

Міністерство охорони здоров'я України

**Український державний науково-дослідний інститут
реабілітації інвалідів**

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

(Методичні рекомендації)



Вінниця 2004

Міністерство охорони здоров'я України

Український державний науково-дослідний інститут

реабілітації інвалідів

„Затверджую”

Начальник управління

медико-соціальної експертизи

МОЗ України

В.В. Маруніч

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

(Методичні рекомендації)

Вінниця 2004

Установа розробник:

Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

Автори:

доктор мед. наук., професор В.І. Шевчук

канд. мед. наук О.М. Скупий

ст.н.сп. Ю.О. Безсмертний

В методичних рекомендаціях висвітлені питання медичної, професійної та соціальної реабілітації інвалідів із захворюваннями судин нижніх кінцівок (хронічна артеріальна недостатність, варикозне розширення вен, посттромбофлебітичний синдром).

РЕКОМЕНДОВАНО

Вченою радою Українського державного НДІ реабілітації інвалідів

протокол № 6 від 23.06.2004

Зміст

Вступ	4
1 Хронічна артеріальна недостатність	4
1.1 Програма медичної реабілітації	5
1.2 Програма професійної реабілітації	14
1.3 Програма соціальної реабілітації	17
2 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок без виразки чи запалення	20
2.1 Програма медичної реабілітації	22
2.2 Програма професійної реабілітації	23
2.3 Програма соціальної реабілітації	26
3 Посттромбофлебітичний синдром	28
3.1 Програма медичної реабілітації	30
3.2 Програма професійної реабілітації	31
3.3 Програма соціальної реабілітації	34

В розвинутих країнах від 15 до 40% дорослого населення хворіють захворюваннями нижніх кінцівок. Більше 1% населення стають інвалідами внаслідок ускладненнями захворювань, що призводять до хронічної венозної недостатності.

1. Хронічна артеріальна недостатність

Хронічна периферична артеріальна недостатність виникає частіше за все внаслідок атеросклерозу. Інші причини – запальний артеріїт, хвороба Бюргера, гігантоклітинний артеріїт, артеріїт Такаюсу, синдром підколінної схованки, кистозно-адвентиційна хвороба і вазоспазм, що спровоковані ліками (медикаментозна чи ендокринна ангіопатія) зустрічаються рідше.

Симптоми хронічної артеріальної недостатності спостерігаються у 15-20% населення старше 60 років. Неухильне прогресування атеросклеротичного враження артерій призводить до розвитку критичної (важкої) ішемії у 30% хворих похилого і старечого віку, при якій загроза ампутації кінцівки зростає до 60-70%.

Серед факторів ризику, що призводять до розвитку хронічної артеріальної недостатності, виділяють: паління, цукровий діабет, артеріальна гіпертонія, зловживання алкоголем, ішемічна хвороба серця, хронічні захворювання органів дихання, сечостатевої системи, шлунково-кишкового тракту, нервово-психічної сфери.

Периферичні оклюзійні захворювання артерій розмежовуються на варіанти в залежності від анатомічної локалізації:

1. Аортоклубове оклюзійне захворювання: „хвороба притоку”, синдром Леріша – ураження інфраренального відділу аорти і клубових артерій.

2. Оклюзійні захворювання нижче пахової зв'язки: „хвороба відтоку”, залучені стегново-підколінний сегмент чи судини гомілки. При відсутності медикаментозного лікування 10% хворих на протязі 5 років перемижаюча

кульгавість призводить до розвитку критичної ішемії та необхідності виконання ампутації кінцівки.

Найбільш розповсюдженою і загальноприйнятою є класифікація хронічної артеріальної недостатності по Фонтеку-Покровському. За цією класифікацією розрізняють чотири стадії ішемії кінцівки.

Для I стадії ішемії хворі скаржаться на відчуття мерзлякуватості, холоду, важкості в ногах; при нетривалій ході виникає блідість шкіри стоп та пальців, швидка втома, скутість рухів та парестезії.

II A стадія ішемії характеризується розвитком втоми та неприємних відчуттів в литкових м'язах (переміжаюча кульгавість) при проходженні хворим відстані до 500 метрів. У таких хворих відмічається блідість та похолодіння стоп (навіть в теплу погоду), зниження чи відсутність пульсації на магістральних артеріях.

II B стадія – переміжаюча кульгавість розвивається при проходженні хворим відстані 50-200 метрів, при цьому час відпочинку переважає часу фізичної активності.

III стадія – переміжаюча кульгавість розвивається на відстані до 50 метрів. У багатьох випадках біль може розвиватись в стані спокою і вночі. При огляді виявляються трофічні зміни шкіри у вигляді випадіння волосся, потовщення, розшарування та ламкості нігтьових пластинок, витончення та „ламкість” шкіри з появою тріщин на пальцях, в між пальцевих проміжках і на

IV стадія – з'являються трофічні виразки, ділянки некрозу. Розвивається гангрена пальців, больовий синдром стає постійним, зростає у вечірній час. Хворі займають вимушене положення опускаючи нижні кінцівки з ліжка.

1.1 Програма медичної реабілітації

Кінцевою метою реабілітації інвалідів з ураженнями артерій нижніх кінцівок є відновлення працездатності і повернення до праці шляхом

покращення функції кінцівок, профілактики прогресування атеросклерозу та попередження його ускладнень. Медична реабілітація приводить до зменшення і призупинення проявів ішемії тканин кінцівки за рахунок зняття спазму судин, нормалізації їх проникливості, знеболюючого, трофічного, протизапального ефектів, покращення реологічних властивостей крові і мікроциркуляції.

Факторами ризику хронічної артеріальної недостатності є: вік старше 50 років, чоловіча стать, нераціональне харчування, порушення ліпідного обміну, куріння, цукровий діабет, недостатня фізична активність, несприятливі фактори зовнішнього середовища, підвищений рівень фібриногену, високий гематокрит, порушення імунітету, стреси, порушення реологічних властивостей крові і системи гомеостазу, спадковість. Ці фактори повинні враховуватися і по можливості усуватися.

Слід підкреслити, що хворі з хронічними облітеруючими захворюваннями артерій нижніх кінцівок повинні лікуватися на протязі всього життя з врахуванням нозологічної форми і стадії хвороби. Лікування має бути комплексне з застосуванням фармакотерапії, хірургічних методів, фізіотерапії, ЛФК, дієти, санаторно-курортних факторів.

В стадії субкомпенсації і декомпенсації периферичного кровотоку широко застосовують судинні препарати, що діють безпосередньо на м'язову оболонку артерій: нікотинова кислота, компламін, ксантинолу нікотинат, но-шпа. Трентал та солкосерил внаслідок розширення судин покращують забезпечення тканин киснем, сприяють накопиченню в них циклічного аденозинмонофосфату, тормозять агрегацію тромбоцитів і в'язкість крові. Стандартна схема внутрішньовенної інфузійної терапії містить введення низькомолекулярних екстрактів (реополіглюкіну) 400,0 і пентоксифіліну (тренталу) 10,0-15,0 щоденно. Доцільно застосування вазопростану по 60 мкг на добу на протязі 10-30 днів. Препарат розводиться в 150-200 мл фізіологічного розчину і вводиться внутрішньовенно на протязі не менше 2 годин. Препарат найбільш ефективний при враженні артерій нижче

пупартової зв'язки при транскутанній напрузі кисню більше 5-10 мм рт. ст. Широко застосовують ангіопротектори: пармідин, етамзилат (дицінон), добезилат кальцію (доксіум). В зв'язку з гіперкоагуляцією і порушенням реологічних властивостей крові призначають антикоагулянти непрямої дії (фенілін) в комбінації з ацетилсаліциловою кислотою, курантилом, танаканом, тиклопідинном, алпростадіолом. Вводять реополіглюкін внутрішньовенно, крапельно. Для посилення фібринолізу, інгібування, агрегації тромбоцитів, відновлення еластичності еритроцитів і зниження запального процесу призначають препарати системної ензимотерапії.

В умовах компенсації кровотоку медикаментозна терапія проводиться амбулаторно 1-3 місяці 2-3 рази на рік. При субкомпенсації та декомпенсації кровотоку хворі лікуються стаціонарно 2-3 рази на рік з використанням всього арсеналу медикаментозних засобів. При наявності активності запального процесу у хворих з облітеруючим тромбангіїтом необхідно проведення курсу протизапальної пульс терапії. Вводять великі дози депо преднізолону (солюмедрол 1,0 N 3 внутрішньовенно крапельно) і цитостатиків (циклофосфон 1,0 внутрішньовенно крапельно на перший день лікування).

Лікувальна фізкультура і масаж. ЛФК стимулює периферійний кровотік, покращує колатеральний кровообіг.

Хворим з I-III ступенем ішемії (за А.В.Покровським) призначають тренуючий режим, а при II Б – III – легкий. При тренуючому режимі ЛФК проводиться щоденно по 20-40 хвилин. Призначають прогулянки 4-5 км. При оберігаючому режимі ЛФК проводять на протязі 10-20 хвилин. Прогулянки дозовані – 1-2 км. ЛФК протипоказано при IV ступені ішемії та гострих запальних захворюваннях судин (флебіт, тромбофлебіт). Масаж проводять для покращення периферійного кровообігу, трофіки і регенерації. Зона масажу – попереково-крижовий відділ, сідниці, нижні кінцівки. Застосовують масаж при I-II ступені ішемії.

Добрий ефект спостерігається після пневмомасажу. Покази для нього такі ж як для звичайного масажу.

Фізіотерапія. Використовують локальну та сегментарну (проекція локалізації симпатичних гангліїв) методики.

Електрофорез – введення лікарських препаратів за допомогою постійного струму. При облітеруючому ендартеріїті та атеросклерозі застосовують електрофорез судиннорозширюючих засобів, ангіопротекторів, антикоагулянтів. Для впливу на обмін мікроелементів призначають електрофорез цинку, марганцю, літію.

Ефективною являється *діадинамотерапія* (ДДТ) апаратами „СНИМ-1”, „Тонус 1”, „Тонус 2”. Використовують ДДТ модульовані короткими та тривалими періодами. Крім знеболюючої дії активізується місцевий кровообіг, покращується тонус судин. Для ампліпульстерапії використовують апарати „Ампліпульс-3”, „Ампліпульс-3Т”, „Ампліпульс 4”.

Позитивний ефект отримують від *електросну*. Останній застосовується по седативній методиці (частота 5-10 Гц), тривалість процедури 30 хв., 3 рази на тиждень.

Дарсонвалізація – вплив на тканини організму імпульсного швидкозатухаючого струму високої частоти і напруги, малої сили. Іскровий розряд, що виникає між шкірою і електродом сприяє розширенню периферійних судин, покращенню трофіки, зниженню больової чутливості.

Для зменшення спазму судин, розширення артеріол, прискорення кровотоку широко застосовуються електромагнітні поля надвисокої частоти (НВЧ).

Досить часто застосовуються низькочастотні постійні (ПМП) і перемінні (ПеМП) магнітні поля. Вони позитивно впливають на мікроциркуляцію, згортання крові, проникливість судин. Крім цього вони проявляють знеболюючий, протинабряковий і протизапальний ефекти. Для покращення кровообігу і зняття болю застосовують ультразвук, який проводить мікромасаж на клітинному та субклітинному рівнях, що

призводить до підвищення проникливості клітинних мембран та активізації окислювально-відновних процесів. Методика лікування полягає в одномоментному впливі УЗ та СМТ на поперекову область (D₁₀ – L₄) і СМТ (синусоїдальні модульовані токи) на задню поверхню гомілок.

Лазеротерапія – випромінювання гелій-неонового лазера. Покращує мікроциркуляцію, стимулює обмін речовин, регенерацію тканин.

Гіпербарична оксигенація (ГБО) – лікування киснем під підвищеним тиском проводиться в барокамері. Процедури ГБО покращують кисневий режим, метаболічні процеси в організмі, сприяють розвитку колатералів.

Рефлексотерапія – приводить до зняття гіпертонусу симпатичної нервової системи, розширення судин, зняття спазму м'язів, покращення мікроциркуляції.

Бальнеотерапія. Бальнеотерапія широко застосовується в лікуванні хворих з оклюзіями артерій нижніх кінцівок. Ванни впливають на центральну та периферійну гемодинаміку, розширюють судини, зменшують периферичний опір. Бальнеотерапія показана при I і II ступенях ХАН. Слід мати на увазі, що облітеруючі захворювання нижніх кінцівок часто поєднуються з ІХС та артеріальною гіпертензією. *Протипокази до бальнеотерапії:* декомпенсація периферійного кровообігу, стенокардія III-IV ФК, гіпертонічна хвороба III стадії, порушення серцевого ритму, недостатність кровообігу вище II А ступеню.

Найбільш широко в лікуванні оклюзій нижніх кінцівок застосовують *сірководневі ванни*. Вони викликають гіперемію шкіри, тренують серце, покращують мікроциркуляцію, окислювально-відновні процеси, сприяють зменшенню ішемії, знімають больовий синдром. Застосовуються як в стадії компенсації, так і декомпенсації периферійного кровообігу. При наявності протипоказів застосовують двохкамерні ніжні ванни. Протипоказаннями являються захворювання печінки, жовчовивідних шляхів і патологія нирок, оскільки сульфгідрильна група виділяється з організму нирками та печінкою.

Радонові ванни впливають на нейроендокринний апарат судинної регуляції, стан симпатичної ланки вегетативної нервової системи, рівень секреції катехоламінів, стан альфа- і бета- адренорецепторів. Збільшення периферичного кровотоку є наслідком впливу радону на симпатичну систему, зменшення накопичення катехоламінів в нервових закінченнях. Радонові ванни покращують центральну, периферичну та регіональну гемодинаміку, проявляють знеболюючий ефект.

Йодобромні ванни також позитивно впливають на центральну та периферичну гемодинаміку. Крім цього вони проявляють седативну дію. Їх призначають навіть при II Б – III ступені ішемії за класифікацією Покровського. Під дією йодобромних ванн покращуються процеси мікроциркуляції, нормалізується функція щитоподібної залози, гальмуються атеросклеротичні процеси.

З ароматичних ванн при ХАН застосовують *скіпідарні ванни*, які розширюють дрібні судини.

При облітеруючих захворюваннях використовують *кисневі ванни*, які покращують гемодинаміку і сприятливо впливають на серцево-судинну систему.

Вуглекислі ванни менш ефективні сірководневих і скіпідарних, але можуть застосовуватись при супутніх захворюваннях нирок і печінки. Вуглекислі ванни мають властивість покращувати поглинання кисню тканинами, внаслідок чого покращується їх оксигенація.

Хірургічне лікування. На сучасному етапі розвитку хірургії судин найбільш ефективним є проведення реконструктивно-відновних операцій, що спрямовані на відновлення прохідності магістральних судин. Виконують реконструкцію судин за допомогою аллопротезів, аутовенозних шунтів та дезоблітерації артерій.

Вибір способу хірургічного лікування визначається характером та локалізацією окклюзійного процесу, станом шляхів відтоку крові.

Так, при розвитку аневризм інфраренального відділу аорти (рис. 1) виконуються операції по протезуванню її синтетичними протезами.

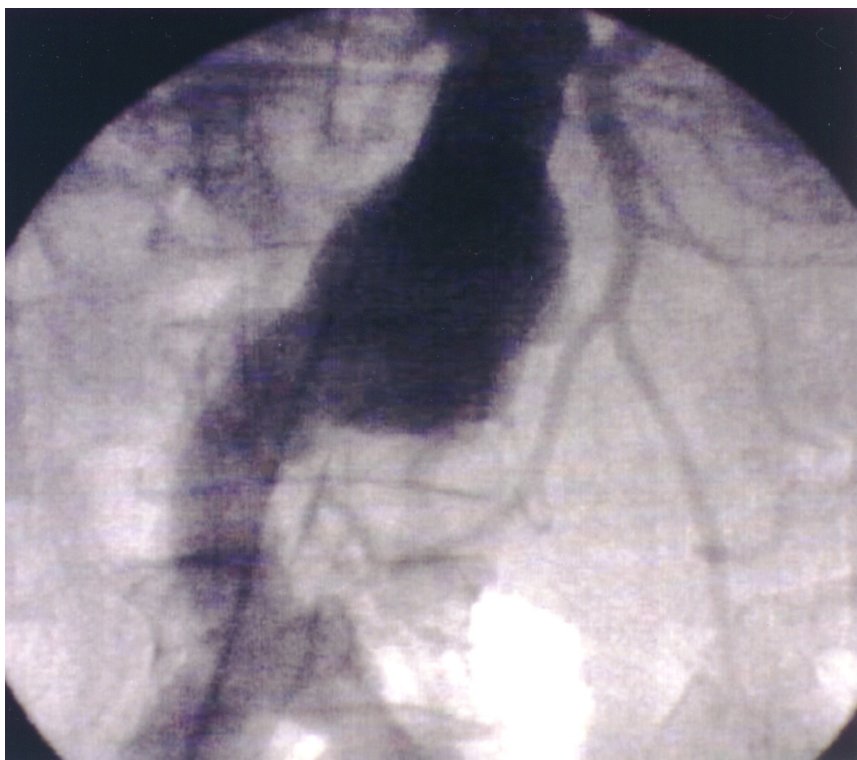


Рис. 1 Аортографія хворого К. Аневризма інфраренального відділу аорти.

У випадках розвитку оклюзії клубових артерій виконується аорто-стегнове лінійне аллошунтування.

Реконструктивні операції проводяться при наявності оклюзій артерій з задовільним дистальним кровотоком.

У випадках розвитку оклюзій клубово-стегнового сегмента (рис. 2) з задовільним кровотоком дистальніше по поверхневій стегновій артерії або глибокій артерії стегна виконується аорто-стегнове лінійне аллошунтування. При сегментарних оклюзіях (рис. 3) використовують інтим-тромбектомію, а при локальних – рентгенендоваскулярні методи. Це дилатація та стентування артерій.



Рис. 2 Аортографія хворого В. Атеросклеротична оклюзія клубових артерій зліва.



Рис. 3 Аортографія хворого Г. Атеросклеротична оклюзія загальної клубової артерії зліва.

При оклюзії стегново-підколінного сегмента з задовільним дистальним кровотоком виконують стегново-підколінне аутовенозне або аллошунтування. У випадках розвитку ішемії кінцівки III ст. з незадовільним

дистальним кровотоком (рис. 4) реконструктивні операції не показані. Цьому контингенту хворих виконують операції на симпатичних гангліях – поперекова симпатектомія L₂ – L₃.

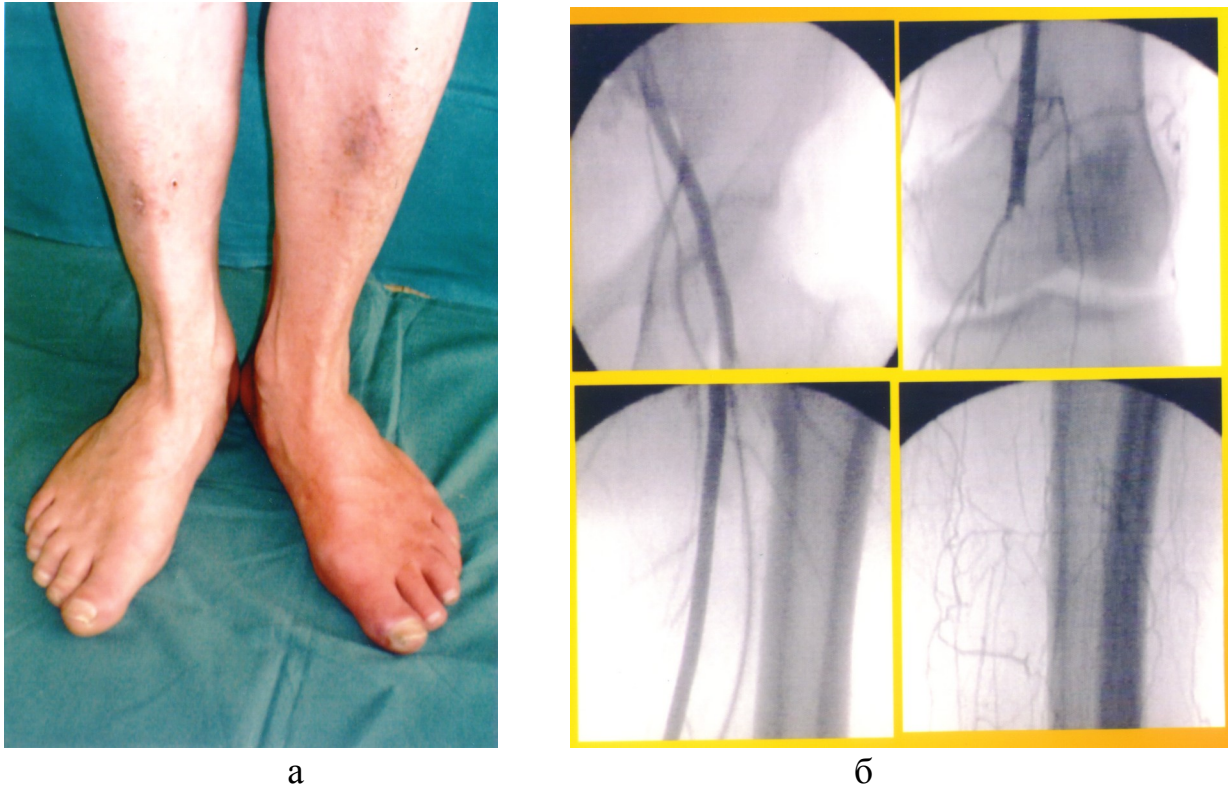


Рис. 4 Хворий К. Облітеруючий ендартеріїт судин нижніх кінцівок. Ішемія III ст.. а) вигляд кінцівки – гіперемія лівої ступні; б) на артеріограмі оклюзія підколінної, гомілкових артерій зліва. Дистальний кровотік незадовільний.

При оклюзії периферичних артерій, наявності ішемії IV ст. у вигляді трофічних виразок пальців операції на симпатичних гангліях та глибокій артерії стегна поєднують з введенням простагландинів E₁ алпростана та вазопростана. В тих випадках, коли мають місце некробіотичні процеси – некрози тканин гомілки та ступні, гангрени, за даними ангіографічного дослідження анатомічних умов до виконання ревазуляризації кінцівки немає через незадовільний дистальний кровотік (рис. 5), показана ампутація кінцівки.

Необхідно зазначити про доцільність використання комплексного лікування хворих з хронічною артеріальною недостатністю з застосуванням хірургічних методів корекції та медикаментозної терапії.

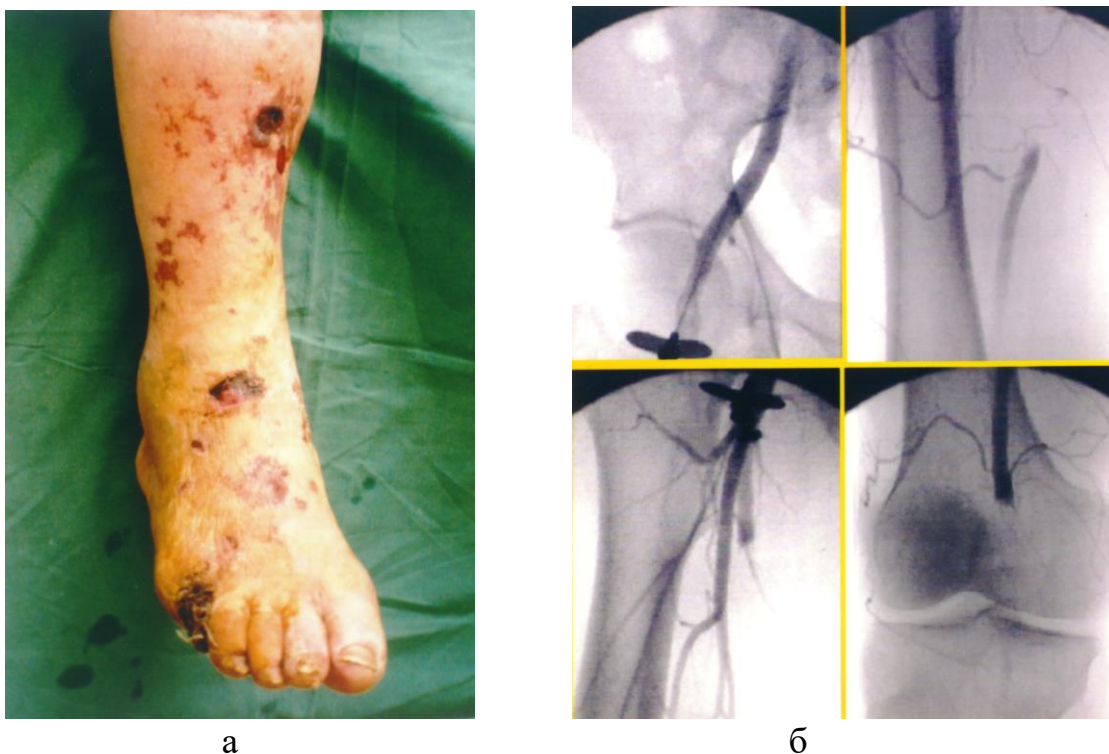


Рис. 5. Хворий 3. Облітеруючий атеросклероз судин правої нижньої кінцівки. Ішемія IV ст. а) сухий некроз V пальця, некрози правої ступні та гомілки; б) на артеріограмах оклюзія поверхневої стегнової, підколінної та гомілкових артерій.

Санаторно-курортне лікування. Воно проводиться в місцевих кардіологічних санаторіях, а також на бальнеологічних курортах з сірководневими, хлоридними, натрієвими, радоновими, йодобромними і вуглекислими водами. Направляються хворі з облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок при компенсації і субкомпенсації периферичного кровообігу.

1.2 Програма професійної реабілітації

1. Профорієнтація. Хворим з хронічною артеріальною недостатністю I-II ступеню протипоказана робота, зв'язана з значною фізичною напругою в несприятливих умовах (умови низьких і високих температур, вологість, контакт з судинними отрутами) з переважним знаходженням на ногах, робота в нічну зміну, загальна та локальна вібрація.

Хворим з ХАН III-IV ступеня протипоказана робота зі значною і помірною фізичною напругою, значною нервово-психічною напругою,

робота в умовах високих і низьких температур, вологості, продувів, контакту з судинними отрутами, тривалим перебуванням на ногах, пов'язана з ходінням, робота в нічну зміну.

2. Професійне навчання. Хворі з облітеруючими захворюваннями артерій нижніх кінцівок в процесі професійного навчання (перенавчання) потребують організації робочого місця, забезпечення технічними засобами. Для інвалідів з руховим порушенням нижніх кінцівок приміщення повинні проектуватись без перепадів підлоги, бордюрів, східців, тамборів, порогів, переважно на 1 чи 2 поверсі. Повинні застосовуватись опірні застосування. Додатково може використовуватись крісло-коляска. Східці повинні бути покриті матеріалом що не ковзається. Використовуються спеціальні робочі столи, письмові столи.

При організації робочих місць забезпечуються аварійні сигнальні пристрої, радіофікація робочих місць, загородження рухомих механізмів, скління вікон склом, що не б'ється, естетичний дизайн приміщення.

3. Раціональне працевлаштування. Для хворих і інвалідів з ХАН I-II ст. являються показаними наступні умови і характер праці: легка фізична праця переважно сидячи в сприятливих умовах виробничого середовища (нормальна температура, вологість, відсутність протягів, контакту з токсичними судинними отрутами, постійним магнітним полем, статичними струмами, електричним полем, лазерним випромінюванням, періодичним положенням в незручній робочій позі до 25% робочого часу за зміну, вимушені нахили на 51-100 разів на зміну). Показана розумова праця у відповідності з 1, 2, 3.1 класом по напруженості.

При наявності ХАН III-IV ст. показана робота з незначною фізичною напругою переважно сидячи в зручній робочій позі, без підйому вантажів в оптимальних санітарно-гігієнічних умовах. Розумова праця у відповідності з 2 класом напруженості. Праця по індивідуальному графіку в спеціально створених умовах, чи домашніх умовах.

4. Створення спеціального робочого місця. Обладнання (технічні пристрої, станки і інші) – безпечне і комфортне в користуванні – стійкість конструкції, міцність установки і фіксації, простий засіб користування, без складних систем вмикання і вимикання з автоматичним відключенням при поломках;

- забезпечення вільного доступу до вузлів і механізмів обладнання з метою безпеки при монтажі, експлуатації і ремонті;
- розміщення, що не створює перешкод для підходу, користування, пересування, розширення відстані між столами, станками, меблями, усунення гострих кутів, виступів, травмуючих поверхонь;
- сучасність і рентабельність обладнання з допомогою швидкої і полегшеної його модернізації;
- естетичний дизайн з кольорами обладнання меблів для активації емоційно-вольової сфери, концентрації уваги.

5. Оснащення. Організаційно-технічне оснащення за своїми розмірами повинно відповідати антропометричним даним, бути стійким, забезпечувати комфортність і безпечність користування:

- робочі столи, верстати, висотою в межах 630-1020 мм, полиці на кронштейнах для розміщення настільного обладнання, для виконання вимірів, записів;
- робоче крісло чи стільці повинні легко пересуватись на робочому місці в потрібному напрямку;
- лотки, планшети, ящики і їхні пристрої для розміщення під час роботи інструментів і деталей;
- розміри полиць-стелажів для розміщення апаратури, пристроїв, деталей, повинні бути такими, щоб розміщені на них предмети не виступили за їх межі. Полиці для розміщення мілких предметів і деталей повинні мати бортики;

- візки для розміщення апаратури і виробів повинні мати зручну висоту біля робочої поверхні, зручні ручки для їх пересування, колеса на підшипниках з еластичними шинами, а також пристрої для фіксації її положення під час роботи;
- підйомно-транспортні засоби – транспортери для транспортування деталей з одного робочого місця в друге;
- засоби сигналізації, переговорні пристрої для забезпечення зв'язку в процесі роботи між персоналом, який обслуговує обладнання.

6. Планування. Раціональне планування робочого місця з розміщенням обладнання, інструментів і пристроїв в зоні максимальної досяжності. Інвалід може виконувати роботу без пересування; оптимальна доза безпосереднього виконання виробничих операцій без нахилів, поворотів і інших рухів. Планування забезпечує безпечні умови праці, вільні доступи, додаткові проходи. При рухових порушеннях нижніх кінцівок планування повинне забезпечувати мінімум пересування; розміщення робітника без підйомів на поверхню, близько від входу.

1.3 Програма соціальної реабілітації

Адаптація житла. Адаптація квартири до психосоматичних можливостей інваліда із значними руховими порушеннями передбачає розширення дверних отворів, установку пандусів, поручнів, раціональне використання площі кухні, підсобних приміщень, що сприяють самообслуговуванню інвалідів. Повинна бути обладнана раковина для вмивання доступна для інваліда на колясці. В туалеті має бути обладнаний крісло-колясочний стільчик, поручні для самостійної фіксації і підйому. Ванни і туалетні кімнати необхідно оснастити матами, що не ковзають. Для інвалідів-колясочників необхідно обладнати доступні дверні ручки. При

можливості житло може бути обладнано системами дистанційного управління відкривання дверей, вікон, штор.

Забезпечення технічними засобами. Значна кількість інвалідів має потребу в допоміжних технічних засобах. Для побутових потреб інваліду з порушенням функції пересування і самообслуговування потрібні крісла, що регулюються по висоті з підставками для ліктів, крісла з можливістю обертання, чайні столики на колесах, ліжкові підйоми, ліжкові поручні, рама для самопіднімання, пристосування для підняття предметів з підлоги.

Для активного і пасивного пересування інваліди зі значними руховими розладами можуть бути забезпечені автомобілями, мотоколясками з ручним управлінням, кріслами-колясками з електроприводом і ручним управлінням, кріслами-колясками з немеханізованим приводом.

Інваліди з порушенням пересування I-II ст. забезпечуються палицями з набором наконечників.

Соціально-середовищна реабілітація. Психосоціальна реабілітація.

Хворий повинен бути інформованим про необхідність дотримання загальних гігієнічних заходів: щоденної зміни шкарпеток, позбавлення їх резинок, використання вільного, м'якого взуття і ін. Це досягається проведенням індивідуальних бесід лікаря з хворим, лекцій і бесід з групами хворих. Слід досягнути розумного відношення до своєї хвороби, не допустити розвитку в нього неадекватної підвищеної уваги до хвороби, розвитку депресії і невпевненості в своїх силах. Необхідно враховувати не тільки інваліда, але й членів його сім'ї, оточуючого середовища в побуті і на роботі з метою розумного відношення до захворювання, місця на роботі, сім'ї, побуті. Необхідно зорієнтувати хворого про важливість дотримання режиму праці і відпочинку. Сон повинен бути достатнім. Обов'язкові прогулянки на свіжому повітрі, дозована ходьба і лікувальна гімнастика, гіпохолестеринова дієта.

Навчання заняттям фізкультурою і спортом. Хворі з ампутаційними куксами повинні бути навчені комплексу вправ для укріплення м'язів тулуба

з метою профілактики порушень осанки, усунення перекосу тазу в фронтальній площині, укріплення ослаблених м'язів живота і спини. Хворий повинен навчитися підійматись з опорою руки, зберігати правильну осанку, переходити з одного положення в інше без сторонньої допомоги. Проводяться вправи для укріплення м'язів збереженої ноги. Важливо правильно по росту підібрати милиці. Правильне положення кукси важливо в попередженні розвитку обмежень рухомості в суглобах, допомагає збереженню рівноваги і координації рухів, збільшує стійкість, створює сприятливі умови для майбутнього навчання ходьбі в протезі.

2. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок без виразки чи запалення

При складанні індивідуальних програм реабілітації хворих і інвалідів з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок слід враховувати ступінь ХВН нижніх кінцівок, стан клапанного апарату глибоких і комунікантних вен, виникаючі ускладнення.

Розрізняють три ступеня ХВН. При I ступені ХВН хворі жаліються на втомлюваність в ногах після нетривалої ходи чи при стоянні, незначний набряк кінцівок, що з'являється як правило в другій половині дня і проходить після нічного сну. Трофічні розлади відсутні. Результати маршової проби швидко позитивні чи позитивні. При дистальній функціональній флебоманометрії в більшості випадків відмічається зниження венозного тиску більше ніж на 50%. При ретроградній стегновій флебографії виявляється відносна клапанна недостатність стегнової вени.

При II ступені ХВН виявляються постійні набряки, як не проходять, а лише зменшуються після нічного відпочинку. В другій половині дня мають місце постійні болі в нижніх кінцівках. В цій стадії вже постійними є трофічні розлади шкіри у вигляді її пігментації, індурації підшкірної клітковини, тромбофлебіт поверхневих вен, екзема, дерматит. Маршева проба позитивна. При дистальній функціональній флебоманометрії зниження венозного тиску на 25-50%. При ретроградній флебографії виявляється відносна або абсолютна клапанна недостатність стегнової вени, а при висхідній флебографії визначається, що глибокі магістральні та сполучні вени з рівними контурами, не ділятовані. Клапани їх спроможні.

При III ступені ХВН виникають важкі місцеві геморагічні порушення, нейросудинні розлади з виразками, набряками і болями, які мають постійний характер. Гіпотрофія і гіперпігментація шкіри, індурація підшкірної клітковини, дерматит, свербіж. Венозний тиск при дистальній функціональній флебоманометрії знижується менш ніж на 25%. При ретроградній стегновій флебографії виявляється клапанна недостатність

стегнової вени. При висхідній флебографії глибокі вени ділятовані, має місце ретроградне заповнення розширених сполучних вен (рис. 6)

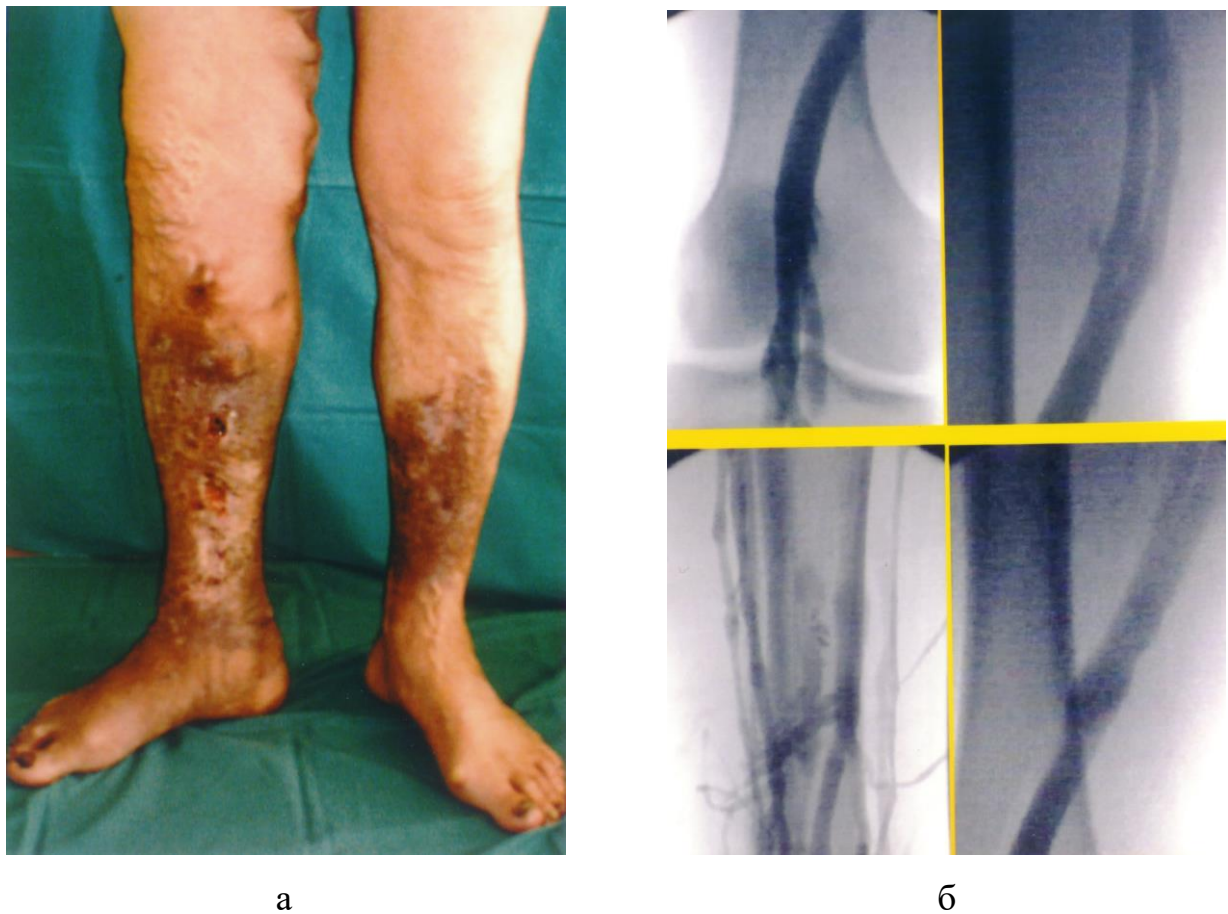


Рис. 6 Хворий Н. Варикозне розширення підшкірних вен правої нижньої кінцівки. ХВН III ст. а) гіперпигментація, індурація, трофічні виразки гомілки, варикозне розширення підшкірних вен. Клапани підшкірних вен сполучних вен неспроможні; б) на висхідній флебограмі глибокі вени ділятовані, має місце ретроградне заповнення сполучних вен гомілки.

При варикозному розширенні вен нижніх кінцівок з хронічною венозною недостатністю I ступеню інколи можуть виникати обмеження до трудової діяльності I ступеня, при ХВН I-II ступеню у хворих мають місце порушення здатності до пересування I ступеня, здатності до трудової діяльності I ступеню. Реабілітаційний потенціал у хворих I-II ст. високий, реабілітаційний прогноз сприятливий.

При ХВН II-III ступеню мають місце порушення здатності до пересування другого ступеню, здатності до самообслуговування I-II ступеню,

здатності до трудової діяльності другого ступеню, здатності до навчання I ступеню.

У хворих з ХВН II-III ступеню реабілітаційний потенціал низький, реабілітаційний прогноз сумнівний.

2.1 Програма медичної реабілітації

Лікування хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок повинно включати фармакологічні і оперативні заходи, направлені на корекцію мікроциркуляторних та макрогемодинамічних порушень. З цією метою використовують активний режим. Позитивним фактором корекції порушень кровотоку в поверхневих варикозно розширених венах є еластична компресія еластичними бинтами. Доцільно використання з цією метою медичного трикотажу – гольфів, панчіх чи колгот (2-3 клас компресії). Доцільним є застосування оперативного і консервативного методів лікування.

Медикаментозне лікування. Для цього використовують декілька груп препаратів: нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ); похідні рутину; дезагреганти; ензими; флеботоніки рослинного походження; антикоагулянти.

З групи НПЗЗ використовують диклофенак, кетопрофен, вольтарен, у вигляді таблеток, ін'єкцій, мазевих форм. Ці препарати володіють не тільки протизапальною, але й знеболюючою дією.

Похідні рутину (троксевазин, рутозин) являються універсальними протекторами судинної стінки і володіють сильною протизапальною дією.

Дезагреганти (реополіглюкін, трентал) позитивно впливають на перебіг захворювання.

Серед венотонічних препаратів широко використовують детралекс, діовенор 600, аесцин, гінкор форт, ендотелон, цикло 3 форт. Препарати цієї групи мають венотонічну дію, покращують мікроциркуляцію, лімфатичний дренаж, зменшують набряк. Детралекс забезпечує загоєння трофічних виразок.

Хірургічне лікування. Покази до хірургічних методів лікування обумовлені вираженістю клінічної картини захворювання, наявністю тромбофлебітів, трофічних змін у вигляді пігментації, індурації, трофічних виразок внаслідок порушень венозного відтоку обумовлених недостатністю клапанів підшкірних, сполучних та глибоких вен.

Операції рекомендовано проводити в компенсованих стадіях до розвитку ускладнень.

Незалежно від ступеня розвитку ХВН першим етапом хірургічного лікування варикозного розширення підшкірних вен є перев'язка сафено-стегнового гирла з обробкою впадаючих гілок – операція Троянова – Транделенбурга.

На наступному етапі венекстрактором, за методом Бєбєкова видаляється велика підшкірна вена. Варикозно змінені вени на гомілці видаляються з окремих розрізів шляхом тунелювання за методикою Нарата. З метою ліквідації патологічного скиду через сполучні вени проводиться надфасціальна їх перевязка по Коккету при ХВН I – II ст. та субфасціальна за Лінтоном при ХВН – III ст.

Склерозуюча терапія проводиться шляхом введення тромбовара, етоксисклерола, фібровейна та інших препаратів, що призводить до облітерації вен. Як самостійний метод лікування склеротерапія використовується на початкових стадіях захворювання при ХВН – I ст. при розсипному типі будови вен.

Позитивні результати дає комбінація хірургічного методу та склерозування вен.

2.2 Програма професійної реабілітації

1. Профорієнтація. Хворим з хронічною венозною недостатністю I-II ступеню протипоказана робота, зв'язана з значною фізичною напругою в несприятливих умовах (умови низьких і високих температур, вологість,

контакт з судинними отрутами) з переважним находженням на ногах, робота в нічну зміну, загальна та локальна вібрація.

Хворим з ХВН III ступеня протипоказана робота зі значною і помірною фізичною напругою, значною нервово-психічною напругою, робота в умовах високих і низьких температур, вологості, продувів, контакту з судинними отрутами, тривалим перебуванням на ногах, пов'язана з ходінням, робота в нічну зміну.

2. Професійне навчання. Хворі з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок в процесі професійного навчання (перенавчання) потребують організації робочого місця, забезпечення технічними засобами. Для інвалідів з руховим порушенням нижніх кінцівок приміщення повинні проектуватись без перепадів підлоги, бордюрів, східців, тамбурів, порогів, переважно на 1 чи 2 поверсі. Повинні застосовуватись опірні застосування. Додатково може використовуватись крісло-коляска. Східці повинні бути покриті матеріалом що не ковзається. Використовуються спеціальні робочі столи, письмові столи.

При організації робочих місць забезпечуються аварійні сигнальні пристрої, радіофікація робочих місць, загородження рухомих механізмів, скління вікон склом, що не б'ється, естетичний дизайн приміщення.

3. Раціональне працевлаштування. Для хворих і інвалідів з ХВН I-II ст. являються показаними наступні умови і характер праці: легка фізична праця переважно сидячи в сприятливих умовах виробничого середовища (нормальна температура, вологість, відсутність протягів, контакту з токсичними судинними отрутами, постійним магнітним полем, статичними струмами, електричним полем, лазерним випромінюванням, періодичним положенням в незручній робочій позі до 25% робочого часу за зміну, вимушені нахили на 51-100 разів на зміну). Показана розумова праця у відповідності з 1, 2, 3.1 класом по напруженості.

При наявності ХВН III ст. показана робота з незначною фізичною напругою переважно сидячи в зручній робочій позі, без підйому вантажів в

оптимальних санітарно-гігієнічних умовах. Розумова праця у відповідності з 2 класом напруженості. Праця по індивідуальному графіку в спеціально створених умовах, чи домашніх умовах.

4. Створення спеціального робочого місця. Обладнання (технічні пристрої, станки і інші) – безпечне і комфортне в користуванні – стійкість конструкції, міцність установки і фіксації, простий засіб користування, без складних систем вмикання і вимикання з автоматичним відключенням при поломках;

- забезпечення вільного доступу до вузлів і механізмів обладнання з метою безпеки при монтажі, експлуатації і ремонті;
- розміщення, що не створює перешкод для підходу, користування, пересування, розширення відстані між столами, станками, меблями, усунення гострих кутів, виступів, травмуючих поверхонь;
- сучасність і рентабельність обладнання з допомогою швидкої і полегшеної його модернізації;
- естетичний дизайн з кольорами обладнання меблів для активації емоційно-вольової сфери, концентрації уваги.

5. Оснащення. Організаційно-технічне оснащення за своїми розмірами повинно відповідати антропометричним даним, бути стійким, забезпечувати комфортність і безпечність користування:

- робочі столи, верстати, висотою в межах 630-1020 мм, полиці на кронштейнах для розміщення настільного обладнання, для виконання вимірів, записів;
- робоче крісло чи стільці повинні легко пересуватись на робочому місці в потрібному напрямку;
- лотки, планшети, ящики і їхні пристрої для розміщення під час роботи інструментів і деталей;

- розміри полиць-стелажів для розміщення апаратури, пристроїв, деталей, повинні бути такими, щоб розміщені на них предмети на виступили за їх межі. Полиці для розміщення мілких предметів і деталей повинні мати бортики;
- візки для розміщення апаратури і виробів повинні мати зручну висоту біля робочої поверхні, зручні ручки для їх пересування, колеса на підшипниках з еластичними шинами, а також пристрої для фіксації її положення під час роботи;
- підйомно-транспортні засоби – транспортери для транспортування деталей з одного робочого місця в друге;
- засоби сигналізації, переговорні пристрої для забезпечення зв'язку в процесі роботи між персоналом, який обслуговує обладнання.

6. Планування. Раціональне планування робочого місця з розміщенням обладнання, інструментів і пристроїв в зоні максимальної досяжності. Інвалід може виконувати роботу без пересування; оптимальна доза безпосереднього виконання виробничих операцій без нахилів, поворотів і інших рухів. Планування забезпечує безпечні умови праці, вільні доступи, додаткові проходи. При рухових порушеннях нижніх кінцівок планування повинне забезпечувати мінімум пересування; розміщення робітника без підйомів на поверхню, близько від входу.

2.3 Програма соціальної реабілітації

Адаптація житла. Адаптація квартири до психосоматичних можливостей інваліда із значними руховими порушеннями передбачає розширення дверних отворів, установку пандусів, поручнів, раціональне використання площі кухні, підсобних приміщень, що сприяють самообслуговуванню інвалідів. Повинна бути обладнана раковина для вмивання доступна для інваліда на колясці. В туалеті має бути обладнаний

крісло-колясочний стільчик, поручні для самостійної фіксації і підйому. Ванни і туалетні кімнати необхідно оснастити матами, що не ковзають. Для інвалідів-колясочників необхідно обладнати доступні дверні ручки. При можливості житло може бути обладнано системами дистанційного управління відкривання дверей, вікон, штор.

Забезпечення технічними засобами. Значна кількість інвалідів має потребу в допоміжних технічних засобах. Для побутових потреб інваліду з порушенням функції пересування і самообслуговування потрібні крісла, що регулюються по висоті з підставками для ліктів, крісла з можливістю обертання, чайні столики на колесах, ліжкові підйоми, ліжкові поручні, рама для самопіднімання, пристосування для підняття предметів з підлоги.

Для активного і пасивного пересування інваліди зі значними руховими розладами можуть бути забезпечені автомобілями, мотоколясками з ручним управлінням, кріслами-колясками з електроприводом і ручним управлінням, кріслами-колясками з немеханізованим приводом.

Інваліди з порушенням пересування I-II ст. забезпечуються палицями з набором наконечників.

Соціально-середовищна реабілітація. Психосоціальна реабілітація.

Хворий повинен бути інформованим про необхідність дотримання загальних гігієнічних заходів: щоденної зміни шкарпеток, позбавлення їх резинок, використання вільного, м'якого взуття і ін. Це досягається проведенням індивідуальних бесід лікаря з хворим, лекцій і бесід з групами хворих. Слід досягнути розумного відношення до своєї хвороби, не допустити розвитку в нього неадекватної підвищеної уваги до хвороби, розвитку депресії і невпевненості в своїх силах. Необхідно враховувати не тільки інваліда, але й членів його сім'ї, оточуючого середовища в побуті і на роботі з метою розумного відношення до захворювання, місця на роботі, сім'ї, побуті. Необхідно зорієнтувати хворого про важливість дотримання режиму праці і відпочинку. Сон повинен бути достатнім. Обов'язкові

прогулянки на свіжому повітрі, дозована ходьба і лікувальна гімнастика, гіпохолестеринова дієта.

Навчання заняттям фізкультурою і спортом. Хворі з ампутаційними куксами повинні бути навчені комплексу вправ для укріплення м'язів тулуба з метою профілактики порушень осанки, усунення перекосу тазу в фронтальній площині, укріплення ослаблених м'язів живота і спини. Хворий повинен навчитися підійматись з опорою руки, зберігати правильну осанку, переходити з одного положення в інше без сторонньої допомоги. Проводяться вправи для укріплення м'язів збереженої ноги. Важливо правильно по росту підібрати милиці. Правильне положення кукси важливо в попередженні розвитку обмежень рухомості в суглобах, допомагає збереженню рівноваги і координації рухів, збільшує стійкість, створює сприятливі умови для майбутнього навчання ходьбі в протезі.

3. Посттромбофлебітичний синдром

Посттромбофлебітичний синдром (ПТФС) – симптомокомплекс, що розвинувся внаслідок перенесеного тромбозу глибоких вен кінцівок і таза, що призводить до регіонарної венозної гіпертензії, з розвитком набряків, вторинного варикозного розширення підшкірних вен, трофічних розладів. Розрізняють три форми ПТФС: набряково-больова, варикозно-виразкова, змішана.

При складанні ІІР доцільно враховувати не тільки форму клінічного перебігу і ступінь ХВН, а також тип захворювання (оклюзійний, реканалізований, з повною і неповною реканалізацією) і локалізацію процесу (гомілка, стегново-підколінний, клубово-стегновий сегменти, тотальний). Виділяють три стадії ПТФС: компенсації, субкомпенсації і декомпенсації (I, II, III), які поряд з ХВН враховують артеріальний притік і лімфовідтік.

Стадія компенсації (I ступінь ХВН). Для цієї стадії характерно відчуття втоми в ногах після нетривалої ходьби чи тривалого стояння, невеликий

набряк, що з'являється ввечері, відсутність трофічних розладів, зміни форми РВГ (зменшення РІ до $0,93 \pm 0,02$) порівняно з контрольною групою ($1,10 \pm 0,02$), відсутність дихальних хвиль чи наявність хвиль невеликої амплітуди (не більше 5 мм). Функціональна флебоманометрія виявляє підвищення тиску.

Стадія субкомпенсації (II ступінь ХВН). Скарги на біль в кінцівках в стані спокою, судоми в ікрах (вночі), швидко наступаючий набряк кінцівок, який не щезає повністю після нічного сну. Гіперпігментація шкіри і індурація підшкірної клітковини нижньої третини гомілки з розширенням підшкірних вен кінцівки, а при клубково-стегновій локалізації процесу – нижніх відділів передньої черевної стінки. На РВГ вершини хвиль плоскі чи закручені, дикротичні зубці зміщені в верхню частину катакрати, РІ зменшується до $0,52 \pm 0,03$. На флебограмах виявляють як оклюзію, так і рекааналізацію глибоких вен нижніх кінцівок (рис. 7).

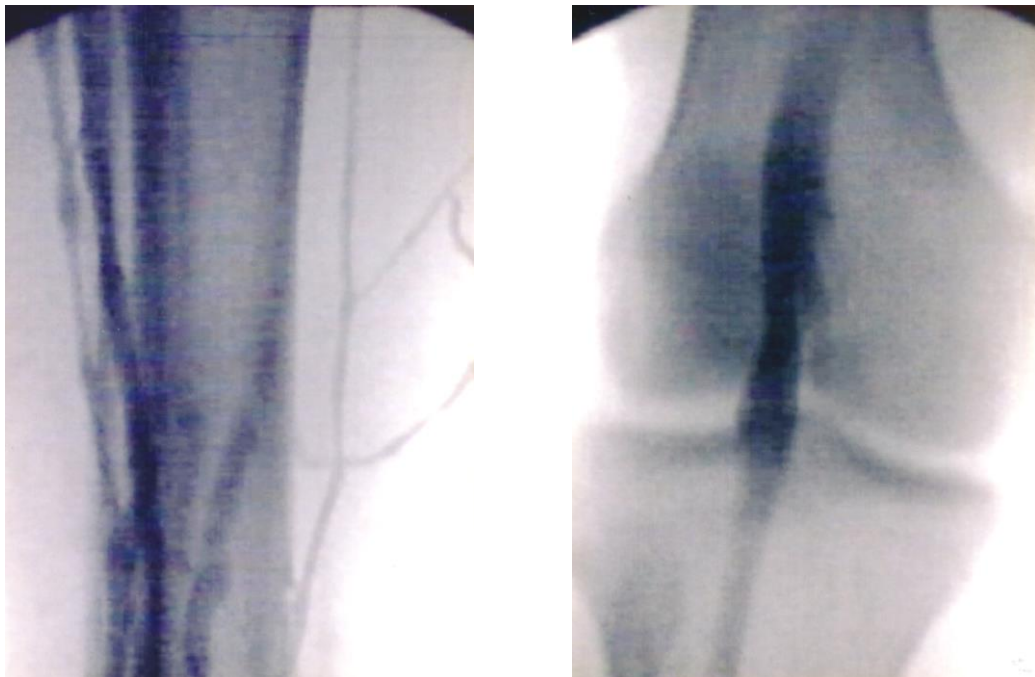


Рис. 7 Флебограма хворої Л. Неповна рекааналізація гомілкових та підколінної вен.

Стадія декомпенсації (III ступінь ХВН). Наростають біль і прогресування трофічних розладів, гіперпігментація шкіри, індурація підшкірної клітковини, набряк не проходить навіть після ночі, збільшується

ступінь розширення підшкірних вен, утворюються трофічні виразки гомілки. По даним флебографії має місце реканалізація вен з недостатністю клапанів. (рис. 8) Дані флебоманометрії свідчать про клапанну недостатність глибоких вен.



Рис. 8 Хворий К. Посттромбофлебітичний синдром лівої нижньої кінцівки. Варикозно-виразкова форма. ХВН III ст.. а) трофічні виразки гомілки, гіперпігментація, індурація шкіри; б) на висхідній флебограмі реканалізація підколінної та поверхневої стегнової вен з недостатністю клапанів глибоких поверхневих та сполучних вен.

3.1 Програма медичної реабілітації

Вибір метода лікування хворих з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок базується на клінічних даних, ступені порушення регіонарної гемодинаміки, наявності оклюзії чи реканалізації глибоких вен.

Використовуються оперативні методи лікування. Хірургічна корекція гемодинаміки показана, як в стадії оклюзії, так і в стадії реканалізації глибоких вен нижніх кінцівок, при наявності набряку тканин, варикозного розширення підшкірних вен, трофічних розладів – виразок, індурації тканин.

При окклюзії або неповній реканалізації клубового сегмента виконується стегново-стегнове перехрестне шунтування (операція Пальма).

При окклюзії або неповній реканалізації поверхневої стегнової вени виконується операція Хюснї – анастомоз між великою підшкірною веною на стороні ураження та дистальними відділами підколіної вени. Ця операція забезпечує відтік крові з глибоких вен гомілки через велику підшкірну вену на стегні.

При реканалізації глибоких вен для ліквідації венозної гіпертензії в підшкірних венах проводить перевязку сполучних вен за методиками Коккета, Лінтона, Фельдера.

При реканалізації глибоких вен має місце руйнація венозних клапанів. Для відновлення їх функції необхідно виконати операції по створенню штучних клапанів. Також проводяться оперативні втручання шляхом пересадки аутовенозних трансплантантів з функціонуючими клапанами та направлення кровотоку по притоках крупних вен з функціонуючими клапанами.

Після проведення хірургічної корекції венозної гемодинаміки показані компресійні повязки, носіння еластичних панчох II – III класа, а також проведення 2 рази на рік курсів медикаментозної терапії з використанням венотонічних препаратів.

3.2 Програма професійної реабілітації

Профорієнтація. У хворих з порушенням статико-динамічної функції, ХВН III-IV ступеню мають місце обмеження здатності до пересування, самообслуговування, трудової діяльності другого ступеня. Цій категорії протипоказана робота з значною і помірною фізичною напругою, робота з переважним перебуванням на ногах в умовах високих і низьких температур, високої вологості, локальної і загальної вібрації.

При порушеннях статико-динамічної функції, ХВН I-II ступеню хворі обмежені в здатності до пересування, трудової діяльності I ступеню. Їм протипоказана праця з значним фізичним напруженням, робота з переважним перебуванням на ногах в умовах високих і низьких температур, високої вологості.

Раціональне працевлаштування. Для інвалідів з ХВН I-II ступеню показана робота з незначною і помірною фізичною напругою (1, 2), переважно сидячи, з періодичним знаходженням в незвичній позі до 25% робочого часу зміни, в сприятливих умовах виробничого середовища, всі види розумової праці в відповідності з 1, 2 і 3.1 класами умов праці по напруженості.

Створення спеціального робочого місця. При значних рухових порушеннях, що змушують хворого користуватися додатковими засобами пересування, необхідне спеціальне облаштування робочого місця.

Обладнання. Обладнання (технічні пристрої, станки) – безпечне і комфортне в користуванні:

- стійкість конструкції, міцність установки і фіксація, простий спосіб користування без складних систем включення і виключення, з автоматичним вимкненням при несправностях;
- розміщення, що не створює перешкод для підходу, користування, пересування, розширені відстані між станками, меблями, усунення гострих кутів, виступів;
- забезпечення вільного доступу до вузлів і механізмів обладнання з метою безпеки при монтажі, експлуатації і ремонті;
- сучасність і рентабельність обладнання з можливістю його швидкої модернізації;
- естетичний дизайн.

Оснащення. Організаційно-технічна оснастка за своїми розмірами повинна відповідати антропометричним даним, бути стійкою, забезпечувати комфортність і безпеку користування:

- робочі столи, верстати, висотою в межах 630-1020 мм, полиці на кронштейнах для розміщення настільного обладнання, для виконання вимірів, записів;
- інструментальні шафи, розміщені на висоті 800-1600 мм від підлоги для зберігання на робочому місці документації, кріплень, допоміжного і ріжучого інструменту, запчастин, засобів догляду за робочим місцем;
- лотки, планшети, ящики і їхні пристрої для розміщення під час роботи інструментів і деталей;
- робоче крісло чи стільці повинні легко пересуватись на робочому місці в потрібному напрямку;
- розміри полиць-стелажів для розміщення апаратури, пристроїв, деталей, повинні бути такими, щоб розміщені на них предмети не виступали за їх межі, а полиці мали бортики;
- візки для розміщення апаратури і виробів повинні мати зручну висоту біля робочої поверхні, зручні ручки для їх пересування, колеса на підшипниках з еластичними покриттями;
- підйомно-транспортні засоби, транспортери для доставки деталей з одного робочого місця в друге;
- засоби сигналізації, переговорні пристрої для забезпечення зв'язку в процесі роботи між персоналом.

Планування. Раціональне планування робочого місця з розміщенням обладнання, інструментів і пристроїв в зоні максимальної досяжності, інвалід може виконувати роботу без переміщення; оптимальна доза безпосереднього виконання виробничих операцій (в радіусі 400 мм) без нахилів, поворотів і інших рухів. Планування забезпечує безпечні умови праці, вільні підходи,

додаткові проходи. При обмежених можливостях пересування планування повинне забезпечувати мінімум пересування.

3.3 Програма соціальної реабілітації

При ПТФС можуть виникати обмеження до трудової діяльності I ступеню, при ХВН I-II ступеню у хворих існують порушення здатності до пересування I ступеню, здатність до трудової діяльності I ступеню. Реабілітаційний потенціал у хворих з I-II ступенем високий, реабілітаційний прогноз сприятливий.

При ХВН II-III ступеню існують порушення здатності до пересування другого ступеню, здатності до самообслуговування I-II ступеня, здатності до трудової діяльності II ступеню, здатності до навчання I ступеня.

У хворих з ХВН II-III ступеня реабілітаційний потенціал низький, реабілітаційний прогноз сумнівний.

Потреба інвалідів з ПТФС в різних видах медико-соціальної допомоги приведена в табл. 1.

Таблиця 1

Потреба інвалідів в різних видах медико-соціальної допомоги

№ п/п	Вид реабілітації, засобів, послуг	Потреба (%)
1.	<u>Медична реабілітація</u>	100,0
	1. Відновна терапія	98,4
	- стаціонарно-відновне лікування	89,3
	- диспансерне спостереження	98,1
	- амбулаторно-відновне лікування	97,3
	- санаторно-курортне лікування	40,1
	2. Реконструктивні втручання	18,5
	3. Протезування	6,4
2.	<u>Професійна реабілітація</u>	35,1
	1. Профорієнтація	3,2
	2. Професійне навчання	1,5
	3. Рациональне працевлаштування	30,6
	4. Професійно-виробнича адаптація	0,7

3.	<u>Соціальна реабілітація</u>	91,8
	1. Соціально-середовищна орієнтація	12,5
	2. Соціально-побутова освіта	19,3
	3. Соціально-побутова адаптація	85,9
	3.1. Догляд	
	- періодичний сторонній догляд дома	36,9
	- постійний сторонній догляд дома	12,8
	3.2. Адаптація квартири інваліда до його психосоматичних можливостей	18,0
	3.3. Потреба в допоміжних технічних засобах	37,2
	3.4. Засоби пересування	
	- автомобіль „Таврія” з ручним управлінням	3,1
	3.5. Соціально-побутове обслуговування	85,0
	3.6. Соціально-побутове влаштування	
	- перебування в центрі соціального обслуговування	5,1
	- перебування в пансіонаті	5,2
	4. Соціальна допомога	92,0
	- покращення житлово-побутових умов	55,1
	- натуральна допомога	81,3
	- матеріальна допомога	88,1
	5. Соціально-правова допомога	73,1
	- юридичні консультації	35,2
	- доступ до інформації про права і пільги	16,4
	- надання допомоги в реалізації прав і пільг	58,3

Адаптація житла. Адаптація квартири до психосоматичних можливостей інваліда із значними руховими порушеннями передбачає розширення дверних отворів, установку пандусів, поручнів, розширення площі кухні, підсобних приміщень, що сприяє самообслуговуванню інвалідів. Повинна бути обладнана раковина для вмивання, щоб можна було під'їхати до неї на колясці. Туалетні кімнати повинні бути обладнані крісло-колясочними стільчиками для самостійного підйому.

Забезпечення технічними засобами. В допоміжних технічних засобах мають потребу інваліди з ХВН III ст. Для активного і пасивного пересування інваліди можуть бути забезпечені автомобілями, мотоколясками з ручним управлінням, кріслами-колясками з електроприводом і ручним управлінням, кріслами-колясками з механічним приводом. Інваліди з порушенням пересування II ст. забезпечуються палицями з набором наконечників.

Шевчук Віктор Іванович
Скупий Олег Михайлович
Безсмертний Юрій Олексійович

Навчально-методичне видання

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

(Методичні рекомендації)

Підписано до друку 24.07.2004 Формат 29,7x42 1/4.
Гарнітура Times New Roman.
Папір офсетний. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 1,48
Наклад 300 прим.

ПП О. Власюк
Свідоцтво Держкомінформу України
серія ДК № 1114 від 12.11.2002.

21021, м. Вінниця, а/с 1883