



ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

Вересень 2020, № 8 (11)

ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ 2020

Фізичні терапевти з усього світу об'єднують свої зусилля у підвищенні обізнаності в суспільстві про важливий внесок цієї професії у відновлення та підтримку кожної окремої людини.

У 1996 році Всесвітня конференція фізичної терапії (WCPT) визначила 8 вересня Всесвітнім днем фізичної терапії. Адже саме в цей день в 1951 році 11 національних організацій фізичної терапії з Австралії, Канади, Данії, Фінляндії, Великобританії, Нової Зеландії, Норвегії, ПАР, Західної Німеччини, Швеції та Сполучених Штатів Америки заснували WCPT.

Перший міжнародний конгрес та другі загальні збори відбулися в Лондоні в 1953 році, де був обраний перший виконавчий комітет.

WCPT є єдиною міжнародною організацією з фізичної терапії, що об'єднує 112 організацій-членів та понад 350 000 фізичних терапевтів з усього світу. WCPT прагне просувати фізичну терапію та її важливу роль, яку вона відіграє у світі для поліпшення здоров'я і благополуччя.

WCPT заохочує впровадження високих стандартів досліджень, освіти та практичної діяльності у фізичній терапії.

У 2020 році Світова Конфедерація фізичної терапії змінила назву на Світова Фізіотерапія.

Всесвітній день фізичної терапії, це день коли фізичні терапевти пропагують професію з метою:

- ◆ Показати важливу роль, яку відіграє професія фізичного терапевта для підтримки здоров'я та благополуччя людей в усьому світі.
- ◆ Підвищити престиж професії.
- ◆ Провести кампанії від імені представників цієї професії та пацієнтів серед урядових та політичних осіб.

Цей день знаменує єдність та солідарність фізіотерапевтичного співтовариства в усьому світі. Це можливість визнати роботу, яку виконують фізичні терапевти для своїх пацієнтів та громади.

Світова Фізіотерапія має на меті підтримати організації-члени та окремих фізичних терапевтів у їхніх зусиллях з пропагування професії та підтримки



здоров'я у світі, використовуючи Всесвітній день фізичної терапії, як ключову подію.

В ЦЬОМУ ВИПУСКУ

Реабілітація після covid-19	2
НСЗУ пропонує виділити в окремий пакет лікування та супровід пацієнтів з онкогематологічними хворобами	3
«Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі» - роздуми практика раннього втручання	4 – 5
GMFCS - класифікація великих моторних функцій. Застосування у веденні випадків у педіатрії	6 – 7
Міжнародний день жестових мов відзначається 23 вересня	8

Вітаємо всіх фізичних терапевтів зі святом і бажаємо завжди досягати поставлених цілей!

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ COVID-19

Реабілітація та COVID-19

#worldptday
www.world.physio/wptday

Кампанія зосереджена на наступних ключових повідомленнях:

Вправи можуть відігравати важливу роль під час відновлення осіб при COVID-19

Вправи є важливою частиною вашого відновлення при COVID-19, відповідно до ваших потреб. Як експерт з руху та вправ, фізичний терапевт може порадишити вам, як вправи можуть допомогти:

- покращити **фізичний стан**;
- зменшити **задишку**;
- збільшити **м'язову силу**;
- покращити **рівновагу та координацію**;
- покращити ваше **мислення**;
- зменшити стрес та покращити **настрій**;
- збільшити **довіру** та покращити вашу **енергію**.

Намагайтесь бути як можна більш активним, щоб допомогти собі відновити силу та допомогти вашим легеням відновитись, а також не забувайте слідкувати за своїм прогресом.

Фізичні терапевти можуть порадишити людям, які вправи найкраще їм допоможуть при відновленні

Хоча це важливо для відпочинку, фізичні терапевти рекомендують вам регулярно виконувати короткі вправи, що є кращим ніж декілька тривалих сеансів.

Вправи для виконання:

- сісти, встати;
- крокування на місці;
- крок уверх на сходинку;
- хода;
- вставання на п'ятки, на носки;
- стояння на одній нозі;
- відтискання від стіни.

Ваше відновлення після важкої хвороби COVID-19

Люди, які мали важке захворювання на COVID-19 потребують реабілітації для відновлення після вентиляції/кисневої підтримки, тривалої іммобілізації та ліжкового режиму. Такі люди можуть страждати від:

- порушення **функції легень**;
- сильної **слабкості м'язів**;
- суглобової **скутості**;
- **втоми**;
- обмеження **мобільності** та можливості виконувати щоденні завдання;
- делирії та інших **когнітивних розладів**;
- важкості **ковтання** та спілкування;
- порушення **психічного здоров'я** та психосоціальної підтримки.

Фізична терапія може відігравати ключову роль у реабілітації людей, які мали важке захворювання на COVID-19 та перебували у лікарні чи інших закладах. Ці люди ризикують зіткнутися з (великими) обмеженнями фізичного, емоційного, розумового та/або соціального функціонування.

Фізичні терапевти мають вирішальне значення на ранніх та подальших етапах реабілітації для людей, які відновлюються від важкого COVID-19. Фізичні терапевти можуть допомогти з:

- раною **мобілізацією** та поверненням руху;
- простими **вправами**;
- поверненням до активності **повсякденного життя**;
- **відновленням** функції легень;
- менеджментом **задишки**;
- подоланням **втоми** та пошуку балансу між **активністю** та **відпочинком**.

Фізичний терапевт може допомогти вам виконати вправи, які включені у вашу активність та повертають вас до повсякденного життя.

Використовуючи телемедицину можна допомогти людям отримати доступ до фізичної терапії та менеджменту при COVID-19.

Переваги використання телемедицини для реабілітації:

- доступ з будь-якої точки;
- зниження ризиків перехресного зараження;
- заборона поїздок у випадках хвороби або обмеженого пересування;
- доступ до послуг фізичної терапії;
- знаходить час який вам підходить;
- розширює можливості людей стати незалежними;
- зменшує перебування у лікарні;
- керування довготривалими станами.

Коли використовують телемедицину?

Фізичні терапевти широко використовують телемедицину для підтримки та лікування пацієнтів під час пандемії COVID-19, включаючи: хронічне обструктивне захворювання легень, хронічна серцева недостатність, діабет другого типу; ревматизм, стани психічного здоров'я, стани опорно-рухового апарату, рак, післяопераційні стани.

Телемедицина може бути ефективною так само, як і звичайні методи надання медичної допомоги для покращення фізичної функції та зменшення болю у пацієнтів з порушенням діяльності опорно-рухового апарату.

www.world.physio/wptday

НА ЗАМІТКУ

**ПАМ'ЯТКА ВІД ВООЗ
ПІДТРИМКА ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ
ПОВ'ЯЗАНИХ З COVID-19 ЗАХВОРЮВАНЬ**



НСЗУ ПРОПОНУЄ ВИДІЛИТИ В ОКРЕМИЙ ПАКЕТ ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ

НОВИНИ МЕДРЕФОРМИ

Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ, в Україні у 2019 році було виявлено 3 454 випадки злоякісних захворювань лімфатичної та кровотворної системи.



Національна служба
здоров'я України

В Україні лімфому Ходжкіна щороку діагностують у близько 900 хворих. Усього на обліку перебуває близько 14 тисячі таких хворих. Цей показник є сталим - як у світі, так і в нашій країні. Інша картина щодо неходжкінської лімфоми, що нараховує 80 підтипів лімфом. Щороку в Україні діагностують понад 2 тисячі нових випадків таких видів лімфом. Їхня кількість щороку зростає. Загалом, згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ, в Україні у 2019 році було виявлено 3 454 випадки злоякісних захворювань лімфатичної та кровотворної системи.

Вчасне виявлення лімфоми та лікування збільшують шанси пацієнта на повне одужання. Ранніми симптомами захворювання є: безболісне збільшення лімфовузлів, нічна пітливість, різка втрата ваги, підвищення температури тіла, втомлюваність, кашель. При їх наявності слід звернутися насамперед до лікаря, з яким укладено декларацію. У випадку підозри на лімфому, він направить до медзакладу, в якому надають спеціалізовану медичну допомогу з діагностики та лікування онкологічних захворювань.

Очільник НСЗУ Андрій Віленський: «Наступного року НСЗУ пропонує виділити в окремий пакет послуги з діагностики, лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями, у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах. Пакет включатиме основні послуги: діагностика онкогематологічних та гематологічних захворювань, проведення лабораторних досліджень та інструментальної діагностики, за необхідності зі знеболенням, медикаментозне

лікування в амбулаторних та стаціонарних умовах, забезпечення лікарськими засобами відповідно до Національного переліку лікарських засобів, медичними виробами та витратними матеріалами в амбулаторних та стаціонарних умовах, медична допомога в умовах інтенсивної терапії, киснева підтримка, медреабілітацію в гострому періоді для запобігання ускладненням та забезпечення дієтичним харчуванням в стаціонарі».

Завідувачка науково-дослідного відділення хіміотерапії гемобластозів та ад'ювантних методів лікування НІР Ірина Крячок: «Лімфома Ходжкіна у більшості випадків виліковна. При першій стадії шанси на повне вилікування становить 90-95%, при третій-четвертій - 70-75%. Кожного року ми отримуємо новий препарат для лікування лімфоми. А це ще один крок для повного одужання таких пацієнтів. Ще 30-40 років тому діагноз «лімфома» був вироком. Хворі жили кілька років чи місяців. Зараз більшість хворих з лімфомою живуть десятки років або ж повністю одужують».

Голова «Асоціації допомоги людині з інвалідністю та пацієнтам з ХЛПЗ» Валентина Юрчишин: «Нашу організацію створено 14 років тому. І весь цей час ми завжди поруч з пацієнтом, у якого діагностували лімфому. Вони мають знати, вони не самотні. Наша асоціація надає психологічну, діагностичну, консультативну допомогу пацієнтам. Залучаємо лікарів різних фахів для проведення онлайн школи «Помічник пацієнта». Розуміємо, коли пацієнт обізнаний, лікування і одужання пройде успішніше. Ми хочемо донести до пацієнтів - лімфома не вирок».

НСЗУ

МОЗ У 2,5 РАЗИ ЗБІЛЬШИТЬ ТАРИФ НА ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ У 2021 РОЦІ

Новий тариф на наступний рік на надання екстреної медичної допомоги заплановано збільшити у 2,5 рази. Про це заявив міністр охорони здоров'я Максим Степанов під час щоденного брифінгу МОЗ.

«Зараз тариф становить 164 гривні, вже після підняття. До цього було 116 гривень. На наступний рік ми запропонували, щоб це було 412 гривень. Це у два з половиною рази більше від чинного тарифу. За нашими підрахунками, новий тариф буде покривати усі витрати на надання цієї медичної послуги», - сказав під час

брифінгу Максим Степанов. Він також пояснив, що сума, яка в місяць сплачується екстреній медичній допомозі, рахується так: кількість людей, яка проживає в місті, множиться на 164 гривні. Ці кошти йдуть на заробітну плату працівникам, пал'яне для машин екстреної медичної допомоги та медичні засоби, які знаходяться в каретах «швидкої». «Коли ми говоримо про підвищення тарифу на надання екстреної медичної допомоги, то треба встановити відповідні індикатори якості. Перший - час приїзду. Зараз лише 31% бригад доїжджають у

терміни, встановлені державою. На наступний рік ми закладаємо, що буде не менше 60%, у 2022 році - 75%, а на 2023 рік - не менше 85%. Також сюди входить маршрутизація пацієнтів. Наприклад, якщо є хворий з інфарктом чи інсульт, то його відразу повинні відвезти у ту лікарню, яка визначена для лікування цього хворого. Більш того, коли пацієнта везуть, то бригада екстреної допомоги повинна повідомити у лікарню, щоб відразу по прибуттю пацієнту почали надавати медичну допомогу, особливо у разі критичного стану», - повідомив Міністр.

МОЗ



ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

«БІЛА КНИГА З ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЄВРОПІ» - РОЗДУМИ ПРАКТИКА РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

Тримаю в руках чудову книгу, результат суперечок, аналізу і синтезу найкращих представників професії фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в Європі. Вчитуюся в кожен рядок Розділу 6 – Знання та навички лікарів ФРМ. Виділяю для себе те, що мене зачепило з різних причин, чи тому що вже застосовується у ранньому втручанні (РВ), чи що «варто взяти на олівець», чи тому що звучить контрверсійно для мене...

Дозволю собі розповісти про послугу раннього втручання, оскільки впевнена, що цей термін наразі не викликає однозначної картини у читачів.

Отже, Раннє втручання – це вже далеко не нова послуга у розвиненому світі для сімей, які виховують дитину з групи ризику чи інвалідністю віком від 0 до 4-х років. В основі РВ лежать наступні принципи.

Командність – послуга надається командою фахівців. Типовий склад: фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови та мовлення /логопед, психолог, лікар (може бути педіатр, невролог дитячий, психіатр дитячий, лікар ФРМ), соціальний працівник/фахівець соціальної роботи, адміністратор.

Зазначу, що команда РВ працює у парадигмі міждисциплінарності (тобто, максимальної узгодженості у наданні допомоги клієнту). Останнім часом впроваджується модель трансдисциплінарності (коли з сім'єю систематично, типово 1 раз на тиждень, зустрічається «первинний провайдер» - обраний командою найбільш доречний, згідно з запитами сім'ї, фахівець; команда ж надає підтримку первинному провайдеру). При такій організації члени команди мають можливість обмінюватися знаннями та формувати «широкий погляд на речі».

Дуже цінним у Білій Книзі (ст. 104) є визначення понять **реабілітації** («переважно пов'язана з дорослими» (далі усі цитати в лапках «...» взято з українського перекладу Білої Книги (Прим. автора) та **абілітації** («протигом зростання»). Таким чином, ця книга спонукає фахівців галузі грамотніше використовувати ці терміни. Адже безконечна «реабілітація» (наприклад, 12 курсів щороку) дитини, діагноз якої (наприклад, «ДЦП, спастична форма, GMFCS V») потребує усвідомленої «абілітації», додає спокуси батькам та суспільству нереалістично надіятися на «реабілітування» до уявної «норми». На це тратяться ресурси, на обмеженість і потребу обгрунтованого використання яких неодноразово вказується у Білій Книзі. Так само чітко окреслено, що лікар ФРМ повинен мислити у «функціональній» моделі Міжнародної Класифікації Функціонування (МКФ), зосереджуючи увагу не на хворобі, а на пацієнті. Таким чином, лікар ФРМ повинен зосереджуватися на 3-х цілях: 1- робота з індивідуумами, сприяння процесам репарації та компенсаціям (як внутрішнім, так і зовнішнім); 2 – робота з середовищем пацієнта (як тут «пасує» робота з опікунами дитини чи робота у приро-

Сім'єноцентрованість – команда працює не лише з дитиною, а з сім'єю (чи опікунами), від поведінки якої залежить траєкторія життя дитини. Клієнтом послуги є сім'я.

Природне середовище та використання повсякденних можливостей для розвитку при плануванні та реалізації послуги. Сучасна послуга РВ реалізується як регулярні візити фахівця у природне середовище перебування дитини (додому, на дитячий майданчик, у заклад дошкільної освіти тощо).

Функціональний підхід – в результаті надання послуги функціонування дитини та її сім'ї мало б максимально «нормалізуватися» (тобто, щоденне життя родини-клієнта мало б нагадувати типове життя сім'ї, яка виховує дитину з типовим розвитком того ж віку). Наприклад, суспільство очікує, що у віці 2-3-х років дитина буде мати можливість «соціалізації» - тобто, місця систематичної взаємодії у колективі інших дітей.

Послуга РВ за умови **реалізації перерахованих вище принципів** має достатні рівні доказовості для недоношених дітей та їх сімей [1], за наявності інтелектуальних [2] та моторних порушень [3] у дітей.

В Україні є досвід організації такої послуги в структурах секторів охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та громадських організацій. Отже...

дньому середовищі дитини!); 3 – робота з «індивідуальними проєктами» (а тут дуже доречно виглядає «програма переходу з Раннього втручання», коли команда з батьками свідомо працюють над проєктом «соціалізації» дитини – наприклад, в інклюзивному закладі дошкільної освіти). Підкреслюється, що, звичайно, бажаним є розвиток самостійного виконання дій пацієнтом для участі в діяльностях, проте, при неможливості досягнення цього, розвиток здатності до участі може спиратися на «соціальні втручання» та інклюзію (ст. 99). **Таким чином, абсолютно застарілою, згідно з Білою книгою, є модель роботи з клієнтом лише на рівні структур і функцій організму (!). Прогностична роль лікарів ФРМ** пов'язується у Білій Книзі з визначенням ними «потенціалу відновлення»; а **потенціал відновлення** пов'язується не лише з репарацією, але і з «індивідуальними факторами та факторами середовища». Це дуже важливо: при однаковому діагнозі у 2-х пацієнтів з однаковим рівнем репарації можуть бути різні потенціали відновлення (!), за умови проведеного аналізу індивідуальних факторів та факторів середовища, які можуть бути сприятливими або бар'єрними. Чи готові лікарі ФРМ в Україні аналізувати

«індивідуальні фактори та фактори середовища» та визначати «потенціал відновлення» кожного пацієнта? «За сучасного підходу...реабілітація повинна бути надана пацієнтам, які дійсно здатні поліпшити стан здоров'я ... з початком і закінченням втручання» (ст. 104). Логічно! А якщо це поліпшення пов'язано із впливом **лише на фактори середовища** – наприклад, підбір адаптованого візка, або візуальні підказки при плануванні? А якщо цю можливість впливу не побачив лікар ФРМ? З досвіду роботи у команді РВ, зазначу, що думати над «потенціалом відновлення» здатні і повинні не лише лікарі ФРМ, а усі фахівці команди, з фаховим аналізом «індивідуальних факторів та факторів середовища» пацієнта/дитини та сім'ї. Також не вказано, чи визначення «потенціалу відновлення» є актуальним при абілітації (думаю, що «так» - за замовчуванням). Однозначно існує проблема **обговорення прогнозу з пацієнтами/опікунами**, яка у цьому розділі виділена як «специфічна» для фізичної та реабілітаційної медицини. Смію зауважити, що знань у цій тонкій сфері бракує усім фахівцям міждисциплінарних команд.

Продовження на 5 стор.

1 «Early Intervention in Low Birth Weight Premature Infants: Results at 18 Years of Age for the Infant Health and Development Program», Marie C. McCormick, Jeanne Brooks-Gunn, ...; Pediatrics March 2006, 117 (3) 771-780; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1316>

«БІЛА КНИГА З ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЄВРОПІ» - РОЗДУМИ ПРАКТИКА РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ (ПРОДОВЖЕННЯ)

Тому, мабуть, актуальним є не лише «навчання лікаря ФРМ комунікаційним навичкам» (ст.105), а навчання усіх професіоналів правилам обговорення прогнозу. **Кожного професіонала команди** пацієнти/опікуни мають право запитати про прогноз – щодо кожної сфери роботи!

У Білій Книзі зазначено, що лікар ФРМ повинен використовувати «компенсаційні процеси для адаптації, абілітації та реабілітації» (ст. 100). Щодо адаптації, то надалі акцентується лише на руховій (виникає питання щодо актуальності використання процесів психологічної адаптації?).

«Лікар ФРМ є вчителем», «лікарі ФРМ та реабілітаційна команда є вчителями нових рухових та поведінкових стратегій». Дуже чудове глибоке визначення компетенції лікаря ФРМ! Проте надалі увага приділяється майже виключно руховому навчанню, з акцентом на пацієнтів після інсульту та ЧМТ. Залишається без відповіді, наскільки компетентним має бути лікар ФРМ у впровадженні поведінкових стратегій? Чи готовий він працювати з дітьми після ЧМТ, з наслідками у вигляді інтелектуальних, поведінкових (а не лише рухових) порушень? Наскільки глибоко він повинен володіти цими «поведінковими стратегіями»? З іншої сторони, як видно з цитати, вчителями повинні бути всі фахівці у команді. То чи ця компетенція є привілеєм лише лікаря ФРМ, чи вона все-таки є вимогою часу **для всіх фахівців**, які допомагають людям? («Не ловить рибку для голодного, а навчати його користуватися вудкою...»). Хочу зазначити, що однозначно всі фахівці команди РВ свідомо розбудовують свої здатності навчати (і один одного, і дітей, і батьків), до того, зараз мова йде про розвиток компетенції «коучингу» («коуч» - допомагає іншим людям досягнути конкретної цілі способом, який людині належить зрозуміти самотужки).

Дуже близькими до послуги РВ є описані в цьому розділі способи **«неявного»** (природного) навчання та **повторюваної практики**, що систематично використовуються при аналізі та роботі у щоденних діяльностях дня. Адже якщо фахі-

вць команди з батьками «побачать», як можна «розвитково» видозмінити годування, гру, комунікацію, прогулянку тощо, то дитина має шанс неявного природного повторюваного тренування.

Прикро, що цілі «відновлення функцій, поліпшення активності та зменшення обмежень можливості участі», що є «основними цілями фізичної та реабілітаційної медицини», «в першу чергу стосуються пацієнтів з руховими розладами» - ст. 100. Аналіз ситуації пацієнтів з когнітивними чи поєднаними порушеннями займає відчутно менше місця у цьому розділі Білої Книги. Таким чином, ця група пацієнтів ніби присутня (наприклад, у таблиці 1 – Приклади освітніх потреб при вибраних станах здоров'я, ст. 109, графа «Стани з когнітивними порушеннями (напр. деменція, НЧМТ, психічна затримка)»), проте є відчуття, що знання про цю цільову групу не є в обов'язковій компетенції лікаря ФРМ. В контексті ж послуги РВ особливо важливо, щоб лікар (як би він не називався – ФРМ, педіатр, дитячий невролог) мав холистичні базові знання по всіх сферах розвитку/функціонування дитини, тому що кожна зі сфер може вплинути на вибір **стратегій навчання дитини**.

«Управлінські навички: лікарі ФРМ – це менеджери людей та ресурсів; вони керують пацієнтами та їх доглядачами, навчають та дозволяють їм досягти максимально можливої участі..., вони очолюють команду з метою зробити її кращою заради пацієнта...» (ст. 97). Як на мене, звучить занадто формально та прямолінійно (можливо, це похибки перекладу?); не відчувається цінності команди, а формальне очолення команди лікарем точно не означатиме автоматично кращий результат для пацієнта. Зауважу, що є, наприклад, позитивний досвід, коли роль керівника команди РВ з успіхом виконували як лікар, так і фізичний терапевт, психолог чи терапевт мови та мовлення (при наявності добрих лідерських якостей). Зрозуміло, що якщо реабілітаційна команда працює в секторі охорони здоров'я, то лікар природніше виглядає у ролі керівника. А якщо команда працює в секторі соціального захисту, і тим більше з пацієнтом не у «гострій» фазі інциденту зі здоро-

в'ям? Там взагалі доречнішим виглядатиме фахівець соціальної роботи, який може вирішувати труднощі пацієнта у «хронічній, залишкової» фазі перенесеного інциденту...

Дуже актуальним натомість є твердження про необхідність навчати лікарів ФРМ бачити ситуацію та свідомо діяти **на макро-, мезо- та мікрорівнях** (ст. 106). Також слушною є думка про те, що загальної менеджмент пацієнта виходить за рамки простого менеджменту всередині закладу; це точно перегукується із завданням РВ свідомо **будувати мережу** задля спроможності надавати адекватні потребам клієнта послуги. Лише зазначу, що мережу варто будувати усім членам команди, а не лише лікарю ФРМ на рівні управлінських рішень. Окрім того, точно необхідна політична воля «верхів» для роботи на мезорівні (особливо якщо це стосується міжгалузевої взаємодії) щодо для реалізації таких амбітних цілей лікарів ФРМ та команд.

«Комунікативні навички (включаючи інформування та навчання пацієнта)» (ст. 107) – беззаперечно необхідна навичка для лікаря ФРМ (рівно ж як і для фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови та мовлення, психолога, соціального працівника та адміністратора). Точно ці навички потрібні УСІМ фахівцям команди – як для ефективного обміну всередині команди в інтересах клієнта, так і для ефективної роботи з самим клієнтом. Адже **кожен з фахівців** комунікує з пацієнтом та його опікунами протягом індивідуальних консультацій, або ж на групових «школах». Тому, виглядає, розвиток ефективних навичок комунікації стає вимогою часу для всіх професіоналів у сфері реабілітації, для можливості переведення «складних» розмов у більш продуктивне русло.

Отже, Біла Книга українською мовою дарує нам чудову можливість по роздумувати над розвитком реабілітаційної та абілітаційної допомоги в Україні та над своїми особистими компетенціями!

Тетяна Мішук

лікар-невролог дитячого відділення раннього втручання, заступник директора з медичної реабілітації КРУЗТ ЛМЦР Джерело, Львів

2« Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism», Jessica R. Steinbrenner, Kara Hume,...; National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team <https://ncaep.fpg.unc.edu/sites/ncaep.fpg.unc.edu/files/imce/documents/EBP%20Report%202020.pdf>

3 «State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy», Iona Novak, Catherine Morgan...; Pediatric Neurology (WE Kaufmann, Section Editor). Published: 21 February 2020 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11910-020-1022-z>

ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

**GMFCS - КЛАСИФІКАЦІЯ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ
ФУНКЦІЙ. ЗАСТОСУВАННЯ У ВЕДЕННІ ВИПАДКІВ
У ПЕДІАТРІЇ**

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) найпоширеніший неврологічний діагноз у дітей, який характеризується рядом різних клінічних проявів. Його поширеність коливається від 1,9 до 3,6 випадків на 1000 новонароджених. ДЦП описує групу розладів руху та постави, які обмежують щоденну діяльність. Вони викликані непрогресивним процесом в наслідок ураження мозку дитини під час його розвитку або протягом перших двох років життя. Це ураження може призвести до спастичності, дистонії, м'язових контрактур, зменшення сили м'язів, порушення координації і як наслідок – порушується здатність контролювати рухи. Результати обмежень активності можуть впливати на здатність утримувати та змінювати положення тіла, виконувати точні рухи руками. Порушення моторики часто супроводжується порушенням мовлення та спілкування, навчання, а також здатності їсти та пити.

Що може спричинити розвиток дитячого церебрального паралічу? На сьогодні існує багато «білих плям» у наших знаннях про причини ДЦП. Загалом вважають, що розлад може настати від багатьох видів ушкоджень: тих, що сталися перед народженням, під час і після народження.

До найрозповсюдженіших зараховують:

- недоношеність та низку масу тіла;
- нестачу кисню (гіпоксію) під час внутрішньоутробного розвитку, пологів або відразу після народження;
- пошкодження головного мозку дітей через травму чи крововилив у мозок;
- вплив хімічних речовин та шкідливих звичок матері під час вагітності;
- вірусні та інфекційні захворювання матері та плоду під час вагітності;
- генні мутації.

Важливо зрозуміти, що ці фактори підвищують ризик виникнення ДЦП, але не обов'язково призводять до його появи.

Традиційно, ДЦП класифікували за допомогою комбінації типу тону та локалізацією ураження. **Залежно від порушень м'язового тону, виділяють чотири основних форми: спастична, дискінетична, атактична та змішана.**

При **спастичних формах ДЦП** тону м'язів підвищений, вони постійно у стані скорочення, що ускладнює діяльність. Ця форма церебрального паралічу є найбільш поширеною і складає 80 % усіх випадків.

Дискінетична форма характеризується неконтрольованою руховою діяльністю (рук, ніг, тулуба). Це створює труднощі з сидінням та ходьбою. Іноді уражаються м'язи обличчя і язик, що призводить до проблем із ковтанням та мовленням.

Атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Це проявляється під час ходьби, швидких рухів і діяльності, яка передбачає координацію та залучення рук. Наприклад, заціпання гудзиків чи письмо.

При **змішаних формах** проявляються одночасно симптоми різних типів і неможливо відділити ознаки тільки одного з них.

За ураженими частинами тіла розрізняють: *геміплегію* – ураження кінцівок з одного боку тіла; *диплегію* – ураження всього тіла, але більше – нижніх кінцівок; *тетраплегію*, або *тетрапарез* – ураження тулуба та усіх кінцівок.

При описі важкості ураження застосовуються терміни легка, середня і важка форма. Усі ці терміни не можуть описати як дитина функціонує, які має можливості бути активною та залученою до щоденної діяльності. Якими б простими й зрозумілими не виглядали ці системи класифікації, вони є ненадійними, адже дві дитини з діагнозом спастична диплегія будуть функціонувати по-різному, мати різні навички, здібності та продуктивність діяльності. Батьки цих дітей і фахівці які працюють з ними не завжди будуть мати узгоджену думку щодо класифікації форми ДЦП, застосовуючи такі класифікації. Очевидно, що тут буде виникати проблема, якщо метою класифікації є підтримка у прийнятті рішень стосовно допомоги дитині та сім'ї щодо догляду та навчання.

Протягом останніх 20 років клініцисти та дослідники створили класифікаційні системи, використовуючи просту порядку систему оцінки функціональної спроможності, що дозволяє терапевтам, лікарям та батькам мати універсальну мову при обговоренні та веденні випадків. Ці класифікаційні системи використовують загальну мову для опису функціонування. Вони не описують покращення функцій та не оцінюють причин виникнення. На сьогодні існують та застосовуються чотири загальноприйняті стандартні класифікаційні системи, які застосовуються у визначенні рівнів функціонування при ДЦП: система класифікації великих моторних функцій (GMFCS), система класифікації функцій руки у дітей з ДЦП (MACS), система класифікації функцій комунікації (CFCS) та система класифікації можливості їсти та пити (EDACS). Ці системи стандартизовані, надійні та доповнюють одна одну.

Система класифікації великих моторних функцій (GMFCS) є найвідомішою із функціональних класифікаційних систем для ДЦП. На сьогодні ця система є загальноприйнятим світовим стандартом та перекладена багатьма мовами світу. Це система оцінювання, створена для опису великих моторних функцій дітей та молоді з ДЦП. Вперше описана у 1997 р. співробітниками Канадського університету МакМастер (MacMaster University). Вона була розроблена для застосування до дітей віком 2-12 років, пізніше у 2007 році GMFCS було переглянуто та розширено, щоб включити вік 12-18 років та розширити опис функціональних можливостей дітей на усіх рівнях, враховуючи при цьому віхи розвитку. Розширення вікового діапазону до 18 років пов'язане з дослідженнями, які наводять дані про зменшення рухової активності у дітей після 12 річного віку, виникнення контрактур і деформацій, сповільненням формування нових функцій та навичок.

Продовження на 7 стор.

GMFCS - КЛАСИФІКАЦІЯ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ. ЗАСТОСУВАННЯ У ВЕДЕННІ ВИПАДКІВ У ПЕДІАТРІЇ (ПРОДОВЖЕННЯ)

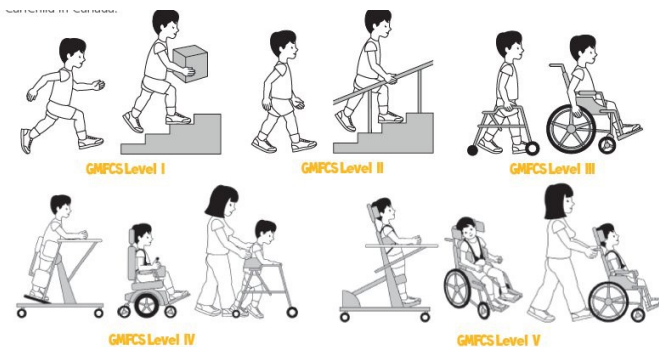
Закінчення. Початок на 6 стор.

Класифікація великих моторних функцій (GMFCS)

- п'ятирівнева класифікаційна система;
- на основі самостійних рухів дитини; особлива увага надається сидінню, ходьбі та використанню допоміжних засобів (ходунків, милиць, паличок, крісел колісних) для мобільності під час щоденної діяльності;
- застосовується лише для дітей з ДЦП;
- використовується для дітей віком від 1 до 18 років. Для кожного рівня класифікації є окремий опис для різних вікових груп (до 2 років, від 2 до 4, від 4 до 6, від 6 до 12 та від 12 до 18 років);
- не використовується для немовлят віком до 1 року;
- не використовується для вимірювання результатів.

За класифікацією великих моторних функцій усі діти з ДЦП за своїм моторним функціонуванням можуть бути поділені на п'ять груп, які відповідають п'яти рівням. «Рівню I» відповідають діти, які можуть ходити без обмежень, але не справляються зі складнішими моторними завданнями, «Рівню V» відповідають діти з дуже обмеженими можливостями самостійного пересування навіть з допоміжним обладнанням. Назви рівнів відповідають способам пересування, який є найбільш характерним для дитини віком після 6 років:

- Рівень I - Хода без обмежень.
- Рівень II - Хода з обмеженнями.
- Рівень III - Хода з допоміжними засобами.
- Рівень IV - Самостійне пересування обмежене.
- Рівень V - Самостійне пересування неможливе.



Розглянемо застосування GMFCS відповідно до конкретного випадку.

Миколка – п'ятирічний хлопчик, який любить ходити до дитячого садка. Йому було встановлено діагноз ДЦП, спастична диплегія, GMFCS III рівень. Що це означає?

Знаходимо опис у класифікації. GMFCS III рівень, вікова група від 4 до 6 років: діти сидять на звичайному кріслі, але потребують фіксації тазу для підвищення можливості використання рук. Можуть самостійно сідати та вставати з крісла підтягуючись руками та опираючись на стійку поверхню. Можуть ходити по рівній поверхні з допоміжними засобами, піднімаються по сходах за допомогою дорослих. При пересуванні на довгі відстані та по нерівній поверхні дитину здебільшого транспортують у візку. Опис рівня дає можливість побачити моторну активність

дитини протягом дня. За допомогою GMFCS ми кажемо, що «Миколка - хлопчик з GMFCS III рівня» і ми одразу можемо собі уявити як він рухається та якими є його моторні можливості протягом дня в дитячому садочку, вдома та у громаді.

Відповідно до класифікації було укладено протоколи менеджменту та догляду для дітей з ДЦП. Наприклад, складений на основі фактичних даних протокол менеджменту кульшових суглобів для кожного рівня GMFCS та інші.

Як ми можемо класифікувати функціональні моторні можливості дитини з ДЦП? У наведеному прикладі Миколці п'ять років. Ми знаємо, що він використовує ходунки для пересування вдома та у приміщенні дитячого садка та крісло колісне під час пересування на ігровому майданчику. Під час довгих прогулянок, дорослий везе його у візку. Подивившись до інструкції користувача, знаходимо розділ від 4 до 6 років, дивимось, який розділ найбільш відповідно описує функціонування Миколки у його повсякденному середовищі. У цьому випадку, він вписується у рівень GMFCS III.

GMFCS є простим та швидким інструментом, який сприяє використанню єдиної мови у спілкуванні між професіоналами та з батьками. Розширена версія класифікації співзвучна з Міжнародною класифікацією обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ) та фокусується на типовій поведінці дитини вдома, в закладах освіти, середовищі.

Чи будуть моторні можливості Миколки завжди класифіковані як III рівень? Не обов'язково. Хоча часто стабільний у часі, іноді рівень класифікації змінюється. В практиці зустрічаються діти, можливості яких відповідають і III, і IV рівням. Деякі роки їх функціонування є на III, а деякі на IV рівні. Це багато в чому пов'язане з менеджментом спастичності, щоденною активністю та залученістю дитини, моніторингом під час стрибків росту, підтримкою мотивації та фізичною терапією. Перед прийняттям рішень стосовно варіантів терапії, догляду чи менеджменту кульшових суглобів, підбору ортезів та адаптаційного обладнання для стояння і пересування передбачають регулярне тестування рівня GMFCS. Класифікація займає лише декілька хвилин, якщо ви добре знаєте дитину, якщо ж ви не знайомі з дитиною, то 15-20-ти хвилинного спостереження буде достатньо для завершення класифікації. Для використання класифікації не потрібно спеціального навчання. Вистачає уважно ознайомитися з інструкцією користувача. До того, дослідження показали, що батьки дітей віком від 6 до 12 років можуть точно класифікувати своїх дітей. GMFCS є надійним, достовірним і простим у використанні клінічним інструментом, який можна застосовувати як у медичних, так і в інших установах, які надають послуги дітям з ДЦП. Використання GMFCS покращує спілкування між надавачами послуг та батьками, посилює фокус на функції, допомагає встановлювати реалістичні цілі та планувати якісне втручання. Це також дає можливість застосовувати науково обґрунтовані практики, допомагає розподілу ресурсів та забезпечує постійну компетентність лікарів, терапевтів і батьків. Оптимізація реабілітаційного менеджменту дітей з ДЦП буде реалізована шляхом продовження інтеграції GMFCS у всі аспекти практики.

Маріна Глухоцька,
практикуючий фізичний терапевт

Використані джерела:

<https://www.canchild.ca>

http://www.reha.lviv.ua/fileadmin/articles/GMFCS_ukr.pdf

ДЕНЬ ЖЕСТОВИХ МОВ

Щороку 23 вересня відзначається Міжнародний день жестових мов, який є важливою подією в житті людей з вадами слуху



121

жестова мова існує у світі

В більшості країн світу вони мають офіційний статус: існують британська жестова мова, американська, австралійська, французька і т.д.

ДАТИ

23 вересня 1951 року
У Римі була заснована Всесвітня федерація глухих (ВФГ), яка налічує об'єднане понад 70 мільйонів глухих людей у всьому світі та 135 національних асоціацій глухих.

1958 рік
За ініціативи ВФГ було засновано Міжнародний тиждень глухих, який відзначають наприкінці вересня

19 грудня 2017 року
72-га сесія Генеральної Асамблеї ООН запровадила Міжнародний день жестових мов

понад 250

тисяч українців спілкуються українською жестовою мовою

**ЦІКАВО**

- Між жестовою мовою та мовою жестів існує величезна різниця. Мова жестів знайома кожному, адже ми жестикулюємо під час розмови (окей, супер, так, ні та інші). Жестова мова – повноцінна мова, де слова зображуються за допомогою жестів.
- У жестовій мові немає розділових знаків, а акценти розставляються інтуїтивно або за допомогою більшій експресивності. Кратка – пауза після речення. Знак оклику – емоції на обличчі. Знак питання – також емоції, або ж жест.
- Носії жестової мови спілкуються короткими реченнями. Кожне слово артикулюється. Існують жести, які подібні між собою, і лише артикуляція здатна відрізнити їх один від одного.

ВАЖЛИВО

- Жестові мови є майже незалежними від «звучових» і розвиваються самостійно. Схожі в звуковому варіанті мови, такі як британська, англійська та американська англійська або австралійська та німецька у жестовому варіанті зовсім не схожі.
- Для спілкування між глухими людьми з різних країн світу було створено міжнародну жестову систему – джестуно. В ній переважають англійські жестові мови, а от азійські, африканські і південноамериканські мови глухих не увійшли взагалі.
- Джестуно використовують як у неформальній обстановці, так і на офіційних заходах, наприклад, при проведенні Дефлімпійських ігор (спортивні змагання людей з вадами слуху).
- Жестова мова спрощена: багато слів неперекладні, а також багато прийменників та прислівників оминаються.
- Для того, щоб показати більшість жестів, потрібно використовувати обидві руки. Носії мови мають свою спрощену версію мови на випадок, якщо руки зайняті.

© 2020 Українформ. Усі права захищені. У разі використання матеріалів посилання обов'язкове. www.ukrinform.ua
Джерело: naiu.org.ua, peshkiv.ua, zvidnaiu.in.ua, tut.by

УКРІНФОРМ

Міжнародний день жестових мов відзначається 23 вересня

Його проголошено Резолюцією Генасамблеї ООН у грудні 2017 року.

Пропозиція про проголошення Міжнародного дня жестових мов надійшла від Всесвітньої федерації глухих – організації, що нині об'єднує 135 національних асоціацій глухих, і захищає права близько 70 мільйонів глухих по всьому світу.

Дата 23 вересня була обрана на відзначення створення цієї федерації в 1951 році.

Жестові мови – це повноцінні природні мови, що відрізняються від розмовних мов. Існує також міжнародна мова жестів, яка використовується глухими людьми на міжнародних зустрічах, а також під час поїздок і особистого спілкування. Вона вважається основною формою жестової мови, яка не така складна, як природні жестові мови знаків, і має обмежений лексикон.

Резолюція, яка проголошує Міжнародний день жестових мов, підтверджує, що ранній доступ до мови жестів і послуг мовою жестів, включаючи якісну освіту, має життєво важливе значення для зростання і розвитку глухої людини. Крім того, цей документ визнає важливість збереження жестових мов як елемента мовного та культурного розмаїття.

В більшості країн світу жестові мови мають офіційний статус: британська жестова мова, американська, австралійська, французька і т.д. Всього у світі 121 жестова мова.

Понад 250 тис. українців спілкуються українською жестовою мовою.

За матеріалами Укрінформ