



ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

Липень 2020, № 7 (10)

РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО - МОЗКОВОЇ ТРАВМИ З УРАХУВАННЯМ РІВНІВ ЗБУДЖЕННЯ, УВАГИ, ПІЗНАННЯ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Травматичні пошкодження черепа та головного мозку складають 30–40% усіх травм і займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації серед осіб працездатного віку.



Це найпоширеніший вид черепно-мозкової травми. Нетравматичні травми мозку, можуть бути спричинені недостатньою кількістю кисню, отруєнням, інфекціями, електричним струмом і викликають подібний дефіцит.

Травми також класифікують як легкі, середні або важкі, що свідчить про початкову тяжкість травми.

Продовження на 3 стор.

В ЦЬОМУ ВИПУСКУ

Паліативна допомога: в Україні будуть створені Центри медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям	2
Реабілітація осіб після перенесеної черепно-мозкової травми з урахуванням рівнів збудження, уваги, пізнання (продовження)	3
Шкала когнітивного функціонування РАНЧО	4–7
Підвищено тариф на надання екстреної медичної допомоги	8

Ао недавнього часу дорожньо-транспортні пригоди були основною причиною травматичного ушкодження мозку, але в міжнародному дослідженні, опублікованому в 2013 році повідомлялося, що "падіння тепер перевершили ДТП як головну причину цієї травми". Значна частина ЧМТ виникає в наслідок насильства (переважно з використанням вогнепальної зброї), також ЧМТ виникають під час занять спортом та на відпочинку. Наслідки цих травм значно відрізняються залежно від причини ураження: 91% ЧМТ пов'язаних із вогнепальною зброєю, призводить до смерті, але лише 11% ЧМТ пов'язаних із падінням призводить до смертних випадків. Для осіб будь-якого віку ризик отримати ЧМТ у чоловіків вдвічі вищий, ніж у жінок.

У різних регіонах України ЧМТ щорічно становить від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4-4,2 на 1000 населення). Щорічно в Україні від черепно-мозкової травми помирає 10-11 тис. осіб, тобто рівень смертності стано-

вить 2,4 на 10 тис. Кількість черепно-мозкових травм в Україні значно зростає з початком АТО на сході України. За офіційною статистикою ЧМТ становлять від 30% до 45% серед учасників АТО, які вижили.

Черепно-мозкова травма - набуте ушкодження мозку внаслідок зовнішньої механічної сили, що приводить до можливих порушень когнітивних, фізичних та психосоціальних функцій та супроводжується зниженням або зміною свідомості. Ці зміни можуть бути постійними, або тимчасовими.

Набута травма мозку не включає пошкодження мозку внаслідок нейродегенеративних розладів, таких як розсіяний склероз, або хвороба Паркінсона.

Для опису причини травми набути травми мозку класифікуються як *травматичні* або *нетравматичні*. Травматична травма мозку як правило, є наслідком нещасних випадків, в результаті яких порушується цілісність головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа і зовнішніх покривів голови.

НОВИНИ МЕДРЕФОРМИ

МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

Ухвалено наказ МОЗ України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Він направлений на створення сучасної системи організації надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА

Паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання хворого тощо.

Паліативна допомога - це комплекс заходів, що має гарантувати максимально можливу якість життя пацієнтам, які потребують такої підтримки. Він має запобігати та полегшувати страждання. Цього можна досягти завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватного лікування, симптоматичної терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки. Ухвалений МОЗ України наказ стосується саме медичної частини цієї комплексної допомоги.

ЩО ЗМІНИТЬСЯ

Паліативну допомогу можуть надавати як комунальні заклади охорони здоров'я, так і приватні, а також фізичні особи-підприємці, які отримали відповідну ліцензію на медичну практику.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА: В УКРАЇНІ БУДУТЬ
СТВОРЕНІ ЦЕНТРИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА
ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

В Україні зростає потреба в якісній паліативній допомозі. Понад 600 тис пацієнтів потребують комплексної допомоги різних медичних фахівців. Також супроводу та підтримки потребують члени їхніх родин. За орієнтовними розрахунками, щороку понад 1,5 млн осіб потребують паліативної допомоги.

Для закладів, які надають стаціонарну паліативну допомогу обов'язково є також ліцензія на діяльність з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Фізичним особам-підприємцям таку ліцензію отримувати не обов'язково, це значно спростить їхню роботу, а пацієнти зможуть отримувати зондове харчування, респіраторну підтримку і т.і.

В основі надання паліативної допомоги стоїть мультидисциплінарний підхід, який передбачає залучення мультидисциплінарної команди. Її склад може бути різним та визначається в залежності від стану пацієнта, обсягів допомоги, розміру території обслуговування. До складу мультидисциплінарної команди крім медичних спеціалістів, можуть входити фахівці з інших галузей: соціальні працівники, психологи, волонтери, юристи, священнослужителі та інші, за потребами пацієнта та його родини.

Надання паліативної допомоги має ґрунтуватися на принципах доступності, планування, безперервності та наступності. Пацієнт сам може обрати місце надання паліативної допомоги та місце смерті, разом з тим пацієнт має право отримати і лікування паралельно із паліативною допомогою. Пацієнт має право на етичне і гуманне ставлення до себе та до членів своєї сім'ї або інших осіб, які здійснюють догляд за ним. Паліативна допомога може надаватись різними шляхами: стаціонарно, мобільними відділами, відділами респіраторної підтримки, в кабінеті лікування хронічного болю.

КВАЛІФІКАЦІЯ ЛІКАРІВ

Склад спеціалізованої групи лікарів, залученої до лікування пацієнта, має відповідати індивідуальним потребам пацієнта (вік, діагноз). Всі лікарі повинні мати підготовку з паліативної

допомоги відповідно до вимог МОЗ України.

Також у класифікаторі професій з'явиться нова професія - лікар паліативної допомоги. Наказом передбачена розробка навчально-методичних рекомендацій для підвищення кваліфікації лікарів, які захочуть працювати за цією професією.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ
ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Зростання кількості дітей з інвалідністю потребують організації ефективної системи надання медико-соціальної допомоги дітям. Будуть створені Центри медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям. Це спеціалізовані заклади охорони здоров'я, що забезпечуватимуть потреби дітей у паліативній допомозі. Вони також надаватимуть консультативну, соціально-психологічну, інформаційну та амбулаторно-консультативну допомогу щодо паліативної допомоги батькам дитини або іншим особам, які доглядають за дитиною, дітям з інвалідністю, дітям з порушеннями розвитку, дітям, які мають невиліковні захворювання, що прогресують. Дитина має право на перебування у медичному закладі разом із членами своєї сім'ї.

Заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, та ФОП, які надають паліативну допомогу дитині, можуть надавати членам її родини або законним представникам лікарські засоби та вироби медичного призначення для використання вдома, організовувати навчання батьків або законних представників дитини працювати з обладнанням, яке застосовується вдома, та навичкам догляду за пацієнтом дитячого віку.

МОЗ

РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ З УРАХУВАННЯМ РІВНІВ ЗБУДЖЕННЯ, УВАГИ, ПІЗНАННЯ (ПРОДОВЖЕННЯ)

Продовження. Початок на 1 стор.

ПРОГНОЗ НА ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВОЇ ТРАВМИ

Неврологічне відновлення після черепно мозкової травми відбувається протягом тривалого періоду часу. Неможливо поставити чіткий прогноз щодо відновлення у осіб, які отримали ЧМТ середнього і тяжкого ступеня, оскільки довготривалі дослідження показують покращення через 3-5 років і більше після моменту травми.

Покращення відбувається за рахунок нейропластичності, навчання компенсаторних стратегій та можливості навчання нових навичок.

Однак є ряд факторів, які впливають на процес відновлення після ЧМТ, до них належать:

- ♦ **Тяжкість травми** - вимірюється за шкалою коми Глазго, краща оцінка згідно шкали означає краще відновлення.
- ♦ **Конкретний неврологічний діагноз.** Локальна ЧМТ має кращий прогноз щодо відновлення ніж дифузне аксональне ушкодження. Це відбувається тому, що одне локальне ушкодження в певній ділянці легше спрогнозувати щодо наслідків, ніж багато уражень в різних ділянках.
- ♦ **Вік особи.** Чим молодша людина, яка отримала травму, тим кращий прогноз. Особи, які мають більше



40 років мають гірший прогноз щодо відновлення, та гірший функціональний результат при будь-якій тяжкості травми.

- ♦ **Своєчасно надана допомога та наявність вторинних ускладнень**, які виникли внаслідок травми.

Порушення, які виникають внаслідок легкої черепно-мозковою травми, як правило тривають протягом 3-6 місяців у 80-85% випадків.

Оцінка та втручання фізичного терапевта та ерготерапевта є частиною більш широкого, всебічного плану реабілітації з міждисциплінарним підходом, який може включати когнітивну, мовленнєву, професійну, поведінкову та психологічну терапію.

Фізичні терапевти обстежують кожну особу після перенесеної ЧМТ та розробляють індивідуальний план втручання, виходячи з потреб людини та її конкретних цілей.

Залежно від тяжкості травми, рівня свідомості, наявних порушень комплекс втручань може бути різним. Ми розглянемо втручання, які здійснює фізичний терапевт на різних етапах відновлення особи після перенесеної ЧМТ.

Продовження на 4 стор.

ВАШЕ ЗДОРОВ'Я**ШКАЛА КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ
РАНЧО**

Під час відновлення після ЧМТ особа проходять певні етапи відновлення. Ці рівні були охарактеризовані лікарями реабілітаційного центру Rancho Los Amigos в Лос-Анджелесі, штат Каліфорнія США.

Шкала когнітивного функціонування (Rancho Levels of Cognitive Functioning) – це інструмент оцінки, який використовує реабілітаційна команда. Вісім рівнів цієї шкали описують типову динаміку чи етапи відновлення, які зазвичай спостерігаються після черепно-мозкової травми. Цей інструмент дає змогу команді зрозуміти і зосередити увагу на можливостях особи і розробити належну програму реабілітації. Швидкість покращення стану є індивідуальною і залежить від важкості черепно-мозкової травми, локалізації травми в головному мозку і того, скільки часу пройшло після травми. Деякі особи проходять через кожний з восьми рівнів, тоді як інші досягають певного рівня і не можуть перейти до наступного, вищого рівня. Важливо пам'ятати, що кожна людина індивідуальна, і при визначенні рівня когнітивного функціонування необхідно враховувати багато чинників. Кожен рівень передбачає певний діапазон можливостей особи, і ваш родич може демонструвати усі перелічені нижче прояви поведінки.

КОГНІЦІЯ стосується навичок особи мислити і запам'ятовувати. До когнітивних навичок належить здатність звертати увагу, усвідомлювати власне оточення, організувати, планувати, дотримуватись рішення, розв'язувати проблемні ситуації, формувати судження, логічно розмірковувати та усвідомлювати проблеми. Навички запам'ятовувати охоплюють здатність пам'ятати події до і після черепно-мозкової травми. Через пошкодження, зумовлені черепно-мозковою травмою, змінюються деякі або усі ці навички.

**I РІВЕНЬ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ –
ВІДПОВІДЬ ВІДСУТНЯ**

Особа знаходиться без свідомості, немає циклу сну та не спання. Не реагує на зорові чи інші подразники. Відкриття очей відсутнє. Не дотримується жодних вказівок. Жодної мовної реакції чи інших форм спілкування. Жодного цілеспрямованого руху. Відповідь відсутня на будь-які подразники, в т.ч. біль.

**II РІВЕНЬ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ –
УЗАГАЛЬНЕНА ВІДПОВІДЬ**

Виникає цикл сну-неспаня з періодами відкриття та закриття очей. Цілеспрямованих рухів не виконує. Починає реагувати на звуки, зорові подразники, дотик або біль. Особа, як правило реагує повільно, непослідовно, або після певної затримки. Особа на цьому рівні реагує однаковою чином на всі подразники. Типовим прикладом є жування, ми можемо бачити що особа виконує жувальні рухи коли її переміщують, або під час виконання пасивних рухів в суглобах.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА I, II РІВНЯХ ЗА ШКОЛОЮ РАНЧО

Терапія є подібною для обох рівнів за шкалою, особи які перебувають на цих рівнях не беруть активної участі в роботі. Основною метою фізичної терапії є попередження виникнення вторинних ускладнень та збільшення стимуляції для підвищення рівнів постійних реакцій на конкретну діяльність або стимул.

Фізичний терапевт бере участь у підтримці діапазону руху з метою профілактики виникнення контрактури та підтримки функціонального діапазону руху, позиціонує та мобілізує особу з метою попередження виникнення відлежін та профілактики дихальних ускладнень. Збільшує толерантність до сидіння, починаючи з підняття головного кінця ліжка. Підбирає додаткове обладнання: крісло або протипролежневий матрац, навчає сім'ю доглядати за пацієнтом.

Продовження на 5 стор.

ШКАЛА КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ РАНЧО (ПРОДОВЖЕННЯ)

ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

Закінчення. Початок на 4 стор.

III РІВЕНЬ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ — ЛОКАЛІЗОВАНА ВІДПОВІДЬ

Особа на третьому рівні за шкалою Ранчо має локалізовану відповідь на подразник, вона спить і пробуджується, рухається більше ніж на попередніх рівнях, виконує кілька простих інструкцій, специфічно реагує на стимули, але реакція є повільною і не послідовною. Починає впізнавати сім'ю і друзів, виконує прості вказівки, може говорити окремі слова, може розпізнавати і утримувати предмети. Особа на цьому рівні відповідає на прості запитання не послідовно, іноді відповідь на одне і теж запитання може бути різною.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА III РІВНІ ЗА ШКОЛОЮ РАНЧО

На третьому рівні починають функціональну діяльність в тренажерному залі для того, щоб працювати над постуральним контролем (наприклад повороти в ліжку, сидання). Для особи намагаються забезпечити стимуляцію у вертикальному положенні, для цього використовують вертикалізаційні столи, або вертикалізатори. Пацієнта навчають слідувати вказівкам та виконувати прості інструкції.

IV РІВЕНЬ - СПАНТЕЛИЧЕНИЙ І ЗБЕНТЕЖЕНИЙ

Особа на цьому рівні часто лякається і занадто гостро реагує на подразники, вона не розуміє, що відбувається навколо неї; не розуміє, що оточуючі намагаються їй допомогти. Якщо особа здатна рухатись, вона може вибратись з ліжка, або встати з крісла, така поведінка створює певний ризик падіння. Пацієнти дуже зосереджені на базових потребах і постійно можуть повторювати, що голодні або хочуть в туалет. На цьому рівні вони мають труднощі з концентрацією, утриманням уваги та виконанням вказівок.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА IV РІВНІ

Осіб навчають виконувати просту побутову діяльність, елементи самообслуговування (прийом їжі, чищення зубів) та переміщення (пересідання на візок). Особам на цьому рівні структурують середовище та створюють незмінний графік дня. Заняття з фізичної терапії проводять до 30 хвилин часу через те, що особа може проявляти агресію коли занадто втомлена.

Продовження на 6 стор.

Що можуть зробити члени родини/ друзі на I, II і III рівнях когнітивного функціонування

- Поясніть особі, що ви збираєтесь зробити, наприклад: «Зараз я порушаю твою ногу».
- Говоріть звичайним тоном голосу.
- Використовуйте короткі і прості коментарі та запитання, наприклад, замість попросити: «Можеш повернути голову до мене?», скажіть: «Подивися на мене».
- Розкажіть особі, хто ви, де вона перебуває, чому вона в лікарні, і який сьогодні день.
- Обмежте кількість відвідувачів до 2-3 осіб одночасно.
- Підтримуйте тиху і спокійну атмосферу в кімнаті.
- Принесіть улюблені речі та фотографії членів родини та близьких друзів.
- Дайте особі додатковий час, щоб відреагувати, але не очікуйте, що відповідь буде правильна. Іноді особа може не реагувати взагалі.
- Давайте особі час на відпочинок. Вона дуже швидко втомлюється.
- Залучайте її до знайомих видів діяльності, наприклад, слухання її улюбленої музики, розмовляйте про родину і друзів, читайте для неї вголос, дивіться разом телевізор, розчісуйте їй волосся, намажте їй тіло лосьйоном чи кремом тощо.
- Вона може розуміти лише частини з того, що ви говорите. Тому в її присутності будьте уважні та стежте за тим, що говорите.

ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

Закінчення. Початок на 5 стор.

Що можуть зробити члени родини/друзі на V і VI рівнях когнітивного функціонування

На V рівні:

- Повторюйте інформацію за потреби. Не сподівайтесь, що особа запам'ятає те, що ви їй сказали.
- Коли ви тільки прийшли або перед тим як маєте піти, розкажіть особі, який сьогодні день, число, як називається лікарня і де вона розташована, а також чому вона зараз у лікарні.
- Ваші коментарі і запитання мають бути короткими і простими.
- Допоможіть особі організувати і розпочати діяльність.
- Принесіть з дому родинні фотографії та особисті речі.
- Обмежте кількість відвідувачів до 2-3 одночасно.
- Дайте можливість часто відпочивати, якщо їй стає важко утримати увагу.

На VI рівні:

- Вам потрібно повторювати інформацію. Обговорюйте події, які відбулися впродовж дня, щоб допомогти особі покращити пам'ять.
- Вона може потребувати допомоги, щоб почати і продовжувати діяльність.
- Заохочуйте особу брати активну участь в усіх видах терапії. У неї не буде повного розуміння всіх своїх проблем і переваг терапії.

© Науково-дослідницький і навчальний інститут «Лос Амigos» (Los Amigos Research and Educational Institute, LAREI), 1990

ШКАЛА КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ РАНЧО (ПРОДОВЖЕННЯ)

V РІВЕНЬ - СПАНТЕЛИЧЕНИЙ ТА НЕВІДПОВІДНИЙ

Особа на 5 рівні за шкалою Ранчо вже не є збуджена і може утримувати увагу на кілька хвилин. Важко вловлює сенс речей навколо нього. Не до кінця свідомий місця, часу, поточних подій. Не зможе самостійно почати або завершити повсякденну діяльність, оскільки часто відволікається. Але з супервізією особа здатна виконати завдання, якщо достатній рівень рухового відновлення. Особа стає неспокійною при перевтомі. Починає пригадувати події, які відбувались до моменту травми, та не пам'ятає подій після травми. Часто особи на цьому рівні заповнюють прогалини у своїй пам'яті вигадками. Зациклюється на певній ідеї чи діяльності та потребує допомоги, щоб переключитись на наступну діяльність, все ще зосереджена на базових потребах. Відчуває перевантаження і неспокій коли стомлюється і багато людей навколо.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА V РІВНІ

Забезпечте структуроване середовище для уникнення надмірної стимуляції. Особу на цьому рівні навчають самостійно вдягати та знімати одяг, виконувати гігієнічні процедури, харчуватись, навчають навичкам переміщення. Допмагають пригадати події, які відбувались до травми. Завдання повинні бути простими й послідовними.

VI РІВЕНЬ - СПАНТЕЛИЧЕНИЙ ТА ВІДПОВІДНИЙ

Особа в незнайомих ситуаціях поводить себе спантеличено. Може дотримуватись графіку зі сторонньою допомогою, але зміни викликають збентеження. Особа може знати місяць і рік, але відповідає на це та інші запитання завчивши відповідь у випадку, коли йому часто задають одне і те ж запитання. Утримує увагу впродовж 30 хв, але зазнає труднощів при надмірній стимуляції. Особа знає, що госпіталізація відбулась внаслідок травми, але не розуміє ступінь травми, зводить до мінімуму когнітивні та фізичні порушення. Особа пов'язує свої проблеми з лікарнею і думає, що буде почуватись краще, коли піде до дому.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА VI РІВНІ

Уміру того, як особа здобуває нові навички переміщення чи самообслуговування, необхідно зменшувати кількість вербальних підказок. Продовжують збільшувати складність, умови та швидкість виконання завдань.

Продовження на 7 стор.

ШКАЛА КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ РАНЧО (ПРОДОВЖЕННЯ)

VII РІВЕНЬ - АВТОМАТИЧНИЙ ТА ВІДПОВІДНИЙ

Особа на 7 рівні Ранчо більше не є спантеличеною чи схвильованою. Дотримується графіку та виконує самообслуговування без сторонньої допомоги. Має труднощі з вирішенням проблем та плануванням. У незнайомих ситуаціях може приймати швидкі та необдумані рішення. Продовжує потребувати сторонньої допомоги через зниження рівня усвідомлення безпеки та критичності. Бере активну участь і є цілеспрямованою у фізичній терапії.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА VII РІВНІ

Збільшують складність та інтенсивність завдань, тренують виконання подвійних завдань, зводять до мінімуму кількість вербальних підказок. Навчають особу самостійно планувати свій день та дотримуватись встановленого графіку. Збільшують активність поза межами реабілітаційного відділення.

VIII РІВЕНЬ - ЦІЛЕСПРЯМОВАНИЙ ТА ВІДПОВІДНИЙ

На цьому рівні особа розуміє що у нього є порушення мислення та пам'яті, саме тому вона починає компенсувати проблеми. Особа на цьому рівні може водити машину або проходити курси професійної перекваліфікації, але темпи освоєння нового матеріалу будуть повільніші. Може бути розгубленим у стресових ситуаціях або при значній втомі. Може мати проблеми мислення, які не є помітними для оточуючих. Демонструє недалекоглядність в нових ситуаціях і може потребувати допомоги. Якщо робота на якій працювала особа до травми пов'язана зі стресами та прийняттям складних рішень, можливо після травми особи після перенесеної ЧМТ доведеться змінити місця працевлаштування.

ВТРУЧАННЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА НА VIII РІВНІ

На цьому рівні оцінюють можливість повернення особи на роботу, визначають стратегії компенсації наявних порушень. Наслідки черепно-мозкової травми можуть впливати на кожну частину життя людини, на її фізичний стан, рухову активність, на взаємини з сім'єю, друзями, планування життєдіяльності та емоційний стан. Порушення можуть бути стійкими і проявляться протягом тривалого періоду часу, або зберігатись протягом життя. Важко передбачити скільки часу збережуться порушення після перенесеної черепно-мозкової травми, однак раннє реабілітаційне втручання сприятиме максимальному відновленню втрачених функцій організму, полегшить родичам догляд та допоможе повернути якість життя пацієнта.

Реабілітація після черепно-мозкової травми може бути складним процесом, який охоплює багато аспектів. Для того, щоб ефективно працювати та взаємодіяти з особами після перенесеної черепно-мозкової травми, необхідно мати широке розуміння фізичних процесів ушкодження, можливих порушень функції мозку та прогнозу щодо відновлення в результаті фізичної реабілітації.

Закінчення. Початок на 6 стор.





Що можуть зробити члени родини/ друзі на VII і VIII рівнях

- Поводьтеся з особою, як з дорослою через надання настанов і підтримки у прийнятті рішень.
- Допомогайте виконувати знайому діяльність, щоб вона могла усвідомити деякі свої проблеми на рівні мислення, розв'язання проблемних ситуацій та пам'яті. Розмовляйте з нею про ці проблеми, уникаючи критики. Запевніть її, що ці проблеми зумовлені черепно-мозковою травмою.
- Активно заохочуйте особу продовжувати терапію, щоб покращувати пам'ять, мислення і свої фізичні можливості. Особа може почуватися абсолютно нормально. Однак вона й надалі може прогресувати і отримувати користь від продовження реабілітації.
- Обов'язково запитайте лікаря про будь-які обмеження для особи, зокрема стосовно керування автомобілем, роботи чи іншої діяльності. Не покладайтеся лише на її слова, оскільки суб'єктивно особа може почуватися готовою повернутися до свого колишнього способу життя.
- Перешкоджайте особі після травми вживати алкоголь чи наркотики з огляду на медичні ускладнення.
- Заохочуйте особу до максимальної незалежності в самообслуговуванні.
- Обговоріть, які саме ситуації викликають у неї роздратування, і що особа може зробити у таких ситуаціях.
- Навчитися жити з травмою мозку може бути важко і пристосування може зайняти багато часу як для особи так і для родичів. У соціального працівника та/або психолога можна отримати інформацію про те, куди звертатися за психологічною допомогою, ресурсами та/або як навести зв'язки з організаціями, які надають підтримку.

Марта Резанцева,
практикуючий фізичний терапевт

Підвищено тариф на надання екстреної медичної допомоги

Детальніше про ЧМТ
на веб-ресурсах організацій

	Рівні когнітивного функціонування шкали Ранчо. Путівник для родин. Науково-дослідницький і навчальний інститут «Лос Амїгос» (Los Amigos Research and Educational Institute, LAREI), 1990
	Сайт Української Асоціації фізичної терапії. Єдиний представник професії «фізичний терапевт» в Україні www.physrehab.org.ua
	Сайт Американської асоціації черепно мозкової травми www.headway.org.uk
	Сайт може бути корисним усім, хто працює з особами після перенесеної ЧМТ, а також родичам та опікунам. На веб ресурсі розміщені модулі для самостійного вивчення (англ. мовою). www.abistafftraining.info
	Відео презентація, в якій розповідається про шкалу когнітивних порушень Ранчо. В даному ролику доступно пояснено особливості кожного з рівнів та продемонстровано з пацієнтами (англ. мовою) www.craighospital.org
	Ресурс включає електронні буклети, в яких описують багато симптомів та основні порушення після ЧМТ, а також стратегії допомоги особам, в яких наявні дані порушення (англ. мовою) www.biausa.org/brain-injury

Уряд вніс зміни до постанови Кабінету Міністрів України №65 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році”, якими підвищив тариф на надання екстреної медичної допомоги.

Напрямки, за якими НСЗУ перераховує кошти, а також обсяг коштів за кожним напрямком фіксується у паспорті відповідної бюджетної програми. Для того, щоб НСЗУ могла переукласти договори з закладами за підвищеними тарифами на екстрену медичну допомогу, потрібно внести зміни до паспорта бюджетної програми. Зокрема, збільшити обсяг коштів, які призначено для оплати закладам за надання ЕМД. Зміни має затвердити Міністерство охорони здоров'я України та погодити їх з Міністерством фінансів України. Без внесення цих змін НСЗУ не може збільшити обсяг коштів і починати укладення договорів.

НСЗУ надала свої розрахунки і пропозиції стосовно потрібних змін до паспорта бюджетної програми до МОЗ. І зараз затвердження змін до паспорта бюджетної програми у повноваженнях МОЗ.

Після затвердження змін з боку Міністерства охорони здоров'я і погодження їх з Міністерством фінансів НСЗУ розпочне процес внесення змін в діючі договори з підвищеними тарифами на екстрену медичну допомогу та здійснить доплати за липень після підписання обома сторонами відповідних



змін до договорів.

НСЗУ зі свого боку зможе підписати договори з центрами ЕМД в одноденний термін.

Нагадаємо, що НСЗУ в надзвичайно швидкий термін уклала договори з 25 Центрами екстреної медичної допомоги на надання екстреної допомоги пацієнтам, а також на надання такої допомоги пацієнтам, хворим на COVID-19 та з підозрою на нього.

Загальна сума коштів, які центри ЕМД отримують за надання послуг з екстреної допомоги – 4,7 млрд грн. Станом на сьогодні, за період з квітня по липень НСЗУ вже виплатила центрам ЕМД понад 2 млрд грн. А за боротьбу з COVID-19 25 центрів екстреної медичної допомоги вже отримали понад 481, 4 млн грн (за квітень – майже 124 млн грн, за травень – майже 160 млн, за червень – понад 197,5 млн грн).

За матеріалами НСЗУ