

# **ЧАСТИНА I**

## **СИНДРОМНИЙ ПІДХІД В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

### **Розділ I**

#### **ПОНЯТТЯ ПРО МЕДИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ**

Термін “реабілітація” походить від латинських слів “re-” – відновлення і “habilis” – здатність, тобто “rehabilis” – відновлення здатності (властивостей).

*Реабілітація – це відновлення здоров’я, функціонального стану і працездатності організму, порушеного хворобами, травмами або фізичними, хімічними і соціальними чинниками.*

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) дає дуже близьке до цього визначення реабілітації: “Реабілітація є сукупністю заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій внаслідок хвороб, травм і уроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть”. Згідно з ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на надання всебічної допомоги хворим й інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності.

Наведене визначення відбиває комплексний характер реабілітації, її складові, що, по суті, дає підставу говорити про види реабілітації. Цілковитої єдності думок з даного питання немає, що обумовлено відсутністю єдиного критерію при однаковому термінологічному оформленні.

Таким чином, реабілітацію слід розглядати як складну соціально-медичну проблему, яка має декілька аспектів: медичний (у тому числі психологічний), професійний (трудовий) і соціально-економічний.

**Медичний (лікувальний) аспект реабілітації** – відновлення здоров’я хворого за допомогою комплексного використання різних засобів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а в разі неможливості досягнення цього – розвиток компенсаторних і заміщуваних пристосувань (функцій). До медичної реабілітації відносять консервативне і хірургічне лікування, медикаментозну терапію, лікувальне харчування, клімато- і бальнеотерапію, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію та інші заходи, що проводять стаціонарно і (або) амбулаторно. Медичні заходи неодмінно входять до комплексу реабілітаційних заходів, але є далеко не єдиними, щоб у повному обсязі вирішити задачі, покладені на реабілітацію. Вважається, що реабілітаційний напрям у медицині почав розвиватися нещодавно, з кінця 60-х років ХХ ст., і розглядався спочатку як складова лікувального процесу. Однак видається логічнішим і за змістом, і за формою розглянути протилежну думку – лікування є складовою реабілітації.

**Психологічний (психотерапевтичний) аспект реабілітації** – корекція психічного стану пацієнта (нормалізація психоемоційного статусу), а

також формування його раціонального ставлення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого до життєвої ситуації, що змінилася внаслідок хвороби.

**Професійний (виробничий) аспект реабілітації** – вирішення питань працевлаштування, професійного навчання і перенавчання, визначення працездатності хворих. Цей вид реабілітації передбачає відновлення теоретичних знань і практичних навичок за основним фахом до рівня знань і навичок, необхідних для виконання на належному рівні професійної діяльності за раніше набутою спеціальністю.

**Соціально-економічний аспект реабілітації** – повернення постраждалому економічної незалежності й соціальної повноцінності. Це відновлення, а за неможливості – створення нового прийняттого для конкретної людини положення в сім'ї, колективі або в соціумі більшого масштабу. Наведені задачі вирішують не лише медичні установи, але й органи соцзабезпечення. Тому реабілітація – багатогранний процес відновлення здоров'я людини і реінтеграції її в трудове і соціальне життя. Всі види реабілітації важливо розглядати в єдності та взаємозв'язку. Разом з тим у нашій країні і практично в усьому світі немає єдиної служби, яка забезпечувала б комплексність й ефективність реабілітації.

Вказані аспекти реабілітації відповідають *трьом класам наслідків хвороб*:

1) медико-біологічним, що полягають у відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу; 2) зниженні працездатності в різних значеннях цього слова; 3) соціальній дезадаптації, тобто порушенні зв'язків із сім'єю і суспільством.

Одужання хворого після перенесеного захворювання і його реабілітація – зовсім не одне й те саме, оскільки крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити і його працездатність, соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї і суспільстві, запобігти виникненню рецидиву або нового захворювання.

З огляду на актуальність знання основних понять медичної реабілітації для лікарів різних спеціальностей, **загальну ціль** засвоєння даного розділу можна сформулювати так: уміти обгрунтовано застосовувати загальні принципи медичної реабілітації для організації роботи реабілітаційних підрозділів.

Щоб реалізувати загальну ціль, необхідно вміти:

- пояснити відокремлення медичної реабілітації в самостійну науку;
- виділити основні структурні реабілітаційні підрозділи;
- пояснити цілі й задачі різних рівнів медичної реабілітації;
- визначити основні характеристики в сфері надання медичних реабілітаційних послуг.

Теоретичні питання, на підставі яких можливе виконання цільових видів діяльності за темою:

1. Місце медичної реабілітації в системі охорони здоров'я.
2. Історія розвитку реабілітації.

3. Головні принципи, мета і задачі медичної реабілітації.
4. Структура служби медичної реабілітації в Україні.
5. Реабілітаційні програми.

Для з'ясування загальної цілі та реалізації конкретних цілей необхідно ознайомитися з основними теоретичними положеннями розділу 1.

## **МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Під терміном “*медична реабілітація*” у вітчизняній науковій літературі розуміють відновлення (реабілітацію) фізичного і психологічного статусу людей, що втратили ці здібності внаслідок захворювання або травми.

В одночас концепція розвитку медичної реабілітації має виходити з теоретичного базису охорони здоров'я людини, ґрунтуючись на принципах, що декларують її як лікувальний процес, а немедикаментозне лікування – як інтегральну частину профілактики і базисного лікування захворювань. З цієї точки зору *медична реабілітація розглядається як диференційована етапна система лікувально-профілактичних заходів, що забезпечують цілісність функціонування організму, і, як наслідок – якнайповніше відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності за допомогою поєданого, послідовного і спадкового застосування методів фармакологічної, хірургічної, фізичної і психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи і системи організму.*

Нині медична реабілітації як галузь охорони здоров'я у рамках концепції сучасної медицини має реалізувати наступні *основні задачі*:

1. Підтримка рівня здоров'я людей, а також його відновлення в осіб, які мають функціональні порушення і передхворобливі розлади, відмінною рисою яких є їх зворотність. Об'єктом дії тут є знижені резервні регуляторні можливості організму.

2. Медична реабілітація хворих, що мають незворотні морфологічні зміни в тканинах і органах. Відновне лікування спрямовано тут на повернення обмеженої дієздатності, компенсацію порушених функцій, вторинну профілактику захворювань та їх ускладнень, усунення рецидивів.

Наведені задачі реалізуються за допомогою використання апаратної фізіотерапії, кінезотерапії (лікувальної гімнастики і фізкультури, механотерапії та фізичних тренувань), компліментарної терапії (рефлекс-, фіто-, дієтотерапії, мануальної терапії, гомеопатії), прийому медикаментозних засобів (підтримуюча, адаптаційна, протирецидивна фармакотерапія) і хірургічних втручань (ортопедичних, косметичних та ін.), які істотно підвищують ефективність і скорочують строки проведення медичної реабілітації.

## **ІСТОРІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Реабілітація (найчастіше медична реабілітація) як спосіб відновлення порушених функцій організму відома з дуже давніх часів. Ще

давньоєгипетські лікарі використовували деякі прийоми трудової терапії для пришвидшення відновлення своїх пацієнтів. Лікарі давньої Греції і Риму також використовували в лікувальних комплексах фізичну активацію пацієнтів і трудову терапію. В цих же країнах широко застосовували масаж як гігієнічний і лікувальний засіб, а також з метою підвищення працездатності. Основоположнику медицини Гіппократу належить наступний вислів: “Лікар повинен бути досвідченим у багатьох речах і, між іншим, в масажі”.

З XVIII ст. медична реабілітація в Європі все більше поєднується з елементами психологічного підтримання пацієнтів. Тоді ж іспанські лікарі помітили, що ті з хворих, які в процесі свого лікування доглядали за іншими пацієнтами, видужували швидше, ніж ті, хто був у своєму лікуванні пасивним. У XIX ст. фокус відновної терапії переміщується в США. З початку XX ст. там збільшується кількість установ, які використовують різні види фізичної активізації пацієнтів для розв’язання психологічних проблем. Перше визначення поняття “*реабілітація*” дав в 1903 р. Ф. Намист в книзі “*Система загального опікування над бідними*”.

Імпульсом для розвитку реабілітації хворих послужила перша світова війна, що завдала шкоди здоров’ю тисяч людей. Почали стрімко розвиватися такі науково-практичні дисципліни, як ортопедія, фізіотерапія, працетерапія і лікувальна фізична культура. В 1917 р. у США була вперше організована Асоціація з відновної терапії.

Друга світова війна також значно стимулювала розвиток медичної, психологічної, соціальної, у тому числі професійної, реабілітації. Концепція реабілітації хворих та інвалідів у сучасному розумінні з’явилася в роки Другої світової війни в Англії і США. Так, в США вже в 1945 р. було 26 спеціальних навчальних закладів підготовки спеціалістів-реабітологів. Згодом прийшло розуміння, що зі зростанням випадків хронічних захворювань, що ведуть до непрацездатності, окремі напрями медицини не в змозі йому протистояти і розв’язання цієї проблеми під силу лише всій системі охорони здоров’я загалом. Так, в Англії вже в 1944 р. була створена Британська рада реабілітації інвалідів. У 1946 р. в Нью-Йоркському медичному центрі “Bevellue” була організована служба реабілітації поранених і хворих “*Rehabilitation Medicine Service*”. В 1950 р. соціально-економічна Рада ООН ухвалила резолюцію “*Соціальна реабілітація інвалідів*”, в якій йшлося про необхідність міжнародного планування і створення програм з реабілітації фізичних і повноцінних осіб. Актуальність і соціальна значущість проблеми реабілітації зумовила зростання числа національних програм і установ, що займаються цими питаннями.

Спочатку використовувався термін “*відновне лікування*”, і в це поняття входило використання медичних лікувальних методів, але згодом, особливо після Другої світової війни, проблема соціально-трудового відновлення інвалідів набула масового характеру. Крім медичних, її розв’язання передбачало розгляд цілої низки психологічних, соціальних та інших питань, що виходять за рамки вузьколікувальних, і тоді на зміну терміна “*відновне лікування*” прийшов термін “*реабілітація*”.

Ще 20-30 років тому більшість медичних працівників різних спеціальностей розглядала реабілітацію як побічну, що виходить за звичні рамки охорони здоров'я діяльність, більше пов'язану з соціальним забезпеченням. Надалі все більше число лікувальних установ, визнавши доцільність служби реабілітації, стало виділяти окремі лікарняні ліжка для реабілітації, а потім відкрили спеціальні палати і відділення. На сьогодні служба реабілітації організаційно склалася в структуру реабілітаційних центрів, спеціалізованих за профілем захворювань (кардіологічні, неврологічні, ортопедичні та ін.). Залежно від того, при якій установі вони організовані, це можуть бути стаціонарні, санаторні або поліклінічні реабілітаційні центри. Розширення мережі цих установ обумовлено ще й економічними міркуваннями. Економісти дійшли висновку, що ігнорувати проблему відновлення працездатності хворих – в грошовому вираженні – значно дорожче, ніж проводити активну реабілітацію на ранній стадії захворювання, коли ще можна відновити здоров'я хворого до максимально можливого рівня його фізичної, психологічної і соціально-економічної повноцінності.

Дійсно, лише дуже багата країна може дозволити собі збільшувати число інвалідів і соціально залежних осіб, і тому реабілітація є не розкішшю або надмірністю, а важливою практичною задачею охорони здоров'я. В “Доповіді наради ВООЗ” (Женева, 1973) підкреслюється, що метою лікування хворого є не лише зберігання його життя, але й здібності до незалежного існування. Звідси слідує цілеспрямований характер усієї системи реабілітації в інтересах, передусім самого хворого, його близьких і всього суспільства. Нині реабілітація посіла важливе місце серед провідних медико-соціальних напрямів, що розробляються у світі. Наукові дослідження дії засобів реабілітації переконливо показали, що за умов правильно розробленої реабілітаційної програми до активного життя можна повертати близько 50% важкохворих.

Актуальність розвитку медичної реабілітації підтверджується ще й таким фактом: ще в 1992 р. Американська Асоціація відновної терапії налічувала в своїх лавах понад 45 тис. членів. До підготовки фахівців було залучено 160 коледжів і університетів.

Інакше йде справа в Україні й Росії, де цілеспрямована підготовка лікарів з реабілітації не проводиться, відсутні достатні законодавчі та організаційні засади для розвитку реабілітації.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Перспективи розвитку охорони здоров'я показують, що медичне забезпечення суспільства буде більш ефективним, якщо за точку відліку взяти здоров'я людини. Тому, вирішення насущних задач медичної реабілітації можливе на основі реформування інфраструктури відновної медицини, а саме на організаційному об'єднанні численних оздоровчих, реабілітаційних і санаторно-курортних установ країни в Службу медичної реабілітації. До основних аспектів її формування відносять: нормативно-правове

забезпечення її функціонування; підготовку, спеціалізацію й удосконалення лікарів-реабілітологів; методичне забезпечення на основі досягнень науки (розробка і наукове обґрунтування концепції, підходів і методик); створення і вдосконалення матеріально-технічної бази (розширення мережі реабілітаційних установ, розробка і виробництво реабілітаційної апаратури і т.ін.).

**Нормативно-правове забезпечення** єдиної державної служби медичної реабілітації передбачає необхідність уведення в номенклатуру лікарських спеціальностей спеціальності “лікар-реабілітолог” з усіма необхідними правами і обов’язками фахівця (розробка і затвердження “Положення про лікаря-реабілітолога”, визначення кваліфікаційного рівня, функціональних обов’язків, уведення в штатний розклад ЛПЗ, тарифний оклад та інше), а також підготовка відповідного середнього медичного персоналу.

**Підготовка, спеціалізація і удосконалення лікарів з реабілітації** повинна проводитися у рамках напряму “лікувальна справа”. *Основою розв’язання проблеми підготовки лікарів-реабілітологів є створення відповідних кафедр (курсів) в медичних університетах.*

Теоретичний базис для вивчення медичної реабілітації - це клінічна фізіологія і патофізіологія з основами клінічної синдромології (рис. 1). Основні положення медичної реабілітації потрібно викладати на 4-6 курсах медичних ВНЗ, поглиблене вивчення проводиться в інтернатурі й спеціалізації. Навчання реабілітології на профільній кафедрі має проходити за розширеною програмою, до якої входить загальна фізіотерапія, ЛФК і лікарський контроль, а також розділи компліментарної медицини (фіто-, рефлексотерапія, гомеопатія та ін.). Удосконалення з медичної реабілітації проводиться під час навчання в клінічній ординатурі, аспірантурі, проходження спеціалізації, підвищення кваліфікації на тематичних курсах і передатестаційної підготовки. Лише за такої вертикальної системи підготовки лікарів якість реабілітації відповідатиме вимогам практичної охорони здоров’я.

Реабілітологи, відповідно до основних вимог Європейського Союзу, повинні мати лікарську підготовку, проходити спеціалізацію в два етапи: 1 етап (магістратура) – 3 роки, 2 етап (бакалавратура) – 2 роки (рис. 2).

Відповідно до цих вимог реабілітологом може бути лише лікар-загального профілю, який пройшов спеціалізацію з “медичною реабілітацією”, склав випускні іспити і отримав сертифікат фахівця. Це фахівець, який має знання, набув навичок і одержав право робити в області медичної реабілітації. Неприпустимим є проведення медичної реабілітації особами, рівень підготовки яких не відповідає цим вимогам. Необхідною умовою для виконання цього положення є законодавчо закріплене “Положення про лікаря-реабілітолога”, атестація і ліцензування діяльності осіб, що займаються в цій області.

**Методичне забезпечення реабілітації** на основі досягнень науки (розробка і наукове обґрунтування концепції, підходів і методик) базується

на положенні, що здоров'я людини є відбиттям стану адаптації організму до різних впливів, що визначає підходи в реабілітації на основі принципу "оптимальності". Принцип "оптимальності перебігу захворювання" визначає "норму захворювання" – оптимальний варіант її перебігу, коли витрачання ресурсів здоров'я на якість одужання мінімальне. Стратегію і тактику лікування доцільно вибудовувати на инеобхідності приведення патогенезу захворювання до умов оптимального варіанта одужання (саногенез). Оскільки той самий фізичний чинник у подібних умовах діє по-різному впливає на реакції організму залежно від стану його функціональних систем (нормо-, гіпер- або гіпореактивності).



Рис. 1. Структура навчання медичної реабілітації

В зв'язку з цим *медичну реабілітацію можна віднести до терапії "функціональної регуляції"*. Тому пріоритетним напрямом в науковій і практичній діяльності кафедр, спеціалізованих проблемних лабораторій, відділень ВНЗ та НДІ має бути вивчення механізмів адаптації і реактивності організму, особливостей перебігу відновних процесів в органах і тканинах за їх ушкодження, а також розробка методів їх корекції з застосуванням реабілітаційних чинників.

*Наукове обґрунтування нових методів лікування патогенетичної і синдромальної спрямованості, визначення стратегії і тактики*

реабілітаційних заходів з урахуванням принципу “оптимальності захворювання” на основі вивчення механізмів сано- і патогенезу захворювань. Істотним є зведення всієї сукупності описуваних симптомів в клініко-патогенетичні (патофізіологічні) синдроми, що визначають стан резистентності організму (інфекційний, запалення); його реактивність (дисадаптаційний, дисалгічний, невротичний, дисгормональний, імунопатії); порушення системної регуляції (дискінетичний, диссекреторний, дисциркуляторний) і гомеокінезу (дисметаболічний), а також органної недостатності. Це дозволить розробити нові ефективніші й раціональні методики, що змінюють перебіг патологічного процесу на різних рівнях його організації (організменому, органному, тканинному і клітковому) (рис.3).

<b>Медичний університет, факультет «Лікувальна справа»</b>		
<b>Рівень підготовки</b>	<b>Срок</b>	<b>Спеціальність</b>
<b>Базове навчання з інтернатурою</b>	5+1 років	Лікар загального профілю: кінезотерапевт, фізіотерапевт, лікар нетрадиційної медицини, терапевт, рефлексотерапевт, гомеопат, фітотерапевт
<b>Магістратура</b>	5+2 років	Лікар-реабітолог, спортивний лікар
<b>Бакалавратура</b>	5+2+2 років	Спортивний лікар, терапевт-реабітолог, хірург-реабітолог, гінеколог-реабітолог

Рис. 2. Рівні підготовки лікарів-реабітологів

### **Основні задачі наукових досліджень**

*Фундаментальне вивчення фізико-хімічних, фізіологічних і лікувальних ефектів реабілітаційних чинників.* Оскільки необхідною умовою специфічної лікувальної дії є відповідність форми енергії (природи) низькоінтенсивного чинника, що використовується, будові сприймаючих структур за схемою “тканина-мішень” або “молекула-акцептор”. Доцільно також досліджувати вплив реабілітаційних чинників на реактивність організму, динаміку маркерів запалення (цитокинів, ейкозаноїдів) і стан мікроциркуляції.

*Розробка критеріїв первинного (специфічного) і вторинного (наслідку) ефектів застосовуваних реабілітаційних чинників (в основному фізіотерапевтичних) дасть змогу запропонувати ввести їх до алгоритмів (стандартів, консенсусів) лікування захворювань згідно з “фармакологічною класифікацією”.* Нині лікувальні фізичні чинники в більшості стандартів відсутні через недостатні докази ефективності їх дії, які можуть бути



отримані лише внаслідок мультицентрових рандомизованих досліджень їх специфічності. В основі такої доказової фізіотерапії має лежати міжнародний стандарт етичної і наукової якості, застосовуваний при проведенні досліджень, пов'язаних з терапевтичною дією на людей (GCP, good clinical practice), ухвалений ВООЗ в 1995 р. з деякими доповненнями, що враховують специфіку проведення досліджень у фізіотерапії.

*Встановлення умов відбору хворих для медичної реабілітації, а також розробка методів і критеріїв контролю її адекватності, заснованої на визначенні стану початкової реактивності організму, сформованої взаємодією нервової, гормональної та імунної систем.* Для широкої клінічної практики найдоступнішими інформативними критеріями можуть бути способи оцінки стану хворого за змінами фізіологічних показників: частоти і ритму серцевих скорочень (спектральний аналіз ритму серця), електричного опору шкіри, гальванічного шкірного рефлексу, індукованої збудливості ЦНС, поверхневого натягнення сироватки крові, вміст гормонів кори надниркових залоз у крові та ін.

**Створення і вдосконалення матеріально-технічної бази медичної реабілітації** ґрунтується на розширенні мережі реабілітаційних установ шляхом об'єднання наявних установ відновного напрямку (спеціалізовані лікарні, відділення, санаторії та ін.) з новими організаційними формами (оздоровчі центри, секції, групи і т.ін.), а також їх оснащення сучасною реабілітаційною апаратурою.

Реалізація вказаних напрямів дасть можливість здійснити модернізацію технічного оснащення реабілітаційних установ сучасними технічними приладами, вживати більш повні та якісні лікувально-профілактичні заходи, що підвищить якість реабілітаційного лікування, скоротить терміни лікування, знизить інвалідність і забезпечить значний економічний ефект.

Проведення медико-соціальної політики з формуванням інституту "сімейної медицини" передбачає переорієнтацію і перетворення громадського охорони здоров'я на службу здоров'я суспільства, аж до превалювання активної оздоровчої діяльності, заснованої на принципах реабілітації, над лікувальною практикою. Радикальні зміни в медицині можливі лише за умови досягнення масштабу популяції лікарсько-оздоровчої діяльності. Для цього доцільно ввести медичну реабілітацію в практику ринкових відносин. Це значною мірою сприятиме не лише ослабленню бюджетного (державного) регулювання, але й автономному (у рамках галузі) вирішенню основних питань удосконалення медичного забезпечення населення на місцях. Введення моделі бюджетно-страхового фінансування охорони здоров'я приведе до того, що основним фондодержателем засобів стануть страхові компанії різних форм власності, у тому числі страхові компанії підприємств. Реформування системи соцстраху і охорони здоров'я до фонду страхування здоров'я сприятиме приватизації в системі охорони здоров'я, відповідно до юридичних стандартів європейського співтовариства, що дасть змогу наблизити оснащення і якість реабілітації до європейського рівня.

Важливою умовою формування якості медичної реабілітації є оснащення реабілітаційних центрів апаратурою, а також її вдосконалення і створення нових зразків. В більшості фізіотерапевтичних відділень (основна структура реабілітаційних установ) наявна апаратура (УВЧ-терапії, індуктотермії, магнітотерапії, низькочастотних імпульсних струмів і т.ін.), що за своїми технічними характеристиками застаріла і не відповідає чинним нормативним вимогам.

<i>Нормативно - правова робота</i>	<i>Кадровий відділ</i>	<i>Лікувальна робота</i>	<i>Наукова робота</i>	<i>Технічний відділ</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розробка наказів</li> <li>• Розробка нормативних документів</li> <li>• Організація з'їздів і конференцій</li> <li>• Введення в номенклатуру спеціальності «лікар-реабілітолог», «помічник лікаря», «методист ЛФК» та ін.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підготовка лікаря-реабілітолога</li> <li>• Розробка тарифної сітки та штатного розкладу</li> <li>• Створення кафедр медичної реабілітації</li> <li>• Створення вертикалі навчання:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клінічна фізіологія;</li> <li>2) фізіотерапія;</li> <li>3) ЛФК;</li> <li>4) компліментарна медицина;</li> <li>5) спортивна медицина;</li> <li>6) медична реабілітація</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Створення медичних баз кафедр медичної реабілітації</li> <li>• Розробка нових підходів і методик лікування, створення «стандартів» лікування провідних синдромів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вивчення механізмів адаптації і реактивності організму, обґрунтування нових методів лікування патогенетичного і синдромального напрямку з урахуванням принципу «оптимальності»</li> <li>• Вивчення фізико-хімічних, фізіологічних і лікувальних ефектів реабілітаційних факторів</li> <li>• Встановлення критеріїв відбору хворих з урахуванням вихідної реактивності організму</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Удосконалення матеріально-технічної бази</li> <li>• Проведення тендерів</li> <li>• Організація науково-виробничих об'єднань,</li> <li>• розширення мережі реабілітаційних закладів</li> <li>• Розробка апаратури та її ремонт</li> <li>• Лецензування зарубіжної апаратури</li> </ul>

Рис. 3. Розділи роботи реабілітаційних центрів

Нині на ринок України прийшли провідні світові виробники фізіотерапевтичної апаратури (“Gymna Uniphy”, “GBO”, “BTL” та ін.), які займаються не лише розповсюдженням власної продукції, але й забезпечують гарантійне і післягарантійне сервісне обслуговування, організують центри з навчання медичного персоналу. Проте перспективніше й економічно доцільно підтримувати вітчизняних виробників, які мають реалізовувати запити практичної реабілітології. На початковому етапі виробництва сучасної реабілітаційної апаратури її виготовлення може відбуватися на основі зарубіжних комплектуючих з подальшим випуском ліцензійної продукції та створенням на їх основі оригінальних розробок. Це питання потребує державної підтримки і регулювання.

Сучасною тенденцією є створення компактної, безпечної, портативної реабілітаційної апаратури нового покоління на мікропроцесорах, що дасть змогу проводити лікування чинниками різної природи (електро-, механо-,

світлотерапія і т.ін.) не лише в лікарнях, але й в побуті, поза межами медичного закладу – “дипломатна, побутова фізіотерапія”.

Актуальним питанням є першочерговий розвиток медичної реабілітації в окремих областях медицини, що переважають у структурі загальної захворюваності, при патології органів кровообігу і дихання, захворювань шлунково-кишкового тракту і опорно-рухового апарату. Це диктує необхідність першочергового вдосконалення й укомплектування установ реабілітації реабілітаційною апаратурою зорієнтованою на дану патологію.

У лікуванні патології системи кровообігу апаратами вибору є прилади для проведення загальної магнітотерапії, багатоцільові ванни (перлові, вібраційні, підводний душ-масаж), пристрої для віброакустичної терапії, механічного масажу “Релакс”, “Вібраційні крісла”, “Лімфопрес”, міні-сауни та вібросауни.

При захворюваннях органів дихання необхідне широке впровадження в реабілітаційну практику інгаляторів: ультразвукових і компресорних, а також оксиду азоту, що нині є провідним методом в лікуванні легеневого серця; використання вакуумного масажу, гіпоксикаторів, апаратів “гірського повітря”, синглентного кисню, озono- та аеротерапії.

Реабілітація захворювань шлунково-кишкового тракту в екологічно несприятливій ситуації, умовах незбалансованого харчування має передбачати широке застосування мінеральних вод, лікарських коктейлів, лікувального і роздільного харчування, використання апарата “Гідроколон” і подібних пристроїв.

У лікуванні патології опорно-рухового апарату високоефективними і перспективними є пристрої для лазеротерапії, пайлер-терапії, вібротракції. Останній дає можливість здійснювати вібротракцію шийного, грудного і поперекового відділу хребта, тазостегнового, колінного, ліктьового суглобів, тобто є універсальним для лікування компресійного синдрому.

Для активної боротьби з гіподинамією як основною причиною зниження функціонального резерву і порушення процесів адаптації, необхідне впровадження і розвиток “профілактичної реабілітації”, враховуючи ландшафтотерапію, гімнастичні оздоровчі системи (йога, у-шу), тренажерні заняття, ходьбу, біг, плавання і спортивні ігри. Була відзначена висока ефективність хромотерапії, фонотерапії (музикотерапії), арт-терапії при порушеннях психо-емоційної сфери.

## ***МЕТА І ЗАДАЧІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ***

***Мета медичної реабілітації*** – якнайповніше відновлення втрачених можливостей організму, але якщо це недосяжно, часткове відновлення або компенсація порушеної або втраченої функції, і у будь-якому випадку – уповільнення прогресування захворювання.

***Задачі медичної реабілітації:***

– відновлення працездатності, тобто втрачених хворим професійних навичок, шляхом використання і розвитку його функціональних можливостей;

– попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втраті працездатності, тобто здійснення заходів вторинної профілактики.

Для їх досягнення використовується комплекс лікувально-відновних засобів, до складу якого входять:

- 1) засоби підтримуючої медикаментозної терапії;
- 2) природні чинники (фізіотерапія);
- 3) фізичні вправи (кінезотерапія);
- 4) компліментарна терапія (рефлекс-, фітотерапія, гомеопатія, мануальна терапія та ін.), а також психотерапія й аутотренінг.

Навіть з цього переліку видно, що провідна роль в медичній реабілітації належить методам фізичного впливу і чим далі від етапу до етапу вона просувається, тим більше значення вони мають.

*У процесі медичної реабілітації використовують адаптаційні, компенсаторні або вікарні можливості організму за рахунок функціональної активізації його резервів.*

Для відновлення цілісності анатомічних структур відповідно до загальнобіологічного закону структурно-функціональної адаптації необхідні адекватні функціональні навантаження. Тому немає достатньо чітких меж між лікувальними і реабілітаційними заходами. *Лікування і реабілітація потерпілих мають бути єдиним в часі й просторі. З цієї точки зору правомочно розглядати одужання як цілісну систему, до якої входять тісно взаємопов'язані та органічно доповнюючі один одного лікування і реабілітація, а не розділення їх на самостійні системи.*

У доцільному поєднанні лікувальних і реабілітаційних заходів (реабілітаційна програма) полягає раціональна профілактика функціональних порушень, пов'язаних нерідко безпосередньо з лікуванням (гіпокінезія, постімобілізаційні розлади і т.ін.). В їх комплексному поєднанні формується резерв для скорочення загальних термінів повернення хворих до активної життєдіяльності.

## ***ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ***

*До основних принципів медичної реабілітації відносяться:*

- ранній початок проведення реабілітаційних заходів;
- комплексність застосування необхідних засобів;
- індивідуалізація програми реабілітації;
- етапність реабілітації;
- безперервність і послідовність протягом усіх етапів реабілітації;
- поєднання загальної та спеціальної дій;
- соціальна спрямованість реабілітаційних заходів;

- використання методів контролю адекватності навантажень та ефективності реабілітації.

**РАННІЙ ПОЧАТОК ПРОВЕДЕННЯ.** Медична реабілітація не може розглядатися лише як доліковування потерпілих; її використання другим етапом після завершення лікування буде малоефективним. Раннє впровадження в лікувальний процес реабілітаційних заходів, адекватних стану хворого, багато в чому забезпечує більш сприятливий перебіг і результат захворювання, служить одним з моментів профілактики інвалідності (вторинна профілактика). Так нині посилюється обґрунтована тенденція розширення використання реабілітаційних засобів у підгострому і гострому періодах захворювання (наприклад, лазеро- і магнитотерапія гострого інфаркту міокарду), а також з профілактичною метою (гомеопатія, рефлексотерапія, ультрафіолетове опромінювання в період розвитку респіраторних захворювань).

Водночас реабілітаційні заходи не можна застосовувати при дуже важкому стані хворого, високій температурі, сильній інтоксикації, вираженій серцево-судинній і легеневій недостатності хворого, різкому пригніченні адаптаційних і компенсаторних механізмів. Проте й ці обставини не є абсолютними протипоказаннями, оскільки деякі засоби медичної реабілітації, наприклад, фізіотерапія, гомеопатія, можуть використовуватися в післяопераційний період, при важкому стані хворих.

**КОМПЛЕКСНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ.** Проблеми медичної реабілітації вельми складні й потребують спільної діяльності багатьох фахівців: терапевтів, хірургів, травматологів, фізіотерапевтів, лікарів і методистів ЛФК і фізичної реабілітації, масажистів, психологів, психіатрів. Методи мають бути адекватними фізичному та психічному стану хворого на окремих етапах реабілітації.

Участь фахівців різного профілю у вирішенні задач медичної реабілітації ставить питання про їх кооперацію. З погляду побудови раціональної схеми реабілітації організатором їх діяльності може бути лікуючий лікар – фахівець у даній області (кардіолог, невропатолог, хірург та ін.), який пройшов спеціалізацію з медичної реабілітації. У той самий час найбільш оптимальним рішенням для координації діяльності фахівців різного профілю є залучення лікаря-реабітолога, який спеціалізується в даній області (хірургії, терапії та ін.), основною задачею якого буде формування індивідуальної поетапної програми реабілітації.

**ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМ.** Залежно від причин, що передбачають застосування реабілітаційних заходів, а також особливостей стану хворого або інваліда, їх функціональних можливостей, рухового досвіду, віку, статі, склад фахівців, методів і засобів буде різним, тобто реабілітація потребує індивідуального підходу до пацієнтів з урахуванням їх реакції на її застосування. Сучасна реабілітація безпосередньо пов'язана з принципом активної співучасті хворого, тому пасивні методи, що використовуються у відновному лікуванні, все більше втрачають свої позиції.

**ЕТАПНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ.** Відповідно до періодів перебігу відновних процесів в організмі, медична реабілітація має складатися з декількох етапів, послідовність яких у кожному конкретному випадку може відрізнятися.

**1. Госпітальний етап** (районна, міська, обласна лікарні) починається з моменту надходження хворих до лікувальної установи в гострому періоді захворювання. *Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення (реституцію) здоров'я хворого.* Тут же формується програма реабілітації загалом. Ранній початок проведення реабілітаційних заходів багато в чому забезпечує сприятливіший перебіг і результат захворювання, вторинну профілактику інвалідності. Використовують комбіновані методи лікування, враховуючи загальну й місцеву дії, що дає змогу оптимізувати перебіг відновних процесів в органах і тканинах з урахуванням стану реактивності організму. Реабілітаційні заходи передбачають застосування медикаментозних засобів (підтримуюча, адаптаційна, протирецидивна фармакотерапія), косметичної та відновної хірургії, апаратної фізіотерапії, кінезотерапії (лікувальної гімнастики і фізкультури, механотерапії та фізичних тренувань), компліментарної (гомеопатія, фіто-, рефлекс- і мануальна терапія) і дієтотерапії, які істотно підвищують ефективність і скорочують строки проведення відновного лікування.

**2. Амбулаторно-поліклінічний етап** (поліклініки, поліклінічні відділення, медико-санітарні частини, медичні центри) *спрямований на регенерацію і компенсацію порушених функцій.* Цей етап нині все частіше визначають як “міський санаторій”, необхідність створення якого вже давно назріла. Організація і розвиток системи “міських санаторіїв”, дали б можливість б проводити реабілітацію хворих, осіб похилого віку, а також працюючий контингент без відриву від виробництва, в зручний для них час, з мешканням в домашніх умовах, що є економічно вигідним.

**3. Санаторно-курортний етап** (санаторії спеціалізовані й загального типу, профілакторії, будинки відпочинку і т.ін.) *забезпечує попередження рецидивів, закріплення (консолідацію) ремісії, відновлення адаптаційних резервів організму (реадаптацію).*



Рис. 4. Етапи медичної реабілітації

**4. Побутова реабілітація** (оздоровчі центри, спортивно-оздоровчі секції, групи загальнофізичної і спеціальної (спортивної) підготовки та ін.) – *етап “безперервної (перманентної) реабілітації”*, метою якої є розширення фізіологічних резервів організму, профілактика функціональних розладів, корекція і попередження виникнення порушень фізичної працездатності. Широке застосування реабілітаційних заходів для профілактики і на ранніх етапах розвитку захворювань (при функціональних відхиленнях або порушеннях) – є подальшим розвитком профілактичного напрямку в медицині й відбиває його положення про індивідуальне й суспільне здоров’я. Воно є розвитком системи фізичного здоров’я людини, як фундаменту психічного і соціального здоров’я (“в здоровому тілі – здоровий дух”) на фоні правильного формування навичок фізичних вправ і потреб в них, що близько по суті до таких оздоровчих фізичних систем, як китайська гімнастика, індійська йога і ним подібним. Їх застосування в побутових і виробничих умовах необхідно поєднувати з іншими методами лікувально-профілактичної спрямованості, що забезпечують синергічність дії.

**БЕЗПЕРЕРВНІСТЬ І ПОСЛІДОВНІСТЬ.** Протягом всіх етапів реабілітації безперервність і послідовність реабілітаційних заходів важлива як в межах одного етапу, так і при переході від одного до іншого. На фоні реабілітації поліпшується функціональний стан систем організму, підвищується тренуваність, а будь-яка тривала перерва в її застосуванні може призвести до його погіршення, коли доводиться починати все спочатку. Для підвищення якості реабілітації важливо, щоб на кожному етапі в реабілітаційній карті було відбито, які методи і засоби лікування та

реабілітації застосовувалися, яким був функціональний стан реабілітанта. Цій меті може також служити обмінна карта, в якій наведені короткі відомості про клініко-функціональний стан хворого, його толерантність (переносність) до фізичних навантажень, реалізовані засоби і методи реабілітації.

**ПОСІДНАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ І СПЕЦІАЛЬНОЇ ДІЙ.** Загальна дія переслідує мету загального оздоровлення організму, поліпшення функцій органів і систем, порушених хворобливим процесом, розвиток і закріплення моторних навичок і вольових якостей.

Спеціальна дія покликана відновити функції, порушені у зв'язку з захворюванням або травмою, відновити конкретні вміння, необхідні пацієнту в побуті й трудовій діяльності.

**СОЦІАЛЬНА СПРЯМОВАНІСТЬ.** Основна мета реабілітації – ефективно і раннє повернення хворих та інвалідів до побутових і трудових процесів, у суспільство і сім'ю, відновлення особових властивостей людини як повноправного члена товариства. Оптимальним кінцевим результатом медичної реабілітації може бути повне відновлення здоров'я і повернення до професійної праці.

Проте є хворі, в яких, не зважаючи на найенергійніші лікувально-реабілітаційні заходи, повного успіху у відновленні здоров'я і працездатності досягти не вдається і доводиться обмежуватися виробленням прийомів, що забезпечують їх самообслуговування (повне або часткове) в побуті. Подібний результат породжує медико-біологічні й соціальні проблеми, обумовлені необхідністю професійної переорієнтації і працевлаштування осіб з обмеженою працездатністю, їх психологічної підготовки з метою повернути постраждалому впевненість у поверненні працездатності й громадської повноцінності.

Остаточною соціально-трудовою реабілітацією займаються органи соціального забезпечення. Велике значення мають лікарські трудові експертні комісії (ЛТЕК). Вони встановлюють ступінь втрати працездатності, забезпечують професійну орієнтацію, під їх контролем проходить перенавчання новим професіям інвалідів. ЛТЕК з цих питань є сполучною ланкою між органами соціального забезпечення і органами охорони здоров'я. Трудова реабілітація не має закінчуватися працевлаштуванням реабілітанта. Вона спрямовується на підвищення працездатності індивіда й утриманні її на тому оптимальному рівні, який дає змогу зберегти його психічні і фізичні можливості. Цю проблему розв'язують за допомогою курсів реабілітаційних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я і функціонального стану інвалідів, що періодично проводяться.

**ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРОЛЮ АДЕКВАТНОСТІ НАВАНТАЖЕНЬ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.** Медична реабілітація може бути успішною лише в разі врахування характеру й особливостей перебігу відновних процесів, порушених при тому або іншому захворюванні функцій. Для призначення адекватного комплексного диференційованого відновного лікування необхідна правильна оцінка стану



хворого за показниками, що відбивають ефективність реабілітації, а для його проведення – сучасна реабілітаційна апаратура.

### ***ЗАСОБИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ***

Усі засоби, використовані в медичній реабілітації, які дозволяють вирішити її задачі, можна розділити на три групи, відповідно до особливостей їх дії:

– *активні* – всі форми кінезотерапії (фізичні вправи, елементи спорту і спортивної підготовки, ходьба, біг та інші циклічні вправи, і види спорту, робота на тренажерах, працетерапія та ін.);

– *пасивні* – фармако- і фізіотерапія, а також компліментарна терапія (рефлексо-, фітотерапія, гомеопатія та ін.);

– *психорегулюючі* – естето-, фонотерапія, аутогенне тренування, м'язева релаксація та ін.

Ефективність указаних засобів медичної реабілітації не рівнозначна і багато в чому визначається тривалістю й періодом захворювання, ступенем вираженості клінічних симптомів, наявністю супутньої патології органів і систем, характером медикаментозної терапії та іншими чинниками, що впливають на реактивність організму, а, отже, і результат захворювання.

### ***СКЛАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ***

*Реабілітаційна програма (програма реабілітації) – це послідовність (порядок) застосування форм, методів і засобів реабілітації при проведенні її етапів, які забезпечують досягнення оптимального для хворого стану здоров'я і працездатності.*

На всіх етапах реабілітаційної програми передбачається звернення до особи хворого, поєднання біологічних і психо-соціальних форм лікувальної відновної дії. Для її складання необхідно враховувати весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних, психологічних) і керуватися правилами, які передбачають:

- визначення реабілітаційного потенціалу хворого;
- оцінку результатів реабілітації і ступеня відновлення;
- щоденну експрес-діагностику відповідності адаптивних можливостей організму рівню фізичних і психічних навантажень;
- комплексність лікувально-відновних заходів;
- східчастість (перехідність) дій, що проводяться (поетапне призначення відновних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

### ***ВИЗНАЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ХВОРОГО***

Реабілітаційний потенціал хворого відбиває здатність переносити різні реабілітаційні заходи, а також досягати максимально можливого рівня відновлення стану здоров'я і працездатності. Його оцінка (визначення) є

найістотнішим моментом при підготовці програми реабілітації і потребує вирішення декількох основних задач:

1. З'ясування характеру порушень і ступеня обмеження функції.
2. Визначення можливості повного або часткового морфологічного і функціонального відновлення у хворого пошкодженого органу або системи.
3. Подальший прогноз розвитку адаптаційних і компенсаторних можливостей організму хворого при даному захворюванні.
4. Оцінка фізичного стану організму загалом і функціональної здатності окремих органів і систем з урахуванням визначення переносності різних за характером, обсягом та інтенсивністю реабілітації чинників.

Результати оцінки реабілітаційного потенціалу слід розглядати в динаміці, що дає змогу об'єктивно встановлювати ефективність програми і окремих її етапів з метою їх подальшої корекції.

## **ОЦІНКА СТУПЕНЯ ВІДНОВЛЕННЯ (РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ)**

*Ступінь відновлення після перенесених захворювань і травм може бути оцінений за чотирибальною шкалою: повне відновлення, часткове відновлення, без зміни початкового рівня, погіршення.*

Згідно з матеріалами Міжнародного відділу з питань праці була розроблена більш докладна *шкала динаміки відновлення, можливих результатів захворювань і оцінка функціональних можливостей:*

1. Відновлення функціональної здатності в тому або іншому ступені.
  - 1.1. Повне відновлення.
  - 1.2. Часткове відновлення.
  - 1.3. Компенсація при обмеженому відновленні функцій і відсутності відновлення.
  - 1.4. Заміщення (ортопедичне або хірургічне) за відсутності відновлення.
2. Відновлення адаптації до повсякденного і професійного життя.
  - 2.1. Виховання готовності до праці й побутової діяльності.
  - 2.2. Працетерапія.
3. Залучення до трудового процесу – визначення придатності до трудової діяльності, перепідготовка.
4. Диспансерне обслуговування реабілітантів.

## **ЩОДЕННА ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКА СТАНУ ОРГАНІЗМУ**

Проводиться для оцінки відповідності адаптивних можливостей організму рівню фізичних і психічних навантажень та розрахунку *реабілітаційного потенціала*. Вона дає можливість визначити динаміку основних клініко-фізіологічних показників і залежно від них коригувати програму реабілітації.

За наслідками комплексної діагностики функціонального стану хворого реабілітологом здійснюється індивідуалізація програм з розробкою *комплексу реабілітаційних заходів*, що містить такі основні компоненти:

- 1) медикаментозна, хірургічна корекція змінених внаслідок захворювань органів і систем;
- 2) корекція метаболічних й імунологічних порушень;
- 3) відновлення функціонального стану організму методами фізичної дії;
- 4) корекція психо-емоційного стану шляхом формування позитивної мотивації на подальше успішне лікування;
- 5) відновлення професійних навичок пацієнта за допомогою апаратно-програмних комплексів сенсорного образу професійної діяльності.

*Поглиблене клініко-психологічне обстеження* завершує реалізацію комплексної реабілітаційної програми, даючи можливість судити про результати проведених реабілітаційних заходів і ступінь відновлення фізіологічних функцій, що забезпечують успішність професійної діяльності. На підставі прогнозованих і даних обстеження розробляються пропозиції щодо оптимізації програми медичної реабілітації з метою підвищення її ефективності. Перед переведенням хворого на наступний (санаторний або амбулаторно-поліклінічний) етап проводиться експертиза його професійної придатності, і надаються рекомендації щодо подальшої реабілітації.

Вивчення найближчих і віддалених результатів реабілітаційних заходів дає змогу планомірно й ефективно вести весь процес реабілітації, визначаючи основні задачі на кожному з етапів, і шляхом добору комплексу адекватних та ефективних засобів добиватися благополучного результату.

*Все вищесказане дає можливість говорити про те, що медична реабілітація хворих і потерпілих є одним з сучасних напрямів розвитку охорони здоров'я в світі. Ця обставина обумовлює перегляд її ролі і місця в лікувальному процесі. Для формування системи медичної реабілітації необхідна організаційна основа від створення відповідної законодавчої бази до формування реабілітаційних установ і підготовки фахівців профільними кафедрами.*

Пріоритетним напрямом реабілітації є раннє і широке застосування всього комплексу реабілітаційних заходів на всіх її етапах – госпітальному, амбулаторно-поліклінічному, санаторно-курортному, а також в повсякденних умовах. Економічно виправданим є розширення реабілітації в бік розвитку системи профілактичних заходів з упровадженням нових методів.

Комплексний підхід має стати основою в організації підготовки реабілітологів на базі лікарської освіти. Потрібна законодавчо злагоджена кооперація фахівців медичного і немедичного профілів з метою підвищення якості реабілітаційних заходів. Необхідне технічне переозброєння і переоснащення реабілітаційних підрозділів сучасною апаратурою нового покоління, яка дозволяє не лише реєструвати реакцію хворого на вжиті заходи, але й змінювати параметри роботи в межах, що задаються. Реалізація вказаних напрямів дасть змогу підвищити якість реабілітаційного лікування, скоротити терміни лікування, знизити інвалідність і отримати значний економічний ефект.

Якщо ви засвоїли зміст теми, закріпіть її розв'язанням задач. Потім правильність їхнього рішення перевірте за еталонами відповідей.

### *Задача 1*

Хворому поставлений діагноз осередковий туберкульоз 1-го сегмента лівої легені. Об'єктивно без патології. ШОЕ 23 мм/год, лейкоцити крові  $9,0 \cdot 10^9$  г/л. Відправлений на реабілітацію.

Укажіть, яка частина структури медичної реабілітації показана даному хворому.

- А. Професійна.
- Б. Парапсихологічна.
- В. Медична.
- Г. Природна.
- Д. Внутрішньовідомча.

### *Задача 2*

Хворому з діагнозом хронічний гастрит, зі зниженою кистлоутворюючою функцією, неактивна фаза, призначили медичну реабілітацію.

Назвіть основний принцип медичної реабілітації

- А. Швидкість.
- Б. Спеціалізація.
- В. Етапність.
- Г. Узагальнення .
- Д. Максимальні навантаження.

### *Задача 3*

Хворому з діагнозом хронічна пневмонія 2-го сегмента лівої легені призначена медична реабілітація.

Що потрібно брати до уваги при розрахунку реабілітаційного потенціалу?

- А. Важкість основної патології.
- Б. Важкість супутньої патології.
- В. Стадію захворювання.
- Г. Національні особливості.
- Д. Вегетативну реактивність.

### *Задача 4*

Хворому з хворобою Бехтерева, центральна форма, неактивна фаза, призначена медична реабілітація.

Що входить в оцінку ступеня відновлення в даному випадку?

- А. Відновлення функціональної здатності.
- Б. Поява нових функцій.
- В. Стабілізація показників.
- Г. Розвиток нових умовних рефлексів.
- Д. Поліпшення системи травлення.