

УДК:616-0.36.82:616-084

Волгіна Л.М., Рідковець С.Г., Куртян Т.В., Олексенко І.М.

ЗНАЧЕННЯ ЗНАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Даний час вимагає, для високої якості підготовки лікарів, знання для розвитку превентивної медицини, як медицини "попереджувачий" та випереджувачий розвиток захворювання.

Мета. Метою навчання превентивної реабілітації на етапі післядипломної освіти є збагатити арсенал практикуючого лікаря сучасними методами нового профілактичного напрямку, беручи до уваги індивідуальний підхід до діагностики, лікування та реабілітації. Вивчення у курсі підготовки нових концепцій, методологічних підходів згідно фази превентивної реабілітації. Виділення фаз превентивної реабілітації дає змогу створювати «групи ризику» для розробки програм профілактики, зменшуючи кількість рецидивів і запобігання хронізації патологічного процесу.

Основна частина. В лекції значний прогрес зроблено на 1-му етапі медичної реабілітації, яка є основою первинної профілактики неінфекційних захворювань.

Висновок. Знання лікарями основ превентивної реабілітації розширює можливості для збільшення фізіологічних резервів організму та являється актуальною задачею профілактичної медицини, рішення якої здійснити індивідуальний підхід у виборі оздоровчих програм.

Ключові слова: превентивна реабілітація, втілення, медична освіта.

Вступ. Даний час вимагає, для високої якості підготовки лікарів, знання для розвитку превентивної медицини, як медицини "попереджувачий" та випереджувачий розвиток захворювання. Охорона і зміцнення здоров'я здорових людей на сьогодні є одним з пріоритетних завдань сучасної

медицини. Це пов'язано з тим, що протягом останніх десятих років стан здоров'я населення суттєво погіршився за рахунок зростання захворюваності і смертності серед осіб молодого і працездатного віку. Аналіз стану здоров'я населення показав, що останнім часом продовжується зростання захворювань серцево-судинної, дихальної систем, онкологічних та інших неінфекційних захворювань [5, 10]. Зупинити цей процес можливо лише шляхом розвитку заходів з охорони та зміцнення здоров'я здорових, аби не допустити подальшого погіршення стану здоров'я населення [14, 15].

Саме тому виникла потреба в формуванні самостійного профілактичного напрямку, яка проявилася на фоні критично низького рівня стану популяційного здоров'я і особливо посилилась в зв'язку демографічним кризом, який вже вибухнув. У нашій країні наприкінці ХХ століття відбулося становлення та інтенсивний розвиток нового перспективного профілактичного напрямку – санології [1, 3], суб'єктом якої стає переважно не хвора, а здорова людина. У разі зниження функціональних резервів у здорових людей пріоритетними стають: рання діагностика поточного стану і рівнів здоров'я, ефективне оздоровлення і відновлення працездатності людини, первинна профілактика хронічних неінфекційних захворювань [1].

Мета. Метою навчання превентивної реабілітації на етапі післядипломної освіти є збагатити арсенал практикуючого лікаря сучасними методами нового профілактичного напрямку, беручи до уваги індивідуальний підхід до діагностики, лікування та реабілітації. Вивчення у курсі підготовки нових концепцій, методологічних підходів згідно фази превентивної реабілітації. Вивчення фаз превентивної реабілітації виділення дає змогу створювати «групи ризику» для розробки програм профілактики, зменшуючи кількість рецидивів і запобігання хронізації патологічного процесу.

Основна частина. Щодо терміна «реабілітація» взагалі є багато суперечливих питань. Незважаючи на широке використання терміну «реабілітація» багатьма авторами, до теперішнього часу немає єдиного розуміння процесу, іменованого цим терміном. В одних випадках під

реабілітацією розуміють відновлення здоров'я, в інших це - відновлення працездатності, в третіх - надання матеріальної допомоги постраждалим. За визначенням ВООЗ, реабілітація - це комбіноване та координоване застосування соціальних, медичних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки та перепідготовки індивідуума для досягнення оптимальної його працездатності. Англійський термін «rehabilitation» перекладається в словнику як реабілітація, відновлення здоров'я та працевлаштування, відновлення працездатності.

Козлова Л.В. і співавт. [8] виділяють 5 етапів медичної реабілітації: перший етап - превентивний, переслідує мету попередити розвиток клінічних проявів хвороби корекцією метаболічних порушень; другий - стаціонарний, передбачає заходи щодо попередження ускладнень хвороби, забезпеченню оптимального перебігу репаративних процесів; третій - поліклінічний, має забезпечити завершення ліквідації патологічного процесу; четвертий - санаторно-курортний, завершує стадію неповної клінічної ремісії; п'ятий - метаболічний, створює умови для нормалізації структурно-метаболічних порушень, що були після завершення клінічної стадії за допомогою тривалої дієтичної корекції, використання мінеральних вод, пектинів, кліматотерапії, лікувальної фізкультури, курсів бальнеотерапії.

Виділення етапу превентивної реабілітації дозволяє формувати групи ризику, розробляти профілактичні програми, зменшити число рецидивів, запобігти прогресуванню і хронізацію патологічного процесу.

Превентивна медицина - це медицина майбутнього, яка допомагає запобігти розвитку захворювань з урахуванням індивідуального підходу до діагностики, лікування та реабілітації. Поняття превентивної медицини (від франц. *préventif* «превентивний», від дієслова *praevenire* «упереджувати, випереджати») поки не увійшло до звичного ужитка нашої медичної громадськості. Тим більше незнайоме для широких мас населення. Тим часом, європейські та світові інститути здоров'я вже давно не тільки використовують

цей термін, але й активно розвивають превентивну медицину як медицину «упереджувальну», «випереджальну» прогресуванню розвитку захворювань.

Превентивна оцінка стану здоров'я і комплекс рекомендованих нею заходів ґрунтуються на тому, що перші патологічні ознаки часто не є біохімічними, а проявляються в більшості випадків на біофізичній рівні. Все більше людей приділяють увагу якості життя, яке визначається якістю здоров'я. Визначення рівня здоров'я дозволяє на практиці здійснювати ранню діагностику, «сканувати» ризик розвитку захворювань, це сприяє виявленню хвороби на доклінічній стадії та своєчасного ухвалення запобіжних заходів. Здоров'я громадян, як соціально-економічна категорія, є невід'ємним елементом національного багатства країни. Цінність здоров'я, як ресурсу, необхідного для виробництва матеріальних благ, визначається тенденціями зниження відтворення населення, процесом його старіння, зменшенням чисельності населення в розвинених країнах.

Поняття «превентивна фізична реабілітація» було сформовано з появою категорії «безпечного рівня» здоров'я (Г.Л. Апанасенко, 1992, 1997), під якою необхідно розуміти повернення індивіда у «безпечну зону» здоров'я. Академік АМН України Є.М. Лук'янова (2005) зазначає, що саме на етапі функціональних змін реабілітаційні заходи мають найвищу ефективність. На цьому етапі необхідно ставити питання про «превентивну» реабілітацію, поновлюючи порушені функції в преморбідному стані. Превентивна фізична реабілітація — наукова основа первинної профілактики захворювань. У той самий час, ефективне оздоровлення людини можливе лише за умови адекватної організації фізичних навантажень (Ш.А. Абдуллаєв, В.С. Автандилян, Є.Г. Булич, 1987).

Під терміном «превентивна реабілітація» мається на увазі відновлення резервів здоров'я практично здорового індивіда до «безпечного» рівня з використанням немедикаментозних засобів. Феномен «безпечного рівня» здоров'я дає можливість будувати наукову основу первинної профілактики хронічних неінфекційних захворювань. Т.ч. превентивна реабілітація –

основний шлях рішення проблеми охорони здоров'я здорової частини популяції.

На сьогодні оцінка стану здоров'я населення базується на діагностиці захворювань, які вже розвинулися, оцінці їх наслідків і ролі факторів ризику в розвитку та прогресуванні захворювань [2, 4, 11, 13]. Розглядаючи два аспекти здоров'я – стан рівноваги організму людини і навколишнього середовища і потенціал збереження цієї рівноваги, концепція зміцнення здоров'я має на меті підтримання та зміцнення здоров'я людини, сприяючи накопиченню ресурсів для боротьби з факторами, що загрожують здоров'ю. У практичній медицині нині мало уваги надається проблемі характеристики здорового організму щодо підтримання оптимального функціонування. Для наукового підходу до цього питання в межах превентивної реабілітації необхідно визначити і оцінити ці можливості.

Таким чином, для створення ефективної системи превентивної реабілітації важливо забезпечити індивідуальний підхід у роботі з практично здоровими людьми з урахуванням сформованої системи медичного обслуговування населення.

Клініко-фізіологічний аналіз функціонального стану хворих на різних стадіях розвитку захворювання дав змогу не лише розкрити етіопатогенетичні механізми, але і визначити роль внутрішніх і зовнішніх чинників у зниженні пристосувальних можливостей організму.

Перехід від здоров'я до хвороби пов'язаний зі зниженням рівня здоров'я або з дією інтенсивних подразників, що перевищують функціональні можливості організму компенсувати їх [1]. Вони викликають в організмі реакції дистресу, втрату гомеостазу, що характеризується катаболічними процесами (виснаженням енергетичних резервів) протягом усього розвитку адаптаційного синдрому (за Г. Сельє), які поступово посилюються, і утворенням так званого третього стану, тобто стану, що передує хронічному захворюванню. Такий механізм переходу від здоров'я до хвороби підтверджується результатами масових профілактичних обстежень населення. Саме дослідження і облік неспецифічних механізмів

реактивності і резистентності організму визначає стратегію використання медичних технологій з метою відновлення знижених функціональних резервів.

Діагностика змін рівня здоров'я здорової людини в межах клінічної медицини повинна спиратися на індивідуальну оцінку як об'єктивних, так і суб'єктивних показників у поєднанні з оцінкою факторів ризику; отримані результати повинні забезпечувати оперативний та ефективний контроль за динамікою стану людини. Провідна роль при цьому належить об'єктивним характеристикам стану здоров'я за прямими показниками [1, 10]. Проте на сьогодні такий підхід не набув широкого використання. Це зумовлено, насамперед, тим, що лікар завжди налаштований на хворобу, а медицина має у своєму розпорядженні величезний практичний досвід діагностики хвороб і відповідний арсенал методів та засобів, тоді як вивчення здоров'я досі не вийшло за межі прикладних наукових досліджень [1].

У основі об'єктивної оцінки стану здоров'я лежить оцінка життєздатності, тобто здатності індивіда виконувати свої біологічні та соціальні функції за різних умов. Рівень здоров'я можна також визначити як здатність організму протистояти хворобі та стресорним факторам. Отже, чим вищий рівень здоров'я, тим нижчий ризик розвитку захворювань [1, 7].

Доведено, що існує залежність між рівнем соматичного здоров'я та станом здоров'я: чим нижчий рівень соматичного здоров'я індивіда (енергопотенціал біосистеми), тим імовірнішим є розвиток хронічного соматичного захворювання та його маніфестація [17, 19]. Контроль за системою енергоутворення дозволяє прогнозувати стан здоров'я людини. При цьому певний рівень енергопотенціалу може слугувати критерієм адекватності адаптаційних можливостей організму, порогом, за яким розвиваються спочатку ендогенні фактори ризику, а потім формується патологічний процес, конкретизується його нозологічна форма з маніфестацією і ускладненнями стану здоров'я [1, 12]. У зв'язку з необхідністю масового застосування для практично здорових осіб в діагностичних технологіях профілактичної медицини перевага надається неінвазивним методам експрес-

оцінки стану організму, що дозволяє застосовувати кількісну оцінку рівня здоров'я [1, 16].

У наш час існує доволі широкий вибір різних методик оцінки рівня здоров'я [6]. Значного поширення набула кількісна оцінка рівня соматичного здоров'я за Г.Л. Апанасенком [1].

Сума балів, що характеризує рівень соматичного здоров'я людини (за Г.Л. Апанасенком), відображає стан енергопотенціалу біосистеми (тобто функції мітохондрій на рівні цілісного організму) та повідомляє про різноманітні показники, що використовуються у практичній охороні здоров'я. Таким чином, сума балів може використовуватись при оцінці стану індивідуальних резервів організму, визначенні потреби в оздоровчих технологіях у разі їх зниження, а також оцінці ефективності проведених заходів. Дослідження кількісної оцінки рівня здоров'я вже проводяться у фізіології та практичній медицині, однак вони переважно присвячені дослідженню або виробничих колективів, або широких мас без поділу на здорових та хворих, або стану хворих з різною патологією.

Багаторівнева функціональна система адаптації формується при взаємодії і взаємовпливі психологічних і фізіологічних пристосувальних реакцій. Протікання і кінцевий ефект адаптаційного процесу визначається енергетичними, регуляторно-адаптаційними і психологічними можливостями людини. З метою діагностики психоемоційного стану з точки зору стійкості до стресових дій, емоційної стабільності в клінічній практиці, спортивній медицині, медицині праці та інших доволі часто застосовується колірний тест Люшера . Добре відомо, що колір може впливати як на психологічний, так і на фізіологічний стан людини. Ця особливість давно враховується в мистецтві, естетиці, гігієні виробництва. Оскільки емоційне ставлення до кольору може характеризуватися або його перевагою (вибором), або байдужістю, або відмовою від нього (негативною оцінкою), то воно враховується і в психодіагностиці.

На сучасному етапі розвитку медицини ефективність лікування оцінюється ще й таким показником як якість життя пацієнта, в якому визначальна роль відводиться самооцінці здоров'я . Самооцінка людиною стану власного здоров'я є

надзвичайно важливою для сучасної медичної практики, оскільки здійснює значний вплив на якість життя пацієнта. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я висвітлює як наявність скарг на стан органів і систем організму, так і психологічні особливості пацієнта, його ставлення до власного здоров'я, очікування від професійної медичної допомоги. Вона дозволяє оцінити ефективність лікування, його вплив на якість життя пацієнта, визначає потреби в медичних послугах населення.

До суб'єктивного методу оцінки стану здоров'я належить збір інформації про самооцінку хворим стану свого здоров'я.

Одне з основних завдань опитування на наявність та характер скарг в клінічній медицині полягає в тому, щоб знайти відповідність між скаргами хворого (вербальним описом захворювання) і даними клініки. У ряді досліджень доведено, що самооцінка фізичного і психічного стану відображає реальний стан здоров'я людей. Вважається, що відповіді пацієнтів щодо самооцінки здоров'я значною мірою корелюють з об'єктивною характеристикою їх здоров'я (насправді характеризується суб'єктивне сприйняття симптомів хвороби). У зв'язку з цим практично всі дослідження проблем здоров'я включають самооцінку як "точку відліку" при характеристиці різних аспектів здоров'я.

Опис пацієнтом суб'єктивних відчуттів не може відобразити повний спектр відчуттів, які переживає людина. Адже він є лише вербальною моделлю явища, тобто відображає тільки істотні, на думку пацієнта, відчуття і суттєво обмежується індивідуальними психологічними особливостями хворого. Модель стану здоров'я, яку створює хворий, зумовлюється його власним ставленням до життя, рівнем освіти, вимогами суспільства до стану здоров'я. Для створення більш повного уявлення про стан здоров'я пацієнта, при опитуванні лікарем використовуються запитання, що вимагають конкретної відповіді пацієнта. З метою уникнення хибного тлумачення скарг, їх динаміки, а також оцінювання ефективності вживаних заходів, застосовуються різноманітні шкали та кількісні оцінки скарг.

Психологічне тестування доволі широко використовується в різних сферах суспільної практики, що вказує на тенденцію до визнання провідної ролі людини в

будь-яких галузях діяльності. Саме особистісні інтелектуальні та емоційні особливості визначають успішність чи неуспішність суб'єкта в конкретних життєвих ситуаціях, зокрема вказують на рівень турботи про власне здоров'я, і відповідно, якість життя. Такий підхід знайшов втілення у «школах для хворих» на різні захворювання (наприклад, цукровий діабет, бронхіальна астма, гіпертонічна хвороба та ін.), що часто застосовуються на етапі реабілітації хворого. Метою навчання в цих школах є створення у пацієнта адекватного уявлення про характер захворювання, вироблення умінь розпізнати ознаки погіршення, розвитку навичок самоконтролю та корекції стану.

Метою медичної практики при роботі зі здоровими людьми також є формування адекватного уявлення про стан свого здоров'я, самоконтроль і турбота про збереження і зміцнення здоров'я. До цього часу накопичено достатньо відомостей щодо суб'єктивної оцінки стану практично здорової людини в специфічних галузях медицини – в спортивній медицині, медицині праці, військовій медицині, авіакосмічній медицині. У цих галузях разом із суб'єктивною оцінкою стану завжди є додатковий об'єктивний контроль досягнень певних результатів виробничої діяльності, що дає змогу сформуванню адекватну самооцінку у досліджуваного.

З метою більш точної діагностики хвороби в клініці використовуються різні опитувальники скарг, що допомагають пацієнтові конкретніше висловити свої скарги і кількісно їх оцінити. Враховуючи вплив різних чинників на самооцінку власного стану і, зокрема, на оцінку суттєвості скарг, що висуваються, в клініці використовується психосоматичний опитувальник, який дозволяє оцінити психологічну складову оцінки власного стану [9, 18].

Прийнятий раніше підхід розподілу людей за станом здоров'я на здорових і хворих передбачав опитування на наявність скарг тільки в групі хворих. При цьому передбачалося, що здорові люди не мають жодних скарг, і, відповідно, не потребують медичних послуг.

Вивчення самооцінки стану здоров'я, що враховує як визначення психофізичного стану, так і оцінювання стану здоров'я за скаргами є важливим

напрямок діагностики стану здоров'я практично здорової людини. Проте досліджень з визначення кількості скарг у практично здорових людей з урахуванням рівня здоров'я не проводилося.

Також важливим моментом є вивчення взаємозв'язків між різними показниками як фізичного, так і психофізичного стану, особливо залежно від рівня здоров'я і напруги механізмів регуляції. Аналіз узгодженості різних характеристик може надати важливу інформацію про адаптаційні особливості організму.

Таким чином, аналіз індивідуального стану функціональних резервів практично здорових осіб з урахуванням рівнів здоров'я, міри напруги функціональних систем, співвідношення суб'єктивної і об'єктивної оцінок і їх взаємин є важливим напрямом профілактичної медицини, який дозволяє своєчасно діагностувати потреби оздоровчих заходів і враховувати індивідуальні особливості практично здорових людей при виборі коригуючих технологій.

На донозологічному етапі у практично здорових людей нерідко виявляються ознаки порушення функціональних зв'язків і зниження адаптаційного потенціалу організму. Доволі показовими є можливості корекції функціональних порушень із застосуванням курортних чинників.

Для оптимальної клінічної ефективності проведені заходи повинні мати адресну спрямованість і вирішувати конкретні завдання. Дослідження із застосування немедикаментозних засобів як у практично здорових людей, так і у хворих в якості оцінки ефективності часто використовували суб'єктивні методи оцінки стану здоров'я без урахування рівня здоров'я, стану функціональних резервів. Це не дозволяло сформулювати чіткі уявлення про особливості впливу факторів на стан індивідуальних резервів і оцінити ефективність проведених заходів.

На сьогодні достатньо вивчені особливості впливу лікувальних чинників на патологічний процес. Проте, до контрольної групи в клінічних дослідженнях найчастіше входять так звані «практично здорові особи». Оцінку ефективності застосування коригуючих технологій в таких випадках здійснюють за динамікою патологічного процесу, а не за зміною рівня здоров'я. Зважаючи на виражений

вплив немедикаментозних засобів на неспецифічні реакції організму, такий підхід не виправданий. З метою формування цілісного уявлення про вплив немедикаментозних засобів як на патологічний процес, так і на неспецифічні адаптаційні резерви організму важливо мати уявлення про вплив факторів на стан резервів практично здорових осіб.

Рівень рухової активності здійснює значний вплив на активність і функціональну здатність системи специфічного і неспецифічного захисту. Існує достатньо даних про те, що за умов обмеження рухової активності знижується бактерицидність шкіри і активність лізоциму слини в 5-8 разів порівняно з початковим рівнем, а також пропердину, фагоцитарної активності клітин крові. Різко зростає перенесення стафілококів, причому виділяються патогенні штами, що мають ліцетиназну, коагулазну та гіалуранідазну активність. Внаслідок змін в розподілі імуноглобулінів в судинному руслі, зниженні загальної імунологічної реактивності, що формуються внаслідок гіпокінезії, у більшості спостережуваних осіб, які знаходяться в цих умовах, розвиваються захворювання верхніх дихальних шляхів, ангіни тощо, причому в ряді випадків інфекції протікають в латентній формі.

До теперішнього часу встановлено, що систематичні заняття фізичними вправами стимулюють імунологічну реактивність організму. При збільшенні часу занять фізкультурою в школі до 9 годин на тиждень у школярів 8-12 років зменшилася кількість мікробів аутофлори шкіри. У фізично малоактивних дітей (1-3 години на тиждень) кількість мікробних колоній в живильному середовищі була значно вищою, причому виявлялися стафілококи, що зброджують манніт, тобто мають одну з ознак патогенності [2].

Доведено, що систематичні заняття фізичними вправами стимулюють гуморальні і клітинні фактори імунного захисту, покращують показники, що характеризують стан Т- і В- систем лімфоцитів. Є дані і про підвищення продукції антитіл до різних антигенів в умовах оптимальної рухової активності.

Крім того, м'язова діяльність, удосконалюючи саногенетичні механізми, сприяє зменшенню інтенсивності аутоімунних реакцій, а також алергічних

реакцій до чужорідних антигенів. Такі зрушення в стані імунологічної реактивності при оптимальних фізичних навантаженнях зумовлюють стійкість до цілого ряду захворювань. Так, встановлено, що під час спалаху грипу інфекція вражає до 80% осіб, що не займаються систематично фізичними вправами. У спортсменів масових спортивних розрядів частота ураження значно менша – 11%. Навіть у літніх людей 60-80 років, які протягом тривалого часу займалися спортом, загальна й інфекційна захворюваність значно нижча порівняно з їхніми однолітками, які не займалися спеціальною оптимізацією своєї рухової активності.

Водночас варто зазначити, що при фізичних навантаженнях, що перевищують функціональні можливості тих, хто займається (найбільш характерно для спорту високих досягнень), спостерігається пригнічення реакцій імунної системи на чужорідні антигени через її перенапруження. Перенапруження системи імунітету зумовлене вираженням аутолізу (апоптозом) структур організму, що виникає при невідповідності потужності діючого фактору (фізичного навантаження), і функціональних можливостей субстрата, на який припадає основне навантаження. Створюється потужний комплекс протиорганних аутоантитіл, спрямований на елімінацію продуктів аутолізу власних тканин організму. Другий механізм ослаблення захисних функцій організму при неадекватних фізичних навантаженнях – використання легкодоступних білків крові, зокрема імуноглобулінів, з метою енергоутворення. У цьому випадку можливий навіть розвиток анімуноглобулінемії.

Загартовування – це система тренування вироблених у процесі еволюції механізмів пристосування до добових, сезонних, періодичних або раптових змін температури, освітлення, магнітних і електричних полів Землі для того, щоб вони не викликали у людини різких відхилень у фізіологічних процесах, що можуть призвести до розвитку захворювання. Таким чином, завдяки тренуванню механізмів загартовування можна уникнути несприятливої дії не

лише значних перепадів температури, а й інших метеотропних факторів, здатних призвести до загострення патологічних процесів.

Академік І.П. Павлов, який загартовувався протягом всього життя, для ілюстрації уявлення про реакції, що відбуваються в організмі під дією нагрівань і охолоджувань, запропонував умовно розділити людський організм на дві частини: зовнішню ("оболонку") і внутрішню ("ядро"). Температура поверхні тіла – "оболонки" – може змінюватися в широких межах залежно від зовнішніх умов, тоді коли у внутрішній його частині – "ядрі" – вона повинна залишатися постійною. Стабільна температура "ядра" необхідна для оптимального протікання основних життєвих процесів в організмі. Вона забезпечується фізичними і хімічними механізмами його терморегуляції.

Поки що ми не можемо із цілковитою впевненістю говорити про механізм поміченого взаємозв'язку, але не виключеною є можливість прояву такого ефекту внаслідок вдосконалення механізмів терморегуляції при навантаженнях, що спрямовані на розвиток загальної витривалості і супроводжуються різким збільшенням теплопродукції.

Висновки. Систематичні заняття фізичними вправами приводять до розвитку перехресної адаптації шляхом збільшення потужності енергетичного апарату мітохондрій, збільшення фізіологічних резервів організму та підвищення реактивності системи імунітету, а також стійкості до перепадів температури довкілля. Все це у сукупності характеризує підвищення рівня здоров'я індивіда. Діагностика індивідуальних особливостей стану функціональних резервів і рівня здоров'я індивіда, а також способів їх корекції у практично здорових людей є актуальними завданнями профілактичної медицини, вирішення яких дозволить здійснити індивідуальний підхід у виборі оздоровчої програми і адекватну оцінку її ефективності.

Література.

1. Апанасенко Г. Л. Санология. Основы управления здоровьем / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова, А. В. Маглеваний. – Saarbruken : Lambert Acad. Publ., 2012. – 405 p.,
2. Березовский В. А. Цветок Гильгамеша. Природная и инструментальная оротерапия: (очерки

- о горах и их влиянии на организм человека)/В. А. Березовский. – Донецк : Заславский А.Ю., 2012. – 301 с.
3. Вахрушев Я. М. Санология : учеб. пособие / Я. М. Вахрушев. – Ижевск, 2011. – 158 с.
 4. Герасименко Н. Ф. Оценка состояния здоровья населения и уровня медицинского обслуживания / Н. Ф. Герасименко, А. Б. Ершов, Ю. И. Григорьев // Профилактикт. медицина. – 2011. – № 6. – С. 3–7.
 5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: выработка курса на благополучие // Гл. врач. – 2013. – № 3. – С. 66–76.
 6. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / В. Л. Таралло, П. В. Горский, И. Д. Шкробанец, М. Грицюк. – Черновцы : БГМУ, 2012. – 653 с.
 7. Каерова Е. В. Проблема состояния здоровья, определение понятия «уровень здоровья» / Е. В. Каерова, Т. Н. Зенченко // Наука и современность. – 2014. – № 27. – С. 52–56.
 8. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей / Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.П. Семенов. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. - 264 с.
 9. Колосницына М. Ю. Опросник «Психосоматический статус» (PS-статус) / М.Ю. Колосницына, Л. Г. Алифанова, В. Е. Лабутина // Учен. записки Санкт-Петербург. им. В.Б. Бобкова филиала Рос. тамож. академии. – 2012. – № 4. – С. 221–237.
 10. Кукушка Е. В. Здоровье нации в современном мире / Е. В. Кукушка // Гендер. Екологія. Здоров'я : матеріали 3 міжнар. наук.-практ. конф., 19-20 квіт. 2011 р. – Харків : ХНМУ, 2011. – С. 118–119.,
 11. Насилова Ш. О. Оценка состояния окружающей среды и здоровья населения промышленного города / Ш. О. Насилова, Ж. М. Дюсупова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2013. – № 10. – С. 25-31.
 12. Патологическая физиология: курс лекций / под ред. Г. В. Порядина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 591 с.
 13. Сердюк А. М. Оцінка профілактичної спрямованості науково-дослідних робіт, які

- виконуються за міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації»/ А. М. Сердюк, Н. С. Полька, А. В. Коблянська // Довкілля та здоров'я. – 2011. – № 2. – С. 9–15.
14. Таралло В. Л. Методические основы реализации комплексных оздоровительных программ на принципах равенства, партнерства и солидарности / В. Л. Таралло, П. В. Горский // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 249–255.
15. Умрихіна Л. М. До питання розробки профілактичних заходів по збереженню здоров'я населення міста Києва / Л. М. Умрихіна // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 250.
16. Ушаков А. А. Экспресс-оценка уровня физической работоспособности, трудоспособности и здоровья человека : учеб.-метод. пособие / А. А. Ушаков; Астрахан. гос. техн. ун-т. – Астрахань : Изд-во АГТУ, 2012. – 71 с.
17. Хананашвили М. М. Теория переходного состояния между нормой и патологией / М. М. Хананашвили // Патол. физиология и эксперим. терапия. – 2012. – № 1. – С. 3–12.
18. Know thyself: real-world behavioral correlates of self-appraisal accuracy / С.Е. Krueger, Н. J. Rosen, Н. G. Taylor [et al.] // Clin. Neuropsychol. – 2011. – Vol. 25, N 5. – P. 741–756.
19. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders / В. Tomenson, С. Essau, F. Jacobi [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 203, N 5. – P. 373–380.

Волгина Л.Н., Редковец С.Г., Куртян Т.В., Олексенко И.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ЗНАНИЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ

**Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика**

В настоящее время требуется качественная подготовка клиницистов для развития превентивной медицины как медицины «предкпреждающей» и опережающей развития болезни.

Цель преподавания превентивной реабилитации на этапе последипломного образования является обогащение арсенала практического врача современными методами нового профилактического направления с учетом индивидуального подхода к диагностике, лечению и реабилитации

При изучении слушателям новые понятия, методологические подходы и этапы превентивной реабилитации. Выделение этапов превентивной реабилитации позволяет формировать «группы риска», разрабатывать профилактические программы, уменьшая количество рецидивов, предупреждая хронизацию патологического процесса.

В лекции значительный акцент сделан на 1-ом этапе медицинской реабилитации, которая является основой первичной профилактики неинфекционных заболеваний.

Знания врачами основ превентивной реабилитации расширяет возможности для улучшения физиологических резервов организма и является актуальной задачей профилактической медицины, решение которой осуществить индивидуальный подход в выборе оздоровительных программ.

Ключевые слова: превентивная реабилитация, внедрение, медицинское образование.

Volgina L.N., Redkovets S.G., Kurtian T.V., Olexenko I.N.

VALUE OF KNOWLEDGE OF PREVENTIVE REHABILITATION IN SYSTEM OF PREPARATION OF DOCTORS

**National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. Shupyk,
Kiev, Ukraine**

Currently requires high-quality preparation of clinicians to develop preventive medicine as the medicine «the warning» and early disease development.

The purpose of teaching preventive rehabilitation stage of postgraduate education is to enrich the arsenal of practitioner of modern methods of new preventive direction taking into account the individual approach to the diagnosis,

treatment and rehabilitation in studying audience new concepts, methodological approaches and phases of preventive rehabilitation.

Preventive rehabilitation phase's allocation allows you to create "risk groups» develop prevention programs, reducing the number of relapses and preventing chronic disease process.

In the lectures of considerable emphasis is placed on the 1-St phase of rehabilitation, which is the basis for primary prevention of non-communicable diseases.

Knowledge doctors foundations of preventive rehabilitation expands the possibilities for improving physiological organism reserves and is the urgent task of preventive medicine, whose decision to implement an individual approach in the selection of wellness programs.

Keywords: preventive rehabilitation, integration, medical education.

Волгіна Людмила Миколаївна, к.м.н., доцент кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії та спортивної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицького, 9, тел. роб. (044) 2354209, 0972098385

Підпис

Рідковець Світлана Григорівна, асистент кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії та спортивної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицького, 9, тел. роб. (044) 2354209

Підпис

Куртян Тетяна Володимрівна, к.м.н., асистент кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії та спортивної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицького, 9, тел. роб. (044) 2354209, 0506734802

Підпис

Олексенко Ігор Миколайович, к.м.н., асистент кафедри медичної реабілітації,
фізіотерапії та спортивної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ, вул.
Дорогожицького, 9, тел. роб. (044) 2354209

Підпис

Дата