

УДК 615.8/331

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2023.1.6>

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК НЕОБХІДНОГО СКЛАДНИКА ЗБІЛЬШЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СУСПІЛЬСТВА

Білий Володимир Володимирович,
кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Хмельницького національного університету,
фізичний терапевт та ерготерапевт
КНП «Міська поліклініка № 1», м. Чернівці
ORCID: 0000-0003-1468-9649

У статті описана закономірність соціально-економічного добробуту та здоров'я людини. Розглянуто вплив хронічних неінфекційних захворювань на працездатність та якість життя людини. Описана економічна доцільність застосування фізичної терапії під час лікування хронічних неінфекційних захворювань. Висвітлені практичні проблеми у сфері фізичної терапії, зокрема: комунікаційна, територіальна та економічна недоступність послуг фізичних терапевтів. Запропоновані шляхи подолання цих проблем з допомогою впровадження функціональної діагностики, впровадження протоколів міждисциплінарної координації фахівців, створення мобільних (пересувних) реабілітаційних бригад, застосування телереабілітації та використання економічно доступного обладнання для кінезотерапії.

Ключові слова: фізична терапія, функціональна діагностика, мобільна реабілітаційна бригада, телереабілітація, рівень здоров'я, рівень працездатності, економічний вплив.

Volodymyr Bilyy. Current proposals on physical therapy as a necessary component for increase socio-economic potential of society

This article describes the relationship of socio-economic well-being and human health. The impact of chronic non-infectious diseases on physical performance and quality of life is considered. The economic feasibility of using physical therapy in the treatment of chronic non-infectious diseases is described. Practical problems such as communication, territorial and economic inaccessibility of the services of physical therapists are highlighted. To solve the problems, it is proposed: implementation of protocols of multidisciplinary coordination of specialists, establishment of mobile rehabilitation teams, application of telerehabilitation and use of economically available equipment for physical therapy.

Key words: physical therapy, functional diagnostics, mobile rehabilitation team, telerehabilitation, level of health, level of work capacity, economic impact.

Вступ. Рівень добробуту суспільства визначається станом здоров'я населення [4]. Зважаючи на загальні тенденції щодо підвищення захворюваності і поширеності хвороб, закономірним є зростання первинної інвалідності. В Україні чисельність осіб з інвалідністю становить 2 788 226 осіб, або 6,1% від загальної чисельності населення нашої держави [3]. При цьому варто враховувати, що люди з інвалідністю можуть потребувати сторонньої допомоги в побуті та їм потрібні адаптивні умови праці, що своєю чергою негативно впливає на економічну здатність суспільства. Тому відновлення працездатності таких людей є актуальним соціально-економічним завданням.

Сьогодні у зв'язку з воєнним станом у нашій країні кількість людей, які потребують відновлення після травм, операцій чи хронічних захворювань опорно-рухової, нервової та серцево-судинної систем стрімко збільшилась. Така потреба насправді існувала й до війни, а зараз питання загострилось як серед наших захисників, так і серед мирних

громадян. Варто зазначити, що, окрім екстрених випадків (травмування, поранення, баротравми, хірургічні втручання), потребують медичної уваги й хронічні неінфекційні захворювання. При цьому впровадження в програми лікування фізичної терапії збільшує економічну ефективність у більшості медичних випадків [9] шляхом збільшення працездатності, зменшення скарг та симптомів, а також збільшення якості життя.

Матеріали та методи. Опитування, спостереження, аналіз наукової літератури.

Результати. У дослідженні Chew Derek S., et al. (2022) проведено порівняння програм лікування двох груп пацієнтів. В основній групі була присутня реабілітація, а в контрольній групі – відсутня. В результаті в основній групі було достовірне збільшення рівня якості життя порівняно з пацієнтами контрольної групи. Вартість шести-місячної програми лікування при цьому не мала суттєвих відмінностей від контрольної групи [6]. Це підтверджують і інші автори [7; 9; 10].

Варто врахувати, що хронічні неінфекційні захворювання можуть призводити до довготривалої непрацездатності. Так, до прикладу, в Україні захворювання нервової системи, зумовлені остеохондрозом хребта, за поширеністю посідають друге місце серед причин тимчасової втрати працездатності. Дегенеративно-дистрофічні зміни трапляються в 30–50% осіб 30 років та в 75–100% осіб, старших за 40 років [1].

Важливим є застосування ранньої реабілітації, яка, окрім швидшого відновлення працездатності, призводить до економічної вигоди, що було продемонстровано в дослідженні Fritz Julie M., et al. (2007) у трьохмісячних чи річних програмах лікування [9; 10]. На тлі збільшення фізичної працездатності відбувається і збільшення якості життя пацієнтів [6; 7].

Таким чином, для соціально-економічного зростання потенціалу людей, які мають інвалідність або хронічні неінфекційні захворювання необхідно підбирати таку терапію, яка б якнайшвидше та якнайповніше призводила до розширення функціональних можливостей.

Збільшення функціональних можливостей та працездатності людей, в яких є хронічні неінфекційні захворювання, чітко знаходяться в межах компетенції фізичних терапевтів та ерготерапевтів. Завдяки лікувальним фізичним вправам, мануальним технікам та перформованим фізичним чинникам відкривається можливість найбільш повно відновити людину після захворювання та втрати працездатності. Однак з мого власного практичного досвіду вбачається проблема, що багато людей, які звернулись по медичну допомогу до лікарів, отримують тільки симптоматичне лікування (за моделлю «скарга на симптом – усунення симптому»), і не отримують повноцінного відновного лікування (наприклад, фізична терапія, ерготерапія, ЛФК). Це своєю чергою суттєво обмежує працездатність людини, що призводить до зниження фізичного та соціального потенціалу людини, в результаті чого знижується і соціально-економічна ефективність людини.

Таким чином, постає проблема координації між лікарем та між фізичним терапевтом і ерготерапевтом. Якщо провести статистичний аналіз та порівняти кількість людей, які пройшли первинне лікування, і порівняти з кількістю людей, які пройшли реабілітацію, то ми побачимо суттєву нестачу в завершальному етапі лікування – відновлення функцій організму під час реабілітації (фізичної терапії та ерготерапії). Існує поширена невідповідність декларованим нормативно-пра-

вовим актам стосовно мультидисциплінарного підходу лікування пацієнтів.

Для вирішення вищеописаної проблеми необхідно впровадити протоколи міждисциплінарної координації фахівців (профільні лікарі, фізіотерапевти, фізичні терапевти, ерготерапевти, мануальні терапевти), в якому кожен спеціаліст буде проводити діагностику в межах своєї компетенції та робити заключення з урахуванням висновків інших фахівців. Рекомендації, призначення та лікувальні програми в такому випадку будуть більш досконаліми.

Варто зазначити, що останніми роками все ж частішали випадки, коли лікарі рекомендують звернутись пацієнтам до спеціалістів з фізичної реабілітації. Однак пацієнт не знає, де знайти таких спеціалістів, оскільки в більшості медичних закладів відсутні відділення фізичної терапії та ерготерапії. В результаті після травми чи загострення стану опорно-рухового апарату більшість пацієнтів у кращому випадку йдуть на курс масажу. А у разі серцево-судинних та респіраторних хвороб отримують тільки медикаментозне лікування та загальні рекомендації з рухової активності й дієтотерапії.

Слід наголосити, що фізіологічно такі системи організму, як опорно-рухова та кардіо-респіраторна, є функціональними системами та піддаються відновленню та лікуванню завдяки правильно дозованій фізичній активності, дієтотерапії та фізіотерапевтичним процедурам. Відновлення вимагає систематичних впливів за індивідуально розробленою програмою на підставі функціональної діагностики. Але в практичній діяльності ситуація далека від теоретичних рекомендацій.

Якщо встановлення нозологічного діагнозу та оцінка симптомів є невід'ємною частиною лікування, то функціональна діагностика є малорозповсюджена і рідко коли фіксується в діагностичних протоколах. Хоча саме завдяки їй існує можливість виявити патологічні стани ще на етапі передхвороби та у разі правильної тактики уникнути захворювання. А у разі наявної патології оптимізувати терапевтичні впливи.

Під час функціональної діагностики оцінюється стан опорно-рухового апарату, кардіо-респіраторної системи, вегетативної системи та інших систем організму, що дає змогу оцінити спроможності органів та систем, уточнити діагноз, визначити адаптаційний резерв.

Так, у людей з однаковим діагнозом, наприклад остеохондрозом, можуть бути абсолютно

різні функціональні стани, а у людей, які хворіють на артеріальну гіпертензію, може бути різна ортостатична толерантність та кардіо-респіраторна працездатність. Визначення функціональних показників дозволить виявити зниження функції органів та систем, що буде потужним інструментом для збільшення мотивації пацієнта до лікування, розуміння етапності реабілітаційного процесу та оцінки ефективності лікувальної програми. Це призведе до скорочення кількості днів, які пацієнт буде непрацездатним. Тобто збільшиться кількість днів, коли людина може повноцінно виконувати свої обов'язки. Надалі зменшиться кількість симптомів (головні болі, запаморочення, задишка, біль у хребті та суглобах тощо), а також зменшуються обмеження в трудовій та побутовій діяльності [1].

Позитивний відгук та підтримку для впровадження функціональної діагностики вже було отримано на презентації для лікарів та завідувачих відділень у КНП «Міська поліклініка № 1» (м. Чернівці). Наступним етапом після впровадження функціональної діагностики буде оптимізація лікування. Наступною проблемою виявилось те, що пацієнти нездатні реалізувати рекомендацію лікаря – звернутись для подальшого відновлення до фізичного терапевта, що пов'язано насамперед з відсутністю реабілітаційних відділень у лікувальних закладах. Частково розв'язати цю проблему можна шляхом створення мобільних (пересувних) бригад фізичних терапевтів, які матимуть змогу виїжджати у стаціонарне відділення чи безпосередньо до пацієнта додому, чи на підприємство. Новітні підходи у сучасній реабілітації передбачають використання доступного та компактного обладнання для провадження своїх послуг поза реабілітаційним відділенням.

Тобто фізичні терапевти, маючи широкий арсенал інструментів (фізичні вправи, масаж, фізіотерапевтичні процедури), здатні проводити свої послуги як на території стаціонару, поліклініки, так і вдома у пацієнта, який не має фізичної можливості приїхати у медичний заклад. У такому випадку мобільні бригади будуть охоплювати більшу кількість пацієнтів протягом робочого дня, а приїжджаючи в лікувальний заклад, на робоче місце людини або до неї додому зможуть адаптувати свої рекомендації до матеріально-технічних умов конкретної людини.

Мобільність має велике значення й для реалізації важливого принципу – ранньої реабілітації. Чим раніше починається реабілітація, тим швидшим та більш повноцінним буде процес

одужання. Тому приїзд бригади реабілітологів у стаціонар має велике значення.

Створення мобільних бригад реабілітологів має велике терапевтичне і, як наслідок, соціально-економічне значення. Терапевтичне полягає в тому, що пацієнт раніше розпочинає процес відновлення, в результаті чого відновлення буде швидшим та більш повним. Тобто людина менше часу буде у стані непрацездатності й раніше зможе повернутись до виконання своїх трудових обов'язків.

Також для вирішення логістичних та економічних проблем доцільним є застосування телереабілітації.

Телереабілітація – новий напрям, в якому застосовуються телекомунікаційні технології для надання дистанційних (віддалених) реабілітаційних: консультації, втручання, оцінка та контроль [5].

Коли пацієнт навчений самостійних занять, з'являється можливість скоротити витрати на транспортування завдяки сеансам відеозв'язку з реабілітологом. Таким чином, у разі необхідності відвідувати реабілітаційне відділення кожен будній день вдасться скоротити витрати часу від 3 до 7 годин на тиждень, займаючись вдома або на роботі під відеонаглядом спеціаліста.

Це все дає змогу збільшити ефективність та доступність реабілітаційного процесу, не відволікаючи людину від побутової та професійної діяльності.

У практиці медичної реабілітації спостерігається тенденція до застосування дороговартісного обладнання, що робить процес відновлення недоступним для широких верств населення.

Відповідно до досліджень Fritz Julie M., et al. (2019) вартість надання медичних послуг постійно зростає [9], тому для збереження доступності терапевтичних послуг виникає необхідність здешевити процес лікування, зберігши при цьому високу якість послуг та індивідуальний підхід. Досягти цього можна, використавши універсальне спортивне обладнання, з допомогою якого можна проводити заняття з кінезотерапії як у реабілітаційних відділеннях, так і вдома. Так, у 2022 році для лікувальних установ та реабілітаційних бригад вартість обладнання для функціональної діагностики починається з 44000 грн. Вартість реабілітаційного обладнання для лікувальних установ починається з 180000 грн, а для мобільних бригад може починатись всього з 20000 грн. Мінімальний набір кінезотерапевтичного обладнання для персонального (домашнього) використання коштує 1500 грн. Для зде-

шевлення вартості пацієнт може брати необхідне обладнання в оренду.

Висновки. Таким чином, у результаті оптимізації координації членів міждисциплінарної команди, завдяки впровадженню функціональної діагностики для пацієнтів, які звернулись у лікувальні заклади, відкривається можливість визначити правильну та ефективну стратегію лікування.

Обладнання для функціональної діагностики сьогодні стало економічно доступним для кожної лікувальної установи та реабілітаційної бригади. А отримані показники на такому обладнанні дозволяють персоналізувати програми лікування, змотивувати пацієнтів повноцінно проходити терапевтичний курс, а по завершенні лікування з'являється можливість надійно та об'єктивно визначити ефективність проведених процедур та маніпуляцій.

Для тих лікувальних закладів, в яких відсутні реабілітаційні відділення, економічно обґрунто-

ваним буде залучення мобільних реабілітаційних бригад. А для пацієнтів, які не мають можливості приїхати у реабілітаційне відділення або викликати мобільну реабілітаційну бригаду, доступним буде застосування телереабілітації.

У результаті таких підходів людина має змогу раніше повернутись до соціально-трудової діяльності, виконувати свої функції більш якісно, а надалі рідше брати лікарняний. А це неодмінно позитивно вплине на економіку нашої країни, адже здорова людина – це працездатна та ефективна людина.

Тому впровадження функціональної діагностики, налагодження координації лікарів з фізичними реабілітологами та запровадження мобільних бригад створить можливість збільшити якість медичних послуг, дасть змогу оцінювати ефективність лікувальних програм та зробить процес відновлення доступним для кожної людини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альошина А.І., Альошина А.О. Актуальні питання профілактики та реабілітації остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2016. № 23. С. 9–13.
2. Білий В.В. Фізична реабілітація осіб з есенціальною гіпертензією : автореф. дис. канд. наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.03 «Фізична реабілітація». Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. Київ. 2019. 25 с.
3. Говорко О.В. Здоров'я населення як складовий елемент економічної політики держави. *ББК 65.9 (4Укр)*, 85.
4. Харьковлюк-Балакіна Н., Горго Ю., Медвидчук К. Імплементация мониторинговых технологий контролю стану здоров'я пацієнтів для населення територіальних громад. *Біомедична інженерія і технологія*, 4. 2020. С. 51–60. DOI: <https://doi.org/10.20535/2617-8974.2020.4.221856>.
5. Almubark Bazah M., et al. Telehealth clinical practice guide for occupational therapy, physical therapy, and speech and language pathology: A Saudi and Middle Eastern guide. *Telemedicine and e-Health*, 28.5. 2022. P. 636–642. DOI: 10.1089/tmj.2021.0021.
6. Chew Derek S., et al. Economic outcomes of rehabilitation therapy in older patients with acute heart failure in the REHAB-HF trial: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA cardiology*, 7.2. 2022. P. 140–148. DOI: 10.1001/jamacardio.2021.4836.
7. Jun Hyun-Ju, et al. The relationship between stroke patients' socio-economic conditions and their quality of life: the 2010 Korean community health survey. *Journal of physical therapy science*, 27.3. 2015. P. 781–784. DOI: 10.1589/jpts.27.781.
8. Lee Eun-Young, et al. Economic freedom, climate culpability, and physical activity indicators among children and adolescents: report card grades from the Global Matrix 4.0. *Journal of Physical Activity and Health*, 19.11. 2022. P. 745–757. DOI: 10.1123/jpah.2022-0342.
9. Fritz Julie M., et al. Cost-effectiveness of primary care management with or without early physical therapy for acute low back pain: economic evaluation of a randomized clinical trial. Wolters Kluwer Health. 2017. P. 285–290. DOI: 10.1097/BRS.0000000000001729
10. Whitehurst D.G.T., et al. A brief pain management program compared with physical therapy for low back pain: results from an economic analysis alongside a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research*, 57.3. 2007. P. 466–473. DOI: 10.1002/art.22606.

REFERENCES

1. Alyoshina, A.I., & Alyoshina, A.O. (2016). Actual issues of prevention and rehabilitation of osteochondrosis of the cervical and thoracic spine.
2. Bilyy, V.V. (2019). Physical rehabilitation of persons with essential hypertension.
3. Hovorko, O.V. Population health as a constituent element of the state's economic policy. *ББК 65.9 (4Ukr)*, 85.
4. Kharkovlyuk-Balagina, N., Gorgo, Yu., & Medvydchuk, K. (2020). Implementation of monitoring technologies for controlling the health of patients for the population of territorial communities. *Biomedical engineering and technology*, (4), 51–60.

5. Almubark, B.M., Majrashi, N., Alghusun, N., Alhammad, M., Alhthifi, F., & Alyahya, R.S. (2022). Telehealth clinical practice guide for occupational therapy, physical therapy, and speech and language pathology: A Saudi and Middle Eastern guide. *Telemedicine and e-Health*, 28(5), 636–642.
6. Chew, D.S., Li, Y., Zeitouni, M., Whellan, D.J., Kitzman, D., Mentz, R. J., ... & Reed, S.D. (2022). Economic outcomes of rehabilitation therapy in older patients with acute heart failure in the REHAB-HF trial: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA cardiology*, 7(2), 140–148.
7. Jun, H.J., Kim, K.J., Chun, I.A., & Moon, O.K. (2015). The relationship between stroke patients' socio-economic conditions and their quality of life: the 2010 Korean community health survey. *Journal of physical therapy science*, 27(3), 781–784.
8. Lee, E.Y., Abi Nader, P., Aubert, S., González, S.A., Katzmarzyk, P.T., Khan, A., ... & Tremblay, M.S. (2022). Economic freedom, climate culpability, and physical activity indicators among children and adolescents: report card grades from the Global Matrix 4.0. *Journal of Physical Activity and Health*, 19(11), 745–757.
9. Fritz, J.M., Kim, M., Magel, J.S., & Asche, C.V. (2017). Cost-effectiveness of primary care management with or without early physical therapy for acute low back pain: economic evaluation of a randomized clinical trial.
10. Whitehurst, D.G.T., Lewis, M., Yao, G.L., Bryan, S., Raftery, J.P., Mullis, R., & Hay, E.M. (2007). A brief pain management program compared with physical therapy for low back pain: results from an economic analysis alongside a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research*, 57(3), 466–473.