

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я

ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Тема 4. . Організація та управління системою реабілітації хворих

Методичні рекомендації для самостійних занять
студентів I курсу медичних факультетів
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Запоріжжя

Затверджено:

на засіданні кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМУ

протокол № 1 від 29.08.20 р.

на ЦМР ЗДМУ

протокол №1 від 29.08.20 р.

Автори:

Сазанова І.О., старший викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМУ;

Методичні рекомендації призначені для студентів, які навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» ЗВО МОЗ України. Містять базові питання з практичної діяльності у фізичній реабілітації, вивчення яких передбачено навчальною програмою з дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній реабілітації»

Актуальність теми. Навчальна дисципліна «Основи практичної діяльності у фізичній реабілітації» – є однією з базових дисциплін, орієнтованих на підготовку висококваліфікованих спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Оволодіння компетентностями, що передбачає програма з дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній реабілітації», дозволить фахівцям з фізичної терапії та ерготерапії максимально ефективно підібрати адекватні методи фізичної терапії при складанні реабілітаційних програм відновного лікування.

Зміст:

1. Періоди та етапи реабілітації
2. Лікарняний період реабілітації
3. Реабілітаційні комісії лікувально-профілактичних установ

Література

1. Андрущенко В.П., Михальченко М.І. Сучасна соціальна філософія. – К.: Генеза, 1996. – 368 с.
2. Основи екології та охорона навколишнього природного середовища: Навч. посібник / За ред. В.С. Джигиря. – Львів, 1999. – 238 с.
3. Основи соціоекології: Навч. посібник / За ред. Г.О. Бачинського. – К.: Вища школа, 1995. – 238 с.
4. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
5. Казаков В.А. Психологія діяльності та навчальний менеджмент: Підручник у 2-ох ч. Ч.1: Психологія суб'єкта діяльності. – К.: КНЕУ, 1999. – 244 с.
6. Безопасность жизнедеятельности: Учебник для вузов / Под общей ред. С.В. Белова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Высшая шк., 1999. – 448 с.
7. Хижняк М.І., Нагорна А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995. – 232 с.

Реабілітацію поділяють на слідуєчі взаємопов'язані види — медичну, професійну, соціальну, фізичну та трудову реабілітацію. Вони мають розгалуження і свої специфічні завдання.

1. Медична - завданням якої є максимально можливе відновлення стану здоров'я пацієнта засобами традиційної та нетрадиційної медицини;
2. Професійна - яка передбачає відновлення професійних навичок людини або навчання новим навичкам, які відповідають функціональним можливостям особи;
3. Соціальна - яка забезпечує повернення людини до максимально активного життя у суспільстві, якомога повнішу її інтеграцію у всі сфери його життя;
4. Фізична - напрямок у сфері охорони здоров'я, покликаний, головним чином запобігати або полегшувати рухові дисфункції людини.
5. Трудова - система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць.

Фізична реабілітація - це застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною та лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих і інвалідів. Вона є невід'ємною частиною лікувального процесу та застосовується на усіх етапах лікування.

У науковій літературі частотним є таке трактування явища фізичної реабілітації: «це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих». Таке визначення збігається з тлумаченням терміна «реабілітація», представленим у резолюції Генеральної Асамблеї ООН № 48/96 від 20 грудня 1993 року: «Стандартні правила щодо зрівняння можливостей інвалідів». Також у резолюції

зазначається, що реабілітація може передбачати заходи збереження і відновлення функцій, або ж компенсацію втраченої чи відсутньої функції. В українському законодавстві (Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», 2006) фізичною реабілітацією названо систему заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

Медична реабілітація є фундаментом реабілітаційного процесу. Від її ефективності залежить застосування подальших видів реабілітації, їх тривалість і обсяг. Медична реабілітація спрямована на відновлення здоров'я, усунення патологічного процесу, попередження ускладнень, відновлення або часткову компенсацію порушених функцій, протидію інвалідності, підготовку тих, що одужують, та інвалідів до побутових і трудових навантажень. У переважній більшості реабілітація завершується у медичних закладах.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація. Вона мобілізує резервні сили організму, активізує його захисні й пристосувальні механізми, попереджує ускладнення, прискорює відновлення функцій різних органів і систем, скорочує терміни клінічного і функціонального відновлення, адаптує до фізичних навантажень, тренує і загартовує організм, відновлює працездатність. Залежно від характеру, перебігу та наслідків захворювання або травми, періоду і етапу відновного лікування фізичну реабілітацію використовують з метою профілактики або лікування і відповідно до цього вона посідає допоміжне чи головне місце у комплексі взаємодоповнюючих лікувальних заходів медичної реабілітації.

Одночасно з фізичною реабілітацією проводиться психологічна підготовка хворого до подолання труднощів, пов'язаних з хворобою і можливими її наслідками до необхідної адаптації, реадаптації чи перекваліфікації. Ця

підготовка передусє працетерапії, що починається під час медичної реабілітації.

Соціальна, чи побутова реабілітація — державно-суспільні дії, що спрямовані на повернення людини до активного життя та праці, правовий і матеріальний захист її існування. Відповідними фахівцями проводяться заходи щодо відновлення соціального статусу особи шляхом організації активного способу життя, відновлення послаблених чи втрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту у сім'ї і на роботі, забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом та ін.

Основною метою хворих з важкими травмами, психічними захворюваннями, ураженням нервової системи та деякими іншими захворюваннями, ампутантів є розвиток навичок щодо самообслуговування. У цьому процесі великого значення набуває спільна робота реабілітолога, фахівця з працетерапії та психолога. Своїми діями вони готують хворого до користування стандартними або спеціально розробленими пристроями, що полегшують самообслуговування. Разом з тим розв'язання матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок) та інших умов якісного життя юристами, працівниками житлово-комунальної сфери, соціологами дає змогу інваліду зберегти свою особистість і не відчувати себе поза суспільством.

Професійна, чи виробнича реабілітація. Основна мета — підготовка пацієнта до праці. Її реалізація залежить від характеру та перебігу хвороби, функціонального стану і фізичної спроможності хворого, його професії, кваліфікації, стажу роботи, посади, умов праці та бажання стати до роботи. Залежно від цього реабілітолог, фахівці з працетерапії, психологи, педагоги, соціологи, юристи провадять роботу з адаптації, реадaptaції чи перекваліфікації з подальшим працевлаштуванням пацієнта.

Рішення про повернення пацієнта до його попередньої роботи чи створення полегшених умов праці (звільнення від підняття важких речей, виконання точних і координованих рухів) приймає лікарсько-консультативна комісія (ЛКК). У разі різкого обмеження працездатності комісія скерує хворих до

медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) для встановлення інвалідності та визначення можливості працювати. Висновки ЛКК і МСЕК про умови і характер праці, тимчасове чи постійне обмеження працездатності у нашій державі є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій незалежно від виду власності.

Наведені види реабілітації мають особливість в тому, що кожний вид починається не після закінчення попереднього, а зароджується в ньому раніше і поступово стає основним на конкретному етапі реабілітації. Реабілітація має бути безперервною і спадкоємною, недоцільно розтягувати, продовжувати без потреби той чи інший вид реабілітації. Бо це зменшує прагнення і впевненість хворих, особливо інвалідів, відновити свою працездатність.

Слід підкреслити, що усі види реабілітації містять засоби фізичної реабілітації або окремі її форми, що відновлюють втрачені рухи і цілісні виробничі та побутові рухові акти, виробляють тимчасові чи постійні компенсації, утворюють нові умовно-рефлекторні зв'язки, тренують та готують організм до фізичних навантажень побутового та виробничого характеру.

ПЕРІОДИ ТА ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний, у кожного з них є визначені етапи. Перший період включає I етап реабілітації - лікарняний (стаціонарний), післялікарняний період - II етап - поліклінічний або реабілітаційний, санаторний і III етап - диспансерний.

I етап реабілітації - лікарняний (стаціонарний) - розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації. Вона містить терапевтичні або хірургічні методи лікування і спрямована на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, розвиток тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій органів і систем, уражених хворобою, поступову фізичну активізацію хворого. На цьому етапі у відновлюючому лікуванні застосовують лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, засоби фізіотерапії, елементи

працетерапії. Визначають функціональний стан хворого, резерви організму і наприкінці етапу коректують і накреслюють подальшу програму реабілітаційних заходів.

II етап реабілітації — поліклінічний, або реабілітаційний, санаторний починається після виписки хворого зі стаціонару, у поліклініці, реабілітаційному центрі, санаторії в умовах покращання і стабілізації стану хворого, при значному розширенні рухової активності. На цьому етапі перважає фізична реабілітація і використовують всі її засоби. Основну увагу у програмі реабілітації приділяють поступовому збільшенню фізичних навантажень, загальному тренуванню, підвищенню функціональної здатності, загартуванню організму, виявленню резервних його можливостей; підготовці людини до трудової діяльності; оволодінню інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування.

Наприкінці періоду, після всебічного обстеження з обов'язковим тестуванням фізичного стану подають висновки щодо функціональних можливостей пацієнта і його готовності до праці. Відповідно до цього людина повертається на своє робоче місце або стає до роботи з меншими фізичними і психічними навантаженнями. При значних залишкових функціональних порушеннях і анатомічних дефектах пацієнтам пропонують перекваліфікацію, роботу вдома, а при глибоких, важких і незворотних змінах з ними проводять подальше розширення зони самообслуговування і побутові навички.

III етап реабілітації - диспансерний. Основною метою цього етапу є нагляд за реабілітованим, підтримка і покращання його фізичного стану і працездатності у процесі життя.

Програма передбачає профілактичні заходи, періодичні перебування у санаторії, заняття фізичними вправами у кабінетах лікувальної фізкультури, групах здоров'я, самостійно; медичні обстеження з проведенням тестів з фізичним навантаженням для визначення функціональних можливостей організму. Останнє дає об'єктивні показники для обґрунтованих рекомендацій

щодо адекватності виконуваної роботи, змін, умов праці, перекваліфікації і, загалом, способу життя.

ЛІКАРНЯНИЙ ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ

Лікарняний (стаціонарний) період реабілітації здійснюють реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) заклади.

I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний) розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації.

Завдання:

- ліквідація чи зменшення активності патологічного процесу, прискорення відновних процесів;
- попередження ускладнень та загострення супутніх захворювань;
- розвиток постійних або тимчасових компенсацій;
- відновлення функцій органів та систем, уражених хворобою;
- поступове збільшення фізичної активності хворого та адаптація організму до зростаючих навантажень побутового характеру.

Види реабілітаційно-лікувальних установ.

За видом надання лікувальної допомоги виділяють такі реабілітаційно-лікувальні установи:

- поліпрофільні (загального типу);
- спеціалізовані (кардіологічні, неврологічні, ортопедичні та ін.).

Поліпрофільні установи повинні мати достатню матеріально-технічну базу, можливості для її розширення та кращий територіальний і транспортний доступ.

Найбільш ефективно реабілітація може проводитись у спеціалізованих лікарнях та реабілітаційних центрах.

За адміністративно-територіальним рівнем виділяють: районні, міжрайонні, міські, обласні, відомчі реабілітаційно-лікувальні установи.

На рівні області відновне лікування здійснюють реабілітаційні лікарні. В лікарні реабілітації збільшена (порівняно з лікарнями загального профілю)

кількість медичних сестер з масажу, працетерапії, методистів з лікувальної фізкультури тощо.

В обласних центрах та містах обласного підпорядкування при лікувально-профілактичних установах та стаціонарах діють профільні відділення (центри) реабілітації, які працюють у тісному контакті із спеціалізованими відділеннями за своїм профілем. Залежно від того, при якому закладі організовані (це можуть бути стаціонарні, поліклінічні, санаторні реабілітаційні центри), вони оснащені спеціальним обладнанням. У штаті повинні бути кваліфіковані лікарі відповідних спеціальностей, медичні сестри, інструктори (методисти) з лікувальної фізкультури, масажу та працетерапії, фізіотерапевти, які пройшли спеціальну підготовку з основ реабілітації та особливостей реабілітації хворих різних профілів захворювань. Крім того, в центрах працюють психологи, логопеди, педагоги, соціологи, протезисти, юристи. У такі центри хворих переводять з лікарні для завершення лікування і досягнення реабілітації в межах існуючого захворювання.

Структура центрів (відділень) реабілітації:

- діагностичне відділення: клініко-діагностична лабораторія, кабінет функціональної діагностики, рентгенологічний кабінет тощо;
- фізіотерапевтичне відділення: світлолікування, електролікування, водолікування, грязелікування, інгаляційне лікування, масаж;
- відділення лікувальної фізкультури: спеціалізовані зали, кабінети механотерапії, басейн, спортивні майданчики на відкритому повітрі;
- відділення соціально-трудової реабілітації: кімнати побутової реабілітації, трудові майстерні;
- відділення соціально-психологічної реабілітації включає кабінети психотерапевта, соціолога, юриста, логопеда.

Стаціонарозамінювальна медична допомога. В умовах впровадження економічного методу управління в охороні здоров'я створені нові організаційні форми стаціонарозамінювальної медичної допомоги: денні

стаціонари в поліклініках, лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування, домашні стаціонари.

Робота денних стаціонарів в поліклініках та стаціонарах денного перебування спрямована на своєчасне лікування та оздоровлення хворих, поліпшення якості медичної допомоги, забезпечення її доступності, підвищення економічної ефективності, скорочення термінів тимчасової непрацездатності, проведення окремих діагностичних обстежень тощо. Все це сприяє раціональному використанню ліжкового фонду та підвищенню ефективності реабілітаційних заходів.

Домашній стаціонар організовується для хворих із гострими та хронічними захворюваннями, які за станом здоров'я не потребують госпіталізації або якщо вона неможлива. Така форма медичної допомоги вимагає забезпечення хворого кваліфікованим лікарським та сестринським доглядом, необхідними дослідженнями, належними методами та методиками лікування; соціальної підтримки, корекції харчування тощо.

На великих промислових підприємствах відновне лікування проводять в медико-санітарних частинах, які можуть бути стаціонарними чи амбулаторними відділеннями промислової реабілітації при медико-санітарних частинах великих підприємств. Вони організовані з метою збереження професії хворих чи інвалідів, оволодіння новою професією при втраті попередньої. З цією метою використовується спеціальне промислове обладнання та інструменти, пристосування до верстатів та інструментів, спеціальне обладнання робочого місця.

Засоби реабілітації, що використовуються на лікарняному (стаціонарному) періоді реабілітації.

Стаціонарний період передбачає застосування переважно медикаментозних або хірургічних методів лікування. Одночасно з ними використовують охоронний режим, відповідний режим рухової активності, психотерапію та психопрофілактику, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, працетерапію, фізіотерапевтичні засоби. В кінці періоду оцінюють стан

хворого, його резервні можливості і розробляють подальшу програму реабілітації.

Загальні протипоказання до направлення хворих на реабілітаційне стаціонарне лікування. До них насамперед належать:

- ☐ всі хвороби у період загострення;
- ☐ всі хронічні захворювання, що потребують спеціального лікування;
- ☐ перенесені інфекційні хвороби дітей до закінчення терміну ізоляції;
- ☐ бацилоносійство;
- ☐ всі заразні захворювання очей, шкіри, злоякісні анемії, новоутворення, кахексія, амілоїдоз внутрішніх органів, активні форми туберкульозу легень та інших органів;
- ☐ хворі із захворюваннями серцево-судинної системи при недостатності кровообігу вище I ст.;
- ☐ хворі на епілепсію, з психоневрозом, психопатією, розумовою відсталістю, що потребують індивідуального догляду і лікування;
- ☐ наявність супутніх захворювань, протипоказаних до реабілітаційного лікування.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ КОМІСІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ УСТАНОВ

У лікувально-профілактичних (реабілітаційно-лікувальних) установах повинні бути створені реабілітаційні комісії (ради).

Основними функціональними обов'язками реабілітаційної комісії є відбір хворих, які потребують реабілітації, уточнення діагнозу, розробка плану реабілітаційних заходів та забезпечення їх реалізації, вирішення питань працездатності.

ПІСЛЯЛІКАРНЯНИЙ ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ

Після закінчення реабілітації в лікувально-профілактичних установах хворий чи інвалід переводиться на реабілітацію в реабілітаційно-оздоровчі установи (поліклініку, реабілітаційний центр чи санаторій).

Післялікарняний період включає II етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний період і III етап – диспансерний.

II етап реабілітації

II етап реабілітації – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний. Призначається після виписування хворого з стаціонару. Проводиться в реабілітаційно-оздоровчих установах (поліклініці, реабілітаційному центрі чи санаторії).

Завдання:

- зменшення чи ліквідація наслідків захворювання;
- попередження ускладнень основного захворювання та загострення супутніх захворювань;
- виявлення і розвиток резервних та компенсаторних можливостей організму,
- підвищення функціональної здатності організму до рівня, необхідного для повсякденної побутової та трудової діяльності;
- підготовка хворого до трудової діяльності (працетерапія, оволодіння інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування).

Засоби реабілітації. На цьому етапі роль медикаментозної терапії зменшується, зростає роль фізичній реабілітації, яка поєднується з дієтичним харчуванням, психо- та працетерапією. З хворим, крім медичних працівників, працюють педагоги, соціологи та юристи, які у разі зниження або втрати працездатності сприяють адаптації людини до свого стану, розв'язання питань професійної працездатності, працевлаштування, побуту.

Наприкінці етапу хворого детально обстежують з метою вивчення функціональних можливостей, терміну відновлення трудової діяльності, її обсягів. Залежно від отриманих результатів пацієнту можуть рекомендувати:

- у разі відновлення функціональної та професійної здатності – повернення на попереднє місце роботи;
- у разі зниження функціональних можливостей – робота з меншим фізичним та психологічним навантаженням;

- при значних залишкових функціональних порушеннях та анатомічних дефектах – перекваліфікацію чи роботу вдома;
- при глибоких, тяжких і незворотних змінах – подальше розширення зони самообслуговування та побутових навичок.

Санаторне лікування базується на використанні природних цілющих фізичних факторів курортів. Вони забезпечують високу ефективність відновної терапії, реабілітації, профілактики, дають можливість зменшити кількість медикаментозних засобів у лікуванні хворих.

Курорт – місцевість з наявністю лікувальних природних факторів (мінеральні джерела, лікувальні грязі, сприятливі кліматичні умови), а також бальнеологічними, гідротехнічними та лікувально-профілактичними закладами.

Залежно від переваги того чи іншого цілющого природного фізичного фактора виділяють курорти: кліматичні, бальнеологічні, грязьові, змішані. Використовують клімат пустель, степу, лісостепу, гірський, приморський, клімат сольових шахт.

Для використання лікувальних факторів на курорті створюють спеціальні лікувальні заклади – санаторії, будинки відпочинку, курортні поліклініки.

Санаторій – спеціалізований стаціонарний заклад у системі санаторно-курортного лікування, в якому використовуються лікувальні комплекси кліматотерапії, бальнеотерапії, грязелікування. Санаторії забезпечують комфортне розміщення хворих для проведення лікування: лікувальні корпуси, пляжі, солярії, бювети мінеральних вод, інгаляторії, сауни, кабінети фізіотерапії, водо-, грязелікування, спортивні споруди, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, рефлексотерапії, психотерапії. Все це разом з відповідно обладнаними приміщеннями для проживання, відпочинку, дієтичним харчуванням, музико-, аромо-, вокало-, танцетерапією, маршрутами для теренкуру, екскурсіями, туризмом, прекрасною природою, висококваліфікованим, уважним обслуговуючим персоналом, санітарно-

просвітньою роботою створює всі умови для мінімального використання медикаментозного лікування і позитивних результатів реабілітації.

Профілі санаторіїв. Санаторії бувають багатопрофільні, але найчастіше – спеціалізовані. Останні розраховані на лікування хворих із захворюваннями: серцево-судинної системи, органів травлення, дихання (не туберкульозного походження), жіночих статевих органів, шкіри, нирок і сечовивідних шляхів, опорно-рухового апарату, із порушеннями обміну речовин. Є також санаторії для дітей, підлітків, для лікування туберкульозу, внутрішніх органів, спастичних паралічів тощо.

Згідно з існуючим положенням, медичний відбір хворих на санаторно-курортне лікування проводить лікар, який веде хворого, і завідувач відділення чи головний лікар лікарні, поліклініки, диспансеру, медсанчастини.

Установлено обов'язковий перелік досліджень і консультацій, необхідних для рекомендації на санаторно-курортне лікування: клінічний аналіз крові, сечі, рентгеноскопія грудної клітки, висновок гінеколога при направленні на курорт жінок. Для уточнення показань проводять додаткові дослідження: електрокардіографічне – при захворюваннях серця або у осіб віком старше 30 років, висновок психіатра при наявності в анамнезі нервово-психічних розладів тощо. Після обстеження визначають показання для санаторно-курортного лікування та види курортів, які показані хворому.

Показання для направлення на курортне лікування. На курорти (з врахуванням їх спеціалізації) направляють хворих з різними хронічними захворюваннями в стадії стійкої ремісії без виражених порушень функції відповідних органів (наприклад, без значної коронарної, дихальної, легенево-серцевої недостатності тощо), без явної активності запального процесу.

Протипоказання до санаторно-курортного лікування:

гострий період захворювання;

хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;

інфекційні захворювання, в тому числі венеричні;

психічні розлади, алкоголізм, наркоманія;

друга половина вагітності, весь період патологічної вагітності, стан після абортів (до першої менструації), період лактації;

схильність до кровотеч;

онкологічні захворювання;

гостро прогресуючі форми туберкульозу легень та хронічний туберкульоз у період дисемінації та зі схильністю до кровотеч;

відсутність у хворого здатності до самообслуговування.

В окремих випадках після радикального лікування злоякісних новоутворень, при задовільному загальному стані, пацієнта можна направити в місцеві санаторії для загальнозміцнювального лікування.

Після санаторного лікування пацієнту видають на руки санаторно-курортну книжку, де вказують, яке лікування проводили у санаторії і з якими результатами виписали.

III етап реабілітації

III етап – диспансерний. Найчастіше проводиться в поліклініках чи спеціалізованих диспансерах (наприклад, лікарсько-фізкультурний). У диспансері, звичайно, під контролем перебувають дві групи людей: перша – здорові та особи з факторами ризику, друга – хворі.

Вибір осіб для диспансерного спостереження проводять як за медичними, так і за соціальними показаннями. До групи дорослого населення, що підлягає диспансерному спостереженню за медичними показаннями, належать особи, які мають фактори ризику виникнення захворювань, часто та тривало хворіють і хворі з окремими хронічними захворюваннями.

За соціальними показаннями диспансерному спостереженню підлягають особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці, працівники харчових, комунальних і дитячих закладів, вчителі загальноосвітніх шкіл, особи з факторами ризику соціального характеру.

Завдання. Диспансерний метод обслуговування хворих полягає у:

- встановленні точного детального діагнозу;

- поділі осіб на диспансерні групи, направленні на стаціонарне, напівстаціонарне лікування;
- нагляд за реабілітованим, лікування залишкових явищ перенесених захворювань чи подальший розвиток компенсації;
- поліпшення та відновлення фізичного стану і фізичної працездатності;
- обґрунтування рекомендації щодо адекватності виконуваної роботи;
- контроль робочого місця з метою з'ясування негативних факторів, які можуть вплинути на стан здоров'я чи спричинити травматизм;
- у разі необхідності – сприяння зміні умов праці, способу життя, перекваліфікації, адаптації до умов життя;
- вирішення особистих та соціальних проблем, які можуть бути причиною рецидивів захворювання чи сповільнювати відновні процеси і сприяти поверненню хворого в суспільство;
- роз'яснювальна робота з хворим, контроль активності хворого у процесі лікування, виконання ним всіх рекомендацій;
- сприяння у наданні інвалідам технічних засобів, вступі до товариств та об'єднань (у тому числі і спортивних), залучення людей молодого віку до занять адекватними видами спорту.

Кінцевою метою диспансеризації являється повна чи, при наявності обтяжуючих факторів, часткова реабілітація – клінічна, трудова, соціальна. І хоча диспансеризація включає використання, за показаннями, стаціонарного і санаторного етапів лікування, найбільш тривалим, а значить і найбільш відповідальним, є амбулаторний, під час якого вирішуються питання реабілітації і працевлаштування хворих, визначається стійкість затихання процесу, проводиться протирецидивне лікування.

Засоби. Для вирішення цих завдань використовуються всі існуючі види і засоби реабілітації. Залучаються психологи, педагоги, соціологи, юристи, профспілкові організації, трудові колективи. Постійно працюють реабілітологи, які контролюють перебіг відновних процесів, переглядають, коректують програму реабілітації.

Реабілітація в домашніх умовах. Особливою формою реабілітаційної допомоги хворим, стан здоров'я яких не дозволяє відвідувати реабілітаційні відділення поліклінік, є домашній етап реабілітації. Для таких хворих створюється програма відновного лікування на дому. Її завдання-мінімум – відновлення здатності до самообслуговування, завдання-максимум – досягнення хворим можливості відвідувати реабілітаційне відділення лікувально-реабілітаційного закладу.

При потребі на дому з хворим займається методист ЛФК, масажист. Для родичів таких хворих організовується спеціальна підготовка при реабілітаційних відділеннях лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання, де під керівництвом лікарів, масажистів, методистів з лікувальної фізкультури, спеціалістів з працетерапії, дієтотерапії тощо вони вчаться навичкам догляду за хворим і елементам відновного лікування на дому. Відвідування на дому таких хворих лікарем реабілітаційного відділення проводиться не рідше 1 разу на місяць, медичної сестри чи інструктора (методиста) з ЛФК та спеціаліста з масажу – за призначенням лікаря.

На всіх етапах реабілітації, а особливо на II—III, велику роль відведено роботі психологів, педагогів, соціологів, юристів, спрямованій на адаптацію людини до того стану, у якому вона опинилася, розв'язанню питань професійної працездатності, працевлаштування, умов праці і побуту, надання інвалідам технічних засобів, вступу до товариств і об'єднань, у тому числі і спортивних. Незалежно від етапу реабілітації з хворим постійно працюють реабілітологи, які періодично переглядають її програму з урахуванням досягнутого ефекту. Таким чином, принципова схема сучасної системи медичної реабілітації виглядає так: лікарня — поліклініка (або реабілітаційний центр, санаторій) — диспансер. Ця система застосовується при важких захворюваннях та травмах і станах організму, що можуть призвести до інвалідності і непрацездатності. Безперечно, що у разі тієї чи іншої патології кожний етап має свої особливості і не завжди всі вони будуть присутні у процесі відновного лікування, що пов'язано з важкістю, характером і клінічним перебігом захворювання або

травми, терапевтичним чи хірургічним методом лікування, прогнозом виходу з хвороби.