

РЕАБІЛІТАЦІЯ

УДК 614.216:615.8](477)(045)

DOI: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-59872023277-83>

Розбудова реабілітаційної системи в Україні. Організаційні аспекти

О. М. Сітенко

Вашківецька реабілітаційна лікарня, Вашківці. Україна

The war and Russian aggression against Ukraine require government and society long-term extraordinary efforts. It's not only in the field of the destroyed economy. The primary necessity is to restore a dignified life to every person affected by the war, military or civilian. The fate of each of us, our society, and our country in general will depend on efforts effectiveness in this direction. Objective. To develop and substantiate proposals for a systematic approach to the provision of medical rehabilitation assistance in the country. Results. The principles on which it is expedient to create a system of rehabilitation assistance in Ukraine have been formulated and substantiated. They are the principles of statehood, modernity, science, continuity, phasing and unified tactics, regionalism, specializations, self-rehabilitation. Each principle is briefly described, the experience of the world's leading countries is given. The state and society role in the rehabilitation process is noted. Proposals. Develop a strategy, concept and government program for creating a rehabilitation assistance system in Ukraine. Provide a construction and equipment of regional rehabilitation centers (RC) within the post-war country renovation program. It has to be used worldwide principles of new hospital's design and construction regarding the 200 inpatient beds in the unit. To locate RC outside of big cities, usually. Training of rehabilitation specialists should be provided in various levels medical educational institutions. Modified vehicles to manual control for disable people and training in its use. To prevent the liquidation of Ukrainian Research Prosthetics Institution. To transfer this institution functions and the property complex to Sytenko Institute of Spine and Joint Pathology National Ukrainian Academy of Medical Sciences. To transfer research medical rehabilitation organizer and executor functions to the National Ukrainian Academy of Medical Sciences, in generally. Key words. Rehabilitation, systematic approach, experience of other countries, proposals.

Війна, розв'язана росією, потребує від держави та суспільства надзвичайних і довготривалих зусиль не лише в галузі зруйнованої економіки. Першочергова необхідність — повернути достойне життя кожній постраждалій від війни людині, військовій чи цивільній. Від ефективності зусиль у цьому напрямі залежатиме доля кожного з нас і країни та суспільства загалом. Мета. Розробити та обґрунтувати пропозиції щодо системного підходу до надання реабілітаційної допомоги в країні. Результати. Сформульовано й обґрунтовано принципи, на яких доцільно створювати в Україні систему реабілітаційної допомоги, а саме: державності; сучасності; науковості; наступності, етапності та єдиної тактики; регіональності; спеціалізації; самореабілітації. Стисло охарактеризовано кожен принцип, наведено досвід провідних країн світу. Зауважено на ролі держави та суспільства в реабілітаційному процесі. Пропозиції. Розробити стратегію, концепцію та державну програму створення системи реабілітаційної допомоги в Україні. Передбачити будівництво й оснащення регіональних реабілітаційних центрів (РЦ) у межах післявоєнного відновлення держави. Створити всеукраїнський і регіональні реєстри людей, які потребують реабілітаційної допомоги (дітей і дорослих). Під час проектування та будівництва нових РЦ урахувувати світові принципи щодо кількості стаціонарних ліжок у 200 одиниць. Розміщувати РЦ, зазвичай, за межами великих міст. У медичних навчальних закладах різного ступеня запровадити підготовку спеціалістів із реабілітації. Розгорнути комплекс робіт із переобладнання транспортних засобів на ручне управління та навчання користуванню ним. Не допустити ліквідацію УкрНДІпротезування, а функції цього закладу та майновий комплекс передати ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». Функції організатора та виконавця наукових досліджень передати Національній академії медичних наук України.

Ключові слова. Реабілітація, системний підхід, досвід інших країн, пропозиції

Вступ

Еволюція концепцій охорони здоров'я поступово відводила все вагомішу роль реабілітаційним заходам, а сучасні досягнення в цій сфері стали настільки значимими, що згідно з оцінкою ВООЗ власне лікувальний етап у процесі відновлення здоров'я займає 20 %, а реабілітаційний — 80 %. Подальший розвиток реабілітаційної галузі розглядається як стратегічний напрям в охороні здоров'я і практика багатьох країн це підтверджує. Зокрема, у США за мирних часів відповідно з нормативами на 100 000 наявні 10 реабілітаційних ліжок, в Ізраїлі — 15. У США кількість ветеранів, які зверталися за реабілітаційною допомогою лише з приводу післятравматичного стресового розладу (ПТРС) у період від 2004 до 2008 року зросла із 274 000 до 442 000. У нашій державі в минулі роки ситуація з рівнем реабілітаційної роботи, зокрема з наявністю профільних закладів, рівнем їхнього кадрового та медико-технічного забезпечення тощо, була значно гіршою. Небагато було медичних закладів, в яких лікувальний процес містив реабілітаційні заходи, а наукові розробки здебільшого трималися на ініціативах нечисленних спеціалістів.

У складні воєнні часи для українських лікарів стало очевидним, що реабілітація постраждалих має стати складовою частиною державної політики. Із недавньої історії відомі трагічні наслідки ненадання повноцінної реабілітаційної допомоги солдатам радянської армії після другої світової та афганських воєн, або солдатам США після в'єтнамської війни чи цивільному населенню в Сербії. Турбота держави та суспільства за долю постраждалих солдат і всіх громадян — це невід'ємний чинник високого морально-патріотичного духу в країні. У цьому контексті стають прогнозованими наслідки війни, яку росія веде проти України, як у разі своєчасної розбудови реабілітаційної системи, так і за умов зволікання з цією роботою. Тут має бути враховано, що постраждалими в цій війні є не лише воїни, а й цивільне населення, особливо жінки та діти, які пережили жорсткі умови воєнного часу.

Реабілітологія з'єднала в єдину мультидисциплінарну практику фізичну та реабілітаційну медицину, фізіологію, біоніку, ортопедію та протезування, психологію, психотерапію, педагогіку, розроблення різноманітних медико-технічних засобів. Умовою досягнення цілей реабілітації є також постійне оновлення й якісне виконання відповідних соціальних програм на всіх рівнях

державоустрою. Така багатопрофільна діяльність обумовлює необхідність того, щоб між фахівцями всіх згаданих професій відбувався обмін знаннями, думками, пропозиціями, що і спонукало до написання цієї статті.

Мета: розробити й обґрунтувати пропозиції щодо системного підходу до надання реабілітаційної допомоги в країні.

Створення в Україні системи реабілітаційної допомоги доцільно, на наш погляд, базувати на принципах державності; сучасності; науковості; наступності, етапності та єдиної тактики; регіональності; спеціалізації; самореабілітації. Стисло розглянемо сутність цих принципів, окрім принципу спеціалізації. Не будемо торкатися і надзвичайно об'ємних питань оснащення реабілітаційних центрів (РЦ) спеціальним обладнанням.

Принцип державності

Створення умов для відновлення здоров'я, рівних соціальних та інших можливостей для всіх громадян є однією з першочергових функцій держави. Співставлення масштабів і структури проблеми, яку принесла війна, з наявною законодавчою, матеріально-технічною та кадровою базою й іншими параметрами, якими визначається здатність виконувати реабілітаційну роботу в воєнний та повоєнні часи, вказує на необхідність невідкладно розпочати до розроблення стратегії, концепції та державної програми діяльності в цій галузі. Причому згадані документи — це науковий продукт і розробити їх на якісному рівні можна лише в науковий спосіб, а не в кабінетний, за принципом ніби то очевидності для чиновників. У такому випадку закони України і Постанови Кабінету Міністрів будуть мати системний характер на відміну від тих, що прийняти в останні два роки. Саме наукові методи планування дозволяють із математичною точністю визначитися з поетапністю в розбудові системи, забезпечують ефективне використання коштів (завжди обмежених) та інших ресурсів, убезпечать від корупції. Зауважимо й на те, що сама наявність усебічно обґрунтованих державних стратегій і планів постійно в полі уваги наших закордонних партнерів: за ними вони визначаються щодо співпраці з нами та надання допомоги.

Наразі держава виконує одну зі своїх функцій — забезпечує достатнє фінансування реабілітаційних заходів щодо кожного постраждалого. На це швидко відреагували заклади різних форм власності. Участь бізнесових структур у розгортанні системи реабілітації можна лише вітати: саме вони швидко реагують на проблему,

енергійно та на сучасному рівні роблять свою справу. Тому серед тих 300 закладів, які зараз отримали реабілітаційні ліцензії, майже 100 нових протезно-ортопедичних фірм (значна частка має на увазі й цей бізнесовий мотив). Можна передбачити, що якість роботи таких закладів не буде високою. Головна причина — брак кадрів у всьому переліку професій. Наприклад, нерозуміння складності такого етапу реабілітації як протезування, покладання цієї функції на далеке від медицини та науки Міністерство соціальної політики України призвело до того, що в цій системі працювало приблизно 6–7 лікарів на 10 000 пацієнтів з інвалідністю (порівняйте з 40 лікарями в системі МОЗ України). Ще гірша ситуація з кадрами середньої ланки: медсестер та інших спеціалістів реабілітаційного профілю потрібно в рази більше, ніж лікарів, але система підготовки їх відсутня повністю. Це одна з характеристик забутості державою системи реабілітації. Навіть сьогодні жоден медичний коледж не перепрофільовано на підготовку реабілітологів різних спеціальностей, протезистів, психологів.

Ще одним деструктивним рішенням уряду є ліквідація Українського НДІ протезування і передача його майна Фонду державного майна України, тобто на продаж. Усі співробітники звільнені. Так знищується вітчизняна наука та клінічна практика, які протягом півтора століття розвивали в Харкові, насиченому профільними для реабілітації закладами, талановиті наукові колективи. У такий спосіб ліквідується наукова та клінічна установа, яка за обставин масового травмування військових і цивільних мала б стати організаційно-методичним центром для всієї країни. Закладом, в якому надавали б допомогу в найскладніших випадках.

Із викладеного витікає, що створення та належне введення в практику системи реабілітації потребуватиме доволі широкого переліку заходів, в тому числі визначення або створення державного органу, який відповідатиме за цю сферу державних функцій, організації підготовки фахівців в масштабах держави.

Принцип сучасності

Викладене в цьому розділі ґрунтується на узагальненні даних, отриманих у результаті знайомства з роботою сучасних РЦ в Європі. У таких закладах не нехтується і не спрощується жодна складова в реабілітаційному процесі. Навіть під тиском якихось обставин. Із цього постулату визначається структура центру, призначення та достатність його службових приміщень, наявність

обладнання, підготовленість персоналу. У РЦ не ліжко, не палата — плацдарми реабілітації, а функціональні служби та багатогранна цілеспрямована діяльність фахівців разом із пацієнтом. І цей підхід визначає суттєво іншу, ніж у лікарнях, структуру й оснащення таких центрів, а також програми перебування пацієнтів у них.

На РЦ покладається також функція бути регіональною методичною, навчальною та науковою базою медико-фізичною та соціальною реабілітологією.

Напрями реабілітаційної діяльності склалися поступово впродовж десятиліть наукової та практичної роботи і найчастіше виглядають так:

- травматичне ушкодження кінцівок;
- травматичне ушкодження мозку;
- ушкодження спинного мозку;
- постінсультна реабілітація;
- реабілітація хворих із діабетичною стопою;
- протезування після ампутацій кінцівок;
- реабілітація керування автотранспортом;
- ревматологічна реабілітація;
- клініка болю;
- нейропсихологічна діагностика та лікування;
- ментальна реабілітація;
- дитяча реабілітація;
- онкологічна реабілітація;
- професійна реабілітація.

На відміну від лікарень, кількість пацієнтів в яких іноді доходить до кількох тисяч, надвеликих сучасних РЦ майже ніде не знайдете. Практикою всіх країн доведено, що оптимальна величина РЦ — до 200 стаціонарних ліжок. Оптимально використовувати професійний потенціал мультидисциплінарної команди центру дозволяють відділення денного стаціонару й амбулаторія.

Основні види функціональних приміщень РЦ:

- палати для стаціонарних хворих;
- приміщення для амбулаторного прийому;
- приміщення для діагностичного обладнання;
- лікувальні зали та кімнати (фізіотерапія, гідротерапія, рацетерапія з ментальним тренінгом, спортзали, зони лікувальної творчості тощо);
- приміщення для харчування пацієнтів і персоналу;
- приміщення для дозвілля та відпочинку пацієнтів і членів їхніх сімей;
- площі для спеціальних видів реабілітаційної активності;
- приміщення для академічної та навчальної діяльності;
- адміністративні приміщення;
- допоміжні та технічні приміщення;

- робочі та побутові приміщення для персоналу;
- зони та ландшафтні площі навколо центру для активної реабілітації та самостійного тренування пацієнтів.

Крім того, наявні приміщення для спеціальних видів реабілітаційної активності: лікувальна оранжерея та зимовий сад; кімнати для лікування за допомогою тварин; для професійної реабілітації й адаптації; соціальної реінтеграції, включаючи підбір програм вільного часу (хобі-тренінг); центр арт-терапії (музичне лікування, драма-терапія, образотворчі лікувальні методики, танцювальна терапія тощо);

Принципи планування та будівництва РЦ:

- доступність усіх приміщень для осіб з обмеженими можливостями будь-якого ступеня;
- «домашній», а не лікарняний інтер'єр у палатах і деяких інших приміщеннях;
- створення відчуття ізольованості пацієнта в палатах і лікувальних кімнатах;
- функціональна зручність для персоналу, пацієнта та членів його сім'ї;
- відведення великих площ під лікувальні зони;
- розташування РЦ у зонах, багатих на природу: ліси, пагорби, озера тощо.

Зазвичай, РЦ не створюють у межах великих міст, але на невеликій відстані від них. Наприклад, у Чехії найстаріший в Європі РЦ розташований на околиці м. Кладруби (100 км від Праги). У цьому місті за рішенням місцевої влади були усунені всі архітектурні бар'єри, що забезпечує тотальну доступність до всієї його інфраструктури та транспорту і дозволяє пацієнтам РЦ набувати досвід перебування в населеному пункті. РЦ відведено також десятки гектарів лісової території для рекреаційних зон. На таких самих принципах створена значна кількість РЦ в Європі.

Доволі часто в пацієнтів РЦ ушкоджено кілька функцій і тому процес реабілітації, по суті, завжди є мультидисциплінарним. Для кожного окремо взятого аспекту здоров'я необхідне лікувальне втручання професіонала в цій галузі, а загальна реабілітаційна тактика, визначення потенціалу функціонального відновлення, цілі та часові межі програми визначають колегіально. Саме така організація роботи може привести пацієнта з важкими ушкодженнями здоров'я до бажаного результату.

Із закордонного досвіду відомо, що в РЦ на 200 ліжок багатопрофільна професійна команда включає:

- 30–35 лікарів, у тому числі 20 лікарів-реабілітологів;
- до 80 фахівців на рівні бакалаврів зі спеціальною підготовкою та медичних сестер;
- 5–10 протезистів-ортезистів;
- до 20 фізіотерапевтів;
- 10–15 працетерапевтів і консультантів професійної реадaptaції;
- до 10 психологів і нейропсихологів;
- 10 соціальних працівників;
- 3–4 вчителів спеціального навчання;
- сексологи;
- арт-терапевти;
- до 60 осіб молодшого та допоміжного персоналу.

Цей склад персоналу та відповідне оснащення дозволяють організувати процес перебування пацієнтів у РЦ у такий спосіб, що 4–5 год щодня ними займаються спеціалісти, а ще 5–6 год вони самостійно виконують задані індивідуальні програми реабілітації. Звичайна фізична втома пацієнта наприкінці дня та приємна психологічна знемога є надійними свідченнями правильності призначення та реалізації реабілітаційного процесу, і така його інтенсивність забезпечить найкращий результат. До того ж, це буде важливою складовою у встановленні психологічної атмосфери у РЦ у цілому.

Оснащення РЦ обладнанням має відповідати його напрямку діяльності та структурі. Поясню важливість невідкладно приділити увагу цій справі всього двома прикладами в прив'язці до двох структурних підрозділів РЦ, які є обов'язковими за сучасними стандартами:

1. Сьогодні майже відмовилися від того, щоб наших постраждалих воїнів направляти на первинне протезування за кордон. Для будь-якого професіонала очевидна короткочасна ефективність цих дій і тому вони є не більше ніж популізм і марнотратство бюджету. Первинне протезування має здійснюватися у власній країні. Тому створення в РЦ умов для виконання первинного протезування й ортезування, придбання необхідного обладнання та комплектуючих — одне з першочергових завдань.

2. Незаперечною умовою реабілітації осіб з обмеженою мобільністю визнано наявність у них власного транспортного засобу з індивідуально пристосованими органами ручного управління. Відсутність власного транспорту або неможливість особисто керувати ним стає тяжким бар'єром у набутті рівних можливостей, інтеграції в суспільство і повноцінно не компенсується

в будь-який інший спосіб. Тому на базі РЦ має виконуватися комплекс робіт з оцінювання психофізіологічної та біомеханічної спроможності особи, визначення індивідуальних параметрів органів ручного управління, навчання керуванню транспортом на спеціальних імітаторах дорожнього руху. За час перебування пацієнта в РЦ має бути здійснено переобладнання його авто на ручне управління та навчання користуванню ним.

Принцип науковості

Рівень реабілітації забезпечують її наукові основи, їхній розвиток. Покажемо значення наукового прогресу в цій галузі на прикладах.

Практика протезування вказує, що приймальна гільза протеза є найбільшою проблемою. За всю історію цієї галузі на пошук її оптимальних форм і придатних матеріалів, технологій індивідуального виготовлення тощо було витрачено часу та ресурсів не менш, ніж на розроблення функціональних вузлів протезів. Але за своїм впливом на кінцевий результат гільза й досі залишається болючою проблемою — найбільше через її руйнівний вплив на опорно-рухову систему загалом, бо через гільзу неможна наблизити до норми схему його навантаження (особливо в протезах стегна). Тому в анамнезі наших пацієнтів рано чи пізно з'являються записи про захворювання кукси або хребта як результат нераціонального протезування.

Від глухих кутів методів, оснований на приймальних гільзах, потерпає технологія вживлення конструкції, яка через стому в торцеву частину кукси виводиться назовні й до якої приєднується протез. Цей метод під назвою «остеоінтергація» почали останнім часом доволі часто застосовувати в деяких країнах. Таким чином, уже розпочато процес переведення протезування з рівня майстерень до клінік і лабораторій. У полі зору науковців залишаються проблеми, пов'язані з тривалістю фіксації штифта, захистом від висхідних інфекцій та ін.

Новітні розробки стоп і колінних механізм протезів, у тому числі на основі біоніки, забезпечили ще один революційний прорив. Завдяки їм біомеханічні параметри ходи стають наближеними до норми, а в поєднанні з рекуперацією енергії спеціальними елементами значно знижуються енерговитрати людини під час користування протезом.

Поки що недостатньо розвинені методи контролю якості відновлення функцій опорно-рухової системи, зокрема в разі протезування, навчання пацієнта ходити, об'єктивізації регуляції про-

теза. Припускаємо, що прогресу в цих напрямках сприятиме розроблений нами метод реєстрації та розпізнавання біомеханічних моделей руху, який дозволяє оцінювати ступінь відновлення координат рухів між суглобами, у тому числі природними та штучними, створювати високо-ефективні системи управління та допомагати пацієнтам розвивати оптимальну взаємодію з протезом чи ортезом.

Сукупність розробок у цих напрямках вносить кардинальні зміни в усі складові реабілітації, як науки та практики, відкриває нову еру. Загалом сучасний рівень діяльності в цій галузі ґрунтується на інтеграції значної кількості різнопрофільних наук і технологій. Тому долучення наукових закладів системи Національної академії наук України, Національної академії медичних наук України доцільно розглянути найближчим часом.

Принцип наступності, етапності й єдиної тактики

Пацієнтів потрібно направляти до РЦ безпосередньо після закінчення процесу надання інтенсивної медичної допомоги. Відразу після ушкодження можливості відновлення на базових фізіологічних і психологічних рівнях максимальні. І це необхідно використовувати якомога раніше, одразу після мінімальної стабілізації життєво важливих функцій. Крім того, якщо пустити відновлення на самоплив, без активних внутрішніх стимулів, виникає процес хаотичного відновлення без функціонального обґрунтування та спрямування, що призведе до зворотного ефекту. Додаткова причина необхідності ранньої реабілітації полягає в попередженні наслідків іммобілізації та ліжкового режиму, які суттєво збільшують небезпеку ускладнень. Важливою є психологічна складова. У пацієнта, не залученого на ранніх етапах до активного реабілітаційного процесу, з високою ймовірністю, розвинуться симптоми вторинної реактивної депресії, які можуть негативно вплинути на мотивацію та процес відновлення в майбутньому.

Інтенсивне первинне лікування на ранніх стадіях поступово переходить у менш інтенсивну вторинну реабілітацію. Згодом настає етап підтримуючого лікування, який у важких випадках може тривати все життя пацієнта. Планування цього процесу є невід'ємною частиною реабілітаційної програми з ранніх стадій.

Таким чином, етапність, наступність підтримуючого лікування, орієнтація на тривалість реабілітаційного лікування, часом протягом усього життя, є дуже важливими.

Принцип регіональності

Принцип регіональності означає максимально можливе наближення реабілітаційних послуг до місць постійного проживання пацієнтів і реалізується за рахунок будівництва необхідної кількості РЦ, розосереджених по території країни. Необхідну кількість центрів визначають на основі прийнятих у країні нормативів. Принципу регіональності не порушено дотримуються у всіх країнах. Із нього витікає й оптимальна величина центру 200, максимум 300 стаціонарних ліжок. Дотримання принципу регіональності дозволить отримати чимало позитивних моментів. Наприклад, долучати членів родини до процесу реабілітації, робити необхідною та можливою участю в ньому органів місцевої влади, громадських організацій тощо.

Тобто, виходячи з наведених показників, для України у мирний час потрібно мати щонайменше 4 000 реабілітаційних ліжок, створивши для цього 20–25 РЦ у різних регіонах країни. Можливо, що краще за все буде збудувати РЦ у кожній області в межах програм відбудови країни після війни. Саме дотримання принципу регіональності дозволяє реалізувати одне з основних завдань реабілітаційної програми — повернення пацієнта до звичного соціального оточення. Тому активна участь сім'ї та соціального оточення хворого (наприклад, колег) абсолютно необхідні для досягнення повноцінного успіху.

Принцип самореабілітації

Альтернативі самореабілітації людей із порушеннями функцій організму немає, бо це є основним механізмом повернення травмованої особи до повноцінного життя в суспільстві. Процес самореабілітації триває все життя і в його здійсненні людині можна допомогти, але її неможливо замінити в цьому. Важливе призначення реабілітаційного центру і полягає в тому, щоб на підставі досягнутих у ньому успіхів у відновленні здоров'я сформувані психологічні установки та менталітет пацієнтів на подальшу самореабілітацію.

Але так само, як лікарняний етап відновлення здоров'я не дасть належного результату без реабілітаційного, так і досягнення на цих двох етапах нівелюються, якщо після них людина, яка пройшла всі стадії відновлення здоров'я та націлена на подальшу самореабілітацію, буде не в змозі вже поза межами реабілітаційного центру досягти достойного рівня якості життя, не матиме рівні можливості з іншими членами суспільства. Тобто, повноцінна соціальна реабілітація не відбудеться. Тому треба визнати й те, що без багато-

складової підтримки з боку держави та суспільства можливості людини реалізувати принцип самореабілітації суттєво обмежуються.

Для більшості пацієнтів самореабілітація починається перш за все з можливості мати хорошу роботу й отримувати освіту. Наведу два приклади участі або неучасті держави та суспільства в цій підтримці.

Перший приклад. На початку минулого століття великий промисловець Генрі Форд, обійшовши цехи та інші підрозділи своїх підприємств, особисто визначив, на яких робочих місцях можуть працювати люди, які втратили кінцівки, зір, слух. І вже через півроку на його підприємствах працювало понад 9 000 інвалідів. Для них там було передбачено все: від спеціального облаштування робочих місць до пристосованих туалетів. А у 1962 році президент тієї самої країни Джон Кеннеді скасував усі пільги майже для всіх інвалідів. Натомість команда Д. Кеннеді започаткувала тоді систему, яка називається системою рівних можливостей. Тепер за цією системою живе весь світ.

Другий приклад про те, як із рівними можливостями на справі (не на словах) у нас. Своїх молодих пацієнтів ми теж орієнтували на отримання освіти, і багато з них ставали студентами університетів, коледжів і навіть круті сходи не були їм на заваді. Але жоден з українських навчальних закладів не мав і досі не має такої простої речі, як пристосовані та спеціально обладнані туалети. Тому певна частина наших студентів-пацієнтів не витримувала довгого перебування без задоволення потреб організму та кидала навчання. Ситуація з цим в різних установах, у тому числі в собезах, адміністраціях, офісах тощо не краща і донині. Тобто, забезпечення рівних можливостей нашим пацієнтам має враховувати і такі реальності, які можуть перекреслити реабілітаційні досягнення попередніх етапів.

Пропозиції

1. Розробити стратегію, концепцію та державну програму створення системи реабілітаційної допомоги в Україні. Обговорити ці документи на наукових фахових конференціях.

2. Передбачити будівництво та оснащення регіональних РЦ у межах програм відбудови держави після війни.

3. Створити всеукраїнський і регіональні реєстри людей, які потребують реабілітаційної допомоги (дітей і дорослих).

4. Під час проектування та будівництва нових РЦ у будь-якому регіоні України враховувати світові принципи щодо кількості стаціонарних

ліжок у 200 одиниць. Розміщувати РЦ, зазвичай, за межами великих міст.

5. У медичних навчальних закладах різного ступеня запровадити підготовку спеціалістів із реабілітації.

6. Невідкладно розгорнути комплекс робіт із переобладнання автомобілів, електромобілів, електроскутерів на ручне управління та навчання користуванню ними.

7. Не допустити ліквідацію УкрНДПротезування. Передати функції цього закладу та майновий комплекс ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України».

8. Загалом щодо проблем реабілітації передати функції організатора та виконавця наукових досліджень Національній академії медичних наук України.

Стаття надійшла до редакції 01.05.2023

DEVELOPMENT OF THE REHABILITATION SYSTEM IN UKRAINE. ORGANIZATIONAL ASPECTS

O. M. Sitenko

Vashkivtsi Rehabilitation Hospital, Vashkivtsi, Ukraine

✉ Oleksandr Sitenko: sitenko@meta.ua