

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА КУРОРТОЛОГІЇ,  
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФІЗІОТЕРАПІЇ

**СТРУКТУРА РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧИХ  
УСТАНОВ.**

**ЗАГАЛЬНІ ПОКАЗИ ТА ПРОТИПОКАЗИ ДО  
НАПРАВЛЕННЯ ХВОРИХ НА САНАТОРНО-  
КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ.**

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ  
САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ**

**Методичні рекомендації**

**Ужгород - 2011**

Методична розробка підготовлена:

- В.С.Сухан – кандидат медичних наук, доцент кафедри курортології, медичної реабілітації та фізіотерапії факультету післядипломної освіти УжНУ.

Рецензенти:

- М.І.Товт-Коршинська – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пульмонології та фтизіатрії з курсами інфекційних хвороб та дерматовенерології факультету післядипломної освіти УжНУ.
- П.П.Добра – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри курортології, медичної реабілітації та фізіотерапії факультету післядипломної освіти УжНУ.

Медичні рекомендації затверджено і рекомендовано до друку методичною комісією та Вченою радою факультету післядипломної освіти УжНУ від 17.03.2011,  
Протокол № 8

Для практикуючих лікарів різних спеціальностей, а також для слухачів курсів підвищення кваліфікації, лікарів-інтернів та студентів вищих медичних закладів.

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| 1. Вступ   | 4  |
| 2. Реабілітаційно-оздоровчі установи   | 6  |
| 3. Відбір хворих для санаторно-курортного лікування                              | 10 |
| 4. Протипоказання до санаторно-курортного лікування                              | 11 |
| 5. Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання | 13 |
| 6. Критерії для визначення якості реабілітаційних заходів:                       | 25 |
| Література   | 27 |

## Вступ

Термін "реабілітація" (походить від латинського: "*abilitatis*" - придатність, здатність, спроможність; префікс "*re*" — зворотна або повторні дія) означає відновлення придатності, здатності, спроможності. Він вживається в усіх сферах діяльності людини - політичній, юридичній, розумовій, спортивній та ін. У медицині вона визначається як процес відновлення здоров'я і працездатності хворих та інвалідів.

Комітет експертів з реабілітації ВООЗ (1963) наголосив, що реабілітація – це процес, "метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювань і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання".

Реабілітація – це система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, яка базується на біологічних, соціально-економічних, психологічних, морально-етичних та науково-медичних основах.

Біологічні основи – здатність організму пристосовуватись до певних умов функціонування в результаті компенсаторно-відновлювальних процесів.

Психологічні — здатність особистості до відчуття престижу і бажання відчутти корисність і цінність своєї праці.

Соціально-економічні основи — корисність для суспільства праці інвалідів, які мають, як правило, глибокі професійні знання і великий життєвий досвід.

Економічний ефект реабілітації перекриває затрати суспільних засобів, затрачених на їх здійснення.

Морально-етичні – принцип високого гуманізму, притаманний нашому суспільству.

Науково-методичні основи – сучасні досягнення медицини тісно пов'язані з досягненнями суміжних наук, розвитком техніки, які забезпечують комплексне вирішення і значний прогрес у відновній та замісній терапії, наприклад, сучасні реконструктивні, пластичні хірургічні операції, протезування внутрішніх органів, малоінвазивні хірургічні втручання, комп'ютерні обстеження хворих та ін.

В реабілітації хворих пріоритет належить медичній реабілітації. Поруч з медичними працівниками активну участь беруть експерти, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, профспілок, підприємств.

## *Реабілітаційно-оздоровчі установи*

Після закінчення реабілітації в лікувально-профілактичних установах хворий чи інвалід переводиться на реабілітацію в реабілітаційно-оздоровчі установи, які здійснюють санаторний етап реабілітації. До них належать:

-санаторії (профспілкові, відомчі, регіонального підпорядкування);

- санаторії-профілакторії.

Санаторне лікування базується на використанні природних цілющих фізичних факторів. 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 бальнеологічних, гідротехнічних та лікувально-профілактичних закладів.

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

Для використання лікувальних факторів на курорті створюються 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, б'ювети мінеральних вод, інгаляторії, сауни, кабінети фізіотерапії, водо-, болотолікування, спортивні споруди, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, рефлексотерапії, психотерапії. Все це разом з відповідно обладнаними приміщеннями для проживання і 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 для лікування пацієнтів:*

- із захворюваннями серцево-судинної системи;
- із захворюваннями органів травлення;
- із захворюваннями органів дихання (не туберкульозного

походження);

- із захворюваннями жіночих статевих органів;
- із захворюваннями опорно-рухового апарату;
- із захворюваннями шкіри;
- із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів;
- 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 понад 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. Направленню на курорти з врахуванням їх спеціалізації підлягають хворі на різні хронічні захворювання в стадії стійкої ремісії без виражених порушень функції відповідних органів (наприклад, без значної коронарної, дихальної, легенево-серцевої недостатності тощо), без явної активності запального процесу (Л.М. Клячкін, М.М. Виноградова, 1995).

## **Відбір хворих для санаторно-курортного лікування**

Згідно з існуючими положеннями, медичний добір хворих для санаторно-курортного лікування є обов'язком лікаря-куратора і завідуючого відділенням, а там, де його немає — головного лікаря лікарні, поліклініки, диспансеру, медсанчастини. Лікарі-куратори несуть відповідальність за правильність добору хворих для санаторного і амбулаторного лікування на курортах та в місцевих санаторіях.

Встановлено обов'язковий перелік досліджень і консультації, необхідних для рекомендацій санаторно-курортного лікування: клінічний аналіз крові, аналіз сечі, рентгеноскопія органів грудної клітки. Для уточнення показань мають бути проведені додаткові дослідження: електрокардіограма при хворобах серця тощо, висновок гінеколога при направленні на курорт жінок незалежно від характеру хвороби, висновок психіатра в разі наявності в анамнезі нервовопсихічних розладів, висновки інших фахівців за наявності супутніх хвороб.

Лікарі-куратори видають хворому на руки для отримання путівки медичну довідку, в якій зазначають рекомендовані курорти або місцеві санаторії, спеціалізації санаторії, необхідність санаторного або курсового лікування. Довідку, що чинна впродовж 2 міс, хворий подає у профспілкову організацію. Після отримання путівки лікар контролює відповідність її рекомендованому курорту і видає

пацієнтові санаторно-курортну карту, без якої путівка не дійсна. Для обґрунтованості лікарського контролю після санаторного лікування пацієнтові видають на руки курортну книжку, де зазначено, яке лікування він приймав у санаторії і з яким результатом виписаний. У курортну книжку записують також рекомендації щодо подальшого лікування та режим пацієнта.

Для відправлення в санаторій дітей крім обмінної карти потрібно мати довідку епідеміолога про відсутність контакту з інфекційними хворими, дерматолога — про відсутність контапозних хвороб шкіри, дані обстеження на дифтерійне та дизентерійне бацилоносійство.

### **Протипоказання до санаторно-курортного лікування**

Протипоказаннями до санаторно-курортного лікування є:

- хвороби системи крові;
- хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;
- паразитарні та інфекційні хвороби;
- гострі інфекції;
- психічні хвороби;
- наркоманія;

— кахексія різного походження;

— хронічні хвороби в стадії різкого загострення;

— гострі септичні хвороби;

— злоякісні новоутворення (в окремих випадках після радикального лікування, при задовільному загальному стані можна направляти в місцеві санаторії для загальнозміцнювального лікування);

— патологана вагітність упродовж усього терміну;

— всі терміни вагітності для бальнео- та грязелікування з приводу гінекологічних хвороб, для лікування радоновими ваннами;

— не дозволяється направляти жінок, які проживають у рівнинних місцевостях, на гірські курорти, розташовані на висоті понад 1000 м над рівнем моря;

— після абортів (до першої менструації) та в період лактації;

— гостропрогресуючі форми туберкульозу легенів та хронічний туберкульоз у період дисемінації та зі схильністю до кровотеч.

## **Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання**

Загалом до виконання програми "Здоров'я людини на 2002-2011 роки" залучено понад 160 органів, організацій та установ.

Основними виконавцями реабілітаційних програм, в першу чергу, є:

- реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні),***
- реабілітаційно-оздоровчі,***
- реабілітаційно-протезні установи.***

Тип та вид реабілітаційної установи повинні визначатися при її акредитації та ліцензуванні, що є часткою державної програми, яка надає повноваження установам охорони здоров'я на виконання певних видів медичної діяльності, реабілітаційних послуг. При цьому установа повинна мати оснащення відповідно до стандартних організаційно-технологічних, медико-технологічних вимог, відповідати санітарним нормам, мати позитивні показники діяльності за моделями кінцевих результатів, бути укомплектованою кваліфікованими кадрами.

Кваліфікаційна характеристика персоналу повинна підтверджуватися сертифікатом-документом, що дає право на

виконання певних послуг, операцій, процедур.

**Фахівці причетні до медико-соціальної реабілітації:** лікарі-терапевти, травматологи, невропатологи, нейрохірурги чи інші спеціалісти (залежно від характеру захворювань осіб, які підлягають реабілітації); медичні сестри, фізіотерапевти, спеціалісти з лікувальної фізкультури та спорту, психотерапевти, спеціалісти з працетерапії, експерти з праці, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, представники підприємств, профспілкових організацій

### **Організація відновлювального лікування в умовах поліклініки**

Одним з важливих розділів діяльності сучасної поліклініки є організація повноцінного відновлювального лікування, яке є не менше ефективним засобом лікування та відновлення порушених функцій, але й важливим засобом вторинної профілактики.

Питаннями відновлювального лікування займається соціальний структурний підрозділ поліклініки - відділення (кабінет) відновлювального лікування, котре створюється в міській поліклініці, що обслуговує не менше 30 тис. населення.

Відділення (кабінет) відновлювального лікування створюється (згідно наказу МОЗ СРСР № 1000 від 23.09.81 р.) для лікування хворих з серцево-судинними захворюваннями, наслідками травм, ортопедичних, неврологічних та інших захворювань.

Відділення забезпечує хворих всім комплексом сучасних методів відновлювального лікування: лікувальною фізкультурою, фізіотрудопсихотерапією, масажем, логопедичним навчанням, а також медикаментозною терапією, що направлена на часткове або повне відновлення серцево-судинної діяльності, рухових та мовних функцій, що порушені в результаті захворювання серця та судин, травм, ортопедичних та неврологічних захворювань.

В зв'язку з цим, для проведення відновлювального лікування та контролю за станом хворих в період лікування, відділення (кабінет) використовує необхідні лікувально-діагностичні та допоміжні підрозділи поліклініки (функціональні, лікувальної фізкультури, голкорексфлексотерапії, трудотерапії, психотерапії та інше). Для визначення об'єму та характеру відновлювального лікування, а також контролю за станом хворих в період відновлювального лікування використовуються методи функціональної діагностики, рентгенологічні, лабораторні та інші методи обстеження.

Відділення або кабінет здійснює безпосередній зв'язок та тісні контакти з усіма лікарями та підрозділами поліклініки. До відділення (кабінету) відновлювального лікування поліклініки хворі поступають із відділень відновлювального лікування лікарень для заключного етапу лікування або після закінчення гострого періоду захворювання для проведення всього комплексу відновлювального лікування.

## **Головні задачі кабінету:**

1) своєчасний початок відновлювального лікування хворих та забезпечення неперервності, послідовності, етапності в організації та здійсненні програми лікування;

2) забезпечення диференційованого підходу до методів та засобів відновлювального лікування різних контингентів хворих.

Відповідно до задач кабінет виконує наступні функції":

1) складання індивідуальної програми відновлювального лікування хворого та її виконання з використанням сучасних методів та засобів відновлювального лікування;

2) приволікання для консультації необхідних спеціалістів поліклініки, здійснення взаємозв'язку з іншими підрозділами поліклініки.

Прийом хворих на відновлювальне лікування проводиться по направленню завідуючих структурними підрозділами лікарень та поліклінік, що розташовані в районі діяльності даного відділення чи лише своєї поліклініки в залежності від потужності! кабінету.

В кабінет приймаються хворі після закінчення гострого періоду, що потребують спеціального комплексу відновлювального лікування. Перелік захворювань визначений Наказом № 1000 від 23.09.81 р. В випадках, коли в поліклініках (- I категорія - вище 80 тис.населення) створено



відділення відновлювального лікування, коло хворих, що підлягають лікуванню в ньому, розширюється у відповідності з даним Наказом.

### **Головні задачі відновлювального лікування:**

- 1) використання комплексу всіх необхідних методів відновлювального лікування;
- 2) неперервність, наступництво, послідовність та етапність;
- 3) індивідуальний підхід до створення та здійснення програми лікування.

Відповідно до задач відділення організує та проводить:

- 1) складання індивідуальної програми відновлювального лікування хворого та її здійснення з використанням сучасних засобів та методів відновлювального лікування;
- 2) засвоєння та впровадження в практику відділення нових сучасних методів та засобів відновлювального лікування;
- 3) надання консультативної та організаційно-методичної допомоги з питань відновлювального лікування поліклінічним закладам в районі діяльності відділення;
- 4) взаємозв'язок та наступництво з іншими підрозділами поліклініки, закріпленими поліклініками та лікарнями, що направляють хворих на

відновлювальне лікування, а також закладами спеціального забезпечення;

5) проведення клінічних розборів випадків необґрунтованого ведення хворих на етапах лікування, неефективності проведених відновлювальних заходів та інш.;

6) здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації лікарів та середнього мед. персоналу.

Для функціонування відділення відновлювального лікування виділяються додаткові штатні посади (зав. відділенням, травматолог - ординатор, невропатолог, кардіолог).

В залежності від потужності поліклініки, а відповідно потужності відділення відновлювального лікування в склад його можуть входити кабінети та зали лікувальної фізкультури, процедурний, фізіотерапії, масажу, гідрокінезіотерапії; механотерапії сухого витягання, голкотерапії, електросну, логотерапії, працетерапії, побутовий блок, автотренажерний кабінет, майстерні (слюсарно-механічна, перелітна, швейно-гладильна), лікувальний басейн та інш.

Потрібно враховувати також, що численні хворі потребують допомоги соціолога, юристи. Основою діяльності відділення є комплексна послідовна та неперервна дія на хворих широкого спектру медикаментозної, функціональної, специфічної та психологічної дії терапії, враховуючи не лише основний дефект, але й супутні захворювання, психологічні особливості особи, сімейний стан, професію,

трудова направленість.

Рентгенологічне обстеження, функціональна діагностика з велоергометрією, реосинфалографією (в крупних поліклініках), лабораторні аналізи, консультації та огляди у окуліста, оториноларинголога, уролога та інших спеціалістів проводяться у відповідних підрозділах поліклініки, для цілей лікування можуть бути використані операційні хірургічних (травматологічних) лікарень.

Прийом хворих на відновлювальне лікування проводиться по направлено завідуючих підрозділами закладів охорони здоров'я, а також лікарем спеціалізованих ЛТЕК, що знаходяться в районі діяльності даного відділення.

До направлення додається:

1) виписка з медичної карти амбулаторного хворого (або стаціонарно - з історії хвороби), де необхідно вказати не лише діагноз захворювання або ушкодження, але й строки лікування, використані методи та засоби лікування;

2) заключення терапевта про можливість функціонального лікування.

Хворі, що направлені у відділення, проходять відбіркову комісію, до складу якої входять травматолог, ортопед, невропатолог, терапевт, кардіолог, лікарі-спеціалісти з лікувальної фізкультури, фізіотерапії,

трудотерапії та інш. Головою відбіркової комісії є завідуючий відділенням, а її склад затверджується наказом головного лікаря ПОЛІКЛІНІКИ.

На кожного хворого, прийнятого у відділення відновлювального лікування, необхідно заповнити окрему медичну карту амбулаторного хворого, в котру заносяться всі дані щодо лікувальних та оздоровчих заходів, що проводяться, план реабілітації, щоденник лікарських записів, дані функціональних обстежень та оглядів лікарів лікувальної фізкультури, фізіотерапії, трудотерапії. Після закінчення лікування карта закривається виписним епікризом.

Паспортна частина повинна мати інформацію про хворого з відбиттям динаміки працездатності використовуючи таблицю обліку реабілітаційних процедур та таблицю контролю відвідувань - здійснюється періодичний контроль на всіх етапах лікування та аналіз результатів.

В кожного на руках є процедурний лист, в якому процедурні мед. сестри, інструктори всіх кабінетів в хронологічному порядку відмічають всі види отриманого хворим лікування.

*Розподіл часу робочого дня лікаря відділення найбільш доцільно проводити таким чином:*

4 години - прийом хворих,

2 години - контроль за виконанням призначень в лікувальних кабінетах  $\frac{1}{3}$  години — оргметодробота.

Добове навантаження - 3 хворих на годину. А.Р.Скворцов (1984) рекомендує в період відновлювального лікування вести лікарський прийом хворих, що мають листок непрацездатності, не менше одного разу на 6 днів, що не мають листка непрацездатності! - не менше одного разу на 10 днів.

Для травматолога ортопедичного відновлювального лікування широко використовується заняття ЛФК як індивідуальні, так і групові, фізичні вправи на воді, гідрокінезіотерапія, вправи на механотерапевтичних апаратах, медикаментозна терапія.

Важливим методом є фізіотерапія, точковий та звичайний масаж, бальнеотерапія, електросон та голкорексфлексотерапія.

Реабілітація неврологічних, хворих являє собою комплексне відновлювальне лікування осіб, що мають функціональні вади, враховуючи особливості людини та соціальний статус працівників.

Вагоме місце в відновлювальному лікуванні таких хворих займає психотерапія, для осіб, що мають порушення вищих психічних функцій (афазія, апраксія, дизартрія та інше) використовується логопедичний кабінет. В комплексному лікуванні велике значення має голкотерапія, електроakupунктура та ряд інших

методів.

Реабілітація після гострого інфаркту міокарда в поліклінічних умовах показана хворим після закінчення гострого періоду захворювання. В системі відновлювального лікування цей контингент хворих потребує збереження єдиної тактики, неперервності та преемництва що є запорукою успіху.

В основі програм реабілітації хворих на інфаркт міокарда в умовах поліклініки, як і на будь-якому іншому етапі відновлювального лікування, лежить принцип поступового збільшення фізичних навантажень.

В організації та проведенні відновлювального лікування хворих на інфаркт міокарда поряд з терапевтом приймає участь лікар функціональної діагностики.

Комплексне обстеження хворих проводиться на протязі всього періоду відновлювального лікування та продовжується в період диспансерного спостереження.

Відновлювальне лікування стало ширше використовуватися в діяльності хірургів.

В крупних поліклініках в поліклінічному відділенні відновлювального лікування утворюються оториноларингологічна та сурдологопедична служби.

Головне місце в комплексі відновлювального лікування займає лікувальна фізкультура, механотерапія, фізіотерапія та працетерапія.

Професійна реабілітація повинна бути орієнтована не лише на відновлення професійних навичок, але й на набуття нової спеціальності, коли хворий не може повернутися до попередньої професії (Шестакова Н.А.» Богданов С.А., 1981).

Таким чином, організація повноцінного відновлювального лікування в позалікарняних умовах - один з найважливіших розділів діяльності поліклініки, а рішення проблеми повноцінного відновлювального лікування може бути досягнуто лише за умови наступництва та етапності, послідовності ранньої стаціонарної та заключної поліклінічної реабілітації.

Разом з тим, відсутність інтенсивного відновлювального лікування сприяє виникненню стадій незворотних анатомічних та функціональних порушень та призводить до зниження працездатності та інвалідності.

Потреба ж в післялікарняному відновлювальному лікуванні достатньо висока. Вивчення окремих результатів лікування повторно госпіталізованих хворих, проведення через три роки після їх останньої виписки з лікарні, показало, що 28,7 % виписаних продовжували знаходитися на амбулаторному лікуванні. Такий же стан і серед осіб зі стійкою втратою працездатності - приблизно 1/3 інвалідів потребує амбулаторного лікування.

Досвід роботи відділень відновлювального лікування показав, що відновлювального лікування у позалікарняних умовах потребує 12 % від загальної кількості первинних хворих, що зверталися в травматологічні пункти, 10 % - із числа хворих, що знаходяться на лікуванні у невропатолога, та всі хворі після виписки із спеціалізованих відділень лікарень відновлювального лікування. Необхідно створювати відділення відновлювального лікування, забезпечені всіма необхідними консультаціями та лікуванням спеціалістів (окуліст, отоларинголог, уролог, ендокринолог та інш.)

Реабілітація хворих та інвалідів в поліклінічних умовах - новий напрямок вітчизняної медицини потребує кардинальної організації та діяльності відновлювального лікування.

Вірна організація відновлювального лікування хворих в умовах поліклініки відкриває реальні можливості стійкої зміни більшості з них та зниження до мінімальних випадків інвалідності. Здійснення цієї важливості задачі можливо лише за умови поєднання системи відновлювального лікування з побутовою, соціальною та професійною реабілітацією, що направлена на відновлення здоров'я та працездатності хворого та повернення його до суспільно-корисної праці.



## *Критерії для визначення якості реабілітаційних заходів:*

1) візуальна оцінка (стан, хода, поведінка, стан шкіри та слухових оболонки);

2) дані антропометрії (амплітуда рухів в суглобах, наявність ригідності, динаміка об'єму мускулатури кінцівок);

3) фізіологічні показники (пульс, тиск, дихання);

4) клінічні показники (зникнення патологічних симптомів);

5) функціональні показники окремих органів та систем (ортопедичні та функціональні проби, реабілітаційні проби з навантаженням та без навантаження);

6) стан м'язів, рухових та чутливих розладів (види чутливості, рефлекси, тонус та сила м'язів);

7) вегетосудинні та вазомоторні реакції в процесі реабілітаційних заходів (потовиділення, стан шкіри та слизових оболонки);

8) лабораторні дані (кров, сеча, прохромбін та ін.);

9) інструментально-апаратні показники (динамометри, рентгенографії, динаміки консолідації та структури електрокардіографи,

пневмотахометрії, осцилографії, енцефалографії, міографії та інш.);

10) ступінь адаптації до виконання побутових та фізичних навантажень.

Останні оцінки є основними критеріями завершення реабілітаційних заходів та визначення результатів лікування.

Відому зацікавленість з точки зору планування відділення відновлювального лікування поліклініки є дані про строки лікування в цих відділеннях.

49,7 % хворих травматологічної та неврологічної груп лікувалися у відділенні відновлювального лікування менше 30 днів, 29,3 % - від 1 до 2 місяців, 16,6 % - від 2 до 3 місяців, 10,4 % - від 3 до 4 місяців, 4 % - більше 4 місяців.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кукушкина Т.Н., Докиш Ю.М., Честякова Н.А. Руководство по реабилитации больного, частично утративших трудоспособность. – М.: Медицина, 1989. – 165 с.
2. Медицинская реабилитация в Украине : современные положения и перспективы развития / Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Уманский В.Я. и др. // Новости медицины и фармации в мире. – 2003. - № 10 (138). – С.19-20.
3. Медична та соціальна реабілітація : Навчальний посібник / За заг.ред. І.Р.Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
4. Организация и эффективность реабилитации в медицинских учреждениях. / Под ред. К.И. Журавлевой. – Л.: Медицина, 1980. – 232с.
5. Сергієні О.В. організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів : Методичні рекомендації. – Дніпропетровськ, 007. – 23 с.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг.ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680с.

Формат 60x84/16. Папір офс. Гарнітура Times New Roman.  
Друк офс. Ум. друк. арк. 3,60. Обл.-вид. арк. 2,77.  
Тираж 100 шт. Замовлення № 50.

Видавництво ФОП Бреза А.Е.  
м. Ужгород, вул. Університетська, 21/220. Тел./факс: (0312) 64-37-22  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4091 від 15.06.2011 р.  
Друк: ПП Бреза, тел.: 050-43-22-437