patients with severe multiple and combined combat trauma should be monitored not only by doctors of specialized department but also by physician and cardiologist.
Keywords: *combat trauma, secondary pathology of internal organs.*

УДК 616 1/4-08-036

Медична реабілітація учасників антитерористичної операції при патології серцево-судинної системи: стан і перспективи розвитку у Збройних Силах України

М.В. НАУМЕНКО, М.М. КОВАЛЬ

Резюме. *У статті розглянуто питання значення реабілітації учасників антитерористичної операції з захворюваннями серцево-судинної системи у відділенні кардіології Головного військово-медичного клінічного центру «Головний Військовий Клінічний Госпіталь», стан даної проблеми у теперішній час та намічені шляхи подальшого розвитку.*
Ключові слова: *реабілітація, адаптація, методи лікування.*

Відновлення нормальної життєдіяльності, адаптація функціональних систем людини до умов, що змінилися в результаті хвороби і лікування, психічна, фізична, соціальна і інші види реабілітації при клінічно неускладненому результаті хвороби та істотній втрати масі елементів функціональних систем зазвичай реалізуються протягом 5–6 міс.

У сучасній охороні здоров'я поряд із традиційними лікувально-діагностичним і профілактичним напрямами розвивається відносно нове спрямування – реабілітаційне. За кордоном його позначають різними термінами, але всі численні визначення зводяться до того, що реабілітація являє собою комплекс соціальних, педагогічних, медичних і інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених (втрачених) функції організму, а також працездатності хворих і інвалідів. Коротка медична енциклопедія дає визначення реабілітації як «відновлення порушених функцій організму та працездатності інвалідів, що спрямоване на найефективніше та якомога раннє повернення хворої людини до суспільно корисної праці» [8].

Тут можна виділити дві самостійні категорії: мета реабілітації – відновити функціональні можливості та провести соціальну інтеграцію людини як члена суспільства і засобу для досягнення даної мети. Серед останніх до власне медичної допомоги відноситься максимальне відновлення функціональної дієздатності, порушеної в результаті хвороби, травми, операції, професійних, спортивних і інших перевантажень. Перераховане

входить до завдання відновної терапії, яка усуває або компенсує дефекти здоров'я, які наносять збиток соціальній й трудовій діяльності людини. Тому з погляду медицини під реабілітацією мають на увазі комплексне відновне лікування як синонім медичної реабілітації.

Відомо, що реабілітація зародилася в ортопедії й травматології. В останні десятиліття вона міцно ввійшла й у кардіологічну практику [5].

Не підлягає сумніву, що відновне лікування хворих з захворюваннями серцево-судинної системи та пацієнтів, що перенесли оперативне втручання на серці (аорто-коронарне шунтування (АКШ), протезування клапанів, стентування), вимагає розмежування лікувальних заходів щодо індивідуального принципу, у зв'язку із чим необхідна більш «вузька» спеціалізація лікарів-кардіологів з питань реабілітації у своїй і, ймовірно, у суміжних областях медицини. Близько 100 років тому Г.А. Захар'їн у своїх лекціях говорив: «Потрібно вимагати, щоб кожний лікар знав, де й коли потрібна та або інша спеціальна, тобто немедикаментозна, терапія, так само добре, як він знає, де й коли потрібен той або інший аптечний засіб». У наші дні можливості немедикаментозних методів лікування вкрай слабко використовують в лікувальному процесі, багато фахівців недостатньо ознайомлені з показаннями й протипоказаннями до їхнього застосування.

Не викликає сумніву, що при відновному лікуванні хворих з різними видами патології необхідні диференційовані лікувальні дії. Однак не менш очевидно, що тут важливі й загальні методичні підходи, пов'язані, зокрема, із застосуванням немедикаментозних методів (фізіотерапія, лікувальна фізкультура, психо-, дієтотерапія тощо), які поєднуються в рамках відповідних, але роз'єднаних дисциплін. Крім того, у ході реабілітації зростає значимість оцінки стану організму в цілому, його систем і реактивності. Так, у процесі реабілітації пацієнта після операцій на відкритому серці роль кардіохірурга у міру загоєння ран неухильно знижується, а кардіолога – зростає. Самостійним завданням є відновне лікування хворих із поєднаною патологією різних органів і систем, що не може бути успішно вирішено в рамках вузькоспеціалізованих клінік [7]. Закликаючи лікарів більше уваги приділяти проблемам реабілітації у межах своєї спеціальності, сукупність завдань реабілітації треба розглядати як основу медичної допомоги населенню.

У даний час актуальною є реабілітація осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних станів та воєнних конфліктів, антитерористичних операцій (АТО), осіб з небезпечними професіями, а також великої групи населення з «новими» синдромами та хворобливими станами (синдромом хронічної втоми) та низкою преморбідних станів.

Об'єкт реабілітації – хворий, який перебуває у фазі ремісії хронічного захворювання або реконвалесценції після гострої хвороби, травми або

операції. Реабілітації підлягають також хворі, які страждають на ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, які перенесли гостру реакцію на стрес в зоні АТО, особи із професійною перевтомою, адаптаційними синдромами різної етіології.

До характерних рис цих фаз відносять згасання або навіть зникнення місцевих, органних клінічних проявів патології при збереженні патогенетичної сутності хвороби. У літературі особливості патології зазначених фаз порівняно з особливостями гострої фази відповідних нозологічних форм освітлені вкрай недостатньо. Інтерпретація клінічної картини в даних випадках утруднена через стерту симптоматику, що вимагає застосування сучасних інструментальних методів дослідження. Тому завдання діагностичного процесу в ході реабілітації аж ніяк не спрощуються. До труднощів диференціальної діагностики місцевої або органної патології додається необхідність оцінки в інтересах реабілітації рухових можливостей хворого, стану його психоемоційної сфери, тонусу й реактивності вегетативної нервової системи, імунітету й неспецифічної резистентності організму, клімато- і хроноадаптації. У цьому плані потрібно враховувати й характерну для сучасної патології мультиморбідність, особливо, коли ішемічна хвороба серця і гіпертонічна хвороба поєднуються з хронічними неспецифічними захворюваннями легенів, цукровим діабетом, виразковою хворобою тощо. Такі сполучення, за нашим даними, не просте підсумовування патологічних процесів, а їх взаємне потенціювання, своєрідний «феномен взаємного обтяження», принципово новий патологічний стан, що ставить перед лікарем якісно інші завдання, що вимагають іншого підходу до їхнього вирішення [4]. Так, фізична реабілітація хворого з інфарктом міокарда, а також хворих після оперативних втручань на відкритому серці у функціонально-відновному періоді, що сполучається із хронічними обструктивними захворюваннями легень, буде безуспішною, якщо її не доповнити проведенням комплексу дихальної гімнастики [7].

Комплексна оцінка стану кожного хворого з урахуванням нозологічної форми хвороби, синдромно-патогенетичної характеристики й фази перебігу, компенсаторних можливостей організму, його функціональних особливостей, реактивності, адаптації й загального стану є основою індивідуального підходу до пацієнта – цього споконвічного постулату клінічної медицини, який повністю зберігає своє значення й у виборі реабілітаційної стратегії й тактики.

В остаточному підсумку основу індивідуалізації становлять не стільки нозологічний, скільки синдромно-патогенетичний і клініко-функціональний підходи до інтерпретації клінічної картини хвороби. Це зв'язано насамперед з патогенетичним характером немедикаментозних методів лікування. Тому так важливо визначити особливості індивідуального

патогенезу, основою якого в клініці може бути тільки синдромний аналіз. За допомогою останнього можна цілеспрямовано й комплексно використовувати різні методи лікування: наприклад, при бронхообструктивному синдромі – інгаляції бронхолітиків, дециметрохвильову терапію на область наднирників для стимуляції їх кортикостероїдної функції з метою отримання протизапального ефекту, рефлексотерапію для активації симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Комплексний вплив на різні патогенетичні ланки хвороби нерідко дають змогу значно зменшити дози лікарських засобів, у тому числі гормональних, у хворих на бронхіальну астму.

Особливої уваги заслуговують, зокрема, навантажувальні методи функціональної діагностики, що використовуються в реабілітації, у тому числі велоергометрія, тредміл-тест. Так, для визначення функціонального класу хворих з ішемічною хворобою серця необхідно зіставити дані клініки з результатами навантажувальних проб. При цьому треба враховувати, що кардіофобічні реакції можуть знижувати реальну толерантність до фізичного навантаження, а об'єктивність електрокардіографічного критерія велоергометрії може зростати при обчисленні суми зубців R в 12 відведеннях електрокардіограми [5].

Дослідження функції зовнішнього дихання методом петлі «потік-об’єм» необхідне для вибору методу інгаляційної бронхолітичної терапії. Інформативність визначення функції зовнішнього дихання значно зростає при застосуванні дозованого фізичного навантаження, що дає можливість виявити приховану дихальну й серцеву недостатність [4].

Неодмінною умовою оцінки реактивності хворого в ході реабілітації є дослідження стану вегетативної нервової системи за допомогою критеріїв, установлених А.М. Вейном та співавт. Програми комп'ютерної обробки отриманих результатів дають можливість виконувати психофізіологічне тестування у динаміці реабілітаційного процесу. Однак при визначенні психологічного статусу пацієнта навіть найунікальніші методики не замінять лікаря, компетентного в питаннях психотерапії. Функціональні тести дають можливість вивчити стан вегетативної нервової системи, дихання, кровообігу, психоемоційної сфери, зміни в плині основного захворювання. При оцінці імунної реактивності для виявлення первинних і вторинних імунодефіцитних станів важливе тестування систем клітинного й гуморального імунітету [6].

Основне місце в медичній реабілітації пацієнтів, які перенесли гостру реакцію на стрес у хворих з гострим інфарктом міокарда та після оперативних втручань на серці займають немедикаментозні методи. Багатофакторний лікувальний вплив (протизапальний, анальгезуючий, спазмолітичний, десенсибілізуючий, стимулюючий тощо) здійснює фізіотерапія. Так,

при захворюваннях органів дихання ультрависокочастотна терапія, ультразвук, лазерне й ультрафіолетове опромінення зменшують запальний процес у хворих, які перенесли оперативні втручання на серці. У випадках дихальної недостатності добре зарекомендували себе методи респіраторно-вентиляційної терапії. При бронхіальній астмі з метою десенсибілізації організму призначають загальне й місцеве ультрафіолетове опромінення, ендоназальний електрофорез кальцію, фонофорез гідрокортизону. Вплив мікрохвилями на ділянку наднирників підвищує їхню функціональну активність і дає змогу знизити дозу глюкокортикоїдних препаратів [4].

Практично при всіх видах патології з успіхом застосовують лікувальну фізкультуру. Вона має не тільки загальнотонізуючу, але й терапевтичну дію, стимулюючи адаптацію до фізичного навантаження у хворих з ішемічною хворобою серця і сприяє відновленню рухової активності при наявності неврологічних захворювань. Велике значення має коригуюча гімнастика у хворих, які перенесли оперативні втручання на серці.

На цей час медична реабілітація займає важливий напрям в діяльності санаторно-курортних закладів на загальнодержавному рівні. Це обумовлено тим, що впродовж останніх років хворих після завершення стаціонарного лікування виписують із залишковими явищами хвороби і вони потребують доліковування з метою недопущення у них хронічного перебігу процесу захворювання [1].

У санаторіях застосовують всі види лікування, насамперед немедикаментозні, із пріоритетом природних курортних лікувальних факторів – клімато-, бальнео- і грязелікування. Високий лікувальний ефект кліматотерапії досягається не тільки в здравницях традиційних курортних регіонів, але й на місцевих курортах, причому останні мають деякі переваги у зв'язку з відсутністю «кліматичного контрасту», а отже, труднощів адаптації хворих.

Важливим компонентом комплексного відновлювального лікування є психологічна реабілітація. У багатьох випадках, наприклад при інфаркті міокарда, вона визначає ефективність усього реабілітаційного комплексу. Лікар зобов'язаний ураховувати особливості особистості пацієнта й у необхідних випадках вдаватися до допомоги психіатра. Психологічна реабілітація забезпечує чітку мотивацію хворого на свідому участь у проведенні фізичної реабілітації. Вона включає «малу» психотерапію, здійснювану при спілкуванні лікаря із хворим, аутогенне тренування, прийомам якого хворого повинен навчати психотерапевт, і застосування (за показаннями) психотропних препаратів. До психологічної реабілітації примикає й сексуальна реабілітація, проведена із залученням сексопатолога.

Комплексна медична реабілітація здійснюється в системі госпітального, санаторного й диспансерно-поліклінічного етапів. Кожний етап вно-

сить свій внесок у рішення завдання відновлення здоров'я й соціальної інтеграції хворого. Неодмінна умова успішного функціонування етапної реабілітаційної системи – ранній початок відновлювальних заходів, послідовність у їхньому проведенні, безперервність інформації про хід реабілітації, єдність розуміння патогенетичної сутності патологічних процесів і основ патогенетичної терапії. Послідовність проходження хворим реабілітаційних етапів може бути різною та залежить від перебігу захворювання.

Питання потреби в реабілітації потрібно вирішувати з урахуванням нозологічної структури контингентів хворих. В учасників АТО потреба в ній вища, ніж у військовослужбовців, що не перебували в зоні АТО, за рахунок того, що вони частіше хворіють на такі гострі захворювання, як міокардит, перикардит, нефрит, пневмонія, частіше одержують важкі травми. Працюючі пенсіонери мають потребу в реабілітації частіше, ніж непрацюючі, що, ймовірно, зумовлено більш високою потребою у відновленні їхнього соціального статусу.

Досить актуальним є і питання про тривалість реабілітації. За кордоном середні строки стаціонарного лікування при інфаркті міокарда становлять 2–3 тиж., при пневмонії – 7–14 діб, виразкової хвороби – 14–18 діб, після АКШ – 7–15 діб. Реабілітацію проводять в основному на післягоспітальному етапі, поза стаціонаром, тобто функціонує чітко налагоджена система відновного лікування з перебуванням вдома. У реабілітаційний процес включаються додаткові етапи стаціонарного типу. Так, після АКШ хворі послідовно проходять етапи: госпіталь, реабілітаційний центр, санаторій і лише потім надходять під спостереження лікарів поліклініки.

Зіставлення вітчизняного досвіду реабілітації із закордонним свідчить про необхідність нарощування реабілітаційного потенціалу військово-медичної служби. Маються на увазі зміцнення матеріально-технічної бази, створення реабілітаційних відділень в військово-медичних центрах й великих гарнізонних госпіталях. Поряд із цим варто нарощувати потужності поліклінік з переходом їх на штати диспансерно-реабілітаційних центрів з денними стаціонарами.

Істотне значення в реабілітації має санаторний етап. Скорочення чисельності військових санаторіїв потребує збільшення потужності наявних військових медичних закладів, створення в них відділень відновлювального лікування для кардіологічних хворих, удосконалення роботи наявних спеціалізованих відділень. В той же час в умовах військової реформи, яка проводилась у Збройних Силах України, проблема медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, функціональний стан організму яких був змінений внаслідок впливу несприятливих чинників військової служби, захворювань, поранень і травм, потребує також першочергового вирішення. Враховуючи те, що під час перебування військовослужбовців на

лікуванні у військових госпіталях їм проводять комплекс високовартісних лікувально-діагностичних заходів, включаючи складні оперативні втручання та спеціальні дослідження, вартість одного ліжко-дня значно вища ніж вартість одного ліжко-дня військового санаторія. Тому, використання військових санаторіїв для доліковування (реабілітації) військовослужбовців економічно вигідно [1].

Необхідно розширити Центри медичної реабілітації зі збільшенням їх пропускної спроможності, враховуючи збільшення контингентів хворих, особливо учасників АТО, що потребують тривалої реабілітації. Чітка профілізація захворювань та патологічних станів з врахуванням природно-кліматичних лікувальних факторів Центрів медичної реабілітації забезпечить проведення у повному обсязі заходів щодо відновлення здоров'я і працездатності військовослужбовців після перенесених захворювань (травм), оперативних втручань, виконання миротворчих функцій, а також осіб, які приймали участь в зоні АТО [1].

Доцільно процес реабілітації будувати на основі програми, де вказані чітко всі її етапи. Реабілітаційна програма розробляється з урахуванням комплексної й індивідуальної клініко-функціональної оцінки організму хворого і його реактивності. Вона включає певний режим (госпітальний, санаторний), комплекс рухової активності, дієту, медикаментозні засоби, фізіо-, бальнео- і психотерапію, традиційні методи лікування. При цьому приймають до уваги ступінь важкості захворювання й ускладнення окремо для госпітального й санаторного етапів, а також стан пацієнта до хвороби. Крім того, програма повинна передбачати прогноз захворювання й оцінку ефективності проведеної реабілітації. Складати її потрібно для кожного хворого стосовно до етапу реабілітації із внесенням при необхідності відповідних уточнень. Чим вище ступінь оцінки клініко-функціонального стану хворого й частіше виконують повторні дослідження, тим більше можливостей для вироблення адекватної програми реабілітації, її корекції в динаміці, а звідси менше ускладнень і їх важкість. Раннє призначення медичної реабілітації та ефективне її проведення знижає тимчасову непрацездатність та у багатьох випадках попереджає розвиток інвалідності.

Тільки поступова і чітка реалізація всієї програми реабілітації у кожному конкретному випадку, творча ініціатива лікарського складу і взаємодія з командуванням може забезпечити виконання основної задачі реабілітації – повернення хворого військовослужбовця до активного життя і своєї професійної діяльності, що, безумовно, буде сприяти збереженню й зміцненню здоров'я військовослужбовців.

Література

1. Мельник П.С. Програма розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України / П.С. Мельник // Військова медицина України. – 2006. – № 3. – С. 5–25.
2. Гембицкий В.В. Патология внутренних органов при травме / В.В. Гембицкий, Д.М. Клячкин. – М. : Медицина, 1994. – 256 с.
3. Методологические аспекты реабилитации больных после инфаркта миокарда и операций на сердце : обзор литературы / В.М. Клюжев, В.Н. Яковлев [и др.] // Воен.-мед. журн. – 1994. – № 2. – С. 40–46.
4. Клячкин Л.М. Реабилитация в пульмонологии / Л.М. Клячкин // Пульмонология. – 1994. – Т. 1. – С. 6–9.
5. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / В.М. Клюжев, В.Н. Яковлев [и др.]. – М. : Медицина, 1988. – 287 с.
6. Прусаков Н.И. Принципы и методологические основы реабилитации военнослужащих, перенесших вирусный гепатит, дис. ... канд. мед. наук / Н.И. Прусаков. – М., 1994. – 233 с.
7. Состояние и перспективы развития медицинской реабилитации при патологии внутренних органов / В.Н. Яковлев, В.Н. Иванов, Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков // Воен.-мед. журн. – 1995. – № 9. – С. 13–21.
8. Краткая медицинская энциклопедия. Т. 2. – М., 1973. – С. 541–542.

Медицинская реабилитация участников антитеррористической операции при патологии сердечно-сосудистой системы: состояние и перспективы развития в Вооруженных Силах Украины

Н.В. НАУМЕНКО, Н.Н. КОВАЛЬ

Резюме. *В статье рассмотрен вопрос значения реабилитации участников антитеррористической операции с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в отделении кардиологии Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь», состояние данной проблемы в настоящее время и намечены пути дальнейшего развития.*

Ключевые слова: *реабилитация, адаптация, методы лечения.*

Medical rehabilitation of anti-terror operation participants in the presence of cardiovascular pathology: state and prospects of development in the Armed Forces of Ukraine

N. V. NAUMENKO, N. N. KOVAL

Summary. *The issue of rehabilitation value for anti-terror operation participants with the cardiovascular diseases at the cardiology department of the Main Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», as well as current state of this problem is considered, and ways of further development are set out in the article.*

Keywords: *rehabilitation, adaptation, treatment methods.*