

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ, УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2

ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

М.І. Бадюк, І.М. Гайда

Українська військово-медична академія

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Резюме. *В статті розглянуті основні моделі реабілітаційного процесу, його змісту та принципів. Представлені підходи вітчизняних та зарубіжних авторів щодо організації реабілітації та відновного лікування в системі надання медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій.*

Ключові слова: *реабілітація, працездатність, якість життя, реабілітаційна програма.*

Вступ. Медична реабілітація, як комплекс заходів, призначених для відновлення порушених функцій організму відома з давніх часів. Так ще в стародавній Греції, Римі, Єгипті в комплексному лікуванні пацієнтів лікарі застосовували фізичну активацію та трудотерапію [1]. Відомо, що термін реабілітація походить від латинського слова *habilis* – «здатність», *rehabilis* – «відновлення здатності». Вперше визначення поняття «реабілітація» було дано ще в 1903 році Францем Йозефом Рітге фон Бусом в книзі «Система загального опікунства над бідними».

У 2001 році на 54 сесії ВООЗ була схвалена та прийнята Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [2]. Відповідно до моделі МКФ, реабілітація була визначена як «скоординований процес, що посилює діяльність і участь людей з обмеженими можливостями для досягнення оптимальної соціальної інтеграції». Також відповідно до МКФ були сформульовані у новому аспекті такі поняття як «здоров'я» та «інвалідність». Інвалідність трактується як пониження почуття власної гідності людини та гідності в очах інших людей. Крім психологічного аспекту інвалідності, МКФ враховує ще й соціальні аспекти і не вбачає в інвалідності лише медичну та біологічну дисфункції [3].

На думку експертів ВООЗ, реабілітація є процесом, що направлений на всебічну допомогу хворим, інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, соціальної та економічної повноцінності.

Основна мета реабілітації полягає в ефективному та ранньому поверненні хворих та інвалідів до побутових та трудових процесів, відновлення особистості людини, як повноправного члена суспільства.

Мета реабілітації залежить від ступеня тяжкості вихідних морфо-функціональних і медико-соціальних порушень: для одних хворих мета може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повної ресоціалізації пацієнта (повернення до праці, відновлення попереднього положення в соціальному макро- і мікросередовищі.); для інших, хворих з більш тяжким початковим станом – у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення незалежності хворого в повсякденному житті і підвищення якості його життя [4].

Мета. Проведення аналізу та узагальнення основних характеристик сучасних моделей медичної реабілітації військовослужбовців.

Результати та їх обговорення. Проблема збереження здоров'я і працездатності військовослужбовців, що приймають участь у військових конфліктах, останнім часом привертає увагу великого числа дослідників [5]. Широко розвиваються нові концептуальні підходи щодо медико-соціальної реабілітації поранених на різних етапах її застосування. Однак соціально-психологічні аспекти змісту й особливості реалізації комплексних програм медико-психологічної реабілітації, орієнтовані на окремі категорії поранених, на специфіку проявів соматичних та психічних розладів у військовослужбовців, на сьогоднішній день розроблені недостатньо [6].

За даними літературних джерел [7] встановлено, що серед учасників локальних війн і збройних конфліктів 93% військовослужбовців потребують відновного лікування та проведення різних видів реабілітації.

Сучасна бойова травма відрізняється особливою тяжкістю, множинністю і поєднаним ураженням (мінно-вибухові поранення), в зв'язку з чим, є потужним стресом для організму “ фізичним і психічним [8]. Закономірні прояви травматичної хвороби, а також супутні розлади психічної адаптації вимагають додаткових зусиль з боку фахівців з їх виявлення, оцінки діючих і оптимізації подальших реабілітаційних заходів, що застосовуються у поранених.

Багатовекторність патогенетичних механізмів формування травматичної хвороби з каскадом структурно-функціональних порушень у всьому організмі пораненого, висока частота виявлення в клінічній картині постраждалих соматичних, неврологічних, ендокринних, функціональних розладів призводять до значних труднощів реабілітації даного контингенту пацієнтів [9].

За даними зарубіжних авторів, реабілітація поранених вимагає концептуальних підходів, проведення чіткого аналізу та розуміння специфіки перебігу поранень в гострому та віддаленому періодах бойової травми [10].

Однак, на жаль, у вітчизняній літературі практично відсутні дані щодо проблеми відновлення здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій.

За час проведення АТО більш ніж 6200 військовослужбовців отримали поранення. Переважна більшість з них крім медичної потребує і психологічної реабілітації [11]. За даними Андрієнко О.І., Прокопович Л.Є., Калюжна В.В. (2015), розлади психо-емоціональної сфери (гостра реакція на стрес, післятравматичні стресові розлади, наслідки ЧМТ, неврастенії) були діагностовані в усіх учасників АТО, які перебували на санаторно-курортному лікуванні [12].

Зважаючи на міжнародні статистичні дані про розвиток тяжких психоемоційних розладів у бувших учасників бойових дій, так званого афганського синдрому, в тому числі, які призводять не тільки до соціальної дезадаптації, але й до суїцидів, питання відновлювального медико-психологічного санаторно-курортного лікування стає на перше місце для цієї категорії пацієнтів.

Лікування бойової травми вимагає оперативної оцінки стану поранених, прогнозу виявлених порушень, а також проведення усіх можливих лікувально-реабілітаційних заходів. Соматичні захворювання та травми досить часто супроводжуються психічними змінами, які значно затрудняють проведення реабілітації. Вони не дозволяють досягти необхідної якості життя хворих та інвалідів – кінцевої мети реабілітації. До того ж, психічні зміни в ряді випадків супроводжуються емоційними розладами, які спричиняють негативний вплив на основний патологічний процес. Цей факт також необхідно враховувати при проведенні реабілітації учасників бойових дій.

Участь у бойових діях загально визнано вважається стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Тому обов'язковою складовою комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в бойових діях має бути медико-психологічна реабілітація (МПР) [13].

Учасники локальних воєн і збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрфільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значущості, оскільки серед ветеранів, вперше визнаних інвалідами, понад 50,0% " особи працездатного віку [6].

У структурі первинного виходу на інвалідність військовослужбовців на першому місці стоять поранення всіх локалізацій, на другому " хвороби серцево-судинної системи, на третьому " психічні розлади. У структурі інвалідності внаслідок військової травми на першому місці черепно-мозкові травми, на другому " травми опорно-рухового апарату, на третьому " травми органів зору, на четвертому " травми периферичної нервової системи, на п'ятому " поранення черевної порожнини [9].

Показники, що свідчать про ефективність реабілітації ветеранів залишаються на низькому рівні і не перевищують 2,0-3,0% при повторному огляді [14]. За даними цих же авторів 28% пацієнтів із травматичним пошкодженням головного мозку зазнають повторної госпіталізації впродовж 9 місяців після виписки з реабілітаційного центру, 11,3% – впродовж перших 3 місяців. Найчастішими причинами є інфекції (15%), неврологічні (13%), нейрохірургічні причини (11%), травма (7%), психіатричні (7%) і ортопедичні (7%) проблеми.

Питання реабілітації учасників бойових дій вимагає чіткого виділення об'єкту та предмету медичної реабілітації. Вважається, що безпосередніми об'єктами медичної реабілітації є поранені в ході АТО військовослужбовці. Предметом дослідження медичної реабілітації є причини і закономірності розвитку станів, потребуючих реабілітаційних заходів, методи їх проведення і форми оптимальної організації системи реабілітаційних заходів [8].

В літературі зроблено спробу розділити об'єкти реабілітації на контингенти. За даними авторів [14], безпосередніми об'єктами реабілітації є хворі, травмовані, поранені та реконвалісценти після різних захворювань з тимчасовою втратою працездатності або її зниженням в різному ступені (первинний контингент); хворі хронічними захворюваннями; постраждалі з наслідками травм і поранень зі стійкою втратою працездатності і тимчасовою інвалідізацією, у яких в результаті прийнятих заходів можлива позитивна корекція (вторинний контингент); інваліди з наслідками захворювань, травм, поранень з різним ступенем стійкої втрати працездатності (третинний, або постійний, контингент, потребує реабілітації). Поранені в ході АТО військовослужбовці ввійдуть в усі три перераховані контингенти. Це залежатиме від ступеня змін функціональних можливостей людини в зв'язку з отриманим пораненням.

Під терміном реабілітація учасників бойових дій розуміють [5] комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних професійних та інших заходів на нормалізацію порушених і компенсацію втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення бое- та працездатності.

Основними напрямками соціальної реабілітації учасників бойових дій є медична та психологічна реабілітація. Реабілітаційні заходи з учасниками бойових дій повинні складатись з декількох компонентів таких як медико-психологічна допомога та соціальна підтримка.

Професійна реабілітація військовослужбовців – комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

Екстрена реабілітація військовослужбовців – комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних

функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань.

Під медичною реабілітацією військовослужбовців розуміють систему заходів, що спрямовані на профілактику патологічних процесів, які призводять до тимчасової втрати бое- та працездатності, і на раннє повернення поранених (в тому числі і інвалідів) в суспільство.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій повинна включати в себе систему медико-психологічних заходів, направлених на відновлення емоційної і мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня адаптації особистості і професійних якостей поранених, що забезпечують військово-професійну працездатність.

Медико-соціальна реабілітація учасників локальних конфліктів повинна будуватися на принципах єдності лікування і реабілітації, послідовності і спадкоємності і розглядатися як єдиний динамічний процес [15].

У моделі медико-соціальної реабілітації більшість дослідників виділяють такі основні напрямки:

1. Медична реабілітація. Залежно від стану здоров'я це може бути амбулаторний, стаціонарний або санаторний етап, індивідуальна або групова психотерапевтична робота з ветеранами з метою корекції стану.

2. Професійна реабілітація (навчання та перенавчання). Включає прийом на пільгових умовах до навчальних закладів ветеранів бойових дій, створення профорієнтаційних консультативних центрів, банку вакансій. Інваліди військової служби “ це в основному молоді люди, які на свою пенсію не в змозі утримувати сім'ю. Виникає почуття неповноцінності, а роль «нахлібника» не сприяє соціальній адаптації ветерана.

3. Допомога сім'ям ветеранів, тому що фактор сімейного благополуччя спричиняє позитивний вплив на процес реабілітації в цілому. Увага громадських організацій в період адаптації до мирного життя, допомога в самореалізації. Життєвий досвід людини, яка повернулася з війни, різко відрізняється від досвіду людей, які не воювали. Спогади, спільне минуле, невідоме рідним і знайомим, зближує учасників війни та викликає почуття єднання.

4. Залучення церкви. Християнські монастирі брали на себе турботу про організацію медичної допомоги всім нужденним ще в ті часи, коли цю функцію не могла взяти на себе держава.

Успішне відновлення пораненого бійця на 80% залежить саме від ефективності реабілітаційного процесу. Тому профільні установи травматології й ортопедії, інші медичні, санаторні заклади повинні надавати максимальну допомогу в посттравматичній та післяопераційній реабілітації бійців АТО.

Однак, проблема реадаптації ветеранів сучасних воїн до мирного життя не може бути вирішена тільки за рахунок використання органів і установ системи охорони здоров'я. Необхідно поетапна адаптація до мирного життя, яка повинна розпочатися на армійському рівні, продовжена лікувально-профілактичними установами при взаємодії з військоматами, психіатричної та соціальної службами, громадськими ветеранськими організаціями учасників воєн.

Реабілітаційні заходи повинні бути направлені не лише на усунення чи покращення фізичного стану пораненого, а й на усунення психологічних проблем, для того щоб допомогти пацієнтам реінтегруватись у сім'ю та суспільство в цілому.

У світі позитивно зарекомендували себе і були визнані перспективною організаційною формою центри реабілітації, до складу яких входять стаціонарні відділення, поліклініка, пансіонат, іноді включений і санаторний етап. Завдяки наявності необхідного обладнання та фахівців різного профілю (логопедів, соціологів, психологів, працетерапевтів, майстрів з професійного навчання) в них створені всі можливості й умови для здійснення комплексної реабілітації.

Висновки

Сучасна бойова травма вимагає тривалого періоду лікування та реабілітації. Медико-соціальна реабілітація учасників локальних конфліктів повинна будуватися на принципах єдності лікування і реабілітації, послідовності і спадкоємності і розглядатися як єдиний динамічний процес.

Основними складовими моделі медико-соціальної реабілітації учасників локальних конфліктів мають стати багатоаспектні питання медичної, професійної та соціальної реабілітації в умовах наявних медичних ресурсів окремої адміністративно-територіальної одиниці.

Література

1. Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні / М.К. Хобзей, А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін [та ін.] // Медичні перспективи. – 2010. – №4. – С. 131-136.
2. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных / О.С. Балабуха // Международный медицинский журнал. – 2010. – №4. – С. 11-13.
3. Кіх А.Ю., Волянський О.М. Програма медичної реабілітації поранених військовослужбовців “ учасників антитерористичної операції з ураженням кістково-м'язової і нервової системи у Військово-медичному клінічному центрі професійної патології особового складу Збройних сил України. “ Ірпінь, 2014.
4. Лікування бойової хірургічної травми на III і IV рівні медичної допомоги / І. Трутяк, І. Гайда, І. Богдан [та ін.] // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. “ Київ, 2015. “ С. 30-31.

5. Михайлов Б.В. Комплексна санаторно-курортна реабілітація осіб, постраждалих внаслідок участі в АТО / Б.В. Михайлов, Т.А. Алієва, О.О. Галаченко // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. – С. 102-103

6. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. – Женева: ВООЗ, 2001. – 342 с.

7. Місяк С.А. Організація реабілітаційної і медико-соціальної допомоги хворим онкологічного профілю в Україні / С.А. Місяк // Онкологія. – 2014. – Т. 16, №2. – С. 154-159.

8. Прокопенко О. Крок у мирне життя // Урядовий кур'єр. “ 2015. “ №207 (5581). “ С. 1-5.

9. Стеблюк В. З поля зору випадають військові, які звільнилися із ЗСУ // Урядовий кур'єр. “ 2015. “ №207 (5581). “ С. 5.

10. A method for measuring quality of life through subjective weighting of functional status / M.G.Stineman, B.Wechsler, R.Ross et al.// Arch. Phys. Med. Rehabil. 2003. - Vol. 84, №4. - P. 15-23.

11. Andresen E.M., Meyers A.R. Health-related quality of life outcomes measures // Arch. Phys. Med. Rehabil. Med. 2000. - №81, Suppl. 2. - P.30-45.

12. De Vivo MJ, Chen Y, Mennemeyer ST, Deutsch A. Costs of care following spinal cord injury. // Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. – 2011. – V. 16. – P. 1–9.

13. Gutenbrunner C, Neumann V, Lemoine F, Delarque A. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe – preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS) // Ann. Phys. Rehabil. Med. – 2010. – V. 53. – P. 593–597.

14. Provider perspectives on soldiers with new spinal cord injuries returning from Iraq and Afghanistan / F.M. Weaver, S.P. Burns, C.T. Evans [et al.] // Arch Phys Med Rehabil. ” 2009. “ Vol. 90 (3). “ P. 517-521.

15. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder / L.L. Meyers, T.Q. Strom, J. Leskela [et al.] // Military Medicine. “ 2013. “ Vol. 178 (1). “ P. 95-99.

ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

М.И.Бадюк; И.М.Гайда

Резюме. В статье рассмотрены основные модели реабилитационного процесса, его содержания и принципов. Представленные подходы отечественных и зарубежных авторов по организации реабилитации и

восстановительного лечения в системе оказания медико-социальной помощи участникам боевых действий.

Ключевые слова: *реабилитация, работоспособность, качество жизни, реабилитационная программа.*

THE SUBSTANTIATION OF THE MODEL OF MEDICAL REHABILITATION OF MILITARY SERVICEMENTS

M. Badiuk; I. Gayda

Summary. *The article considers the main models of the rehabilitation process, its content and principles. Presented approaches of domestic and foreign authors on the organization of rehabilitation and rehabilitation treatment in the system of rendering medical and social assistance to combatants.*

Key words: *rehabilitation, working capacity, quality of life, rehabilitation program.*

УДК 616.12

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

І.М.Ткачук

Українська військово-медична академія

Резюме. *Науково обґрунтовані медико-організаційні заходи та розроблено комплексну функціонально-організаційну модель профілактики хвороб системи кровообігу у військовослужбовців на рівні первинної медичної допомоги.*

Ключові слова: *військовослужбовці, профілактика, первинна медична допомога, хвороби системи кровообігу.*

Вступ. *Результати проведених власних досліджень щодо захворюваності та дискваліфікації від хвороб системи кровообігу (ХСК) у військовослужбовців; ставлення військовослужбовців та медичних працівників до основних засад здорового способу життя (ЗСЖ); особливостей факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ) та коморбідних станів у військовослужбовців; виявлених недоліків у педагогічному процесі підготовки військових лікарів та*