

УДК 616.89-07-08(035):616-036.82:355.11:355.721

ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ТА ЗАХОДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

І.А. Лурін, генерал-майор медичної служби, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, керівник департаменту з питань охорони здоров'я Адміністрації Президента України

А.М. Галушка, полковник медичної служби, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, начальник Науково-дослідного інституту проблем військової медицини УВМА

А.Ю. Кіх, підполковник медичної служби, кандидат медичних наук, начальник Військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу ЗС України

А.В. Швець, підполковник медичної служби, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, начальник НДВ спеціальної медицини та психофізіології Науково-дослідного інституту проблем військової медицини УВМА

І.М. Льовкін, полковник медичної служби, начальник кардіологічного відділення Військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу ЗС України

О.В. Горішна, доктор медичних наук, доцент, старший науковий співробітник НДВ (профілактичної медицини) Науково-дослідного інституту проблем військової медицини УВМА

***Резюме.** У статті роз'яснюються загальний порядок організації, напрямки, завдання, принципи проведення та стандартні умови забезпечення успішності і ефективності медичної реабілітації військовослужбовців згідно сучасних рекомендацій ВООЗ та досвіду країн НАТО, які базуються на даних доказової медицини.*

***Ключові слова:** система медичного забезпечення, гостра медична реабілітація, мультидисциплінарна команда.*

Вступ. Ведення бойових дій Збройними Силами України (ЗС України) гостро поставило питання щодо створення ефективної системи медичної реабілітації військовослужбовців з метою повного або часткового відновлення дефіциту функцій, які виникли внаслідок захворювань, травм чи поранень. За визначенням Комітету ВООЗ реабілітація – це сукупність заходів, що допомагають особам, які мають або у яких можуть виникнути обмеження життєдіяльності, досягнути та підтримувати оптимальний рівень функціонування у взаємодії з навколишнім середовищем, соціальну інтеграцію та незалежність [6, 10]. Іншими словами, реабілітація направлена на повне відновлення порушених функцій, або, якщо це нереально, оптимальну реалізацію фізичного, психічного і соціального потенціалу особи, найбільш адекватну інтеграція її в суспільство.

Протягом останніх років в реабілітацію введено поняття «якість життя, яка пов'язана зі здоров'ям» (англ. health-related quality of life) [6]. При цьому, саме якість життя розглядають як інтегральну характеристику, на яку потрібно орієнтуватися в оцінці ефективності реабілітації хворих та осіб з інвалідністю. Правильне уявлення про наслідки хвороби має принципове значення для розуміння суті медичної реабілітації та спрямованості реабілітаційних зусиль.

Проведення комплексу реабілітаційних заходів можливо лише при послідовному розв'язанні організаційних, технічних, а потім вже медичних завдань. При відсутності відповідних умов, приміщень, оснащених необхідними технічними засобами та медичною апаратурою ефективність реабілітації зменшується на 40% [11].

Медична реабілітація, як складова реабілітації, має бути побудована таким чином, щоб була можливість у повному обсязі проводити необхідні реабілітаційно-відновлювальні заходи. У новому проекті Закону України “Про систему реабілітації в Україні”, який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації з метою відновлення та підтримки оптимальних фізичних, інтелектуальних, психічних та/або соціальних аспектів життя осіб з обмеженнями життєдіяльності під час їх взаємодії з навколишнім середовищем, медична реабілітація, як окрема складова, не виділяється. Вона зводиться до поняття дефініції – фізичної терапії, як напряду охорони здоров'я, що забезпечує послуги для осіб та окремих їх груп із розвитку, підтримання та максимального відновлення функціональної рухової можливості протягом життя.

У системі медичного забезпечення ЗС України медична реабілітація представлена більш широко – це система лікувальних заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених унаслідок захворювання (травми) функцій та активізацію компенсаторних можливостей організму людини з метою забезпечення оптимальних умов для її повернення до нормальної життєдіяльності та роботи (військової служби) [10]. Разом з тим, зазначений документ не вирішує загальний порядок організації, напрямки, завдання, принципи проведення медичної реабілітації військовослужбовців та стандартні умови забезпечення успішності і ефективності медичної реабілітації військовослужбовців у лікарняних закладах МО України.

Тому метою роботи стало розроблення прагматичної складової щодо організації заходів медичної реабілітації військовослужбовців у системі медичного забезпечення ЗС України згідно сучасних рекомендацій ВООЗ та досвіду країн НАТО, які базуються на даних доказової медицини.

Матеріали та методи досліджень. У якості матеріалів досліджень за темою використані рекомендації експертів ВООЗ та Міжнародної спілки фізичної і реабілітаційної

медицини, стандарти Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини, нормативно-правові документи Міністерства оборони і Міністерства охорони здоров'я України, вітчизняні та зарубіжні публікації.

Методи дослідження: системний аналіз, аналітичний, історичний.

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно рекомендацій ВООЗ, Міжнародної спілки фізичної та реабілітаційної медицини, стандартів Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини послуги медичної реабілітації в лікарняних та санаторно-курортних закладах МО України надаються на етапах гострого періоду (гострої реабілітації), підгострого періоду захворювання (підгостра реабілітація) та тривалої допомоги.

Лікарняні та санаторно-курортні заклади МО України, які поєднані етапною системою, мають спільну стратегічну ціль і діють на основі спільних принципів її досягнення. При цьому вони мають забезпечити індивідуалізацію програми медичної реабілітації для кожного пацієнта, враховуючи реальні можливості конкретних етапів реабілітації.

Заходи медико-психологічної реабілітації в різних періодах перебігу захворювань та поранень, а також етапів реабілітації наведено в «Клінічних рекомендаціях щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України», введених в дію наказом директора Військово-медичного департаменту МО України № 10 від 05 червня 2017 року.

Досвід медичної служби провідних країн світу свідчить, що ефективне функціонування системи медичної реабілітації можливе виключно при дотриманні основних організаційних принципів, наявності високотехнологічних засобів та новітніх підходів до її структури і організації.

Основними умовами забезпечення успішності та ефективності медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України є:

організація відповідної роботи у медичних закладах МО України на всіх етапах надання

гострої, підгострої медичної реабілітації та довготривалої допомоги; впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд (далі – МДК); впровадження міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ) згідно рекомендацій ВООЗ [8, 9];

впровадження нових технологій реабілітації;

розробка критеріїв ефективності медичної реабілітації для різних груп реабілітантів у відповідності до міжнародних стандартів;

створення єдиної інформаційної системи маршрутизації та контролю ефективності реабілітаційних заходів за профілем наданої допомоги;

підготовка та підвищення професійної кваліфікації спеціалістів з медичної реабілітації згідно міжнародних стандартів ВООЗ та відповідно до стандартів Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини;

розроблення та впровадження у практичну діяльність протоколів надання медичної реабілітації відповідно до патології та наявності функціонального дефіциту;

забезпечення інтеграції методів медичної реабілітації в систему медичного забезпечення ЗС України;

науково-практична підтримка системи медичної реабілітації з метою визначення найбільш ефективних методів та заходів на основі доказової медицини;

розроблення орієнтовних переліків реабілітаційних послуг та матеріально-технічного забезпечення в лікарняних закладах (клініках, відділеннях) медичної (медико-психологічної) реабілітації МО України відповідно до профілю спеціалізації.

Важливою організаційною складовою медичної реабілітації є дотримання наступних принципів:

ранній початок проведення реабілітаційних заходів (реабілітація повинна увійти в терапію, в разі загрози інвалідності – це профілактика, якщо інвалідність настала – це перший етап боротьби з нею);

комплексність використання всіх доступних і необхідних засобів і методик реабілітаційної медицини (РМ);

індивідуалізація програми реабілітації;

етапність реабілітації;

безперервність і спадкоємність протягом усіх етапів реабілітації;

необхідність реабілітації у колективі.

Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи особам з інвалідністю формує у пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний із наслідками захворювання;

соціальна спрямованість РМ;

використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності реабілітації;

інформативність.

Безперервність і спадкоємність РМ протягом усіх етапів реабілітації важлива як в межах одного етапу, так і при переході від одного до іншого, оскільки, навіть більш-менш тривала перерва у використанні РМ на фоні досягнутого поліпшення функціонального стану різних систем організму та підвищення тренуваності, може призвести до погіршення стану.

Надзвичайно важливим принципом реабілітації є спадкоємність при переході з етапу на етап, з одного медичного закладу до іншого. Для цього важливо, щоб на кожному етапі в реабілітаційній карті було задокументовано який був початковий функціональний стан реабілітованого, ціль етапу реабілітації, які методи і засоби лікування та реабілітації застосовувалися, а також досягнуті результати. Це сприяє взаємній передачі інформації щодо пацієнта, прогнозуванні та об'єктивній оцінці результатів на всіх етапах. Цим цілям може також служити обмінна карта, яка включає короткі відомості про клініко-функціональний стан хворого, його толерантність до фізичних навантажень, про реалізовані засоби і методи реабілітації тощо.

Основні напрями реабілітації: вплив на соматичний стан хворого; корекція психологічного статусу; відновлення дефіциту функцій; корекція порушеної соціально-побутової активності.

Головним критерієм ефективності системи медичної реабілітації є не кількість проведених

лікувально-діагностичних заходів, а соціальні показники – терміни повернення військовослужбовців до строю, рівень їх боєздатності, професійної надійності та якості життя. Ефективність медичної реабілітації буде забезпечена тільки за умов її чіткого планування та організації [3]. Вона залежить від правильної координації дій багатьох фахівців. Регіональне бюро ВООЗ по європейських країнах запропонувало командну форму в якості моделі організації відновного лікування, засновану на принципі роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Мультидисциплінарна команда – це організаційно оформлена, функціонально відокремлена група фахівців, які об'єднані спільними цілями реабілітаційного процесу та проводять реабілітацію високої інтенсивності в закладах охорони здоров'я (стаціонарних та амбулаторних) у гострому, підгострому та довгостроковому реабілітаційних періодах.

Мультидисциплінарна команда, що працює в реабілітаційному закладі, може надавати реабілітаційну допомогу як у реабілітаційному відділенні (підрозділі), так і у інших нер реабілітаційних відділеннях (підрозділах) того ж самого закладу в мобільному режимі.

Порядок утворення та роботи мультидисциплінарної команди повинен визначатися Положенням про мультидисциплінарну команду, що затверджується лікарняним або санаторно-курортним закладом МО України на основі Типового положення про мультидисциплінарну команду, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Мультидисциплінарну команду очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини (далі – ФРМ) або фахівець психічного здоров'я, який має відповідну спеціалізацію в галузі реабілітації та відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуальної програми реабілітації та інших завдань, покладених на команду.

Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження життєдіяльності особи, яка потребує реабілітації, а також, від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу.

Формою роботи мультидисциплінарної команди є збори, на яких за результатами обговорення результатів реабілітаційного обстеження, визначається індивідуальна програма реабілітації, розглядаються результати моніторингу та оцінки виконання програми та здійснюється її корегування. Індивідуальна програма реабілітації та зміни до неї затверджуються фахівцем реабілітації, який очолює команду.

Основними завданнями мультидисциплінарної команди є:

- 1) проведення реабілітаційного обстеження особи;
- 2) визначення реабілітаційного потенціалу та прогнозу, цілей реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації;
- 3) проведення реабілітації відповідно до індивідуальної програми реабілітації;
- 4) здійснення моніторингу та оцінки виконання програми реабілітації;
- 5) внесення змін до індивідуальних програм реабілітації та обговорення стану виконання таких програм;
- 6) планування виписки хворого та його подальшого реабілітаційного маршруту.

Організація практичної діяльності МДК при проведенні відновного лікування й реабілітації пацієнтів передбачає:

формулювання клініко-реабілітаційного діагнозу пацієнта;

спільна оцінка фахівцями МДК характеру і ступеня вираженості функціональних обмежень пацієнтів;

визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу пацієнта на підставі комплексного обстеження;

складання плану конкретних, реально здійснених, короткострокових і довгострокових завдань з відновлення порушених функцій пацієнта на етапах реабілітації;

об'єктивна етапна оцінка результатів, корекція та подальше планування реабілітації;

спільне обговорення завдань і досягнутих результатів з пацієнтом і соціально значимими для пацієнта особами.

Перед плануванням реабілітаційних заходів необхідно визначити реабілітаційний

потенціал пацієнта – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик, а також чинників соціального середовища, що дозволяють реалізувати потенційні можливості пацієнта щодо реабілітації.

Реабілітаційний потенціал має 4 рівні оцінки: високий, середній (або задовільний), низький і практично відсутній.

Найбільш важливим аспектом при здійсненні практичної діяльності МДК і одним із основних компонентів мультидисциплінарного підходу є постановка комплексних цілей та мети реабілітації.

Мета реабілітації визначається на початку процесу реабілітації із залученням членів реабілітаційної команди та пацієнта і має бути конкретною, реальною в досягненні, мотивованою пацієнтом та чітко прописаною у плані реабілітації.

Поставлені цілі та мультидисциплінарне планування передбачають: можливість забезпечення ефективної оцінки потреб пацієнта; координацію зусиль усіх фахівців МДК; залучення самого пацієнта до участі в програмі реабілітації.

Важливо дотримуватись основних принципів цільового планування: обов'язковість залучення до постановки мети пацієнта (родичів пацієнта); конкретність визначених цілей; участь усіх необхідних фахівців при постановці мети.

При складанні програми реабілітації зазначаються як короткострокові, так і довгострокові цілі. При цьому поставлені цілі мають особливі характеристики: специфічність; можливість об'єктивної оцінки; реальність досягнення; конкретність за терміном виконання.

Лікарняні та санаторно-курортні заклади МО України, які поєднані етапною системою, мають спільну стратегічну ціль і діють на основі спільних принципів її досягнення. При цьому вони мають забезпечити індивідуалізацію програми медичної реабілітації для кожного пацієнта, враховуючи реальні можливості конкретних етапів реабілітації.

Тому для кожного військовослужбовця, якому показана медична реабілітація, в

обов'язковому порядку складається індивідуальна програма реабілітації.

Індивідуальна програма реабілітації – це послідовність застосування форм, методів і засобів реабілітації, які забезпечують досягнення оптимального стану здоров'я, максимально можливого відновлення дефіциту функцій та працездатності (боєздатності) військовослужбовця.

Розробка індивідуальної програми реабілітації це складний процес, основними етапами якого є:

реабілітаційно-експертна діагностика (що включає визначення клініко-функціонального діагнозу основного і супутніх захворювань, ступінь вираженості наявних порушень і обмежень життєдіяльності);

оцінка реабілітаційного потенціалу, визначення заходів медичної реабілітації, технічних засобів і послуг, що дозволяють хворому або особі з інвалідністю відновити або компенсувати порушені функції, необхідні для виконання побутової, громадської та професійної діяльності;

динамічний контроль за перебігом та ефективністю проведених реабілітаційних заходів та їх корекції.

Медичної реабілітації в гострому періоді перебігу патології потребують пацієнти з бойовими ураженнями, травмами чи захворюваннями, внаслідок яких виник дефіцит функцій на органному та (чи) системному рівні, і які потребують заходів корекції, компенсації чи заміщення.

Розпочинається реабілітація з моменту надходження пацієнта до лікувального закладу в гострому періоді захворювання чи після поранення, травми. Основні напрямки маршрутизації пацієнтів на етап підгострої медичної реабілітації з етапу реабілітації в гострому періоді (стаціонарні відділення) наведено на рис. 1.

На етапі гострої медичної реабілітації доцільно окремо виділяти надання гострої медичної реабілітації у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (далі – ВРІТ) та профільних стаціонарних відділеннях.

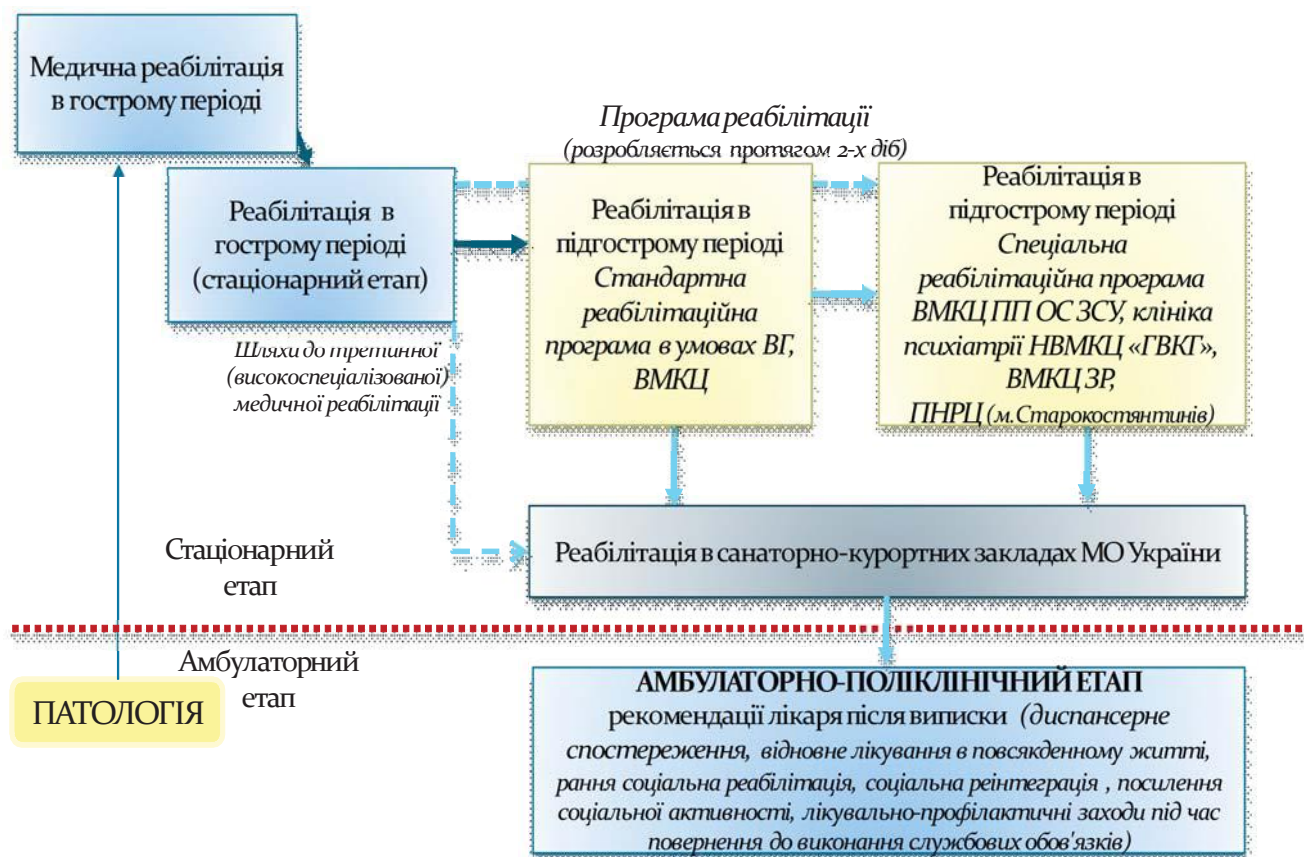


Рис. 1. Організаційно-функціональна схема медичної реабілітації учасників бойових дій в Збройних Силах України

З рисунку видно, що основними орієнтовними напрямками маршрутизації пацієнтів на етап підгострої медичної реабілітації залежно від виду реабілітаційних програм є:

1. Із ВМКЦ ПнР (м. Харків) та Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова пацієнти направляються до: НВМКЦ «ГВКГ» (м. Київ) (спеціальна реабілітаційна програма) та ВМКЦ ПП ОС ЗС України (м. Ірпінь) – спеціальна реабілітаційна програма з реабілітації хворих з ампутаційними дефектами нижніх та верхніх кінцівок.

2. Із НВМКЦ «ГВКГ» (м. Київ) пацієнти направляються до: ВМКЦ ЗР (м. Львів) – спеціальна реабілітаційна програма з реабілітації хворих з травмами спинного мозку;

ВМКЦ ПП ОС ЗСУ (м. Ірпінь) – спеціальна реабілітаційна програма з реабілітації хворих з

ампутаційними дефектами нижніх та верхніх кінцівок та стандартна реабілітаційна програма з реабілітації хворих з травмами спинного мозку;

ВМКЦ ПдР – спеціальна реабілітаційна програма з реабілітації офтальмологічних хворих;

ВМКЦ інших регіонів – стандартна реабілітаційна програма;

відділення психоневрологічної реабілітації військової частини А 3267 (м. Старокостянтинів Хмельницької обл.) – спеціальна програма медико-психологічної реабілітації;

Санаторно-курортні заклади МО України.

3. З інших ВМКЦ регіонів та лікарняних закладів МО України в зоні їх відповідальності пацієнти направляються до:

санаторно-курортних закладів МО України;

санаторного відділення ВМКЦ Центрального регіону;

стаціонарні відділення реабілітації ВМКЦ.

Гостра медична реабілітація у ВРІТ є відносно новим, але перспективним напрямком в класичній реабілітації, який отримав розвиток в останні 5–7 років. Дана реабілітація є активним процесом мультимодальної дії, яка направлена на попередження і лікування наслідків після перенесеної інтенсивної терапії – ППТ-синдрому, профілактику ускладнень bed-rest режиму (умови вимушеного перебування в ліжку), збереження фізіологічного і соціального статусу пацієнта після перенесеного критичного стану. Ефективність реабілітації у ВРІТ ґрунтується на даних доказової медицини.

Інтеграція реабілітації в процес надання гострої невідкладної допомоги у ВРІТ, в першу чергу, направлена на профілактику ускладнень, в разі розвитку яких значно погіршується стан хворого, що нерідко може стати причиною смерті. В той же час, своєчасно використані спеціальні методики реабілітації можуть мати вирішальне значення для відновлення та компенсації дефіциту функцій (наприклад, «золота доба», «доба надій» в нейрореабілітації).

Рекомендована організація реабілітації – реабілітаційні мультидисциплінарні команди у складі: лікар реаніматолог, невропатолог, лікар ЛФК, ерготерапевт, психолог, лікарі за профілем патології (травматологи, ортопеди, логопеди тощо).

Вимоги до членів МДК – відповідна підготовка щодо особливостей реабілітації хворих у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.

Активну участь у процесі реабілітації має приймати молодший медперсонал для допомоги при проведенні методик реабілітації, особливо мобілізації та ерготерапії.

Координує діяльність МДК лікар-реаніматолог.

В своїй роботі МДК повинні керуватись нозологічними локальними протоколами по реабілітації у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.

Основа реабілітації – суто індивідуальний підхід. Для цього лікарем реаніматологом та спеціалістами МДК проводиться оцінка загального стану пацієнта і визначається реабілітаційний потенціал. Для пацієнтів ВРІТ – це показник максимально можливого позитивного рівня виходу з невідкладного (критичного) стану на момент переведення із ВРІТ. Після відновлення порушених життєво важливих функцій організму до стану, який дозволяє переведення (транспортування) хворого, подальша медична реабілітація проводиться у профільних стаціонарних відділеннях, де закріплюються напрацьовані результати реабілітації у ВРІТ.

Крім того, гостра медична реабілітація проводиться хворим, які поступили на стаціонарне лікування у профільні відділення, відділення відновного лікування у військові госпіталі та військово-медичні клінічні центри і мають порушення або дефіцит функцій, які потребують лікування та корекції. Гостра медична реабілітація передбачає максимально повне та максимально можливе відновлення (реституцію) здоров'я хворого. Гостра медична реабілітація проводиться у нейрохірургічних, травматологічних кардіологічних, неврологічних та інших відділеннях Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ», Військово-медичних клінічних центрах регіонів.

Основними завданнями та заходами в межах проведення медичної реабілітації в гострому періоді є:

1. Профілактика ускладнень, обумовлених зниженою або нульовою руховою активністю хворого в стабільному стані за умови вимушеного перебування в ліжку (bed-rest режим): профілактика пролежнів (проведення методів мобілізації; ортопедичні протипролежневі матраци та гумові кільця проти пролежнів; вчасна зміна постільної та натільної білизни; наявність захисного наматрачника, який попереджує проникнення виділення хворого на матрац та пропускає повітря; двохкратне миття хворого впродовж дня спеціалізованими кремівими миючими

засобами з антисептичними добавками; протирання спеціальними засобами та змащення кремом частин тіла, які найбільш часто піддаються виникненню пролежнів.

2. Профілактика застійних пневмоній – дихальна гімнастика (контактний пацієнт), масаж грудної клітки, технології мобілізації.

3. Профілактика інфекцій сечовидільних шляхів – промивання сечового міхура теплими дезінфікуючими розчинами.

4. Профілактика спастичного синдрому та контрактур – пасивна та активна ЛФК.

5. Профілактика тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок – підняте положення ніг на 6–10 градусів, бинтування гомілок еластичними бинтами. Основні методи впливу – технології мобілізації, масаж, ЛФК,

6. Продовження корекції наслідків ППТ-синдрому (при його наявності у хворих, переведених із ВРІТ).

7. Психологічна корекція та соціальна адаптація пацієнта – заняття з психологом згідно відповідних програм психологічної реабілітації.

8. Скорочення до мінімуму інвалідизуючого впливу та хронізації патологічного процесу, який розвинувся внаслідок травми, бойового ураження чи захворювання та відновлення стану здоров'я хворого у максимально можливих межах – патогенетична терапія за профілем патології згідно стандартизованих протоколів. Зазначене завдання є одним із провідних як в процесі лікування, так і в процесі медичної реабілітації.

9. Розвиток тимчасових або постійних компенсацій.

10. Відновлення дефіциту функцій органів і систем, уражених хворобою.

11. Поступова фізична активізація хворого[1].

12. Повне або часткове відновлення порушених функцій.

13. Повне або часткове відновлення боєздатності (працездатності).

14. Пристосування (при неможливості відновлення) до самообслуговування відповідно до умов життя.

Після проходження етапу гострої медичної реабілітації військовослужбовці з неповним

відновленням функцій внаслідок хвороби, травми чи поранення, з обмеженням пристосувальних можливостей та працездатності (боєздатності) переходять на етап медичної реабілітації в підгострому періоді – підгостра медична реабілітація.

Залежно від стану здоров'я пацієнта та ступеня функціонального дефіциту підгостра реабілітація здійснюється за стандартною або спеціальною реабілітаційною програмою.

Більшість пацієнтів одужуватимуть без ускладнень і швидко переходитимуть до подальших етапів відновлення та реабілітації. Їхні потреби у реабілітації можуть бути реалізовані стандартною програмою.

Пацієнти, в яких анатомічна цілісність органа або кінцівки тимчасово не відновлена, відновлена допоміжним методом або відновитись не зможе застосовується спеціальна реабілітаційна програма. Ця програма застосовується у хворих з коморбідною та поліморбідною соматичною патологією, яка супроводжується виснаженням внаслідок довготривалого перебування в несприятливих умовах (Т73.2) або симптомами нездужання та перевтоми (R53), емоційного вигорання (Z73.0) або синдромом жорсткого поведіння внаслідок перебування у примусовому утриманні невідомих збройних формувань (Т74.2). Також спеціальна реабілітаційна програма застосовується у пацієнтів з психоневрологічною патологією.

За існуючими рекомендаціями ВООЗ підгостра медична реабілітація має проводитись у стаціонарних та амбулаторних відділеннях реабілітації, монопрофільних закладах, реабілітаційних центрах, санаторіях.

Здійснюють проведення та відповідальні за етап підгострої медичної реабілітації – лікуючий лікар та мультидисциплінарна команда під керівництвом лікаря ФРМ.

Ціль етапу: підтримка, збереження та закріплення попередніх напрацювань на етапі гострої медичної реабілітації, максимальна компенсація порушених функцій та максимально можливе відновлення (при неможливості заміщення) дефіциту функцій у

межах наявного індивідуального реабілітаційного потенціалу хворого.

Завдання етапу: формування об'єктивного уявлення про наслідки хвороби (травми), що має принципове значення для розуміння суті підгострої медичної реабілітації та спрямованості реабілітаційних впливів;

оцінка результатів попередніх заходів медичної реабілітації;

проведення МДК (лікарем ФРМ) оцінки реабілітаційного потенціалу пацієнта з визначенням реабілітаційного прогнозу;

розроблення (корекція) індивідуальної програми та плану реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань пацієнта;

психологічна корекція та соціальна адаптація пацієнта;

повне або часткове відновлення порушених функцій;

повне або часткове відновлення боєздатності (працездатності);

приспосовування пацієнта (при неможливості відновлення) до самообслуговування відповідно до умов життя;

проведення консультацій спеціалістами реабілітаційно-протезних установ (індивідуально при потребі);

проведення навчань, тренувань щодо оволодіння інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування (індивідуально при потребі);

надання висновку щодо потреб пацієнта у довготривалій допомозі.

На етапі підгострої медичної реабілітації переважають методи фізичної реабілітації.

Головна умова успішності реабілітації – підготовлений персонал, відповідне сучасне

технічне обладнання та методики, які ґрунтуються на принципах доказової медицини.

Основну увагу приділяють поступовому збільшенню фізичних навантажень, загальному тренуванню, підвищенню функціональної здатності, загартуванню організму, виявленню резервних його можливостей, підготовці до подальшої військової служби (трудової діяльності), а при неможливості відновлення дефіциту функцій – оволодінню пристроями для самообслуговування, засобами пересування тощо.

Методики впливу на даному етапі комплексні та різнопланові і застосовуються згідно стандартних або спеціальних реабілітаційних програм. Обираються суто індивідуально залежно від соматичного, фізичного та психологічного стану пацієнта, реабілітаційного потенціалу та мотивації.

Доцільність виділення спеціальної реабілітаційної програми обумовлена специфікою структури вхідного потоку поранених і хворих, необхідністю комплектування закладу спеціально підготовленими медичними кадрами реабілітаційного профілю і наявністю специфічного реабілітаційного обладнання для пацієнтів з порушенням функцій різних систем організму.

Разом з тим, наявна медична документація (Медична карта стаціонарного хворого) в лікарняних закладах МО України не передбачає певних рубрик, які необхідні для здійснення реабілітації. Тому, на основі вищезазначеного матеріалу, нами було розроблено додаток до Медичної карти стаціонарного хворого (рис. 2 та 3), який враховує рекомендації британської асоціації реабілітологів (British Society of Rehabilitation Medicine) [5, 7].

додаток до Медичної карти стаціонарного хворого

Індивідуальна програма медичної реабілітації

Прізвище, ім'я, по батькові хворого: _____

Етап медичної реабілітації: _____ (гострий, підгострий, довготривала допомога)
(необхідне підкреслити)

Програма реабілітації складається: _____ вперше, повторно)
(необхідне підкреслити)

Попередній ступінь функціональної незалежності пацієнта _____ -балів), якщо оцінювався.

Попередній реабілітаційний потенціал пацієнта: (високий, задовільний, низький)
(необхідне підкреслити)

Дата початкового обстеження: _____

Дата обстеження при виписці _____

« » 201 року.

« » 201 року.

КОМЕНТАРІ ¹	Бал	Самообслуговування ^Е	Бал	КОМЕНТАРІ
		1. Приймання їжі		
		2. Зовнішній вигляд		
		3. Вмивання/прийняття ванни		
		4. Одягання верхньої частини тіла		
		5. Одягання нижньої частини тіла		
		6. Здійснення туалету		
		7. Харчування*		
		Функції сфінктерів#		
		8. Випорожнення сечового міхура		
		9. Випорожнення кишечника		
		Переміщення^Е		
		10. Ліжко, крісло, візок		
		11. Унітаз		
		12. Душ, ванна		
		13. Переміщення транспортним засобом*		
		Пересування^Е		
		14. Хода/візок		
		15. Сходи		
		16. Пересування транспортом*		
		Спілкування#		
		17. Сприйняття зовнішньої інформації		
		18. Вираження власних думок та бажань		
		19. Читання*		
		20. Писання*		
		21. Розбірливість мови*		
		Соціально-психологічна активність		
		22. Соціальні стосунки		
		23. Емоційний статус*		
		24. Стратегія поведінки*		
		25. Працездатність*		
		Когнітивні функції		
		26. Прийняття рішення		
		27. Пам'ять		
		28. Орієнтація у просторі*		
		29. Увага*		
		30. Безпечність для себе та оточуючих*		
		Загальна оцінка		

¹ 1- Повна залежність; 2- Максимальна допомога; 3- Помірна допомога; 4- Мінімальна допомога: пацієнт потребує малої кількості фізичної допомоги для виконання завдання, використовуючи 75% та більше своєї активності; 5- Словесна допомога: не потрібна фізична допомога при виконанні завдань, але необхідні нагадування та словесна підтримка; 6- Помірна незалежність; 7- Повна незалежність.

* – позиції оцінки функціонального стану пацієнта медичним (клінічним) психологом у разі клінічної необхідності;

– позиції оцінки пацієнта лікарем, ^Е – позиції оцінки пацієнта фізичним терапевтом та ерготерапевтом.

Рис. 2. Індивідуальна програма медичної реабілітації як додаток до Медичної карти стаціонарного хворого (перша сторінка)

СУМІСНИЙ ОГЛЯД ФАХІВЦЯМИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ
 Дата: 22 « _____ » _____ 201_ року.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ	ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ, ПОСТАНОВКА ЦІЛЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Реабілітаційний потенціал пацієнта: (високий, задовільний, низький)
 (необхідне підкреслити)

РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Порушення функцій органів та систем відновлено повністю (повністю, частково, не відновлено)
 Клас МКФ _____ (необхідне підкреслити)
 Обмеження життєдіяльності та структури організму відновлено повністю (повністю, частково, не відновлено)
 Клас МКФ _____ (необхідне підкреслити)
 Побутова та соціальна активність відновлено повністю (повністю, частково, не відновлено)
 Клас МКФ _____ (необхідне підкреслити)

Ефективність реабілітації:

- цілі досягнуті – 1;
- цілі не досягнуті з причини:
- нерациональний вибір методів фізичної реабілітації – 2;
- недостатньо часу – 3;
- нерационально поставлені цілі реабілітації – 4;
- неповне чи помилкове реабілітаційне обстеження (тестування) – 5;
- неточний лікарський діагноз – 6.
- небажання пацієнта – 7;
- ускладнення загального стану пацієнта, які виникли при відновному лікуванні – 8;
- інше _____ – 9;

Рекомендації:

- не потребує подальшої реабілітації – 1;
- рекомендовано домашню програму – 2;
- рекомендовано стандартну амбулаторну реабілітаційну програму – 3;
- рекомендовано стандартну стаціонарну реабілітаційну програму – 4;
- рекомендовано спеціальну стаціонарну реабілітаційну програму – 5;
- рекомендовано стандартну реабілітаційну програму в санаторно-курортному закладі – 6;
- рекомендовано спеціальну реабілітаційну програму в санаторно-курортному закладі – 7;

Мультидисциплінарна команда реабілітації у складі:

Голова (начальник клініки, відділення) _____

Лікуючий лікар _____

підпис, ініціали і прізвище _____

підпис, ініціали і прізвище _____

підпис, ініціали і прізвище _____

підпис, ініціали і прізвище _____

Рис. 3. Індивідуальна програма медичної реабілітації як додаток до Медичної карти стаціонарного хворого (продовження)

Важливе місце в системі етапної реабілітації посідає амбулаторно-поліклінічний етап, оскільки на ньому здійснюється найтриваліше, а в багатьох випадках перманентне динамічне спостереження за станом здоров'я військовослужбовців, систематично проводяться оздоровчі заходи. І те, і друге поєднується із завданнями диспансерного спостереження. В цьому ключі диспансеризація розглядається як методологічна основа реабілітації в поліклініці. Остання проводить санаторно-курортний відбір, визначає показання для невідкладної і планової госпіталізації, визначає соціальні та юридичні функції, нагромаджує досвід індивідуальної реабілітації, використовує його в подальшому оздоровленні військовослужбовців.

Після проходження військовослужбовцем етапів медичної реабілітації лікуючим лікарем та МДК надаються рекомендації щодо диспансерного нагляду за реабілітованим. У міру відновлення здоров'я і працездатності (боездатності) роль реабілітаційного компоненту стає все меншою і при повному одужанні та відновленні порушених функцій реабілітація може вважатися закінченою. Після цього військовослужбовець підлягає диспансерному нагляду. Аналіз цілей і змісту диспансеризації показує, що загальним для диспансеризації і реабілітації є проведення лікувальних, профілактичних і соціальних заходів для якнайшвидшого відновлення та підтримки стану здоров'я і працездатності (боездатності). Проведення диспансеризації

являється послідовним і логічним продовженням реабілітації. Особливості диспансеризації витікатимуть не тільки з характеру перенесеної патології та дефіциту функцій, але також із суті проведених реабілітаційних заходів.

Висновки

1. У медичній службі ЗС України необхідно створити стандартні умови щодо впровадження та забезпечення успішності та ефективності функціонування етапної системи медичної реабілітації військовослужбовців з метою зниження інвалідизації та відновлення їх боездатності.

2. Розроблено типовий додаток до Медичної карти стаціонарного хворого з метою побудови індивідуальної програми медичної реабілітації, який включає попередній ступінь функціональної незалежності пацієнта та його реабілітаційний потенціал, оцінку функціональної незалежності та динаміки стану пацієнта, розділ для сумісного огляду фахівцями мультидисциплінарної команди, а також класифікацію та кодифікацію результатів медичної реабілітації та рекомендацій при переводі на наступний етап.

3. Запропонована система медичної реабілітації в медичній службі ЗС України та наведені реабілітаційні заходи у гострому, підгострому та довготривалому періодах реабілітації дозволять у повному обсязі проводити реабілітаційно-відновлювальні заходи пораненим і хворим та сприяти підвищенню ефективності медичного забезпечення військовослужбовців.

Література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / Мухін В. М. – Вид. 3-тє, переробл. та допов. – Київ : Олімп. література, 2010. – 486 с.
2. Наказ Міністерства оборони України від 04.14.2016р. № 591 “Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України”.
3. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини: Навчальний посібник / Ред. В.П.Лисенюк.– К., 2001. – 70 с.

4. Lambert, M. J., &Barley, D. E. Research summary on the therapeutic relations hip and psychotherapy outcome // Psychotherapy. – 2001. – Vol. 32, No.4. – P. 357-361.
5. Rehabilitation for patients in the acute care path way following severe disabling illness or injury: BSRM core standards for specialist rehabilitation / prepared by a Working Party of the British Society of Rehabilitation Medicine. – 2014. – 24 p.
6. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization, 2017. –90 p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

7. Specialist Rehabilitation in the Trauma pathway: BSRM core standards, Version 1.4 / prepared by a Working Party of the British Society of Rehabilitation Medicine. – 2008. – 23 p.

8. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe / Produced by the Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Board of Physical and Rehabilitation Medicine and Académie Européenne de Médecine

Readaptation in conjunction with European Society for Physical and Rehabilitation Medicine/ Ed. By Christoph Gutenbrunner, Anthony B. Ward, M. Anne Chamberlain // Europa Medicophysica. – 2006. – Vol. 42, No.44. – P. 287-332.

9. World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www3.who.int/icf/>.

10. World Report on Disability, 2011. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 325 p.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Бадюк М.І.

УДК 616-036.82:355.11:355.721

ОБГРУНТУВАННЯ ІНТЕГРАЦІЙНО-КООРДИНАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

І.М. Гайда, полковник медичної служби, начальник Військово-медичного клінічного центру Західного регіону

Резюме. В статті представлена інтеграційно-координаційна модель медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні. Приведена характеристика основних елементів моделі, розкритий її зміст та завдання.

Ключові слова: медична реабілітація, психологічна реабілітація, реабілітаційно-оздоровчі заходи.

Вступ. Проблемі реабілітації учасників бойових дій серед значної кількості медико-соціальних питань сучасної військової та цивільної медицини відводиться особливе місце [1, 3, 4].

Медико-соціальна реабілітація військовослужбовців повинна складатися з комплексних заходів, що включають в себе медичний, психологічний, професійний та соціальний аспекти. Кінцевою метою роботи системи медико-соціальної реабілітації даної категорії пацієнтів є відновлення їх фізичного, психологічного, професійного та соціального статусу.

У зв'язку з цим першочерговості набуває необхідність розробки функціонально-організаційної моделі комплексної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні.

Мета. Створення інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні.

Матеріали та методи дослідження. Розробка науково обгрунтованої функціонально-організаційної моделі комплексної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні ґрунтувалась на аналізі медичних, психологічних та соціальних потреб військовослужбовців учасників бойових дій.

При розробці моделі застосовувався системний підхід сутність якого обумовлена наявністю низки взаємозалежних аспектів, що складають його базову основу [2]. При створенні моделі враховувався також той факт, що ефективність реабілітаційного процесу залежить від дотримання наступних організаційних принципів: якомога ранній