

## ОЗНАКИ ТИМЧАСОВОГО ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЯК ПОКАЗИ ДО ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О.М. Волянський, А.Ю. Кіх

*Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗС України*

**Резюме.** В статті висвітлені проблемні питання, які існують в системі організації медичної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України. Проаналізовано і узагальнено досвід організації реабілітаційного процесу, який існує в країнах Європейського Союзу (ЄС) та США. Показано, що ознаки тимчасового обмеження життєдіяльності можуть бути застосовані в якості критерію при визначенні показів до проведення реабілітації військовослужбовцям, пораненим (травмованим) в ході АТО. Визначено статус військовослужбовця, який потребує реабілітації як особу з тимчасовим обмеженням життєдіяльності. Вказано, що використання ознак тимчасового обмеження життєдіяльності дозволить розмежувати процес лікування від процесу реабілітації, який проводиться із застосування досвіду країн ЄС і США, що дозволить удосконалити існуючу систему надання медичної допомоги на стаціонарному етапі і дасть можливість попереджувати інвалідність військовослужбовців ЗС України.

**Ключові слова:** реабілітація, військовослужбовці, покази до проведення реабілітації.

**Вступ.** Реабілітація поранених в ході антитерористичної операції (АТО) військовослужбовців на сьогоднішній день залишається одним з пріоритетних завдань медичної служби Збройних Сил України. Базовим принципом реабілітації, який попереджує і зменшує тривале відновлення функції є найбільш ранній її початок [10]. Але розпочинати реабілітаційні заходи доцільно тільки при їх необхідності. Тобто, необхідно мати чітко визначені покази до проведення реабілітації. На сьогоднішній день розроблені покази до проведення медичної реабілітації військовослужбовців в санаторно-курортних умовах [2]. В той же час, відсутні покази до проведення реабілітаційних заходів на госпітальному етапі надання медичної допомоги військовослужбовцям, які приймали участь в АТО.

Мета роботи полягала в визначенні критеріїв до проведення реабілітації пораненим в ході АТО військовослужбовцям на госпітальному етапі.

**Матеріали дослідження.** З метою удосконалення існуючої системи, підвищення якості надання медичної допомоги і прискорення відновлення порушених функції військовослужбовців після отриманих поранень, нами було вивчено нормативну базу з питань медичної реабілітації, а також проаналізовано і узагальнено досвід організації реабілітації, який існує в країнах Європейського Союзу (ЄС) та США.

На сьогоднішній день в Україні реабілітаційні заходи регламентовані чинним Законом [1]. Згідно з цим Законом, право на реабілітацію має та особа, яка визнана «інвалідом». Інвалідність встановлює медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) за зареєстрованим місцем проживання або лікування інваліда, яка розробляє і контролює виконання «індивідуальної програми реабілітації інваліда» [4]. В той же час, на військовослужбовців, поранених під час АТО, дія цього Закону не поширюється, оскільки під час служби в Збройних Силах України вони не можуть бути визнані інвалідами. Статус «інваліда» вони можуть отримати тільки після звільнення з військової служби. Відсутність законодавчої бази з питань організації реабілітації даної категорії осіб спричинює цілу низку проблем. Це і відсутність спеціальності з медичної реабілітації, а також відповідних фахівців. Не визначений штатний розпис реабілітаційних відділень. Не розроблені стандарти і протоколи для проведення медичної реабілітації. Також відсутні покази до проведення реабілітації на рівні госпітальної ланки. Не визначений статус військовослужбовців, які проходять реабілітацію. Якщо це «хворий», то він потребує лікування, а не реабілітації.

Літературні дані свідчать про те, що процеси «лікування» і «реабілітації» відрізняються між собою [3]. Система дій при стаціонарному лікуванні гострого захворювання, як правило, підпорядкована біомедичній моделі хвороби, первинно націлена на усунення причини захворювання та гострих симптомів і спирається на ознаки етіології, патогенезу і локалізації. В основі реабілітації лежить біопсихосоціальна модель наслідків хвороби, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних і соціальних процесів; модель спирається на ознаки пошкодження структур, порушення функцій, обмеження активності, участі та впливу факторів навколишнього середовища і покликана усунути наслідки гострого захворювання і всі пов'язані з ним обмежувальні чинники. В лікувальному процесі пацієнт і його проблема, як правило, розглядаються в якості пасивного об'єкта впливу, результат якого залежить від майстерності лікаря. У реабілітації, навпаки, успіх багато в чому залежить від активної і конструктивної позиції пацієнта. Відповідно до цього, є відмінності і в організації процесів «лікування» і «реабілітації».

Великий досвід в організації процесу «реабілітації» є в країнах ЄС, де створено самостійну медичну спеціальність - фізичну та реабілітаційну медицину (ФРМ). Основні положення цієї спеціальності викладені в «Білій книзі» з ФРМ [6]. В якості загальної основи або еталоном концепції ФРМ покладено «Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності і здоров'я» (МКФ) ВООЗ [12]. Основою організації ФРМ є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) певної кількості фахівців, які складають мультидисциплінарну (міждисциплінарну) реабілітаційну бригаду

(команду) [8]. До мультидисциплінарної бригади, в основному, входять: лікарі - фахівці з фізичної і реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, ерготерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти і дієтологи. За необхідності в бригаду можуть також включатись і інші лікарі в залежності від діагнозу, конкретних цілей і потреб кожного пацієнта. Члени команди повинні мати відповідну кваліфікацію. Бригаду очолює лікар – фахівець ФРМ, який несе відповідальність за організацію роботи команди. Повний склад бригади оправданий лише у випадку реабілітації важких хворих і інвалідів. В той же час, при проведенні відновлювального лікування пацієнтів з менш важкою патологією і на певних етапах їх програм залучення всієї бригади висококваліфікованих спеціалістів вважається недоцільним. Згідно зарубіжній практиці і нормам ВООЗ реабілітаційна бригада розрахована на 12-18 пацієнтів.

Кожен фахівець мультидисциплінарної бригади має чітко визначені функції. Лікар з фізичної і реабілітаційної медицини організує роботу бригади, під керівництвом якого працюють і безпосередньо ведуть хворих від двох до чотирьох реабілітаційних бригад. В разі необхідності він може залучати до роботи бригади й інших лікарів (невропатологів, травматологів, нейрохірургів тощо).

Медична сестра (як правило, палатна медична сестра) відстежує загальний стан хворого, оцінює свідомість, ковтання, стан шкіри, функції тазових органів, організує необхідний догляд за хворим і допомогу з боку інших фахівців, забезпечує медичні маніпуляції, в разі погіршення викликає профільного лікаря-фахівця.

Фізіотерапевт - фахівець, який займається відновленням рухових можливостей за допомогою фізичних вправ; слід зазначити, що в зарубіжній реабілітації немає трирівневого поділу фахівців ЛФК (інструктор, методист, лікар).

Ерготерапевт - один з провідних фахівців у світовій реабілітації. В основі діяльності ерготерапевта лежить відпрацювання конкретних осмислених дій, що становлять основу життя кожного окремого пацієнта. Ерготерапія - мистецтво і наука про те, як допомогти хворому день у день брати участь в тих видах діяльності, які мають важливе значення для його здоров'я і благополуччя, шляхом залучення хворого в повсякденному житті. Ерготерапевт часто реалізує реабілітаційні програми, складені спільно з клінічним психологом і логопедом.

Логопед - фахівець, як правило необхідний пацієнтам з ураженням домінантної півкулі, але в даний час є помітна тенденція до розширення сфери діяльності логопедів. Це не тільки відновлення мови при афазії, але і корекція дизартрії, допомога при порушеннях мови внаслідок ураження

недомінантного півкулі, при необхідності - навчання альтернативної комунікації. Логопеди також все частіше вирішують питання, пов'язані з діагностикою порушення ковтання, і корекцію цієї проблеми.

Клінічний психолог - фахівець, який вивчає зв'язки між роботою головного мозку, поведінкою і психічними процесами. Переважно він займається діагностикою когнітивного дефіциту, розробкою терапевтичних програм для його корекції, розробляє спеціальні компенсаторні стратегії, способи конструктивної взаємодії бригади з пацієнтом. Крім цього клінічний психолог спільно з іншими фахівцями залучений в роботу по корекції порушень емоційно-вольової сфери та поведінки пацієнта.

Соціальний працівник - обов'язковий зовнішній консультант, який проводить бесіди з пацієнтами та їх родичами про права на соціальне забезпечення і подальші перспективи їх життя і взаємодії з державними органами.

Ефективність вищенаведеної системи реабілітації з залученням мультидисциплінарної бригади фахівців доказана не тільки клінічно, а й економічно. Проведені дослідження свідчать про те, що кожний долар, витрачений на реабілітацію дозволяє економити десять і більше доларів, які витрачаються для догляду за пацієнтом протягом всього його життя [7,9,11]. Це досягається з одного боку завдяки тому, що пацієнт стає більш незалежним, більш освіченим по догляду за собою. А з іншого - отримані відповідні знання членами його сім'ї дозволяють зменшити кількість повторних госпіталізацій і догляду медичним персоналом. Приведені дані вказують на доцільність впровадження світового досвіду з питань організації реабілітації в систему медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України.

Як видно з вище наведених даних, система організації реабілітаційного процесу в країнах Європи і США відрізняється від існуючої системи в Україні. В основі цієї відмінності лежить організація реабілітації шляхом залучення мультидисциплінарної бригади фахівців, а також відсутність в нашій країні таких фахівців, як лікар з фізичної і реабілітаційної медицини, фізичний терапевт та ерготерапевт. Але в останній час намітились позитивні перспективи у вирішенні цих проблемних питань. Президентом України прийнято рішення про розроблення і затвердження кваліфікаційних характеристик професій ерготерапевта та ергономіста, лікаря фізичної і реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, а також вжиття заходів щодо запровадження навчання за відповідними спеціальностями [5].

В «Білій книзі», яка регламентує діяльність фахівців з фізичної і реабілітаційної медицини в країнах Європи визначені покази до проведення реабілітації. Згідно з цим документом в сферу діяльності лікаря ФРМ попадають такі стани, як травми (черепно-мозкова травма, хреботно-

спинномозкова травма, множинна і комплексна травма, травма плечового сплетіння і периферичних нервів, спортивна травма, травма внаслідок хронічних інвалідизуючих захворювань, виробничі травми); ураження нервової системи (інсульт, включаючи субарахноїдальний крововилив, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, інфекційні захворювання і пухлини центральної нервової системи, спинальний параліч, нервово-м'язові розлади і міопатії, периферичні невротії, хвороба Гієна Барре, хвороба Альцгеймера, вроджені вади – дитячий церебральний параліч, незрощення дужки хребця та ін.); гострі та хронічні больові синдроми (ампутації внаслідок посттравматичних, судинних і онкологічних захворювань, стани після хірургічних втручань, включаючи трансплантацію органів, лікування полі невротії, іммобілізаційного синдрому, полі органної недостатності); скелетно-м'язові розлади (спинальні розлади з гострим і хронічним больовим синдромом в шийному, грудному і поперековому відділах хребта, дегенеративні і запальні захворювання суглобів, інші моно- і поліартрити, ревматизм м'язів тканин, в тому числі фіброміалгія, остеопороз, професійно обумовлені больові синдроми); кардіоваскулярні розлади (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, хвороби клапанів серця, кардіоміопатії, хвороби периферичних судин, артеріальна гіпертензія); захворювання дихальної системи (бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмосклероз, професійні захворювання – пневмоконіоз, азбестоз тощо); захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, метаболічний синдром, гіперліпідемія, гіперурікемія); хвороби нирок і сечових шляхів (хронічна ниркова недостатність, пухлини сечовивідних шляхів, включаючи рак простати, гіпертрофія передміхурової залози, нетримання сечі); захворювання шлунково-кишкового тракту (хвороба Крона, виразковий коліт, функціональні кишково-шлункові розлади); сексуальна дисфункція (еректильна дисфункція); інфекційні та імунологічні захворювання (при пересадці кісткового мозку, наслідок ВІЛ-інфекції); рак і його наслідки, в тому числі ускладнення лікування; вікові проблеми (дитячі хвороби, включаючи вроджені вади – ідіопатичний сколіоз, хвороба Пертеса та ін., проблеми людей старшого віку).

Як видно з наведених в «Білій книзі» нозологічних форм і синдромів, при наявності котрих розпочинається процес реабілітації, відсутні чіткі покази до цих заходів. З одного боку, хворих з гострими та хронічними больовими синдроми при дегенеративних захворюваннях хребта не завжди потрібно реабілітувати. Їх можна успішно лікувати, не організовуючи процес реабілітації. А з іншого боку, низький реабілітаційний прогноз при таких захворюваннях, як розсіяний склероз, хвороби Паркінсона та Альцгеймера також вказує на недоцільність проведення реабілітаційних заходів за обсягом, визначеним в «Білій книзі».

Отже, враховуючи більші ресурсні витрати процесу реабілітації в порівнянні з лікуванням, необхідно визначити чіткі критерії, які були б показами до проведення реабілітаційних заходів військовослужбовцям в ранньому періоді після травми або поранення. На наш погляд, таким критерієм можуть бути ознаки обмеження життєдіяльності, які виникли внаслідок поранення (травми). Згідно з визначенням ВООЗ, обмеження життєдіяльності - це виникаюча в разі ураження втрата або обмеження можливості здійснювати повсякденну діяльність в манері або межах, які вважаються нормальними для людського суспільства. До основних ознак обмеження життєдіяльності відносять втрату здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності на рівні з іншими громадянами тощо. Оскільки в процесі реабілітаційних заходів ознаки обмеження життєдіяльності можуть бути ліквідовані, то доцільно визнати вказаний статус як «тимчасовий». Тобто, одним з основних критеріїв, який і є показом до проведення реабілітації є наявність у пораненого (травмованого) військовослужбовця ознак «тимчасового обмеження життєдіяльності». Впровадження цього терміну дозволять визначати, які поранення потребують реабілітації, а які – лікування. Наприклад, вогнепальне поранення стегна з ураження тільки м'яких тканин реабілітації не потребує. Таким пораненим надається допомога у відповідності до стандартів і протоколів лікування. У випадку, коли поряд з ураженням м'яких тканин є ушкодження кісток або нервів, які в подальшому можуть обмежувати пересування і самообслуговування військовослужбовця, необхідно вже в ранній період розпочинати реабілітаційний процес. Відповідно з цим, доцільно кваліфікувати статус пораненого (травмованого) військовослужбовця, що потребує реабілітації як особу з «тимчасовим обмеженням життєдіяльності».

Медична експертиза з тимчасового обмеження життєдіяльності буде проводитись лікарем або лікарсько-консультативною комісією закладу охорони здоров'я. Для цього необхідно встановити точний функціональний діагноз із застосуванням «Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності і здоров'я» та визначити реабілітаційний прогноз в кожному окремому випадку.

### **Висновки**

1. Ознаки тимчасового обмеження життєдіяльності можуть бути застосовані в якості критерію при визначенні показів до проведення реабілітації військовослужбовцям, пораненим (травмованим) в ході АТО.
2. Статус військовослужбовця, який потребує реабілітації доцільно визначити як особу з тимчасовим обмеженням життєдіяльності.

3. Використання ознак тимчасового обмеження життєдіяльності дозволить розмежувати процес лікування від процесу реабілітації, який проводитиметься із застосування досвіду країн ЄС і США, що дозволить удосконалити існуючу систему надання медичної допомоги на стаціонарному етапі і дасть можливість попереджувати інвалідність військовослужбовців ЗС України.

#### **Література**

1. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р.
2. Наказ МО України від 09.12.2015 N 623 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України».
3. Нервные болезни: Учебник для вузов /Под ред. М.М.Одинака. – СПб.: ООО «Издат. СпецЛит», 2014. – 568 с.
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 №1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів».
5. Указ президента України від 04.12.2015 N 678/2015 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю».
6. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. The White Book on Physical & Rehabilitation Medicine in Europe // J. Rehabil. Med. – 2007, January – V.45.
7. McGregor K, Pentland B. Head injury rehabilitation in the U.K.: an economic perspective // Soc. Sci. Med. -1997. - V.45(2). P. 295-303.
8. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. // J. Rehab. Med. – 2010. – V. 42. – P. 4–8.
9. Turner-Stokes L. Cost-efficiency of longer-stay rehabilitation programmes: can they provide value for money? // Brain Inj. – 2007. – V. 21. – P. 1015–1021.
10. Verplancke D, Snape S, Salisbury CF, Jones PW, Ward AB. A randomised controlled trial of the management of early lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury // Clinical Rehabilitation. – 2005. – V.19. – P. 117-125.
11. Wood RL, McCrea JD, Wood LM, Merriman RN. Clinical and cost effectiveness of post-acute neurobehavioural rehabilitation // Brain Inj. – 1999. - V.13. – P. 69–88.
12. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization: Geneva; 2001.

**Резюме.** *В статье освещены проблемные вопросы, которые существуют в системе организации медицинской реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Украины. Проанализированы и обобщены опыт организации реабилитационного процесса, который существует в странах Европейского Союза и США. Показано, что признаки временного ограничения жизнедеятельности могут быть применены в качестве критерия при определении показаний к*

*проведенню реабілітації військовослужащих, ранених (травмірованих) во время АТО. Определен статус военнослужащего, который нуждается в реабилитации как лица с временным ограничением жизнедеятельности. Указано, что использование признаков временного ограничения жизнедеятельности позволит разграничить процесс лечения от процесса реабилитации, который будет проводиться с использованием опыта стран ЕС и США, что позволит усовершенствовать существующую систему оказания медицинской помощи на стационарном этапе и позволит предупредить инвалидность военнослужащих ВС Украины.*

**Summary.** *The article highlights the problematic issues that exist in the organization of medical rehabilitation of the Armed Forces of Ukraine. Analyzed and summarized the experience of the rehabilitation process, which exists in the European Union and the United States. It is shown that the time limit signs of life can be used as a criterion in determining the indications for rehabilitation of servicemen injured during the ATO. It determines the status of a soldier who needs rehabilitation as a person with a time limit of life. It is indicated that the use of signs of life of temporary restrictions will allow to distinguish between the process of treatment of the rehabilitation process, which will be carried out using the experience of EU countries and the USA, which will improve the existing system of health care in the stationary phase and will allow preventing disabilities Ukrainian Armed Forces servicemen.*

**Key words:** *rehabilitation, military men, fashion for the rehabilitation.*

УДК 613.22-057.874

## **ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА НОРМ ХАРЧУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**Т.Г. Ізюмнікова, Н.В. Козаченко, О.М.Іванько**

*Українська військово-медична академія*

*Центральне санітарно-епідеміологічне управління МО України*

**Резюме.** *У статті проведений аналіз харчової та біологічної цінності нормативного добового раціону харчування військовослужбовців строкової служби ЗС України. Результати аналізу порівнювалися з нормами фізіологічних потреб для осіб відповідного віку, статі та фізичного навантаження.*

**Ключові слова:** *харчування військовослужбовців, норми харчування, харчова цінність, біологічна цінність, фізіологічні потреби.*

**Вступ.** *Якісно організоване харчування військовослужбовців займає одне з важливих місць в забезпеченні належного рівня боєздатності військ, формуванні соціально-психологічної атмосфери у військових колективах, профілактиці хвороб, які виникають в наслідок особливостей військово-професійної діяльності, скороченні термінів лікування та реабілітації військовослужбовців при захворюваннях чи пораненнях. Особливого значення це набуває на сучасному етапі реформування Збройних Сил (ЗС) України,*