

УДК 614.2:616-036.868

ЛИСЕНЮК В.П.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

САМОСЮК І.З., САМОСЮК Н.І., ТКАЛІНА А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА: ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ДЕФІНІЦІЇ

Резюме. Наведені сучасні дефініції, принципи і критерії в галузі медичної реабілітації. Обґрунтована необхідність ретельної документації зрушень під впливом реабілітаційних інтервенцій. Наведені дані служать відправними пунктами для вироблення практичних рішень у різних клінічних ситуаціях.

Ключові слова: медична реабілітація, реабілітаційні програми, документація функціональних зрушень.

Коли вирішене завдання збереження життя й функцій уражених органів та тканин, у послідовному процесі «діагностика — лікування — реабілітація» на перший план виступає реабілітація хворого. За визначенням ВООЗ, **реабілітація** (*re* — знову, *habilitas* — здатність, спроможність) — це комплексне та скоординоване використання медичних, соціальних, освітніх та професійних заходів для тренування або перепідготовки неповноспроможної особи до якнайвищого рівня функціональних можливостей. Починаючи з першої Класифікації ВООЗ стосовно функціональних порушень (1980), поширена реабілітаційна модель (рис. 1) базується на методологічному підході, що потребує розуміння таких основних концепцій [1, 2]:

— ушкодження (*рос.* повреждение, *англ.* impairment) — будь-яка аномалія чи втрата психологічних, фізіологічних, анатомічних структур або функцій;

— порушення життєдіяльності (*рос.* нарушение жизнедеятельности, *англ.* disability) — обумовлені ушкодженням будь-які обмеження чи втрата можливості виконувати повсякденну діяльність у спосіб або в обсязі, що вважаються нормальними для людської істоти;

— соціальні обмеження (*рос.* социальные ограничения, *англ.* handicap) — обумовлені ушкодженням і порушенням життєдіяльності обмеження та перешкоди для виконання соціальної ролі, що вважається нормальною (залежно від віку, статі, соціальних та культурних факторів) для даного індивідуума.

У 2001 році ВООЗ випустила більш складну Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [3], що є багатогальною класифікацією для застосування в різних галузях. Зокрема, вона містить рекомендації з кількісної оцінки та

наступного кодування функціональних порушень, що є важливим для реабілітаційної медицини.

Мета системи реабілітації полягає в досягненні у відповідний термін стійкого, оптимального саногенетичним¹ можливостям відновлення порушених функцій індивідуума, пристосування його до навколишнього середовища й участі в соціальному житті зі зміненими у зв'язку із хворобою соціальними функціями [4].

Обговорюючи принципи реабілітації, треба зауважити, що вона являє собою й розділ науки та комплекс завдань [5]. Властивою рисою реабілітації є залучення пацієнта (та його близьких) до вирішення цих завдань у рамках реабілітаційного процесу. Дуже вдало реабілітацію порівнюють зі школою, у якій пацієнтові забезпечують пряму допомогу, нагляд, інструктування, навчання і тренування, відповідний зворотний зв'язок. Реабілітація здійснюється скоріше **разом із пацієнтом**, ніж **для** пацієнта [2].

Загально визнаним є **виділення трьох видів реабілітації**, що взаємопов'язані і взаємодоповнюють один одного:

1. Медична реабілітація — комплекс заходів, що включає способи прискорення **реституції**, стимуляції **реперативно-регенеративних процесів**, виявлення та зміцнення **компенсаторних механізмів**, корекції **загальної резистентності організму та імунітету**. **Засоби медичної реабілітації:** медикаментозна терапія, відновлювальна та косметична хірургія, фізіотерапія та ЛФК, психотерапія, дієтотерапія, комплементарні методи (акупунктурна терапія, мануальна терапія, фітотерапія, еферентна терапія).

¹ Саногенетичні (відновлювальні) процеси включають реституцію, регенерацію, компенсацію, а також діяльність систем імунітету та мікроциркуляції.



Рисунок 1. Реабілітаційна модель ВООЗ: функціональна оцінка та інтервенції на різних рівнях

2. Професійна (освітня) реабілітація: трудотерапія, професійне навчання та перепідготовка, профорієнтація.

3. Соціальна реабілітація: побутове та трудове влаштування, соціотерапія, соціально-економічне, соціально-гігієнічне та юридичне консультування.

З практичної точки зору в реабілітаційному процесі доцільно розрізняти такі **реабілітаційні періоди:**

а) реконвалесценція — процес одужання з відновленням порушених біологічних та психологічних функцій (у цьому періоді застосовують патогенетичну терапію, хірургію, медичну реабілітацію);

б) реадaptaція — процес пристосування до побуту, праці (навчання), навколишнього середовища (застосовують медичну реабілітацію, соціальну та професійну (освітню) реабілітацію, патогенетичну терапію);

в) ресоціалізація — процес відновлення соціальних функцій і становища особи в соціальному макро- і мікросередовищі (застосовують соціальну та професійну (освітню) реабілітацію, медичну реабілітацію, патогенетичну терапію).

У кожному конкретному випадку організація реабілітаційного процесу вимагає мультидисциплінарного (бригадного) підходу з розробкою індивідуальної реабілітаційної програми [6, 7]. Обов'язковими елементами є визначення реабілітаційного потенціалу, складення реабілітаційного прогнозу та оцінка (моніторинг) досягнутого прогресу під час реабілітації.

Реабілітаційний потенціал — це комплекс біологічних і психофізіологічних характеристик індивідуума, а також соціально-оточуючих факторів, що дозволяють тією чи іншою мірою реалізувати його потенціальні здатності.

Реабілітаційний прогноз — очікувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу.

Сучасна класифікація основних категорій життєдіяльності та їх обмежень за ступенем вираженості

1. Здатність до самообслуговування — здатність до самостійного задоволення основних фізіологічних потреб, повсякденної побутової діяльності та навичок особистої гігієни.

Обмеження самообслуговування:

I ст. — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

II ст. — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та/або за допомогою інших осіб;

III ст. — нездатність до самообслуговування й повна залежність від інших осіб.

2. Здатність до самостійного пересування — здатність самостійно перемішуватись у просторі, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла в рамках побутової, громадської, професійної діяльності.

Обмеження здатності до самостійного пересування:

I ст. — здатність до самостійного пересування при більш тривалій витраті часу, дрібності виконання та скороченні відстані;

II ст. — здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

III ст. — нездатність до самостійного пересування і повна залежність від інших осіб.

3. Здатність до навчання — здатність до сприйняття та відтворення знань (загальноосвітніх, професійних тощо), опанування навичками та уміннями (соціальними, культурними та побутовими).

Обмеження здатності до навчання:

I ст. — здатність до навчання в навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, який навчає);

II ст. — здатність до навчання тільки в спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;

III ст. — нездатність до навчання.

4. Здатність до трудової діяльності — здатність здійснювати діяльність відповідно до вимог до змісту, обсягу й умов виконання роботи.

Обмеження здатності до трудової діяльності:

I ст. — здатність до трудової діяльності за умов зниження кваліфікації або зменшення обсягу роботи, неможливість виконання роботи за своєю професією;

II ст. — здатність до трудової діяльності в спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

III ст. — нездатність до трудової діяльності.

5. Здатність до орієнтації — здатність визначитися у часі та просторі.

Обмеження здатності до орієнтації:

I ст. — здатність до орієнтації за умов використання допоміжних засобів;

II ст. — здатність до орієнтації за допомогою інших осіб;

III ст. — нездатність до орієнтації (дезорієнтація).

6. Здатність до спілкування — здатність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації.

Обмеження здатності до спілкування:

I ст. — здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу сприйняття, отримання й передачі інформації;

II ст. — здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

III ст. — нездатність до спілкування.

7. Здатність контролювати свою поведінку — здатність до усвідомлення себе й адекватної поведінки з урахуванням соціально-правових норм.

Обмеження здатності контролювати свою поведінку:

I ст. — часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку;

II ст. — здатність частково або повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб;

III ст. — нездатність контролювати свою поведінку.

Відбір хворих на реабілітацію

Скринінг здійснюється за допомогою стандартної карти, що включає такі обов'язкові розділи:

1. Діагностичний висновок щодо теперішнього клінічного стану:

а) розгорнутий профільний діагноз з описом наявних розладів та оцінкою стабільності стану;

б) супутні захворювання;

в) загальні функціональні розлади — аліментарні (харчові та водні), нездатність ковтати, нетримання сечі та калу, цілісність шкірного покриву, переносимість фізичної та психічної активності, розлади сну.

2. Показники реабілітаційного профілю хворого:

а) функціональний стан та ступінь незалежності перед захворюванням (травмою);

б) теперішні функціональні обмеження та ступінь їх вираженості — здатність до самообслуговування, самостійного пересування, навчання, трудової діяльності, орієнтації, спілкування, контролювання своєї поведінки;

в) психоемоційний статус та мотивація щодо участі в реабілітаційній програмі.

3. Соціальні та оточуючі фактори:

а) наявність близьких та ступінь їх участі у підтримці пацієнта;

б) умови проживання;

в) етнічна приналежність та мова спілкування;

г) характер пристосування пацієнта та його сім'ї до захворювання (травми);

д) яким моментам віддають перевагу пацієнт і його близькі та що вони очікують від реабілітації.

4. Стандартизовані шкали для кількісної оцінки стану хворого:

а) профільна нозологічна шкала (наприклад, шкала інсульту Національного інституту здоров'я, NIHSS);

б) шкала самопомогі та мобільності (індекс Barthel, шкала Rankin або ін.);

в) шкала психічного статусу (міні-ментальний тест тощо).

Загальні показання та протипоказання до призначення реабілітаційної програми

Медична стабільність — важливий показник готовності пацієнта до реабілітації і призначення реабілітаційних інтервенцій.

Характеристика стану:

— **стабільний** — пацієнт із нормальною температурою тіла, стабільними вітальними показниками, у нього не відбувається змін у стані здоров'я, він не потребує зміни курсу лікування протягом 48 годин; компенсований

неврологічний та гемодинамічний дефіцити; адекватні харчування та гідратація;

— **відносно стабільний** — потребує зміни медикаментозних призначень протягом 48 годин, але симптоми і клінічні показники практично не змінюються; відносно стабільний неврологічний та гемодинамічний дефіцит; адекватні харчування й гідратація;

— **нестабільний** — гострий стан, що потребує діагностичних і лікувальних заходів в умовах стаціонару, може загрожувати життю або призвести до серйозних ускладнень, можлива неузгодженість із реабілітаційними інтервенціями.

Фізична витривалість — характеризується часом, протягом якого пацієнт може займатися фізичною роботою, рівень якої забезпечує реалізацію необхідних реабілітаційних інтервенцій.

Обмеження фізичної витривалості:

— **незначне** — 3 години або більше фізичної активності протягом дня;

— **помірне** — від 1 до 3 годин фізичної активності протягом дня;

— **значне** — менше 1 години фізичної активності протягом дня.

Пороговим критерієм для призначення реабілітаційних програм є:

— стан пацієнта є медично стабільним або відносно стабільним;

— у пацієнта спостерігається 1 чи 2 персистуючі фізичні обмеження;

— пацієнт здатен до навчання;

— пацієнт спроможний сидіти з підтримкою протягом принаймні 1 години та брати мінімальну участь у реабілітаційних інтервенціях.

Коли реабілітаційні інтервенції протипоказані

— Повна відсутність можливості самостійного пересування та спілкування з медперсоналом.

— Гострі запальні захворювання, активний туберкульоз.

— Декомпенсовані захворювання серця, легень та інших внутрішніх органів.

— Ішемічна хвороба серця з частими нападами стенокардії спокою і негативною динамікою ЕКГ.

— Стійка артеріальна гіпертензія, що не піддається медикаментозній корекції.

— Активна фаза ревматизму.

— Декомпенсований цукровий діабет.

— Прогредієнтні неврологічні захворювання, коли не спинено процес, що викликав руйнування нервових структур.

— Часті епілептичні напади.

— Виражені психічні порушення.

— Неаепітелізовані опіки.

— Переломи, що не зрослися.

— Невправлені вивихи.

- Нестабільний остеосинтез.
- Різке виснаження, голодування.

Порівняно з хірургією чи терапією реабілітація стає більш скромні, але завжди реальні завдання. Тому дуже важлива документація зрушень під впливом реабілітаційних інтервенцій. Використовують так звані стандартні інструменти (тести, шкали, індекси) для клінічної оцінки, які дають можливість зробити кількісний чи напівкількісний опис реабілітаційного профілю хворого. Існують загальні переліки стандартних інструментів залежно від характеру патології [8]. Як правило, більш інформативні інструменти вимагають значної витрати часу та спеціальної підготовки персоналу.

Слід також розрізняти реабілітаційні програми та реабілітаційні послуги. Якщо реалізація індивідуальної реабілітаційної програми вимагає бригадного підходу за участю різних спеціалістів, то реабілітаційні послуги обмежуються залученням мінімальної кількості спеціалістів (деколи одного) і мають на меті патофізіологічне покращення стану хворого. Це дає можливість значно зменшити витрати, проте в даному випадку треба визначити такий вид допомоги не як *реабілітацію*, а *медичні втручання та відновлювальну терапію* (рис. 1).

Список літератури

1. World Health Organization (WHO). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH)*. — Geneva: WHO, 1980. — 175 p.
2. *Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline, No. 16* / G.E. Gresham, P.W. Duncan, W.B. Stason et al. — Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1995. — 248 p.
3. *Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья*. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. — 342 с.
4. *Медицинская реабилитация постинсультных больных* / Ред. И.З. Самосюк, В.И. Козьявкин, М.В. Лобода. — К.: Здоров'я, 2010. — 424 с.
5. *Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями* / Ред. А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. — М.: Антидор, 1997. — Т. 1. — 224 с.
6. Белова А.Н. *Нейрореабилитация*. — М.: Антидор, 2000. — 565 с.
7. *Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини* / Ред. В.П. Лисенюк. — К.: НМУ, 2001. — 71 с.
8. *Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников* / Ред. А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.

Отримано 17.06.12 □

Лысенюк В.П.

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, г. Киев

Самосюк И.З., Самосюк Н.И., Ткалина А.В.

Национальная медицинская академия последипломного
образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ДЕФИНИЦИИ

Резюме. Приведены современные дефиниции, принципы и критерии в области медицинской реабилитации. Обоснована необходимость тщательной документации сдвигов под влиянием реабилитационных интервенций. Представленные данные служат отправными пунктами для выработки практических решений в различных клинических ситуациях.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, реабилитационные программы, документация функциональных сдвигов.

Lysenyuk V.P.

National Medical University named
after O.O. Bogomolets

Samosyuk I.Z., Samosyuk N.I., Tkalina A.V.

National Medical Academy of Postgraduate Education
named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

REHABILITATION MEDICINE: BASIC CONCEPTS AND DEFINITIONS

Summary. Contemporary definitions, principles, and criteria in the field of rehabilitation medicine are given. The necessity of careful documentation of changes under the influence of rehabilitation interventions was substantiated. The data presented are the starting points for the development of practical solutions in a variety of clinical situations.

Key words: rehabilitation, rehabilitation programs, documentation of functional progress.