

## КОМПЛЕКСНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Павлевич В. І.

Науковий керівник: Гончарук Н. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Aznagor@ukr.net

**Вступ.** Розуміння моделі реабілітаційного менеджменту потрібне для обґрунтованого добору засобів та методів терапевтичного впливу. Зокрема, терапевтичні вправи слід підбирати на основі результатів комплексного обстеження та їхнього аналізу на етапі прогнозування і планування реабілітаційної допомоги. Фізичний терапевт має знати, який вплив терапевтичних вправ можна вважати результатом ефективності реабілітаційного процесу. Під час надання реабілітаційних послуг для ведення пацієнта застосовують комплексний підхід.

**Мета дослідження.** Представити етапи реабілітаційного менеджменту як результат ефективності реабілітаційного процесу.

**Матеріали та методи.** Американська асоціація фізичної терапії рекомендує відокремлювати п'ять основних етапів або п'ять підсистем у процесі ведення пацієнта або реабілітаційного менеджменту:

1. Комплексне обстеження. Обстеження – це процес, за допомогою якого терапевт отримує інформацію про проблеми пацієнта та його причини для звернення за послугами з фізичної терапії. Метою обстеження є:

- збір достатньої інформації про проблеми пацієнта (стан здоров'я, порушення, активність / функціональні обмеження, обмеження участі) для формулювання реабілітаційного діагнозу;

- документування показників досліджень, вимірювань та тестувань для контролю за результативністю процесу реабілітації.

2. Оцінювання зібраних даних. Оцінювання – це процес, що характеризується інтерпретацією зібраних даних. Він містить аналіз та узагальнення суб'єктивних та об'єктивних інформацій для формулювання суджень, потрібних для обґрунтованих клінічних рішень.

Зазвичай фізичний терапевт визначає: загальний стан здоров'я та його вплив на фізичну функцію пацієнта; перебіг процесу та тяжкість поточного функціонального стану; ступень структурних та функціональних порушень систем організму та вплив на функціональні здібності; рівень фізичного функціонування пацієнта порівняно з функціональними здібностями.

3. Формулювання реабілітаційного діагнозу (діагностування) на основі порушень будови та функції тіла, функціональних обмежень (обмеження активності) та інвалідності (обмежень участі). Цей етап є важливим елементом у реабілітаційному менеджменті, оскільки від нього залежать прогнозування та планування реабілітаційної допомоги і втручання.

Процес діагностування – це послідовність дій і рішень, яка починається від: збору даних (обстеження); аналізу та інтерпретації всіх зібраних даних (оцінювання); клінічної класифікації даних (діагноз на основі пошкодження).

Фізичний терапевт за допомогою діагностування класифікує дисфункцію (найчастіше дисфункцію руху), тоді як лікар виявляє захворювання. Процес формування реабілітаційного діагнозу для фізичного терапевта сфокусовано на наслідках захворювання.

4. Прогнозування та планування реабілітаційної допомоги на основі завдань, орієнтованих на пацієнта.

Прогнозування – це передбачення оптимального рівня функції пацієнта, який очікується як результат реабілітаційного втручання.

Планування – це невід'ємний компонент прогнозування, що містить: передбачувані завдання; очікувані, стійкі та вимірювані функціональні результати; ступень прогнозованого поліпшення та час, потрібний для досягнення цього рівня; конкретні втручання; запропонована частота та тривалість втручань; можливі зміни.

Пацієнти звертаються до фізичної терапії, щоб мати змогу виконувати фізичні навантаження, які їм подобаються або які вони повинні робити у своєму житті з легкістю та комфортом. Знання того, чого хоче досягти пацієнт та встановлення того, які досягнення є найважливішими для пацієнта, допомагає фізичному терапевту розробити та визначити стратегії втручання, що спрямовані на функціональні обмеження та порушення, пов'язані з пацієнтом. Це також збільшує ймовірність успішних результатів реабілітації.

5. Втручання – це будь-яка цілеспрямована взаємодія терапевта з пацієнтом, відповідно до плану індивідуальної програми фізичної терапії. Розрізняють такі сфери втручання:

- координація, комунікація та документування. Фізичний терапевт постійно спілкується з членами мультидисциплінарної команди, веде документацію ( карти пацієнта, результати оцінювання, плани, облік втручань тощо); розробляє домашні програми терапевтичних вправ та має спілкуватися усно та за допомогою письмової документації з усіма особами, які беруть участь у догляді за пацієнтом;

- втручання (реабілітаційні втручання) стосуються конкретних форм та заходів фізичної терапії, які використовують під час реабілітаційної програми. Реабілітаційні втручання слід вважати ефективними, якщо вони призводять до зменшення або усунення обмежень функціонування, мають профілактичну спрямованість щодо можливих ускладнень;

- інструкції пацієнта – це засіб, за допомогою якого фізичний терапевт допомагає пацієнтові навчитися зменшувати свої порушення та функціональні обмеження для активної участі в реабілітаційному процесі (усна інструкція, письмові матеріали, відеоматеріали та ін.).

**Результати дослідження.** Фізичні терапевти під час реабілітації оцінюють якість, ефективність та економічність реабілітаційного процесу. Результати, які зазвичай оцінюють фізичні терапевти:

- рівень фізичного функціонування пацієнта;
- ступень профілактики або знижений ризик виникнення або повторення можливої дисфункції;
- загальний стан здоров'я пацієнта або рівень його самопочуття;
- ступень задоволеності пацієнта.

Серед результатів реабілітаційного менеджменту можна виокремити такі групи показників: якість життя пацієнта; результати, пов'язані зі зменшенням ризиків можливих травм, ускладнень чи подальшого погіршення стану (профілактика); знання, що сприяють здоров'ю (освіта пацієнта); задоволеність пацієнта.

**Висновки.** Модель реабілітаційного менеджменту базується на комплексному і системному підходах до надання дієвих реабілітаційних послуг. Модель допомагає продемонструвати взаємозв'язки між етапами клінічного реабілітаційного менеджменту, що відповідають концепції Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) обмеження життєдіяльності і здоров'я.

Розглянута модель реабілітаційного менеджменту створює основу для надійного клінічного ухвалення рішень; ефективної комунікації; обґрунтування застосування конкретних терапевтичних засобів та методів у реабілітаційному процесі.

## ПЕРША ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ЕПІЛЕПТИЧНИХ НАПАДАХ

Рижук А. М.

Науковий керівник: Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

nastyuxaryzhuk@gmail.com

**Вступ.** Епілепсія – це поширена неврологічна проблема, яка часто має хронічний характер. При цьому захворюванні уражається головний мозок і наявна патологічна схильність до судомних нападів, інколи з втратою свідомості. Одна з ділянок кори мозку починає працювати занадто активно. Він пригнічує і підпорядковує собі інші нейрони. В результаті всі клітини кори покриваються синхронним збудженням.

**Мета дослідження.** Дослідити алгоритм надання першої домедичної допомоги хворим (ПДД) при нападі епілепсії.

**Матеріали та методи.** Аналіз вітчизняних та міжнародних рекомендації щодо надання ПДД при судомних нападах різного генезу.

**Результати дослідження.** Легкий перебіг епілепсії може бути непомітним зовні і проявлятися абсансом. Такий напад являє собою короткочасну втрату свідомості хворого, який завмирає на кілька секунд і втрачає зв'язок з реальністю. Це може супроводжуватися легким рухом очей, м'язів обличчя. Такий напад часто залишається непоміченим не тільки для оточуючих, але і для самого хворого. Більш серйозна форма захворювання – генералізовані епілептичні припадки. Напад являє собою тоніко-клонічне судомне скорочення всіх м'язів. Особливо небезпечно, коли такі напади виникають один за одним. У цьому випадку є ризик зупинки дихання через спазми.

Генералізований епілептичний напад починається раптово з появи аури (незвичних відчуттів) протягом декількох секунд. Далі починається тонічна фаза судом: людина втрачає свідомість, можливий характерний гучний крик, це відбувається через спазм голосової щілини і скорочення м'язів діафрагми. Відбувається зупинка дихання. 15-20 секунд відбуваються тонічні судоми: м'язи у напруженому стані, тулуб та кінцівки розгинаються, можливе закидання голови назад. Починають набухати вени на шиї, щелепи стиснуті, обличчя хворого мертвенно-бліде. Далі розпочинається клонічна фаза, яка триває 2-3 хвилини і проявляється поштовхоподібними судомами по всьому тілу. Помічається скупчення слини, хрипке дихання, з рота проступає піна (можлива з кров'ю – при прикушенні язика). Судоми поступово зникають, тіло розслаблюється. Наприкінці нападу у хворого розширені зіниці та повністю