.43-48.
112. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение: клинич. рекомендации / под ред. Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. М.: Гэотар– Медиа, 2010. -176 с.
113. Панков, И.О. Наш опыт лечения пациентов с множественными переломами костей конечностей / И.О. Панков, И.В. Рябчиков // Современные проблемы науки и образования. 2012. - № 4. - С. 1-8.
114. Пахомов, П.А. Концептуальная модель организации специализированной помощи при патологии стопы и голеностопного сустава / И.А. Пахомов, М.А. Садовой // Гений Ортопедии. 2010. №4. – С. 111-115.

115. Перхов, В.И. К вопросу о необходимости разработки федерального закона «Об обеспечении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации» / В.И. Перхов // Менеджер здравоохранения. 2010. - № 1.- С. 47-55.
116. Пичхадзе, И.М. Лечение переломов и их последствий аппаратом Пичхадзе для монополярной и биполярной фиксации костных отломков // Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова. 2006. - №1. - С.18-21.
117. Пожарищенский, К. Э. Основные тенденции первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы соединительной ткани у детей Российской Федерации в динамике за 2001-2008 гг. // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. -2010. - № 1. - С. 22-23.
118. Раззоков, А.А. Ближайшие результаты ксенопластики длинных трубчатых костей / А.А. Раззоков, А.Х. Бегов, М.М. Мухамедкулова, Б.Ш. Самиев, Х.К. Хисомов // Здрав. Таджикистана, 2009. - №1, - С. 20-24.
119. Редько, И.А. Проблемы бытового травматизма // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. - №6. - С. 15-21.
120. Родоманова, Л.А. Современная структура тяжелых повреждений кисти, вызванных действием тупой травмирующей силы / Л.А. Родоманова, Д.И. Кутянов, К.С. Мелихов, Д.Г. Наконечный, В.А. Рябов // Травматология и ортопедия России. 2011. – № 4 (62). - С.5-10.
121. Руководство по неотложной помощи при травмах / Международное общество хирургов и Международная Ассоциация хирургии травмы и хирургической интенсивной терапии (IATSIC). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). // Изд-во «Весь мир», Рим, 2010. – 94с.
122. Савченко, В.В. Взаимосвязь уровня первичной инвалидности лиц с последствиями травм опорно-двигательного аппарата и качества оказания медицинской помощи / В.В. Савченко [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. - № 3. - С. 45-47.
123. Сазонова, Н.В. Изучение заболеваний крупных суставов в различных социальных группах риска – один из основных факторов повышения

- качества специализированной помощи больным (предварительное сообщение) / Н.В. Сазонова, Л.А. Попова // Гений ортопедии. 2007. №2. – С.123-124.
124. Санникова, Е.В. Анализ стационарной и амбулаторной помощи пострадавшим с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы // Ортопедия, травматология и протезирование. 2011. - № 4. - С. 86–88.
125. Серкова, Е.В. Временная нетрудоспособность при производственной травме у пострадавших с переломами костей конечностей / Е.В. Серкова // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии : материалы науч. практ. конф.– Душанбе, 2009. - С. 272-273.
126. Серкова, Е.В. Первичная инвалидность от травм опорно-двигательной системы в Курганской области / Е.В. Серкова // Материалы II съезда травматологов-ортопедов УрФО. – Курган, 2008. – С. 27-28.
127. Серкова, Е.В. Травматизм и состояние травматолого-ортопедической службы в Курганской области в 2009 году / Е.В. Серкова, А.А. Серков, И.И. Мартель // Здравоохранение Зауралья. 2010. - № 1. - С. 15-17.
128. Сиротко, В.В. Медико-социальные аспекты городского травматизма в современных условиях: автореф. ... дис. канд. мед.наук. – СПб., 2006. – 17.
129. Сиротко, В.В. Организационные аспекты оптимизации травматологической помощи // Новости хирургии. 2008, - №1. Том 16. - С. 67-74.
130. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
131. Сувалян, А.Г. Комплексное Восстановительное лечение больных с переломами дистального отдела костей голени и лодыжек. Методические рекомендации по неотложной травматологии. Москва, 2000. стр. 160.
132. Тихилов, Р.М. Динамика основных показателей временной утраты трудоспособности при травмах и болезнях костно-мышечной системы у населения Ленинграда-Санкт-Петербурга (итоги тридцатилетнего мониторинга, проведенного с 1976 по 2008 г) / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов // Травматология и ортопедия

России. 2009. - №3 (53). – С. 70-77.

133. Тихилов, Р.М. Динамика основных показателей смертности населения Ленинграда - Санкт-Петербурга от травм и воздействия внешних причин (итоги мониторинга, проведенного с 1976 по 2008 год) / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов // Травматология и ортопедия России. 2010. - №1 (55). – С.106-114.
134. Тихилов, Р.М. Сравнительный анализ изменений работы коечного фонда травматологической службы как одного из направлений (разделов) в хирургической деятельности лечебных учреждений Санкт-Петербурга в 2000 и 2008 гг. / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов // Травматология и ортопедия России. 2010. - №3 (57). – С. 135-142.
135. Тихилов, Р.М. Опыт внедрения стационарозамещающих технологий в условиях специализированного травматолого-ортопедического учреждения / Р.М. Тихилов, Г.И. Корнилова, С.Н. Иванов // «Морфофункциональные аспекты регенерации и адаптационной дифференцировки структурных компонентов опорно-двигательной системы в условиях механических воздействий» Материалы научно-практической конференции. Курган, 2004. – С. 306-307.
136. Тишку, Е.А. Очерки здоровья населения Российской Федерации (современное состояние и тенденции развития) / под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. Качество медицинской помощи, 2001. - № 3. - 72 с.
137. Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н.В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - 2011. – 592с.
138. Утешев, М.Ш. Применение аппаратов внешней стрежневой фиксации в комплексном лечении больных с политравмой / М.Ш. Утешев, Э.М. Валиев // Хирургия Узбекистана. 2005. - № 3. - С.81-85.
139. Хмара, А.Д. Тактика лечения при сочетанной травме груди и сегментов конечностей (обзор) / А.Д. Хмара, И.А. Норкин, Т.Г. Хмара // Саратов. науч.-мед.журн. 2012. - Т.8. - №4. -С. 982-988.

140. Чукина, Е.А. Лечебная гимнастика у больных с переломами локтевого сустава / Е.А. Чукина, И.Ю. Клюквин, О.П. Филиппов, А.Ю. Сергеев // Тез.докл., городской науч-практ. конф. М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2007. - С.8-12.
141. Шевцов, В.И. Реабилитация пациентов с дефектами и ложными суставами длинных костей, современное состояние проблемы / В.И. Шевцов, Д.Ю. Борзунов // Гений Ортопедии. 2008. - № 4. -С. 48-54.
142. Шевцов, В.И. Современные технологии лечения больных с деформирующим артрозом коленного сустава / В.И. Шевцов, Т.Ю. Карасева, Е.А. Карасев, А.Г. Карасев, А.Я. Коркин // Гений Ортопедии. 2009. - № 3. – С. 17-24.
143. Шевцов, В.И. Травматизм и состояние травматолого-ортопедической службы в Уральском федеральном округе за 2006-2008гг. / В.И. Шевцов, Е.В. Серкова // Материалы II съезда травматологов-ортопедов УрФО. - Курган, 2008. – С. 15-17.
144. Шедренок, В.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в травмпунктах второго уровня (на модели Санкт-Петербурга) / В.В. Шедренок // Травматология и ортопедия России. 2008. - №1. – С. 62-64.
145. Шигарев, В.М. Эволюция лечения переломов шейки бедренной кости / В.М. Шигарев, В.Н. Тимофеев // Гений Ортопедии. 2007. - № 3. – С.75-77.
146. Шлыков, И.Л. Состояние и перспективы развития травматолого-ортопедической службы Уральского федерального округа / И.Л. Шлыков, А.В. Рыбин, З.И. Горбунова // Гений Ортопедии. 2012. - №4. – С.10-14.
147. Шпаченко, Н.Н. Транспортная иммобилизация – фактор профилактики осложнений // Травматол. и ортопед. России. 2006. - №2(40). - С.321.
148. Шукуров, Э.М. Аппараты внешней фиксации в системе лечения множественных переломов костей нижних конечностей / Э.М. Шукуров // Гений Ортопедии. 2011. - №4. – С.9-13.
149. Artemiev, A. Features of correction of posttraumatic leg deformations / Artemiev A., Ivanov P., Popov V. // The first Israel-Russian orthopaedic conference

- “Advances in traumatology and reconstructive orthopaedics”. - Haifa, Izrael, 2005.-P. 32.
150. Australian Bureau of Statistics. Injury in Australia: a Snap Shot 2004-2005. ABS: Canberra, 2006.
151. Bethge, M. Work ability index predicts application for disability pension after work-related medical rehabilitation for chronic back pain / M. Bethge, Ch. Gutenbrunner // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2013, Vol. 94, Issue 11, P. 2262-2268. <https://doi.org/10.1016/j.apmr>.
152. Blendon, R.J. Americans' views of health care costs, access, and quality / M. Brodie, J.M. Benson [et al.] // Milbank Q. 2006. - Vol.84, № 4. - P.623-657.
153. Braddom, R.L. Physical Medicine and Rehabilitation. / R.L. Braddom // 2010. - P. 1472.
154. Cameron, P.A. A statewide system of trauma care in Victoria: effect on patient survival / B.J. Gabbe, D.J. Cooper, T. Walker, R. Judson. // MedJ Aust. 2008. –P. 546-550.
155. Carl, V. The uniform data system for medical rehabilitation report of patients with lower extremity joint replacement discharged from rehabilitation programs in 2000-2007. / V. Carl, J. Samuel, E. James [et al.] // Am J Phys Med Rehabil. 2010; 89(10): 781-794. doi:10.1097/PHM.0b013e3181f1c83a.
156. Carl, V. The uniform data system for medical rehabilitation report of patients with hip fracture discharged from comprehensive medical programs in 2000 – 2007. / V. Carl, A. Timothy, E. James, Anne Deutsch et al. // Am J Phys Med Rehabil. 2011; 90(3): 177-189. doi:10.1097/PHM.0b013e31820b18d7.
157. Clark, D.E. Evaluating an inclusive trauma system using linked population-based data / K.L. Anderson, D.R. Hahn // J. Trauma. 2004. - V.57, № 3.-P.501-509.
158. Derrett, S. Capturing outcomes following injury: a New Zealand pilot study- / G. Davie, S. Ameratunga, J. Langley // NZMedJ 2010; 123: 66-74.
159. Deutsch, A. Apparent changes in inpatient rehabilitation facility outcomes due to change in the definition of program interruption / C. Granger, C. Russel, A. Heinemann, K. Ottenbacher // Arch Phys Med Rehabil. 2008; 89:2274–2277.

[PubMed: 19061738]

160. Edlich, R.F. An organized approach to trauma care: legacy of R. Adams Cowley / J.R. Wish, L.D. Britt, W.B. Long // *J. Long Term Eff. Med. Implants.* -2004. Vol.14, № 6. - P. 481-511.
161. An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis / D.T. Felson // *Radiol. Clin. NorthAm.* -2004. -Vol. 42, -№ 1. - P. 1-9.
162. Friedman-Sanchez G. Provider perspectives on rehabilitation of patients with polytrauma // N.A. Sayer, T. Pickett // *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 171-178.
163. Gabbe, B.J. Use of health care services 6 months following major trauma / A.M. Sutherland, O.D. Williamson, P. Cameron // *Aust Health Rev* 2007; 31: 628–632.
164. Gabbe, Belinda J. Improved Functional Outcomes for Major Trauma Patients in a Regionalized, Inclusive Trauma System. / Gabbe, Belinda J. Simpson, Pam M. Sutherland, Ann M. // *Annals of Surgery.* 2012, Vol. 255, Issue 6. P. 1009-1015. doi: 10.1097/SLA.0b013e31824c4b91
165. Granger, C.V. Modifications of the FIM instrument under the inpatient rehabilitation facility prospective payment system / A. Deutsch, C. Russell, T. Black, K.J. Ottenbacher // *J Phys Med Rehabil.* 2007; 86(11):883–892. [PubMed: 17873825]
166. Haeusler, J.M. Pilot study on the comprehensive economic costs of major trauma: Consequential costs are well in excess of medical costs / B. Tobler, B. Arnet, et al. // *J. Trauma.* 2006. - Vol.61, № 3. - P.723-731.
167. Harris, I. A. Predictors of general health after major trauma. / J.M.Young, H.Rae, B.B. Jalaludin, M.Solomon // *J. Trauma* 2008; 64: 969–974.
168. Hasenboehler E. Locking compression plate with minimally invasive plate osteosynthesis in diaphyseal and distal tibial fracture: a retrospective study of 32 patients / D. Rikli, R. Babst // *Injury.* -2007. -Vol. 38, -No 3. -P. 365-370.
169. Fractures of the Radial Head and Neck Treated with Radial Head Excision / P. Herbertsson, et al. // *J Bone Joint Surg.* 2004. - Vol. 86. - P. 1925-1930.
170. Higgins, J.T. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2 [updated September 2009] / S. Green // <http://www.cochrane->

handbook.org [accessed 1 April 2011].

171. Higher, bone mineral density in rural compared with urban dwellers: the NOREPOS study / H.E. Meyer [et al] // *Am. J. Epidemiol.* -2004. - Vol. 160, -No. 11. -P. 1039-1046.
172. Hochberg, M.C. Osreoarthritis. Epidemiology of the rheumatic dislage / M.C. Hochberg // -2ed. - Oxford. 2005. -P. 206-209.
173. Injury surveillancе guidelines / Holder, Y. [et al.] // – Geneva: WHO, 2004.
174. Holtslag H.R. Determinants of long-term functional consequences after major trauma / E.F. Beeck, E.Lindeman, L.P. Leenen // *J Trauma* 2007; 62: 919-927.
175. Jamison, D.T. Disease control priorities in developing countries. / J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne., D. Evans, M. Claeson // NY: Oxford University Press, 2006.
176. Khan, F. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis / J.F. Pallant // *Disabil Rehabil* 2007; 29: 205-213.
177. Systematic review of multi disciplinary rehabilitation in patients with multiple trauma / Khan F., Amatya.B., Hoffman.K. // *British Journal of Surgery* 2012; 99 (Suppl 1), P. 88-96.
178. Current state of vocationally oriented medical rehabilitation – a German perspective. / M. Lukaszczik, Hans-Dieter Wolf, Ch. Gerlich et al. // *J. Disability and Rehabilitation.* 2011, Issue 25-26, Vol. 33. P. 2646-2655. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.575528>
179. Lumpkin, M.F. Surgeon reimbursement for trauma care / D.G. Judkins, J.M. Porter, M.D. Williams // *Am. J. Surg.* 2004. - Vol.188, № 6. - P.767-771.
180. Makela, K. Cemented total hip replacement for primary osteoarthritis in patients aged 55 years or older: results of the 12 most common cemented implants followed for 25 years in the Finnish Arthroplasty Register / K. Makela [et al] // *J. Bone Joint Surg.* - 2008. - Vol. 90-B, -N 12. - P. 1562-1569.
181. Mallinson, T.R. A comparison of discharge functional status after rehabilitation in skilled nursing, home health, and medical rehabilitation settings for patients after

- lower-extremity joint replacement surgery. / T.R. Mallinson, L. Manheim, Orit Almagor, Anne Deutsch et al. // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, – 2011, Vol. 92, Issue 5, P. 712-720. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.12.007>
182. Bahari, S. Minimally invasive percutaneous plate fixation of distal tibia fractures / S. Bahari, B. Lenehan, H. Khan, J.P. Mc.Elwain // Acta Orthop. Belg. -2007. -Vol. 73, -No 5. -P. 635-640. 185.
183. Clement, N.D. Multiple fractures in the elderly / N.D. Clement, S. Aitken, A.D. Duckworth, M.M. McQueen, C.M. Court-Brown // J. Bone Joint Surg. Br. -2012. -Vol. 94, -No 2. -P. 231-236.
184. Salgado, C.J. Muscle versus nonmuscle flaps in the reconstruction of chronic osteomyelitis defects / C.J. Salgado [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. -2006. -Vol. 118, -No 6. -P. 401-411.
185. Onuminya, J. E. Results of open wound technique in the treatment of post-sequestrectomy deadspace / S. Afr. // J. Surg. -2008. -Vol. 46, -No 1. -P. 26-27.
186. O'Sullivan, S.B. National Audit Office. Major Trauma Care in England. National Audit Office: London, 2010. O'Sullivan S.B. Physical Rehabilitation. / S.B.O'Sullivan, T.J. Schmitz, G. Fulk, F.A. Davis // 2013, 1408 p.
187. World report on road traffic injury prevention / Peden, M. [et al.] // – Geneva: WHO, 2004.
188. Bystander trauma care - effect of the level of training / L.E. Pelinka [et al] // Resuscitation. - 2004. -No.60. - P. 289-296.
189. Preuss, J. Injuries in fatal cases of falls downstairs / S.A. Padosch, R. Dettmeyer [et al.] // Forensic Sci. Int. 2004. - Vol.141, № 2-3. - P.121-126.
190. Prime, M.S. The National Joint Registry of England and Wales / M.S. Prime, J. Palmer, W.S. Khan // Orthopedics. – 2011. – Vol. 34, N 2. – P. 107-110.
191. Lewiecki, E.M. Proceedings of the Eighth Annual Santa Fe Bone Symposium, August 3-4, 2007 / E.M. Lewiecki, J.P. Bilezikian, C. Cooper, M.C. Hochberg, M.M.Luckey, M. Maricic, P.D. Miller // J. Clin. Densitom. -2008. -Vol. 11, -No 2. -P. 313-324.
192. Quale, A.J. Resilience in the face of coping with a severe physical injury: A study

- of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. / A.J. Quale, A.K. Schanke // *Rehabilitation Psychology*, 2010, 55(1), - P. 12-22. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018415>
193. Quatrano, L.A. Future of outcomes measurement: impact on research in medical rehabilitation and neurologic populations / A. Louis Quatrano, H. Theresa Cruz // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2011, Vol. 92, Issue 10, P. S7-S11. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.08.032>
194. Ring, D. Operative Release of Ankylosis of the Elbow Due to Heterotopic Ossification / J.B. Jupiter // *J Bone Joint Surg.* 2004. - Vol. 86-A. -P.2-10.
195. Robinson, L.R. *Trauma Rehabilitation* (1st edn). Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2006.
196. SCPE work, standardization and definition – an overview of the activities of SCPE: a collaboration of European CP registers / V. McManus, P. Guillem, G. Surman, C. Cans // *Zhongguo Dang Dai ErKeZaZhi*. -2006. -Vol.8, - No 4. -P. 261-265.199.
197. Cinat, M.E. Significant correlation of trauma epidemiology with the economic conditions of a community / M.E. Cinat, S.E. Wilson, S. Lush, C. Atkins // *Arch. Surg.* -2004. -Vol. 139, -No 12. -P. 1350-1355.
198. Stans, A.A. Operative treatment of elbow contracture in patients twenty-one years of age or younger // *J. Bone Joint Surg. Am.* -2002. -Vol. 84,-No 3. -P. 382-387.
199. Storch, E.K. From rehabilitation to optimal function: role of clinical exercise therapy / D. Kruszynski // *Curr Opin Crit Care* 2008; 14: 451-455.
200. Ivanov, P. The choice of a method bone reconstruction at treatment of patients with tibia defects / P. Ivanov, A. Artemiev, N. Varenik // *The first Israel-Russian orthopaedic conference «Advances in traumatology and reconstructive orthopaedics»*. - Haifa, Izrael, 2005. - P. 25.
201. Thompson, W.H. Ulnar Collateral Ligament Reconstruction in Athletes: Musclev-Splitting Approach without Transposition of the Ulnar Nerve / F.W. Jobe, L.A. Yocum [et al.] // *J of Shoulder and Elbow Surgery*. -2001.-Vol. 10.-P.152-157.
202. Wagman, P. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept

- analysis. / P. Wagman, C. Hakansson, A. Björklund // Journal Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2012 - Issue 4, Vol. 19. Pages 322-327.
<http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
203. WHO. Global Burden of Disease. 2004 Update. / global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf [accessed 1 April 2011].
<http://www.who.int/healthinfo>
204. Zumiotti, A.V. Treatment of post-traumatic tibial osteomyelitis using microsurgical flaps / A.V. Zumiotti, H.W. Teng, M.C. Ferreira // J. Reconstr. Microsurg. – 2003. – Vol. 19, No 3. – P. 163-171.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ.

Статьи.

- 1-А.** Абдуазизов, А.А., Аббасов Р.Х. Социальная и психологическая характеристика больных с последствиями повреждений органов опорно-двигательного аппарата, подвергнутых комплексной реабилитации в условиях центра реабилитации при поликлиники // Вестник Педагогического университета. г. Душанбе. - 2014. №5 (60). С. 119-122.
- 2-А.** Абдуазизов, А.А., Аббасов Р.Х., Рафиев Х.К. Специализированная медицинская помощь в ОВЛ поликлинике // Вестник Педагогического университета. 2014. №5(60). С. 122-126.
- 3-А.** Аббасов, Р.Х., Абдуазизов А.А., Рафиев Х.К. Комплекс лечения в ОВЛ больных при травмах с нарушением нервной системы при центральной поликлиники // Вестник Педагогического университета, г. Душанбе.-2014. №5(60). С. 198-202.
- 4-А.** Аббасов, Р.Х., Рафиев Х.К., Абдуазизов А.А. Опыт совместной работы отделения восстановительного лечения городской поликлиники с городским травматологическим пунктом // Вестник Педагогического университета. Душанбе. -2014. №5(60). С. 202-206.
- 5-А.** Аббасов, Р.Х., Рафиев Х.К., Абдуазизов А.А. Организация восстановительного лечения в городской многопрофильной поликлинике //

Вестник Педагогического университета.г. Душанбе. -2014.№5(60). С. 206-209.

6-А. Абдуазизов, А.А., Аббасов Р.Х., Рафиев Х.К. Комплексная характеристика социальных, психологических, клинических и функциональных изменений пострадавших в начале и в конце восстановительного лечения // Вестник Педагогического университета.г. Душанбе. -2014.№5(60). С. 209-214.

7-А. Абдуазизов, А.А., Вазиров З. Эффективность комплексного лечения больных в ОВЛ при травмах с нарушением нервной системы // Наука и инновация. 2015. №1(5). С. 40-43.

8-А. Абдуазизов, А.А., Аббасов Р.А., Давлатов Х. Характеристика травм в системе опорно-двигательного аппарата среди различных возрастов и пола в травматологическом пункте города Худжанда // Медицинская наука и образование, том II. г. Душанбе.-2014г. С. 178-180.

9-А. Абдуазизов, А.А. Социальная характеристика пострадавших и структура травм в травматологическом пункте г.Худжанда // Медицинская наука и образование, том II. г. Душанбе.-2014г. С. 176-178.

10-А. Ибодов, С.Т., Абдуазизов А.А. Оптимизация восстановительного лечения опорно-двигательного аппарата лицам получившие травмы в условиях объединенном поликлинике г. Худжанда // Вестник Авиценны г.Душанбе-2017г. №1. С.85-89.

Материалы конференции.

11-А. Абдуазизов, А.А., Зиёбаев Ш.А., Ганиев Ф.И. Характеристика структуры травм и оказания помощи в травматологическом пункте г.Худжанда // Материалы годичной научно-практической конференции посвященной 90-летию образования столицы Таджикистана г. Душанбе. Профилактика инфекционных (ВИЧ, СПИД, туберкулез, малярия и управляемые инфекции) и неинфекционных заболеваний.г. Душанбе.-2014г. С.7-9.

12-А. Абдуазизов, А.А., Рафиев Х.К., Ибодов С.Т., Талабов М.С., Рафиева З.Х. Оптимизация квалифицированной помощи лицам, получившим травмы опорно-двигательного аппарата в поликлинических условиях крупного объединения // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им Абуалиибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан г.Душанбе - 2016г. С.454-455.