

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

початок реабілітації, наступність в проведенні лікувально-реабілітаційних заходів; адекватність, доцільність та відповідність лікувально-реабілітаційних заходів стану кожного конкретного пацієнта.

Об'єктом управління даної моделі є здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій МО України. Суб'єктом управління – лікувальні заклади МО України з відділеннями відновлювального лікування. Блок інформаційного забезпечення передбачає формування медичного реєстру учасників бойових дій та реєстру військовослужбовців, які потребують надання медико-соціальної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі проведених нами досліджень розроблено та частково апробовано модель комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом, що представлена на рис. 1.

Основними функціями запропонованої моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні є складові:

інтеграційна. Метою інтеграції є формування нових функціональних взаємозв'язків між лікувально-профілактичними закладами МО України та лікувально-профілактичними закладами МОЗ України і закладами соціального захисту населення для створення єдиної цілісної системи за рахунок більш оптимального спільного застосування наявних людських, матеріально-технічних та економічних ресурсів;

координаційна. Сутність даної функції полягає в забезпеченні скоординованої та злагодженої взаємодії всіх ланок (елементів) організаційної моделі шляхом встановлення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними.

Основними завданнями запропонованої інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні є наступні:

покращення медико-соціального обслуговування військовослужбовців учасників бойових дій шляхом інтеграції та координації роботи між лікувально-профілактичними закладами МО України та лікувально-

профілактичними закладами МОЗ України і закладами соціального захисту населення;

покращення виявлення учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги та передача цих даних в територіальні центри соціального захисту шляхом створення медичного реєстру учасників бойових дій;

покращення проведення медичної та соціальної реабілітації учасників бойових дій на всіх етапах медичної реабілітації;

впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів МО України сучасних методів та методик реабілітаційно-відновного лікування та аналіз їх ефективності.

Таким чином, виходячи зі сказаного вище, на нашу думку найбільш оптимальною є інтеграційно-координаційна модель реабілітації військовослужбовців, що складається з трьох етапів:

I етап – стаціонарний (госпітальний) етап реабілітації;

II етап – санаторно-курортний етап реабілітації;

III етап – амбулаторний етап реабілітації.

Стаціонарний (госпітальний) етап.

Основними структурно-функціональними елементами стаціонарного етапу реабілітації є:

профільні хірургічні (в залежності від локалізації поранення) чи терапевтичні (в залежності від характеру захворювання) відділення;

клініка реабілітації.

Це дає можливість забезпечити проведення відновного лікування у два етапи:

I етап – рання реабілітація проводиться у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації та хірургічних відділеннях згідно профілю поранення.

II етап – спеціалізоване реабілітаційне лікування проводиться у відділенні відновлювального лікування.

Важливим моментом стаціонарного етапу реабілітації є те, що реабілітаційні заходи необхідно розпочинати якомога раніше і застосовувати їх одночасно (паралельно) з хірургічним лікуванням бойової травми (поранення) чи лікуванням захворювання (терапевтичної патології).

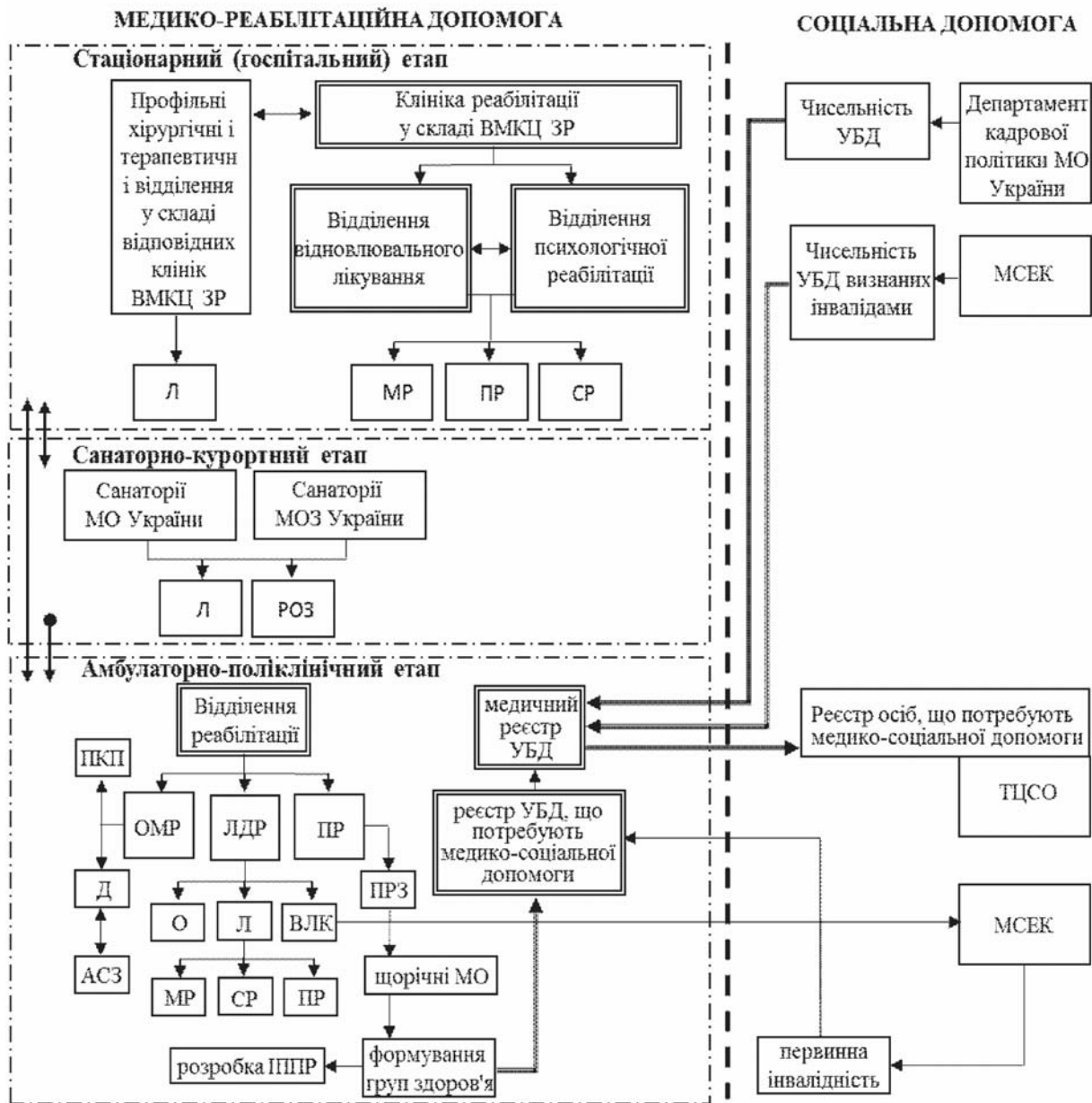


Рис. 1. Інтеграційно-координаційна модель медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні:

(ПР – профілактична робота; ПРЗ – профілактично-реабілітаційні заходи; ІППР – індивідуальна програма профілактичної реабілітації; МО – медичні огляди; ЛДР – лікувально-діагностична робота; О – обстеження; Л – лікування; Д – диспансеризація; ОМР – організаційно-методична робота; АСЗ – аналіз стану здоров'я; ПКП – підвищення кваліфікації персоналу; УБД – учасник бойових дій; МР – медична реабілітація; ПР – психологічна реабілітація; СР – соціальна реабілітація; РОЗ – реабілітаційно-оздоровчі заходи; ВЛК – військово-лікарська комісія; ТЦСО – територіальні центри соціального обслуговування; ВМКЦ ЗР – Військово-медичний клінічний центр Західного регіону.

Тобто, починаючи із стаціонарного (госпітального) етапу реабілітації військовослужбовців необхідно застосовувати комплекс заходів, що поєднує в собі медичну, психологічну та соціальну реабілітацію. Таким чином лікувально-відновлювальний процес буде складатись з двох складових частин – лікування та реабілітаційних заходів.

Наступним важливим завданням стаціонарного (госпітального) етапу реабілітації є розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР), що включає в себе необхідний для кожного конкретного пацієнта (пораненого) перелік (обсяг) реабілітаційних заходів. Зміст та обсяг ІПР розробляється з урахуванням результатів оцінки стану (характеру пошкодження) кожного конкретного пацієнта.

До розробки індивідуальної програми медичної реабілітації пацієнтів (поранених) повинні залучатись всі члени мультидисциплінарної команди, а також пацієнт та його родичі.

Для здійснення перерахованого комплексу реабілітаційних заходів першого етапу реабілітації на регіональному рівні (Західний регіон України) доцільним є створення Клініки реабілітації (КР) у складі Військово-медичного клінічного центру Західного регіону.

Клініка реабілітації повинна містити у своєму складі два структурно-функціональних підрозділи: відділення відновлювального лікування та відділення психологічної реабілітації.

У відділенні відновлювального лікування пацієнт має можливість отримати заходи комплексного реабілітаційного лікування відповідно до отриманих результатів обстеження та згідно індивідуальної програми реабілітації.

До штату відділення відновлювального лікування повинні бути включені наступні посади:

лікар фізичної та реабілітаційної медицини;
фізичний терапевт;
ерготерапевт;
афазіолог;
психолог

соціальний працівник;
помічник фізичного терапевта та ерготерапевта;
медичні сестри.

До штату відділення психологічної реабілітації повинні бути включені наступні посади:

психолог;
психотерапевт (психіатр);
медичні сестри.

Санаторно-курортний етап. Учасники антитерористичної операції (інваліди війни-АТО, учасники бойових дій-АТО) забезпечуються санаторно-курортним лікуванням відповідно до бюджетної програми КПКВ 2505150 „Заходи із психологічної реабілітації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції та забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням”, яка затверджена на 2017 рік.

Забезпечення санаторно-курортними путівками осіб, постраждалих під час проведення антитерористичної операції та яким встановлено статус учасника бойових дій чи інваліда війни здійснюється відповідно до пункту 19 частини першої статті 6 та пункту 1 частини другої статті 7 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”.

Порядок забезпечення санаторно-курортним лікуванням учасників бойових дій та інвалідів війни з числа учасників антитерористичної операції, регулюється Постановою Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 200 „Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням” (зі змінами), проект якої був розроблений Державною службою України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції з метою реалізації бюджетної програми “Заходи з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції”.

Забезпечення санаторно-курортним лікуванням, медичною та медико-психологічною реабілітацією осіб з числа військовослужбовців Збройних Сил України, ветеранів військової служби, ветеранів війни, членів їх сімей та інших пільгових категорій здійснюється відповідно до Наказу МО України від 04.11.2016 №591 «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у збройних силах України».

Відповідно до «Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у збройних силах України» санаторно-курортний етап лікування передбачає два види медичної реабілітації:

етапна медична реабілітація в центрах (санаторіях) - курс медичної реабілітації, що проводиться між курсами стаціонарного лікування або між курсом лікування та контрольним оглядом військово-лікарською комісією. Передбачає повернення особи одержувача реабілітації до лікувально-профілактичного закладу, що направляє на реабілітацію;

завершальна медична реабілітація в центрах (санаторіях) - медична реабілітація, що проводиться після завершення стаціонарного лікування та має на меті досягнення якнайшвидшої реконвалесценції організму військовослужбовця перед поверненням його до професійної діяльності або звільненням з військової служби.

На санаторно-курортному етапі необхідно застосовувати комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення фізичного (ЛФК, масаж, голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, кліматотерапія, фізіотерапія) та психологічного (психотерапія) здоров'я; попередження прогресування або загострення захворювання шляхом застосування медикаментозної терапії на фоні санаторно-курортного лікування.

Перерахований комплекс реабілітаційних заходів санаторно-курортного етапу можна

здійснювати як на базі санаторіїв МО України, так і на базі санаторно-курортних закладів МОЗ України, та інших міністерств та відомств. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 200 реабілітаційні установи, з якими укладаються договори щодо надання реабілітаційних заходів учасникам АТО, повинні мати відповідний кваліфікований штат працівників та матеріально-технічну базу.

Проведене нами комплексне дослідження щодо матеріально-технічних ресурсів санаторно-лікувальних закладів Західного регіону стало підґрунтям для встановлення переліку медичних закладів різних форм власності та підпорядкування на базі яких можна надавати реабілітаційні послуги учасникам АТО.

Як свідчать дані, проведеного нами дослідження. у Західному регіоні України є 24 лікувально-оздоровчих закладів різних форм власності та підпорядкування, які мають у своєму складі підрозділи, що проводять або їх матеріально-технічне забезпечення дозволяє провести реабілітацію учасників бойових дій.

Амбулаторно-поліклінічний етап. Основним структурно-функціональним елементом амбулаторно-поліклінічного етапу реабілітації є відділення реабілітації. В його структуру входять:

- кабінет медико-соціальної реабілітації;
- кабінет психологічної реабілітації або кабінет соціальної адаптації та психологічної корекції;
- денний стаціонар.

У відділенні реабілітації застосовуються наступні форми діяльності: лікувально-діагностична робота (ЛДР); профілактична робота (ПР); організаційно-методична робота (ОМР).

Основними напрямками лікувально-діагностичної роботи амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації є: обстеження пацієнтів (О); лікування пацієнтів, що включає в себе заходи з медичної реабілітації (МР), соціальної реабілітації (СР), психологічної реабілітації (ПР); подання документів на ВЛК для визначення придатності

військовослужбовця до військової служби, установлення причинного зв'язку захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв) та визначення необхідності і умови застосування медико-соціальної реабілітації та допомоги військовослужбовцям.

Одним із напрямків роботи амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації є забезпечення профілактичної роботи шляхом проведення щорічних медичних оглядів з метою формування груп здоров'я серед учасників бойових дій. Розподіл пацієнтів за групами здоров'я базується на оцінці стану здоров'я даної категорії пацієнтів та дає можливість визначити їх потребу в медико-соціальній допомозі.

Основними напрямками організаційно-методичної роботи амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації повинні бути наступні: виявлення учасників бойових дій; взаємодія з територіальними лікувально-реабілітаційними закладами різних форм власності та підпорядкування; взаємодія з територіальними службами соціального обслуговування, організація та проведення планових комплексних медичних оглядів з метою аналізу стану здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій; написання методичних листів та інструкцій; ведення медичної звітності; розробка аналітичних звітів; організація підвищення кваліфікації персоналу відділення.

На персонал амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації покладається здійснення наступних функцій:

нагляд за станом здоров'я пацієнтів відділення;

призначення необхідних медичних процедур;

забезпечення консультацій необхідних лікарів-спеціалістів;

виконання необхідного об'єму та виду лікувально-реабілітаційних маніпуляцій;

відновлення втрачених чи частково порушених внаслідок поранення (хвороби) навиків самообслуговування;

проведення санітарно-освітньої роботи з родичами пацієнта, щодо організації та

навчання реабілітаційних заходів в домашніх умовах;

проведення групових або індивідуальних занять з ЛФК;

здійснення лікувального масажу;

проведення психологічної реабілітації.

У запропонованій моделі передбачається створення медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги.

До медичного реєстру повинні надходити наступні дані стосовно учасників бойових дій:

1. Загальна чисельність учасників бойових дій у районі відповідальності лікувально-профілактичного закладу.

2. Чисельність учасників бойових дій, які були визнані інвалідами (загальна інвалідність). Інформацію надає відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України .

3. Чисельність учасників бойових, які були вперше визнані інвалідами у даному році (первинна інвалідність). Інформацію надає відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України.(ф.№14).

4. Дані про учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги. Дані про вищезазначених осіб пропонується передавати до ТЦСО.

В якості медичних закладів на базі яких відбувається амбулаторний етап реабілітації можуть бути використані: клініка амбулаторно-поліклінічної допомоги ВМКЦ Західного регіону, поліклініки гарнізонних військових госпіталів, поліклініки за місцем проживання учасника бойових дій.

Висновки

Обґрунтовано і розроблено інтеграційно-координаційну модель системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, в основу якої покладено поєднання елементів діючої системи медичної реабілітації військовослужбовців зі створенням у складі ВМКЦ клініки реабілітації з відділенням відновлювального лікування і відділенням психологічної реабілітації на стаціонарному (госпітальному) етапі реабілітації; створення

відділення реабілітації на амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації; планування і проведення щодо учасників бойових дій заходів диспансеризації, медичної реабілітації, психологічної реабілітації, соціальної реабілітації; створення медичного реєстру учасників бойових дій та реєстру військовослужбовців, які потребують надання

медико-соціальної допомоги; організацію чіткої взаємодії лікувально-профілактичних закладів МО України з територіальними центрами соціального обслуговування; залучення регіональних лікувально-оздоровчих закладів різних форм власності та підпорядкування до системи медичної реабілітації учасників бойових дій.

Література

1. Андрієнко О.І. Досвід оздоровлення учасників АТО в умовах ДП «Санаторій «Новомосковський» ПрАТ «Укрпрофздоровниця» / О.І. Андрієнко, Л.С. Прокопович, В.В. Калюжна // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. – С. 16-17.

2. Афанасьев В. Г. Системность и общество / В. Г. Афанасьев. – М.: Политиздат, 1980. – 368 с.

3. Волянський О.М. Коли починається медична реабілітація на госпітальному етапі надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в антитерористичній операції? / О.М. Волянський, А.Ю.Кіх // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. “2015. “№.1. “С. 72-77.].

4. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Український медичний часопис. — 2014. — № 6(104). — С. 124-127.

5. Реабілітація інвалідів— учасників бойових дій в Київській області Матяш М.М.1, Дикун О.П.2, Матяш О.М.3, Гриненко Ю.А.4«Міжнародний неврологічний журнал», 2017/№4(90), 2017/С.23-34.

6. Стан санаторної реабілітації прикордонників, які постраждали під час антитерористичної операції в Україні / В.Г. Волоха, О.В. Футрук, І.К. Бабова [та ін. // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. – С. 38-39.

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