

ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

Березень 2021, № 3 (17)

У ПРОГРАМІ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ ЗБІЛЬШЕНО ТАРИФ НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ З РЕАБІЛІТАЦІЇ

На медичну реабілітацію у бюджеті Програми медичних гарантій-2021 передбачено понад 1,8 мільярда гривень.

З 1 квітня тариф становитиме 7 тисяч 729 гривень.

У Програмі медичних гарантій медичну реабілітацію виділили в окремий напрям. І вперше передбачили на цей вид допомоги окремий бюджет. Ця медична послуга покликана допомогти людині у відновленні порушених чи втрачених фізичних навичок, та пристосуватися до нових умов життя після лікування.

На медичну реабілітацію у бюджеті Програми медичних гарантій-2021 передбачено понад 1,8 мільярда гривень.

Тариф на медичну реабілітацію у Програмі медичних гарантій на цей рік збільшено на 1 175 гривень. З 1 квітня він становитиме 7 тисяч 729 гривень. Тариф визначається як глобальна ставка на місяць, яка враховує кількість пацієнтів, яким була надана відповідна медична допомога у минулому році. Через карантинні обмеження у 2020 році і, відповідно, зменшення кількості пацієнтів, до тарифу застосовуватиметься коригувальний коефіцієнт.

Медичну послугу з реабілітації при захворюваннях у підгострому та відновному періодах пацієнти можуть отримати за трьома пакетами у 249 медичних закладах, 4 з яких приватні.

Зокрема, 212 медзакладів надають послуги з медичної реабілітації пацієнтам із ураженням нервової системи. 223 медзаклади надають такі послуги пацієнтам з

ураженням опорно-рухового апарату. Немовлятам, які народилися передчасно, або з різними захворюваннями, впродовж перших трьох років життя надають медичну реабілітацію в 63 медзакладах.

Станом на сьогодні, НСЗУ виплатила медичним закладам понад 1 мільярд 400 мільйонів гривень за надання пацієнтам послуг з медичної реабілітації.

ТОП-3 заклади за розміром оплат: поліклінічне об'єднання міської ради міста Кропивницького – майже 58 млн грн, Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання – понад 48 млн грн та консультативно-діагностичний центр Голосіївського району міста Києва – понад 41 млн грн.

Послуги за цими пакетами надають як стаціонарно так і амбулаторно. Варто зазначити, що реабілітацію пацієнтів у гострому періоді захворювання передбачено в пакетах послуг, які надаються в стаціонарі.

За Програмою медичних гарантій пацієнт отримує безоплатно такі послуги з медичної реабілітації – огляд та консультації, формування індивідуальної програми реабілітації, моніторинг стану пацієнта, консультації лікарів інших спеціальностей, послуги з медичної реабілітації та навчання пацієнтів та їхніх доглядачів особливостям догляду за людиною, запобіганню можливих ускладнень.



В ЦЬОМУ ВИПУСКУ

Як не прогавити перші ознаки аутизму у дитини	2 – 3
Чи засоби реалізують мету	4 – 5
Менеджмент фізичної терапії після перелому в ділянці шийки стегна в осіб старше 65 років	6 – 7

Щоб отримати безоплатно медичну реабілітацію, пацієнт має, насамперед, звернутися до лікаря, з яким укладено декларацію. Він за необхідності виписує направлення на отримання послуги з медичної реабілітації. Далі – отримати направлення лікуючого лікаря, який може спрямувати пацієнта на медичну реабілітацію за потреби.

Це є значним фінансовим тягарем для таких пацієнтів та їхніх родин.

За матеріалами НСЗУ



ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

ЯК НЕ ПРОГАВИТИ ПЕРШІ ОЗНАКИ АУТИЗМУ У ДИТИНИ

2 КВІТНЯ - ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ ПОШИРЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО АУТИЗМ

Багато років на питання, коли вперше були помічені проблеми розвитку, батьки давали одну відповідь із двох: "наша дитина нормально розвивалась до року, а потім відбувся регрес" або ж "я із самого початку відчувала, що з малюком щось не так, але інші казали, що я істерична мати". Нині ситуація покращується і таким дітям швидше ставлять правильний діагноз. Про це розповіли докторка Ханна Алонім, експертка та дослідниця дитячого спектру аутизму, засновниця та керівник Центру лікування та навчання "Міфне" в Ізраїлі та директорка столичного садка для дітей з особливостями розвитку "Дитина з майбутнім" Наталія Стручек.

Більшість мам інтуїтивно відчувають немовлят і дослухаються до них. Довгі очікування остаточного діагнозу в багатьох випадках призводять до втрати вікна можливостей. Також важливо враховувати, що занепокоєна мати передає стрес дитині, і це створює коло, яке тільки погіршує ситуацію.

Перші ознаки, які можуть свідчити про аутизм

Відсутність прямого зорового контакту з людьми, але є контакт очей із предметами. Дитині з аутизмом не важко дивитися на предмет, але вона відчуває значні труднощі при безпосередньому зоровому контакті з людьми.

Надмірна пасивність. Відсутність плачу, мінімальна рухливість, брак інтересу до оточення. Часто здається, що дитині комфортно, адже вона не демонструє ознак переживань або голоду. Може спати цілу ніч протягом перших місяців життя, також не виявляє ніякої цікавості до свого оточення.

Відсутність реакції на голос або присутність батьків: не повертає голову, коли називають ім'я, немає посмішки чи лепету. Слід розрізнити недостатню реакцію на голос або відсутність реакції на присутність батьків. Навіть якщо дитина не чує, вона завжди відреагує на присутність батьків.

Затримка моторного розвитку – пізні повзання, ходьба, гіпотонус. Є діти в зоні ризику, чий руховий розвиток є відповідним, проте часто в немовлят спостерігається гіпотонус – низький рівень м'язового напруження.

Надмірна активність: безперервний плач відсутність фізичного спокою (і це не пов'язано з будь-якою медичною причиною). Іноді немовлята, які здаються пасивними впродовж першого року, стають активними на другому році життя.

Відсутність апетиту або відмова від їжі. У багатьох випадках ці проблеми можна побачити вже в перші місяці життя.

Прискорений ріст окружності голови у порівнянні з початковою величиною – деякі немовлята народжуються з нормальною окружністю голови, але впродовж двох років вона швидко росте.

Відмова від дотику батьків: вигинання тіла назад або скорочення тіла. Деякі немовлята відчувають сенсорні перевантаження, тому уникають будь-якого фізичного контакту. Очевидно, це викликає сильні переживання батьків. Але важливо пам'ятати, що цим дитина демонструє не відмову від них, а складнощі з тактильним сприйняттям.

“ Кожна із вищезазначених ознак може вказувати й на інший розлад, не пов'язані з аутизмом. Тому насамперед потрібно проводити медичні огляди, щоби виключити інші причини. Після цього, якщо два із зазначених симптомів зберігаються впродовж тривалого часу, потрібно дослідити можливість порушення контакту та розвитку спілкування”. -Ханна Алонім

Як часто батьки дитини з аутизмом звертаються до лікаря пізніше, ніж потрібно

Ніхто не хоче, щоб в його дитини був розлад. Іноді ми чуємо від батьків, що проблему помічали, але намагалися не думати про погане, сподіваючись, що малюк переросте. Таке несприйняття притаманне 20% опитаних батьків.

Тести лікарів є важливими, але не варто очікувати, що вони можуть виявити проблему спілкування (якщо вона не є надзвичайно серйозною та очевидною) під час одного короткого візиту. Батьки, які відчувають щось нетипове в розвитку дитини, повинні звернутися до педіатра. Також слід пам'ятати: навіть якщо лікар розвіяв сумніви, повторний огляд дитини через короткий проміжок часу все ж є доцільним. Дорослі мають відстоювати свої права на консультації з фахівцями в цій галузі.

Продовження на 3 стор.

ЯК НЕ ПРОГІВТИ ПЕРШІ ОЗНАКИ АУТИЗМУ У ДИТИНИ (ПРОДОВЖЕННЯ)

ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

Закінчення. Початок на 2 стор.

” Коли дитина не контактує очима або не проявляє інтересу до оточення, спершу необхідно виключити медичні проблеми (зір та слух). Після виключення цих можливостей, потрібно розглянути тестування на ризик РАС. Часу, який можна виграти завдяки ранній діагностиці, іноді може мати вирішальне значення для подальшого розвитку дитини. **Це вікно можливостей!**».

Діагностика аутизму в інших країнах

Останніми роками спостерігається значне зниження віку, в якому діагностується аутизм. Ізраїль – лідер у цій справі.

Зазвичай такий розлад там виявляють у віці від 12 до 20 місяців. Діагностувати порушення у немовлят не пізніше 18 місяців – це найважливіше. Обстеження на такій стадії може вказати тільки на підозру ризику розвитку аутизму, оскільки в цьому віці ознаки ще не чіткі, і діагноз варто розглядати з обережністю.

Як працює модель раннього втручання в Ізраїлі

В Ізраїлі є кілька організацій, що займаються аутизмом. Корекційну роботу тут проводять Центри денного догляду від 1 до 3 років, а пізніше "дитячі садки для спілкування" для старших дітей, у яких вони отримують різну терапію: логопедія, ерготерапія, фізична терапія тощо.

” Центр "Міфне" спеціалізується на лікуванні немовлят віком до двох років, у яких діагностований спектр аутизму. Програма лікування фокусується на повному діапазоні компонентів розвитку дитини: фізичному, сенсорному, руховому, емоційному та когнітивному аспекті за допомогою Взаємної Ігрової Терапії. Це метод, розроблений у Центрі "Міфне" для мотивації та стимулювання вдосконалення здібностей немовлят займатися та спілкуватися з оточенням із цікавістю та задоволенням.

Зважаючи на те, що батьки є головним ресурсом дітей і сприяють їхньому розвитку на найважливіших ранніх стадіях, програма охоплює всю сім'ю. Терапевтичний підхід цілісний і поєднує медичний, біологічно-психічний, соціально-психологічний та екологічний аспекти. Батьки залучені повністю та навчені терапевтичним процесам своїх дітей, аби підтримувати та застосовувати їх у повсякденному житті.



“ Лікування саме в грудному віці є дуже ефективним через пластичність мозку у цей період. Найбільш прискорений ріст нейронів у мозку відбувається саме в перші вісімнадцять місяців життя. Ці нейрони вбудовані в складну систему клітинних зв'язків, яка контролює сенсорно-емоційно-когнітивну регуляцію немовлят”- Ханна Алонім.

Яка ситуація в Україні

В Україні теж можна розпочати ранню корекцію розвитку дітей з особливостями розвитку, у тому числі – з аутизмом, з 1 року. Столичний дитсадок "Дитина з майбутнім" вже має практику такої корекції.

За її словами, нині українці вже більше знають про аутизм та інші розлади, не ховають дітей, а намагаються вчасно їм допомогти. Якщо раніше в дитсадок приводили дітей ближче до шкільного віку, то зараз звертаються у віці 2-3 років. Зокрема, збільшилась частка дворічних вихованців.

За даними графіків розвитку, в середньому дитина:

- від 1 до 2 років за умов комплексної системної 6-місячної роботи покращує свої навички самообслуговування, соціальних відносин, дрібної моторики та імітації на 400%;
- від 3 до 4 років покращує ті ж самі навички на 200%;
- від 5 до 6 років – на 70-80%.

Вона закликала батьків спостерігати за своїми дітьми, знати, які навички й в якому віці вони повинні мати, і за будь-яких підозр обов'язково звертатись до спеціалістів. Чим раніше допомога буде доступна дитині, тим більше шансів виправити ситуацію без наслідків.

[www. healthy.24tv.ua](http://www.healthy.24tv.ua)

ВАШЕ ЗДОРОВ'Я**ЧИ ЗАСОБИ РЕАЛІЗОВУЮТЬ МЕТУ?**

Сьогодні розглянемо з вами дуже цікаву тему методів пасивної реабілітації дітей з церебральним паралічем (ЦП), які набули дуже великої популярності у нашій країні й не тільки. Одним з таких методів є реабілітація за допомогою комплексу Lokomat. Ні для кого не є новиною, що увесь цивілізований світ працює за моделлю Міжнародної Класифікація Функціонування (МКФ) і Україна теж хоче бути частиною цього процесу та активно розвивається у цьому напрямку.

Одним із ключових факторів ефективного підходу до реабілітації є компонент участі та діяльності дитини. Пристрій Lokomat, який керує процесом пасивної ходьби та високим рівнем роботизації дає нам нижчі рівні показників м'язової активності (3), навіть у порівнянні з ходьбою на біговій доріжці (5). Ходьба під керівництвом Lokomat знижує момент участі та діяльності дитини у процесі та перенесенні цієї функції у побут та повсякденне життя. Результати досліджень вказують на те, що прогулянка в Lokomat строго керується так званою еталонною кінематичною схемою, і в результаті нам показує менш активну участь окремих груп м'язів у певних фазах ходьби дітей з ЦП ніж, наприклад тренування ходьби на біговій доріжці (1, 2).

Також і висока стабільність, яку Lokomat забезпечує під час повного керування, знижує вимоги до виконання задачі та природної амортизації під час ходьби. Але є дослідження коли керування Lokomat було знижено до 50%, та ефект був непомітним (тестувалося на людях, які перенесли інсульт) (6).

Декілька пояснень можуть дати вам зрозуміти відсутність ефектів від роботизованого управління Lokomat:

- ⇒ з мінімальними налаштуваннями 50% для важливих локомоторних задач, такі як підтримка і контроль повороту, пацієнти й надалі значною мірою покладаються на підтримку Lokomat.
- ⇒ можливість пацієнта використовувати так звану кінематичну свободу, яка у нього є, може залежати від його здатності автономно (без Lokomat) генерувати свою власну активність, що пояснює, чому найбільший ефект у дослідженнях мали здорові люди(4) що ходять, ніж неврологічні пацієнти.

Все насправді дуже просто, активний вклад нашого пацієнта у процес реабілітації являється ключовим компонентом моторного навчання (7,8), та ключовою засадою у структурі МКФ.

Можна наводити ще безліч прикладів та досліджень, де буде вказуватись менша ефективність Lokomat у порівнянні з іншими менш дорогими тренуваннями ходьби, або його дуже низька перевага в ефективності, яка є клінічно не значущою, його вплив на амплітуду чи активний м'язовий компонент. Адже нашою метою як фахівців є максимальне залучення дитини та її сім'ї до процесу реабілітації, а не трактування пацієнта з огляду пасивного отримувача послуг чи процедур.

Продовження на 5 стор.

**НА ЗАМІТКУ****СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД
ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ З ДЦП:
СТАН ДОКАЗІВ**

БЮЛЕТЕНЬ «ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ», ВИПУСК 3, СТОР. 6-7.

ЧИ ЗАСОБИ РЕАЛІЗОВУЮТЬ МЕТУ? (ПРОДОВЖЕННЯ)

Це напевно також безпосередньо пов'язано із рівнем соціального благополуччя країни, доступністю середовища та якістю послуг, забезпеченням відповідними технічними засобами реабілітації, та ще багатьох факторів.

І коли базові потреби наших дітей будуть забезпечені і вони матимуть можливість брати активну участь у житті громади, відвідуючи дитячі садки, навчаючись в школах, маючи повний доступ до вибору дозвілля, тоді напевно можна говорити, що можливо нам ще бракує такого засобу як Lokomat. Не закликаю не пробувати цього методу, наприклад як допоміжний метод у комплексі реабілітації.

Натрапивши на статтю, де вказано, що черга на Lokomat становить від 8 місяців до 1 року, та що Мінсоцполітики поставило собі за мету відкрити дитячі реабілітаційні відділення з апаратами Lokomat на базі державних установ, я був просто шокований. Це спонукало мене написати про позицію щодо цього з точки зору доказовості. Звідусіль тільки й чути про доказову медицину, та надання якісних послуг, Lokomat точно не панацея, яка розв'яже питання якісної реабілітації, і це напевно один з останніх методів, на які варто витратити великі кошти, та час очікування тривалістю в 1 рік життя вашої дитини.

Закінчення. Початок на 4 стор.

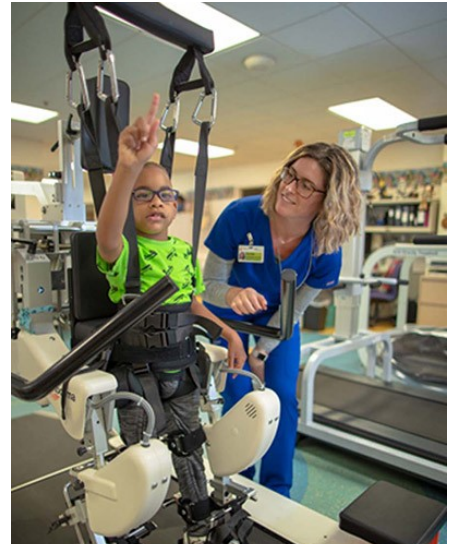


Фото для статті взяті з джерел:
www.shrinershospitalsforchildren.org,
www.ua.depositphotos.com

Захар Козій

головний фізичний терапевт дитячого відділення медичного центру фізичної терапії та медицини болю "ІННОВО"

Використані джерела:

1. K. Van Kammen, A. Boonstra, H. Reinders-Messelink, R. den Otter, The combined effects of body weight support and gait speed on gait related muscle activity: a comparison between walking in the Lokomat exoskeleton and regular treadmill walking, *PLoS One* 9 (9) (2014) e107323
2. J.F. Israel, D.D. Campbell, J.H. Kahn, T.G. Hornby, Metabolic costs and muscle activity patterns during robotic-and therapist-assisted treadmill walking in individuals with incomplete spinal cord injury, *Phys. Ther.* 86 (11) (2006) 1466e1478.
3. K. van Kammen, A.M. Boonstra, L.H. van der Woude, C. Visscher, H.A. Reinders-Messelink, R. den Otter, Lokomat guided gait in hemiparetic stroke patients: the effects of training parameters on muscle activity and temporal symmetry, *Disabil. Rehabil.* (2019) 1e9
4. K. van Kammen, A.M. Boonstra, L.H. van der Woude, H.A. Reinders-Messelink, R. den Otter, The combined effects of guidance force, bodyweight support and gait speed on muscle activity during able-bodied walking in the Lokomat, *Clin. Biomech.* 36 (2016) 65e73
5. L. Finch, H. Barbeau, B. Arsenault, Influence of body weight support on normal human gait: development of a gait retraining strategy, *Phys. Ther.* 71 (11) (1991) 842e855.
6. K. van Kammen, A.M. Boonstra, L.H. van der Woude, C. Visscher, H.A. Reinders-Messelink, R. den Otter, Lokomat guided gait in hemiparetic stroke patients: the effects of training parameters on muscle activity and temporal symmetry, *Disabil. Rehabil.* (2019) 1e9.
7. M. Lotze, C. Braun, N. Birbaumer, S. Anders, L.G. Cohen, Motor learning elicited by voluntary drive, *Brain* 126 (4) (2003) 866e872.
8. H.G. Wu, Y.R. Miyamoto, L.N.G. Castro, B.P. Olveczky, M.A. Smith, Temporal structure of motor variability is dynamically regulated and predicts motor learning ability, *Nat. Neurosci.* 17 (2) (2014) 312.



МЕНЕДЖМЕНТ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНЕВОЇ КІСТКИ В ОСІБ СТАРШЕ 65 РОКІВ

Перелом стегнової кістки є основним ушкодженням структур опорно-рухового апарату серед осіб віком старше 65 років, який займає перше місце серед причин порушення життєдіяльності людей похилого віку (Guerin et al., 2010, Häkkinen et al., 2007).

Згідно даних ВООЗ прогнозується значне збільшення кількості переломів стегнової кістки у людей через зростання тривалості життя (Butle et al., 2010). У 2016 році понад 228 000 жінок та 109 000 чоловіків зареєстрованих Medicare (національна програма медичного страхування в США для осіб старше 65 років) були госпіталізовані з переломом стегнової кістки (у віці 65 років та старше) (Healthcare Cost and Utilization Project, 2016). Щорічно, у США, госпіталізують 316 000 людей через переломи шийки стегна, на лікування яких витрачають 4,9 мільярда доларів (MacKinlay, Falls & Lau et al., 2014).

Після перелому стегнової кістки часто спостерігається зниження сили м'язів, страх до падінь, обмеження мобільності, самообслуговування та соціальної участі, які тривають місяці після оперативних втручань (Bertram et al., 2011). Результати досліджень (Brauer et al., 2009) вказують, що ризик смерті протягом 3 місяців після переломів стегна збільшується у 8 разів (Naentjens et al., 2010), а після року становить 21,9% для жінок та 32,5 % для чоловіків (Brauer et al., 2009). Варто підкреслити, що ризик повторного перелому через рік становить від 4% до 8%, ймовірність якого зростає з віком, частіше у жінок та при наявності супутніх захворювань (Munson et al., 2018). До індивідуальних факторів ризику перелому стегна у осіб старше 65 років відноситься: вік, жіноча стать, етнічна приналежність, постменопауза без естрогенної терапії, прийом глюкокортикоїдів (5 або більше мг на добу, преднізолон протягом 3 і більше місяців), ревматоїдний артрит, вторинний остеопороз, споживання алкоголю, геометрія стегнової кістки, попередні переломи стегна, анамнез переломів стегна у батьків, куріння, дефіцит вітаміну D, низький рівень споживання кальцію, гіпервітаміноз А та інші.

Дев'яносто відсотків усіх переломів стегна у людей 65 років і старших є результатом

падіння на рівній поверхні (Dyer et al., 2016).

До факторів, що збільшують ризик падіння належить: старший вік, перелом після 50 років, хвороба Паркінсона, діабет 2-го типу, порушення візуально-просторового сприйняття та знижена швидкість ходьби.

Приклад фахівців мультидисциплінарної команди при переломі стегнової кістки



Мал.1 Приклад мультидисциплінарного підходу при переломі стегнової кістки

В основі організації лікування пацієнтів після перелому стегна лежить мультидисциплінарний підхід (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2014, Brox et al., 2015, National Institute for Health and Care Excellence, 2017). В команду фахівців можуть входити хірург-ортопед, анестезіолог, ендокринолог, фізичний терапевт, ерготерапевт, медсестра, соціальний працівник та інші (Mak et al., 2010, Toussant & Kohia, 2005) (див рис. 1). Догляд за пацієнтами після перелому стегна включає надання послуг в стаціонарі, амбулаторно та в домашніх умовах, зі залученням фізичного терапевта та ерготерапевта на всіх етапах лікування. Команда фахівців повинна вирішувати завдання по зменшенню болю, ризику виникнення пролежнів, запобіганню падінь, оптимізувати мобільність, відновити незалежну побутову активність та соціальну участь.

Лікування перелому стегна залежить від локалізації та типу перелому, проте зазвичай включає хірургічне втручання та фізичну терапію.

Лікування перелому стегна залежить від локалізації та типу перелому, проте зазвичай включає хірургічне втручання та фізичну терапію. Консервативне ведення пацієнтів після перелому стегна включає тривалий ліжковий режим пов'язаний з можливими ускладненнями (аваскулярний некроз, пневмонія, пролежні, тромбоемболія) та поганим загоєнням перелому. Хірургічне лікування дозволяє на ранній стадії забезпечити мобільність пацієнта з переломом стегна. Внутрішня фіксація може бути виконана за допомогою штифта, інтрамедулярного стегнового гвинта, компресійного динамічного гвинта і пластини. Вагомі докази вказують на доцільність ендопротезування при переломах шийки стегна зі зміщенням. (Brox et al., 2015; Roberts & Brox, 2015).

Під час фізикального обстеження пацієнта після перелому стегна можна спостерігати наступне:

- Втрата амплітуди руху стегна, особливо внутрішньої ротації.
- Вкорочення травмованої кінцівки, в положенні зовнішньої ротації та відведення стегна лежачи на спині.
- Біль при пасивному русі стегна.
- Може бути присутній набряк в ділянці перелому.
- Може бути присутній анталгічний тип ходьби.
- Біль при пальпації в ділянці паху.
- Неможливість стояти на ураженій нозі.

Продовження на 7 стор.

Використані джерела: Physical Therapy Management of Older Adults With Hip Fracture: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic Physical Therapy and the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association: Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy: Vol 51, No 2. josppt.2021.0301

МЕНЕДЖМЕНТ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНЕВОЇ КІСТКИ В ОСІБ СТАРШЕ 65 РОКІВ (ПРОДОВЖЕННЯ)

Продовження. Початок на 6 стор.

Для пацієнтів яким було проведено заміну суглобу рекомендовано протягом 12 тижнів уникати (див. рис 2):

- Згинання стегна більше 70-90 градусів.
- Зовнішньої ротації стегна.
- Приведення ноги далше за середню лінію.
- Не нахиляти тулуб вперед нижче горизонтальної лінії.

Barnsley, Barnsley & Page, 2015 у систематичному огляді зазначили, що при передньо-латеральному доступі, під час хірургічних втручань, спостерігається незначна частота вивихів, у порівнянні з латерально-заднім доступом. Особам, яким проведено ендопротезування кульшового суглобу передньо-латеральним доступом, дотримання рекомендованих застережень не зменшує ризик вивиху суглоба.

Мал.2 Рекомендовані застереження для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба



2 – 3 дні після операції

Цілі фізичної терапії:

- Запобігти розвитку післяопераційної пневмонії та ателектазу.
- Підготувати пацієнта до активної програми вправ та переміщенню.
- Запобігти тромбоемболії.
- Запобігти утворенню пролежнів.
- Підготувати пацієнта до активної програми вправ та переміщенню.

Втручання фізичної терапії:

- Навчити пацієнта дихальним вправам та відкашлюванню.
- Навчити пацієнта сидіти на ліжку з опущеними ногами.

3 – 5 дні після операції

Цілі фізичної терапії:

- Навчити ходьби з допоміжними засобами (ходунці, милиці) без супервізії.

- Досягти незалежності пацієнта в усіх способах переміщення.
- Збільшення сили ураженої кінцівки.

- Підготувати програму фізичної терапії на дому.

Втручання фізичної терапії:

- Підібрати відповідні допоміжні засоби, навчити необхідній техніці ходьби з допоміжним засобом. Навчити пацієнта толерувати дозволене осьове навантаження.

- Навчити переміщатись в ліжку, по сходах, долати архітектурні перешкоди, самостійно користуватись туалетом.

- В положенні лежачи на спині. Вправи на збільшення сили функціональних груп м'язів стегна, з акцентом на відвідні, розгиначі та згиначі стегна.

- В положенні сидячи на краю кушетки. Вправи на збільшення сили розгиначів гомілки та плантарних згиначів стопи.

- Розробити комплекс фізичних вправ з чітким дозуванням для виконання на дому.

- Навчити пацієнта та родичів виконувати комплекс фізичних вправ дотримуючись методичних рекомендацій та застережень.

Фізична терапія після стаціонару включає амбулаторні заняття та заняття самостійно на дому. На даному етапі програма включатиме аеробні вправи тривалістю 20-45 хв, 3 рази на тиждень з використанням стаціонарного велосипеда та бігової доріжки, прогресуючі вправи на збільшення сили м'язів нижньої кінцівки та покращення рівноваги. Вправи на дому рекомендовано виконувати кожен день тривалістю 30-45 хв.

Фіксація перелому за допомогою металокопцю лімітує повне осьове навантаження в середньому до 3 місяців, критерієм повного осьового навантаження є оцінка загоєння перелому згідно рентгенологічного знімка.

Вправи з осьовим навантаженням важливі для відновлення мобільності, рівноваги, побутової функціональної активності, а відповідно і якості життя пацієнта. Вправи спрямовані на покращення рівноваги здатні зменшити ризик падінь. Приклади таких вправ: ходьба в сторони, стояння зі заплющеними очима, досягання предметів в положенні стоячи, присідання, вихід на сходінку.

Згідно мета-аналізу Wu, Mao, Wu (2019) виконання вправ на розвиток рівноваги протягом 6-ти місяців покращили ходьбу, силу нижніх кінцівок та повсякденну побутову активність в осіб після перелому стегна. Виконання протягом 6-ти місяців домашньої програми з фізичної терапії на основі активно-орієнтованого підходу покращує фізичні функції пацієнтів після перелому стегна.

У більшості клінічних випадків пацієнтам не вдається повернутись до переднього рівня функціонування після оперативного втручання, проте задля мінімізації негативних наслідків щодо функціонування ключову роль відіграє фізична терапія в довготерміновій перспективі.

Панасевич Т.Б.

викладач Українського Католицького Університету, фізичний терапевт

Мельник Ю.А.

фізичний терапевт

(засновники www.rehabprime.com)

Картування доступних реабілітаційних послуг/послуг фізичної терапії та послуг із забезпечення асистивними технологіями

UCP Wheels for Humanity у співпраці з Українською Асоціацією фізичної терапії та Національною Асамблеєю людей з інвалідністю України в рамках проекту “Зміцнення реабілітаційних послуг в системі охорони здоров’я”, який реалізується за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), створили карту доступних реабілітаційних послуг.

Створена карта має розширити доступ до реабілітаційних послуг включаючи послуги із забезпечення асистивними засобами, які покращують індивідуальну мобільність для осіб, які їх потребують, та тих, хто зазнав впливу конфлікту, шляхом підвищення обізнаності населення про наявні послуги.

На карті можна знайти інформацію про установи та заклади, які надають реабілітаційні послуги населенню з метою

розвитку, збереження та відновлення максимальної рухової та функціональної спроможності людини.

У березні 2021 відбулося чергове щоквартальне оновлення карти доступних реабілітаційних послуг, а це означає, що на карті відтепер можна знайти інформацію про ще більшу кількість установ та закладів, які надають реабілітаційні послуги у різних регіонах України.

Більше інформації про карту доступних реабілітаційних послуг можна дізнатися на сайті Української Асоціації фізичної терапії.

Проект USAID також підготував навчальний відеоролик та інструкцію, які допоможуть користуватися картою. Інформацію про це дивіться нижче.

Якщо ви маєте пропозиції чи ідеї для співпраці, будь ласка, зв'яжіться з нами: rehab_ukraine@ucpwheels.org



ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ КАРТИ ДОСТУПНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ

- Мені потрібна допомога!
- Закордонно на сайті Української Асоціації фізичної терапії
- Зареєструватися опитувальник
- Визначити відповідний філіял
- Шукаємо потрібну установу

ПРОХОДИМО ШЛЯХ: МЕНЮ - ПРО НАС - ПОСЛУГАМИ - ПРОЄКТ ЗНАНСЬ - КАРТУВАННЯ

ПЕРЕХОДИТЕ НА КАРТУ ДОСТУПНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ЗА ЦЬМ ПОСИЛАННЯМ:
<https://physrehab.org/uk/> або <https://rehab-ukr.org/projects-ukr/uk-ukr-map/>
А ЦЕ - НАША КОНТАКТНА ЕЛЕКТРОННА АДРЕСА: rehab_ukraine@ucpwheels.org

Мета картування – поширення інформації серед населення про доступні реабілітаційні послуги / послуги фізичної терапії та послуги із забезпечення асистивними технологіями у визначених регіонах.



ВІДЕО-ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ КАРТИ ДОСТУПНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ ТА АУДИОДИСКРИПЦІЯ ДО НЕЇ.



Сайт Української Асоціації фізичної терапії. Єдиний представник професії «фізичний терапевт» в Україні
www.physrehab.org.ua

Partnerships PLUS

Це відео стало можливим завдяки щедрій підтримці американського народу за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) через Partnerships Plus у рамках угоди про співпрацю № 7200AA18CA00032, що фінансується від 28 вересня 2018 року, і реалізується JSI Research & Training Institute, Inc. Зміст є відповідальністю UCP Wheels for Humanity і не обов'язково відображає точку зору Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) чи уряду США.



Національна Асамблея
людей з інвалідністю України
www.naiu.org.ua

Громадська спілка «Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна Асамблея людей з інвалідністю України»

01030, м. Київ, вул. Рейтарська, 8/5А,
к. 110
Тел: (044) 279-61-82
Факс: (044) 279-61-74
office - naiu@ukr.net www.naiu.org.ua
Naiu2019.ft@gmail.com

This publication was made possible through the generous support of the American people through the U.S. Agency for International Development under PartnershipsPlus cooperative agreement number 7200AA18CA00032, funded September 28, 2018, and implemented by JSI Research & Training Institute, Inc and UCP Wheels for Humanity. The contents are the responsibility of the National Association for People with Disabilities and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

Випуск цього бюлетеня став можливим завдяки щедрій підтримці американського народу за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку через Partnerships Plus у рамках угоди про співпрацю № 7200AA18CA00032, що фінансується від 28 вересня 2018 року, і реалізується JSI Research & Training Institute за угодою з UCP Wheels for Humanity. Зміст є відповідальністю Національної Асамблеї людей з інвалідністю України і не обов'язково відображає точку зору USAID чи уряду США»