

МИНИМАЛЬНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

Бригады чрезвычайной медицинской помощи



Бригады чрезвычайной медицинской помощи: Минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации
ISBN 978-92-4-451172-5

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Отдельные права защищены. Публикация доступна в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; информация о лицензии: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Согласно этой лицензии, данная публикация может быть скопирована, повторно распространена и адаптирована в некоммерческих целях при условии, что она цитируется надлежащим образом, как это указано ниже. Любое использование публикации не означает, что ВОЗ одобряет какую-либо конкретную организацию, продукцию или услуги. Использование эмблемы ВОЗ не допускается. Если Вы адаптируете данную публикацию, Вам следует оформить лицензию на Вашу работу в соответствии с той же или аналогичной лицензией Creative Commons. Если Вы делаете перевод данной публикации, Вы должны добавить следующее заявление об ограничении ответственности вместе с предлагаемым названием для цитирования: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание или точность данного перевода. Оригинальный английский текст следует считать подлинной и имеющей обязательную силу версией документа».

Любое посредничество, относящееся к спорам, возникающим в рамках данной лицензии, должно осуществляться в соответствии с Правилами посредничества Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Предлагаемое название для цитирования. Бригады чрезвычайной медицинской помощи: минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные для каталогизации перед публикацией (CIP). данные CIP можно найти на сайте <http://apps.who.int/iris>.

Информация, касающаяся купли-продажи, прав и лицензий. Чтобы приобрести публикации ВОЗ, зайдите на сайт <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы разместить заявку на коммерческое использование, а также направить запросы в отношении прав и лицензий, зайдите на сайт <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьей стороны. Если Вы хотите повторно использовать содержащиеся в данной публикации материалы, авторство которых принадлежит третьей стороне, например, таблицы, рисунки или снимки, вы обязаны самостоятельно определить, нужно ли получать разрешение на подобное повторное использование, и отвечаете за получение разрешения у обладателя авторских прав. Риск возникновения исков в результате посягательства на какой-либо компонент данной публикации, являющийся собственностью третьей стороны, является исключительным риском лица, использовавшего такой компонент.

Основные заявления об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города, района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Фотограф: Paula Bronstein/ МФОККП

Дизайн и верстка: фирма Inis Communications - www.iniscommunication.com

Напечатано во Франции.

МИНИМАЛЬНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

Бригады чрезвычайной медицинской помощи



Содержание

Предисловие	iv
Выражение признательности	1
Исполнительное резюме	3
1. Справочная информация и сфера охвата	6
2. Реабилитация при реагировании на чрезвычайные ситуации	9
3. Технические стандарты и рекомендации	10
3.1 Кадры специалистов по реабилитации	10
3.2 Бригады специализированной помощи по реабилитации	14
3.3 Медучреждения, работающие по схеме «поэтапно снижающейся» («step-down») терапии, и реабилитация.	15
3.4 Реабилитационное оборудование и расходные материалы	16
3.5 Физическая доступность полевых госпиталей и помещение, выделяемое для реабилитации	22
3.6 Соображения по поводу ведения пациентов	24
3.7 Создание реабилитационного потенциала	29
3.8 Управление информацией.	29
3.9 Проведение исследований в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации	30
4. Место и роль реабилитации в операциях по реагированию на вспышки болезней	31
5. Процесс и методы подготовки данного документа	32
Глоссарий	33
Справочная литература	36
Приложение 1. Размеры мест общего пользования и углы уклона пандусов для обеспечения их доступности в полевых госпиталях	39
Приложение 2. Обзор вклада в реабилитацию БЧМП в разбивке по типам бригад и конкретные соображения по поводу выписки пациентов	40
Приложение 3. Образец бланка направления пациента на реабилитацию бригадой чрезвычайной медицинской помощи	42
Приложение 4. Ресурсы	43
Приложение 5. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в подготовке данного документа.	44

Таблицы

Таблица 1. Резюме технических стандартов по реабилитации и доказательства их соблюдения, которые необходимы для верификации БЧМП.	4
Таблица 2. Резюме технических стандартов для бригад специализированной помощи по реабилитации и доказательства их соблюдения, которые необходимы для верификации таких бригад.	5
Таблица 3. Предложенная ВОЗ классификация БЧМП.	7
Таблица 4. Минимальное реабилитационное оборудование и расходные материалы, необходимые для верификации БЧМП типа 2 и 3	17
Таблица 5. Рекомендуемое реабилитационное оборудование и расходные материалы для БЧМП типа 2 и 3	18
Таблица 6. Рекомендуемое реабилитационное оборудование и расходные материалы для БЧМП типа 1	20
Таблица 7. Минимальное оборудование, которое должно иметься у бригад специализированной помощи по реабилитации для их верификации	20
Таблица 8. Дополнительное оборудование и расходные материалы для БЧМП, оказывающих помощь пациентам с травмой позвоночника	21
Таблица 9. Соображения по поводу реабилитации пациентов с широко распространенными тяжелыми травмами и с предсуществующей инвалидностью в условиях чрезвычайной ситуации	25

Рисунки

Рисунок 1. Тенденции в отношении нагрузки на специалистов по реабилитации в случае внезапных бедствий, в динамике по времени	13
Рисунок 2. Схема направления пациентов на реабилитацию бригадой чрезвычайной медицинской помощи	27

Предисловие

Чрезвычайные ситуации, в особенности внезапные бедствия, могут привести к резкому увеличению числа травм, которые создают чрезмерную нагрузку на системы здравоохранения и вследствие этого оставляют за собой в наследство инвалидность. Удовлетворение потребностей людей, затронутых такими событиями, может оказаться непростой задачей в условиях, когда инфраструктурные возможности здравоохранения в целом и реабилитации в частности весьма ограничены, а возникающие чрезвычайные обстоятельства многообразны. Инициатива Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по созданию бригад чрезвычайной медицинской помощи (БЧМП) направлена на оказание поддержки тем группам населения, которые сильно пострадали в результате таких ситуаций, за счет обеспечения быстрых, квалифицированных и скоординированных ответных медико-санитарных мер, принимаемых как национальными, так и международными бригадами.

Реабилитация получает все большее признание в качестве необходимого компонента ответных мер в области здравоохранения и оказания помощи, ориентированной на пациента, что подтверждается включением вопросов реабилитации в документ под названием «*Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*» (1) [«Классификация и минимальные стандарты для иностранных медицинских бригад при внезапных бедствиях»]. В этом первом в своем роде документе четко определены стандарты по реабилитации и содержатся рекомендации в отношении создания и укрепления потенциала БЧМП в данной области.

Значение ранней реабилитации для достижения положительных функциональных результатов хорошо задокументировано. Потребности в реабилитации могут еще долго сохраняться после того, как БЧМП покинут район бедствия. Вот почему необходимо установить отношения тесного и благоприятного сотрудничества с местными медико-санитарными службами. Операции по реагированию на чрезвычайные ситуации создают возможности для восстановления разрушенных систем здравоохранения и создания местного потенциала для проведения реабилитации. В данной публикации особо подчеркивается важность соответствия практики реабилитации местным условиям и значение максимального расширения возможностей для обучения и наставничества. Изложенные в документе минимальные стандарты и рекомендации будут содействовать обеспечению более быстрого доступа пациентов к услугам реабилитации и соответствующему оборудованию, а также более эффективному объединению усилий БЧМП и местных медицинских учреждений.

Процесс подготовки настоящего документа носил строго консультативный характер, а сам документ является результатом сотрудничества ВОЗ с международными экспертами в области реабилитации. Вместе с тем, как и любые другие минимальные стандарты, данные «Минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации» следует рассматривать как «живой» документ, который эволюционирует с течением времени по мере того, как приходит новое понимание сути вещей и поступают новые фактические данные от пользователей этого документа, получателей медицинских и реабилитационных услуг в условиях чрезвычайных ситуаций, а также от практикующих специалистов.

Я выражаю искреннюю благодарность всем, кто внес свой вклад в подготовку данного документа – как участником формальных рабочих групп, так и тем, кто внес свою лепту посредством неофициальных каналов коммуникации. Я хочу особо поблагодарить г-жу Jody-Anne Mills за то, что она «вела» этот документ от начала до конца – вплоть до его окончательной публикации, что несомненно является значительным достижением.

Ian Norton

Руководитель программ по БЧМП
Управление и операции в чрезвычайных ситуациях
Всемирная организация здравоохранения, Женева

Выражение признательности

ВОЗ выражает признательность всем лицам, организациям и профессиональным объединениям, которые внесли свой вклад в подготовку настоящей публикации. Особой благодарности заслуживает рабочая группа, которая обеспечила успешную реализацию данного проекта.

Рабочая группа

СВМ

Valerie Scherrer

Международный Комитет Красного Креста (МККК)

Barbara Rau

Michael Rechsteiner/Claude Tardif

Хандикап Интернэйшнл (НИ)

Peter Skelton

ВОЗ

Jody-Anne Mills

Независимые участники

Julian Clause

James Gosney, Jr

Geraldine Jacquemin

Fiona Stephenson

Рецензенты ВОЗ

Alarcos Cieza, Robert Holden, Ian Norton, Bronte Martin, и Flavio Salio.

Внешние рецензенты

Esha Thapa Dhungana, Filipinas G Ganchoon, Oliver Hagon, Diana Hiscock, Fary Khan, Ilan Kelman, Karen Livingstone, Nelson Olim, Steve Mannion, Angel Vicario Merino, Colleen O'Connell, Nelson Olim, Tony Redmond, Aleema Shivji, Michiel Steenbeek, Harald Veen, и Joan Wilson.

Организации, участвовавшие в рецензировании

Международное общество физической и реабилитационной медицины (ISPRM)

Международное общество протезирования и ортезирования (ISPO)

Международное общество по заболеваниям спинного мозга (ISCoS)

Международная организация по реабилитации (RI)

Всемирная конфедерация по физиотерапии (WCPT)

Всемирная федерация трудовой терапии (WFOT)

Административное обеспечение

Rita Appiah

Финансирование

Подготовка и публикация данного документа стали возможными при финансовой поддержке Министерства иностранных дел и сотрудничества Испании.

Исполнительное резюме

Настоящий документ является результатом сотрудничества рабочей группы экспертов в области реабилитации, сформированной ВОЗ, и внешних консультантов. Таким образом, данная публикация опирается на коллективный опыт в области реабилитации в процессе реагирования на недавние крупномасштабные чрезвычайные ситуации, а также на уже опубликованные данные. Со временем минимальные стандарты по реабилитации в чрезвычайных ситуациях станут частью большой серии публикаций, основой для которых послужит документ под названием «*Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*» (1) [«Классификация и минимальные стандарты для иностранных медицинских бригад при внезапных бедствиях»]. Настоящая публикация адресована БЧМП (их предшествующее название – «иностраные медицинские бригады») и призвана содействовать созданию и укреплению потенциала таких бригад для работы в сфере реабилитации в рамках четко определенных координационных механизмов. Стандарты и рекомендации, содержащиеся в этом документе, должны способствовать тому, чтобы все БЧМП, как национальные, так и международные, могли более эффективно предупреждать развитие у пациентов осложнений и связанных с ними нарушений здоровья, а также содействовать обеспечению континуума медицинской помощи после того, как эти бригады покидают затронутый бедствием район.

В документе определены минимальные стандарты для БЧМП в отношении их кадровых ресурсов; среды, в которой работают полевые госпитали; реабилитационного оборудования и расходных материалов; а также управления информацией. В частности, стандарты предусматривают следующее:

- наличие по меньшей мере одного специалиста по реабилитации на 20 больничных коек в момент первоначального развертывания бригад и последующий набор специалистов в зависимости от количества пациентов и местного потенциала для проведения реабилитации;
- целевое выделение помещения для реабилитации размером не менее 12 м² для всех БЧМП типа 3;
- развертывание БЧМП, имеющих, как минимум, основное реабилитационное оборудование и расходные материалы в соответствии с типом бригад.

Поощряется использование бригадами (БЧМП) стандартов, превышающих минимальные, описанные в данном документе; дополнительные рекомендации прилагаются. Все бригады, которые входят в Глобальный классификационный перечень бригад гарантированного качества, обязаны пользоваться минимальными техническими стандартами по реабилитации. Для верификации бригад будет необходимо продемонстрировать доказательства соблюдения этих стандартов. Помощь в отношении соблюдения минимальных стандартов будет оказываться, в случае необходимости, в рамках программ наставничества для БЧМП.

Таблица 1. Резюме технических стандартов по реабилитации и доказательства их соблюдения, которые необходимы для верификации БЧМП

Тип 1	Тип 2	Тип 3	Стр.
<p>Конфигурация бригады</p> <p>Стационарным и мобильным БЧМП типа 1 рекомендуется обладать потенциалом для обеспечения по крайней мере базовой амбулаторной реабилитации.</p> <p>Не применимо.</p>	<p>Минимальный технический стандарт</p> <p>БЧМП должна иметь в своем составе не менее одного специалиста по реабилитации на 20 больничных коек. Число таких специалистов следует увеличить в зависимости от потребности.</p> <p>Доказательства, предоставляемые БЧМП, необходимые для верификации бригад</p> <p>БЧМП может предъявить список специалистов по реабилитации, которые могут быть привлечены к работе в составе развертываемой бригады, причем численность таких специалистов должна определяться из расчета минимум 1 специалист на 20 коек (БЧМП должна указать количество коек в ее распоряжении) в течение всего предполагаемого периода пребывания бригады в районе бедствия.</p>	<p>Минимальный технический стандарт</p> <p>БЧМП должна развертываться при наличии по крайней мере минимального реабилитационного оборудования и расходных материалов, перечисленных в Таблице 4, в количестве, достаточном для того, чтобы оставаться самодостаточной в течение, как минимум, двух недель. В качестве альтернативы, БЧМП может иметь должным образом оформленное соглашение на ее обеспечение (в случае развертывания) оборудованием и расходными материалами, заключенное с другой БЧМП или организацией.</p>	12
<p>Помещение для реабилитации в полевых госпиталях</p> <p>Не применимо.</p>	<p>Рекомендуется выделение помещения для реабилитации, особенно если речь идет о бригадах типа 2, которые намереваются остаться в районе бедствия в течение трех или более недель.</p> <p>Не применимо.</p>	<p>Минимальный технический стандарт</p> <p>БЧМП должна выделить помещение для реабилитации размером не менее 12 м² в пределах того объекта, где она работает.</p> <p>Доказательства, предоставляемые БЧМП, необходимые для верификации бригад</p> <p>БЧМП может предъявить в качестве доказательства tent площадью не менее 12 м² и указать местоположение этого выделенного помещения на чертеже полевого госпиталя.</p>	22

Таблица 2. Резюме технических стандартов для бригад специализированной помощи по реабилитации и доказательству их соблюдения, которые необходимы для верификации таких бригад

Бригады специализированной помощи по реабилитации		Стр.
Конфигурация бригад	<p>Минимальные технические стандарты Бригада специализированной помощи по реабилитации должна иметь в своем составе не менее трех специалистов по реабилитации. Бригады должны быть многопрофильными и иметь в своем составе не менее одного физиотерапевта, а также специалистов из других областей знаний, связанных с реабилитацией (трудотерапия, физическая и реабилитационная медицина [физиятрия] и/или реабилитационное сестринское дело).</p> <p>Доказательства, предоставляемые бригадой, необходимые для ее верификации Бригада может предъявить список, состоящий из трех или более специалистов, которые представляют не менее двух областей знаний, связанных с реабилитацией (одна из которых – физиотерапия), и которые могут быть быстро задействованы.</p>	14
	<p>Минимальный технический стандарт Специалисты по реабилитации в составе бригад специализированной помощи по реабилитации должны иметь, как минимум, степень бакалавра или эквивалентную ей степень в соответствующей области знаний и по меньшей мере трехлетний опыт работы в сфере реабилитации после травм. По крайней мере один член бригады (предпочтительно, чтобы это был ее руководитель) должен обладать опытом участия в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации, и все члены бригады должны заранее пройти соответствующую подготовку для работы в суровых условиях.</p> <p>Доказательства, предоставляемые бригадой, необходимые для ее верификации Бригада может предъявить копии документов, подтверждающих профессиональную квалификацию ее членов, и заявления о наличии у них по меньшей мере трехлетнего клинического опыта работы в сфере реабилитации после травм.</p>	
Реабилитационное оборудование	<p>Минимальный технический стандарт Бригады специализированной помощи по реабилитации должны быть в состоянии незамедлительно предоставить оборудование, перечисленное в Таблице 7.</p> <p>Доказательства, предоставляемые бригадой, необходимые для ее верификации Бригада может предъявить либо запас реабилитационного оборудования, перечисленного в Таблице 7, либо документацию, подтверждающую наличие договоренности о незамедлительном предоставлении такого оборудования (в том числе наличие финансовых и логистических возможностей для этого) в случае развертывания бригады.</p>	15
	<p>Минимальный технический стандарт Бригада, которая интегрируется в БЧМП, должна оставаться в районе бедствия на протяжении минимального срока пребывания там БЧМП (три недели – для бригад типа 2; четыре-шесть недель – для бригад типа 3). Бригада, которая интегрируется в местное медицинское учреждение, должна планировать свое пребывание в районе бедствия в течение не менее одного месяца.</p> <p>Доказательства, предоставляемые бригадой, необходимые для ее верификации Бригада должна заявить о предполагаемой продолжительности своего пребывания в районе бедствия (не менее трех недель), что позволит ей (в случае развертывания) должным образом интегрироваться в БЧМП или в местное медицинское учреждение.</p>	
Продолжительность пребывания бригады в районе бедствия		15

1. Справочная информация и сфера охвата

Рост числа медицинских бригад, принимающих участие в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации, отражает благородные намерения мирового гуманитарного сообщества (1). Вместе с тем, наличие большого числа БЧМПⁱ создает колоссальные проблемы с точки зрения координации их деятельности, а ответные меры в связи с чрезвычайными ситуациями (например, в связи с землетрясением на Гаити) свидетельствуют о необходимости повышения уровня профессионализма и стандартизации в области реагирования на чрезвычайные ситуации. Документ «*Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*» (1) [«Классификация и минимальные стандарты для иностранных медицинских бригад при внезапных бедствиях»], далее по тексту упоминаемый как «Классификация БЧМП и минимальные стандарты», является неотъемлемым компонентом системы реагирования на чрезвычайные ситуации, поскольку в нем сформулированы базовые требования в отношении медицинских бригад, которые стремятся участвовать в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации, а также в силу того, что он содействует координации работы бригад благодаря их классификации (в соответствии с потенциалом) по следующим типам: бригады типа 1, 2, 3 и бригады специализированной помощи по реабилитации (Таблица 2).

Высокий уровень травматизма и обострение хронических состояний в чрезвычайных ситуациях значительно увеличивают нагрузку на министерство здравоохранения, равно как и на инфраструктуру здравоохранения и реабилитации в затронутой бедствием стране, а также на годы оставляют в наследство инвалидность (2, 3). В документе «Классификация БЧМП и минимальные стандарты» признается тот факт, что реабилитация является одной из основных функций систем медико-санитарной помощи при травмах в рамках регулярной медицинской помощи, а это по существу означает, что БЧМП должны иметь конкретные планы для оказания услуг по реабилитации своим пациентам после внезапно случившегося бедствия. Следует отметить, что важность реабилитации как неотъемлемой части неотложной помощи при острых состояниях, в том числе значение улучшения результатов хирургической помощи и долговременных результатов для здоровья пациентов, а также улучшения впоследствии качества жизни пациентов хорошо освещены в ряде публикаций (4–7). Экономическая эффективность реабилитации, как в клиническом, так и в социальном плане, с точки зрения ускорения процесса выздоровления и содействия возвращению к работе и нормальной жизни, является еще одним критически важным аспектом реагирования на чрезвычайную ситуацию, когда эффективное использование ресурсов имеет первостепенное значение (6, 8–10). При этом совершенно очевидно, что ранее при осуществлении операций по реагированию на чрезвычайные ситуации не имелось достаточного потенциала для проведения реабилитации, что нередко приводило к катастрофическим последствиям для пострадавших в результате бедствия граждан, их семей и местных сообществ (5, 7, 11). Минимальные стандарты по реабилитации для БЧМП особенно важны для решения этой проблемы и подкрепляют конструктивную международную политику в отношении инвалидности. Они полностью согласуются с Конвенцией ООН о правах инвалидов (12), в которой говорится о праве инвалидов на доступ к услугам здравоохранения, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья. Более того, стандарты будут способствовать достижению целей Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг., направленных на ликвидацию существующих барьеров и расширение доступа инвалидов к услугам и программам здравоохранения.

Поскольку потребности в реабилитации нередко сохраняются и после того, как БЧМП покидают район бедствия, в стандартах и рекомендациях, содержащихся в настоящем документе, особо подчеркивается важность укрепления и использования потенциала местных поставщиков медицинских услуг для обеспечения устойчивой медико-санитарной помощи (включая обеспечение пациентов вспомогательными устройствами) и социальной поддержки людям с длительной или постоянной утратой трудоспособности. Те организации, которые присутствуют в затронутом бедствием районе в течение

ⁱ Предшествующее название – «иностраные медицинские бригады» – было официально заменено на «бригады чрезвычайной медицинской помощи» в 2015 г., чтобы отразить тот факт, что бригады, участвующие в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации, могут быть как национальными, так и международными

продолжительного времени и обладают опытом создания там необходимого потенциала, обычно имеют наилучшие возможности для оказания поддержки перегруженным работой медико-санитарным службам в ходе операций по реагированию на чрезвычайную ситуацию и на последующих этапах, связанных с восстановлением и развитием. Создание местного потенциала является крайне важным для выхода из непрерывного цикла распространения инвалидности и бедности, который особенно характерен для стран с низким и средним уровнем дохода (14, 15).

Минимальные технические стандарты и рекомендации, изложенные в данной публикации, разработаны для обеспечения большей предсказуемости, лучшей стандартизации и эффективности оказания услуг по реабилитации бригадами чрезвычайной медицинской помощи в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации. Развертывание бригад и принятие ответных мер должно строго соответствовать потребностям затронутого бедствием района, обеспечивая вовлечение местных поставщиков услуг или медицинских учреждений и оказание им поддержки, а также учитывать эпидемиологический профиль чрезвычайной ситуации (1, 16). Хотя потребность в привлечении международных медицинских бригад и в проведении реабилитации значительно различается в разных сценариях реагирования на чрезвычайные ситуации, реабилитации по-прежнему отводится в них важнейшая роль, особенно с учетом того, что массовые травмы или широкое распространение болезней могут привести к ухудшению показателей инвалидности (2).

Таблица 3. Предложенная ВОЗ классификация БЧМП

Тип бригады	Описание	Потенциальные возможности бригады	Минимальная продолжительность пребывания бригады в районе бедствия
1 мобильная	Мобильные амбулаторные бригады: такие бригады должны добраться до самых малых общин в отдаленных районах	>50 амбулаторных пациентов в день	2 недели
1 стационарная	Амбулаторные медицинские учреждения с установленным тентом или без него.	>100 амбулаторных пациентов в день	2 недели
2	Стационарные медицинские учреждения с операционно-хирургическим блоком.	>100 амбулаторных пациентов и 20 стационарных пациентов 7 больших или 15 малых хирургических операций в день	3 недели
3	Оказание специализированной помощи; стационарные медицинские учреждения с операционно-хирургическим блоком и отделением интенсивной терапии.	>100 амбулаторных пациентов и 40 стационарных пациентов, в том числе 4–6 коек в отделении интенсивной терапии; 15 больших и 30 малых хирургических операций в день	4–6 недель
Бригада специализированной медицинской помощи	Бригады, которые могут присоединиться к местным медицинским учреждениям или к БЧМП для того, чтобы обеспечить дополнительную помощь специалистов.	Переменная величина	Переменная величина

Сфера охвата

Сфера охвата настоящего руководства выходит за рамки тех минимальных стандартов по реабилитации в чрезвычайных ситуациях, которые содержатся в документе «Классификация БЧМП и минимальные стандарты». Стандарты, включенные в настоящее руководство, рекомендуется использовать в условиях внезапных бедствий, таких как землетрясения, для которых характерно обилие тяжелых травм и резкий рост связанных с ними потребностей в медико-санитарной помощи. Они также могут применяться в процессе реагирования на комплексную чрезвычайную ситуацию или на чрезвычайную ситуацию, являющуюся результатом вооруженного конфликта, хотя характер травм, заболеваний и реабилитационных потребностей в этих ситуациях может различаться. Роль реабилитации в операциях по реагированию на вспышки болезней многогранна. О ней более подробно говорится в заключении части, касающейся технических стандартов (стр. 32).

В силу большой потребности в услугах по охране психического здоровья, а также из-за значительного воздействия психосоциального здоровья на благополучие отдельного человека и общины в целом в условиях чрезвычайных ситуаций, этой теме будет посвящено отдельное руководство для БЧМП. Инклюзия инвалидности затронута в этих стандартах в вопросах, касающихся физической доступности услуг и соображений по поводу выписки пациентов. Более подробно тема инвалидности в условиях чрезвычайных ситуаций освещается в документе «*WHO guidance note on disability and emergency risk management for health*» (7) и в ряде других публикаций. Прописанные для БЧМП процедуры, касающиеся прибытия таких бригад в район бедствия и координации их работы, не обязательно применяются в отношении организаций, которые уже оказывают медицинскую помощь в рамках договоренностей с принимающей страной и увеличивают численность своих сотрудников для того, чтобы справиться с резким ростом спроса на их услуги во время чрезвычайных ситуаций.

Основная цель данного руководства состоит в том, чтобы влиять на содержание решений, принимаемых уже существующими или создаваемыми национальными и международными БЧМП. Этот документ также весьма актуален для:

- местных медицинских учреждений и поставщиков медицинских услуг, в том числе для международных и неправительственных организаций;
- координаторов работы БЧМП, включая соответствующие секторы министерства здравоохранения в затронутой бедствием стране;
- органов профессиональной регистрации и обществ, объединяющих медицинских работников в области реабилитации, доноров, а также представителей мирового сообщества специалистов по реабилитации.

2. Место и роль реабилитации в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации

Подготовленный ВОЗ «Всемирный доклад об инвалидности» определяет реабилитацию как «комплекс мер по оказанию людям, которые стали или могут стать инвалидами, помощи для достижения и поддержания оптимального уровня функционирования при взаимодействии с окружающей их средой». Целевыми объектами реабилитации являются функции и структуры организма, характеристики активности и участия, а также факторы окружающей среды и личностные факторы. Такое определение соответствует «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (18), которая служит концептуальной основой для понимания функционирования и ограничений жизнедеятельности, причем инвалидность рассматривается в ней как результат взаимодействия людей с нарушениями здоровья с факторами окружающей среды. Правильное понимание концепций реабилитации и инвалидности очень важно для всех, кто вовлечен в процесс оказания медико-санитарной помощи пациентам, а не только для персонала, непосредственно занимающегося реабилитацией. Они подразумевают необходимость оказания помощи пациентам в достижении и поддержании оптимального уровня функционирования и самостоятельности, для чего, в особо тяжелых случаях, может потребоваться использование терапевтических механизмов, таких как мобилизация сил самого пациента и его активное участие в самопомощи (как только это станет безопасным), защита структур организма для предупреждения осложнений, а также обучение навыкам самостоятельного ведения болезни и принятия решений (17). Для осуществления вышеизложенного требуется участие всех членов многопрофильной бригады.

Чрезвычайные ситуации нередко ведут к повреждению инфраструктуры и перебоям в работе систем здравоохранения. Они часто возникают в отдаленных районах, не получающих надлежащие услуги. Во многих случаях приходится иметь дело с перемещенными лицами и людьми, живущими во временных убежищах, когда весьма ограничены возможности для обеспечения самым необходимым тех, кто получил травмы приводящие к инвалидности, особенно в случае ограничения их мобильности. Социальные и культурные барьеры могут еще значительно усугубить ситуацию с инвалидностью. Получение необходимой последующей медицинской помощи, а также интеграция в местное сообщество после выписки могут быть особенно затруднены в условиях чрезвычайной ситуации (11,19). Специалисты-реабилитологи имеют хорошие возможности для того, чтобы решать такие проблемы, и могут существенно повысить эффективность оказания медицинской помощи. Более того, за счет содействия в составлении планов выписки пациентов и определении местных поставщиков медицинских услуг, которые продолжают оказание помощи нуждающимся в ней людям, специалисты по реабилитации могут способствовать правильному и эффективному управлению потоками пациентов, проходящих через БЧМП.

3. Технические стандарты и рекомендации

Технические стандарты отражают первостепенную роль БЧМП в спасении жизней, предупреждении нарушений здоровья и предотвращении связанной с ними инвалидности. Они указывают на то, как важно продолжать оказывать устойчивую медицинскую помощь для получения лучших результатов в отношении здоровья, а также направлять пациентов к специалистам в местные службы по охране здоровья и укреплять такие службы. Минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации, проводимой в БЧМП, изложены далее в публикации, равно как и предложения в отношении их использования и обоснование использования. Минимальные технические стандарты – это стандарты, которые были уточнены и подтверждены в процессе коллегиального рецензирования, а рекомендации – это предложения по дальнейшему совершенствованию работы БЧМП с точки зрения удовлетворения потребностей пациентов в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации.

3.1 Кадры специалистов по реабилитации

Ранее при принятии ответных мер в условиях чрезвычайных ситуаций возникала проблема в связи с тем, что специалисты по реабилитации не входили в состав БЧМП и отсутствовала координация их деятельности с работой медицинского персонала, в том числе специалистов по оказанию хирургической помощи, в составе БЧМП. Это негативно сказывалось на эффективности помощи, ориентированной на пациента. Предлагаемые вашему вниманию стандарты особо подчеркивают важность вовлечения специалистов по реабилитацииⁱⁱ в процесс оказания медицинской помощи пациентам на самом раннем этапе принятия ответных мер (7, 22, 23), а также значение их сотрудничества с медико-санитарными службами, которые уже длительное время присутствуют в затронутом бедствием районе (21).

Специалистам-реабилитологам, интегрированным в работу БЧМП в острой фазе реагирования на чрезвычайную ситуацию, скорее всего придется иметь дело с пациентами с самыми разнообразными травмами и нарушениями здоровья. Следовательно, эти специалисты должны обладать надлежащим опытом работы в области реабилитации после травм и медицинской реабилитации. По мере того, как растёт число пациентов с ампутацией конечностей и травмами позвоночника, а также в связи с выявлением пробелов в клинической специализации квалифицированные специалисты по реабилитации становятся все более востребованными. Следовательно, БЧМП должны планировать включение специалистов, обладающих соответствующей квалификацией, в свой состав для того, чтобы удовлетворить эту потребность после завершения острой фазы оказания медицинской помощи пациентам.

Прежде чем приступить к работе в составе развертываемых бригад, специалисты по реабилитации должны пройти соответствующую подготовку, чтобы научиться применять на практике свои навыки и адаптировать их к суровым условиям. Такая подготовка должна осуществляться в рамках планирования деятельности и контроля качества. Следовательно, такие специалисты должны быть вовлечены, по мере необходимости, в мультидисциплинарные учебные программы (21, 22, 24–26).

ii Толкование термина «специалист по реабилитации» дано на стр. 35.

3.1.1 Требования к квалификации

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. Специалисты по реабилитации в составе прибывающей бригады должны обладать опытом в области реабилитации после травм и медицинской реабилитации, а также опытом работы и/или подготовкой для работы в суровых условиях.
2. Специалисты-реабилитологи должны соответствовать требованиям в отношении практики реабилитации, аналогичным тем требованиям, которые существуют в их собственной стране (например, требованиям в отношении профессиональной регистрации и получения лицензий), и должны работать в пределах определенного для них объема практической деятельности. Те специалисты, которые прибыли из стран, где отсутствует профессиональная сертификация, могут работать в соответствии с указаниями и под руководством специалиста по клинической практике в составе БЧМП и с одобрения министерства здравоохранения принимающей страныⁱⁱⁱ.

Тип 1: БЧМП типа 1 должны быть в состоянии оказать базовую помощь по реабилитации ИЛИ направить пациентов в соответствующую БЧМП или местное медицинское учреждение.

Тип 2 и 3: БЧМП типа 2 и 3, в составе которых есть один или несколько специалистов-реабилитологов, должны быть в состоянии самостоятельно обеспечить проведение реабилитации пациентов (включая детей и людей старческого возраста):

- с переломами, в том числе с внешней фиксацией перелома или тракцией;
- с ампутированными конечностями;
- с повреждениями периферического нерва;
- с ожогами, кожными трансплантатами или лоскутами.

БЧМП типа 2 и 3 должны быть в состоянии провести раннюю реабилитацию пациентов с полученной черепно-мозговой травмой или травмой позвоночника до того, как реабилитацией таких пациентов займется специалист.

Основные навыки клинической реабилитации, которые должны иметься у специалистов в составе БЧМП:

- базовая техника наложения шин;
 - правильное назначение вспомогательных устройств, их подгонка и обучение пользователей;
 - правильная фиксация и своевременная мобилизация пациента, в том числе ранняя мобилизация;
 - медико-санитарное просвещение и обучение пациентов и ухаживающих за ними лиц новым навыкам, необходимым для повседневной жизнедеятельности;
 - оказание психосоциальной поддержки, например, психологической первой помощи (17);
 - помощь при болезнях органов дыхания^{iv}, в том числе владение методами удаления мокроты.
3. Специалисты-реабилитологи должны привлекаться к работе прежде всего при условии, что они могут доказать наличие у них основных навыков. При этом, те из них, кто приступает к работе в течение первых двух недель проведения операции по реагированию на чрезвычайную ситуацию, должны обладать, как минимум, двухлетним клиническим опытом, и более продолжительным опытом, если они оказывают специализированные реабилитационные услуги.
 4. Поощряется подготовка бригадами (БЧМП) круга ведения для специалистов-реабилитологов и определение роли и функций членов бригад до их развертывания.
 5. Решение о ротации реабилитационного персонала принимает БЧМП. При этом рекомендуемый минимальный срок пребывания таких специалистов составляет три недели, что позволяет обеспечить непрерывное оказание медицинской помощи и оставляет достаточно времени для запланированной передачи дел при смене персонала.
 6. Необходимо предпринимать усилия для обеспечения единообразия подходов различных специалистов по реабилитации к ведению пациентов за счет использования руководств, протоколов и общих программ подготовки до начала развертывания бригад.

iii Данное положение включено в рекомендации в силу признания того факта, что в некоторых странах отсутствуют формальные процедуры профессиональной аттестации, что, однако, не всегда свидетельствует об отсутствии в них опытных и умелых специалистов по реабилитации. В ситуации, когда министерство здравоохранения принимающей страны отказывается одобрить реабилитационный персонал без аттестации или когда в стране, откуда прибыли БЧМП, нет специалистов надлежащей квалификации в области реабилитации, эти бригады должны взаимодействовать с международными или неправительственными организациями в целях заключения с ними соглашения о временном привлечении к работе их специалистов-реабилитологов.

iv В данном документе под «помощью при болезнях органов дыхания» понимается осуществление реабилитационных вмешательств для содействия нормальному функционированию легких и использованию техники тренировки дыхания. Сюда могут входить меры, способствующие очистке воздушных путей, улучшению вентиляции легких, лечению одышки, а также улучшению кардиореспираторного и мышечного состояния. Такие вмешательства должны осуществляться в соответствии с практикой, принятой в стране, из которой прибыл специалист-реабилитолог.

3.1.2 Конфигурация бригады

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. БЧМП типа 2 и 3 должны развертываться при наличии в их составе не менее одного специалиста-реабилитолога на 20 коек.

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

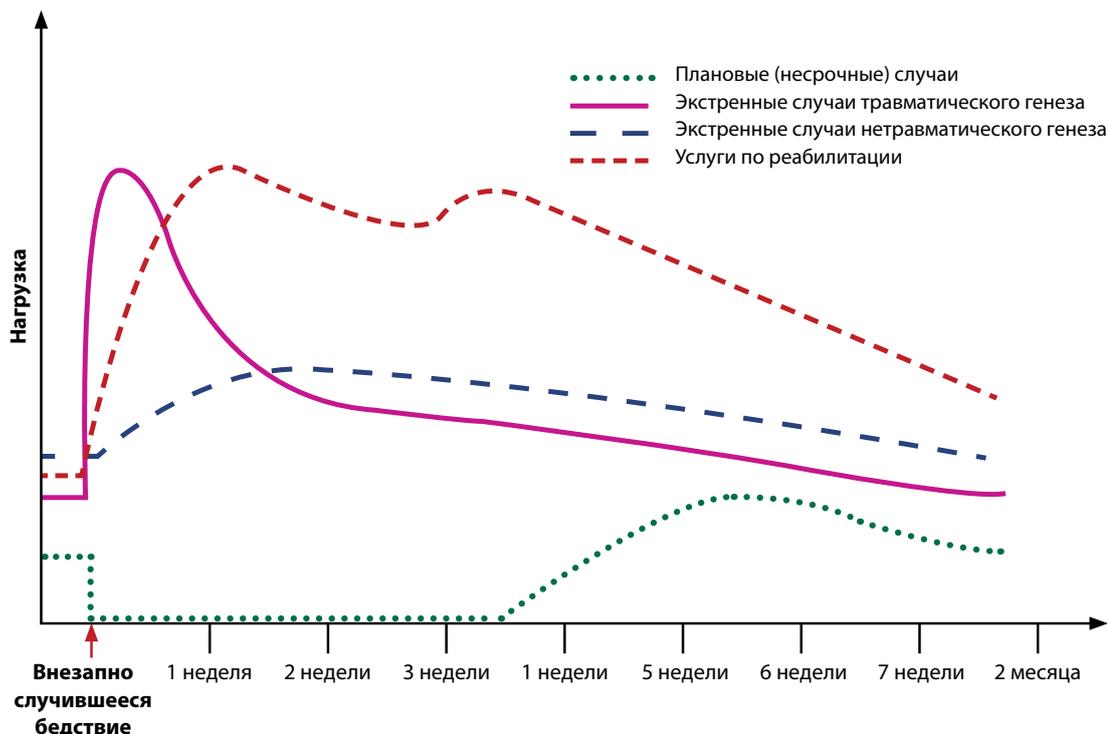
1. Поощряется дальнейшее укрепление бригадами (БЧМП) типа 2 и 3 их потенциала для реабилитации за счет использования дополнительного реабилитационного персонала или за счет найма, в соответствующих случаях, местного персонала (см. изложенные ниже соображения).
2. Поощряется рассмотрение бригадами (БЧМП) типа 1 возможности включения в их состав специалистов по реабилитации.
3. Следует использовать сестринский персонал с соответствующим опытом работы в области реабилитации после травм с целью укрепления реабилитационных возможностей БЧМП.

Соображения по поводу использования дополнительного реабилитационного персонала

Фаза реагирования на чрезвычайную ситуацию: Наплыв пациентов со временем возрастает, а планирование выписки может отнимать много времени, особенно в районах с масштабными разрушениями инфраструктуры или в географически изолированных районах. Совсем не обязательно, что пациентов, состояние которых оценивается как стабильное, смогут выписать, поскольку им может потребоваться дальнейшая реабилитация в стационарных условиях. Вероятно, с течением времени увеличится спрос на амбулаторную реабилитацию, а это означает появление дополнительных и все возрастающих потребностей в услугах. Опытных специалистов-реабилитологов следует включать в состав бригад в острой фазе реагирования на чрезвычайную ситуацию, между тем как менее опытный персонал может сопровождать своих более опытных коллег для обеспечения дополнительной поддержки, либо привлекаться к работе на более поздних этапах реагирования.

Количество пациентов и характер чрезвычайной ситуации: Численность и специализация реабилитологов в составе БЧМП должны определяться в соответствии с прогнозируемыми потребностями на всех этапах реагирования на чрезвычайную ситуацию. Наплыв пациентов и соответствующие «волны» спроса на услуги реабилитации имеют свои особенности в различных чрезвычайных ситуациях. Помимо этого, потребности в реабилитации могут меняться с течением времени, что необходимо принимать во внимание при принятии решений об использовании персонала. На рисунке 1 представлена концептуальная схема, которая отражает тенденции в отношении нагрузки на специалистов по реабилитации в случае внезапных бедствий. Пиковым значениям экстренных случаев травматического и нетравматического генеза, зарегистрированным вначале, соответствует пик нагрузки на специалистов по реабилитации, и эта нагрузка вновь возрастает после завершения острой фазы реагирования на чрезвычайную ситуацию по мере развития осложнений и подготовки пациентов к выписке.

Рисунок 1. Тенденции в отношении нагрузки на специалистов по реабилитации в случае внезапных бедствий, в динамике по времени (20)



Имеющийся потенциал для реабилитации: Очень важно, чтобы БЧМП не дублировали деятельность существующих реабилитационных служб, а напротив, встраивались в работу местных поставщиков услуг по реабилитации, если таковые существуют. Необходимо принимать во внимание уровень квалификации и опыта местного персонала, а также наличие необходимой инфраструктуры и оборудования. Если местный потенциал ограничен, БЧМП могут предложить пополнить услуги, уделяя при этом особое внимание созданию и укреплению местного потенциала. Это может не только стать важным подспорьем для оказания помощи пациентам, но и способствовать устойчивости предоставления услуг по реабилитации тем пациентам, потребности которых носят долговременный характер, уже после того, как БЧМП покинут район бедствия (16, 21).

3.1.3 Мультидисциплинарный подход к практике ведения пациентов

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. БЧМП поощряются к тому, чтобы полностью интегрировать реабилитационный персонал в многопрофильную бригаду и обеспечивать участие такого персонала в ежедневных обходах палат и проведении консультаций.
2. Реабилитационный персонал должен участвовать в процессе принятия решений о направлении к специалистам или выписке любого пациента со значительными функциональными ограничениями, а также решений о потребностях в последующем наблюдении и медицинской помощи.
3. В ходе подготовки до начала развертывания бригад необходимо сделать акцент на мультидисциплинарном подходе к практике ведения пациентов и на оказании ориентированной на пациента помощи.

3.2 Бригады специализированной помощи по реабилитации

Бригады специализированной помощи по реабилитации – это национальные и международные бригады, которые развертываются по запросу министерства здравоохранения принимающей страны/подразделения, координирующего работу БЧМП, и интегрируются в БЧМП или в местное медицинское учреждение с целью укрепления их потенциала для реабилитации и оказания специализированной помощи по реабилитации. Другие бригады специализированной медицинской помощи, например, те, которые имеют дело с пациентами с травмами позвоночника, ожогами или ортопедическими проблемами, применительно к которым особенно высока актуальность реабилитационных услуг, должны соответствовать минимальным техническим стандартам (с учетом их соответствующей специализации) в отношении потенциала для реабилитации, необходимого для верификации таких бригад. Согласно документу «Классификация БЧМП и минимальные стандарты» (1), бригады специализированной помощи по реабилитации должны отвечать тем же руководящим принципам и основным стандартам, что и БЧМП.

Минимальные технические стандарты в отношении конфигурации бригад, их квалификации и опыта, а также необходимого оборудования и продолжительности пребывания в районе бедствия подробно изложены ниже. Представленные в бригаде предметные области, связанные с реабилитацией, равно как и специализация членов бригады могут варьироваться, однако бригады должны, как минимум, соответствовать требованиям к квалификации в области реанимации, которые подробно описаны в разделе 3.1.1 «Требования к квалификации».

Еще до развертывания бригад они должны постараться связаться с БЧМП или местным медицинским учреждением, в которые впоследствии они будут интегрированы, чтобы определить какое реабилитационное оборудование и расходные материалы имеются в наличии и что является самым необходимым. Помимо оборудования, перечисленного в Таблице 7, бригады специализированной помощи по реабилитации должны приступать к работе, имея в своем арсенале оборудование для оценки и мониторинга состояния пациентов, перечисленное в тексте под Таблицей 5, а также любое оборудование и расходные материалы, необходимые с учетом специализации бригад (например, оборудование для наложения шин, биндажи для культей конечностей).

Бригады специализированной помощи по реабилитации должны сообщать о предполагаемой продолжительности своего пребывания в районе бедствия (не менее трех недель) подразделению, координирующему работу БЧМП /министерству здравоохранения для того, чтобы содействовать своей интеграции в соответствующую БЧМП или местное медицинское учреждение. Бригады специализированной помощи по реабилитации должны покинуть район бедствия либо вместе с покидающей его БЧМП, в которую они были интегрированы, либо достичь альтернативной договоренности с другой БЧМП или местным медицинским учреждением (1).

3.2.1 Конфигурация бригад специализированной помощи по реабилитации

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. В составе бригад должно быть не менее трех специалистов-реабилитологов.
2. Бригады должны быть многопрофильными и иметь в своем составе не менее одного физиотерапевта, а также специалистов из других предметных областей, связанных с реабилитацией (трудовая терапия, физиатрия и/или реабилитационное сестринское дело).

3.2.2 Квалификация и опыт

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. Специалисты по реабилитации в составе бригад специализированной помощи по реабилитации должны иметь, как минимум, степень бакалавра или эквивалентную ей степень в соответствующей области знаний и по меньшей мере трехлетний опыт работы в сфере реабилитации после травм. По крайней мере один член бригады (предпочтительно, чтобы это был ее руководитель) должен обладать опытом участия в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации, и все члены бригады должны заранее пройти соответствующую подготовку для работы в суровых условиях.

3.2.3 Реабилитационное оборудование

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. Бригады специализированной помощи по реабилитации должны быть в состоянии незамедлительно предоставить оборудование, перечисленное в Таблице 7.

3.2.4 Продолжительность пребывания в районе бедствия

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. Бригада, которая интегрируется в БЧМП, должна оставаться в районе бедствия на протяжении минимального срока пребывания там БЧМП (три недели – для бригад типа 2; четыре-шесть недель – для бригад типа 3). Бригада, которая интегрируется в местное медицинское учреждение, должна запланировать пребывание в очаге бедствия в течение не менее одного месяца.

3.3 Медучреждения, работающие по схеме «поэтапно снижающейся» («step-down») терапии, и реабилитация

В контексте реагирования на чрезвычайную ситуацию медучреждение, работающее по схеме поэтапно снижающейся («step-down») терапии, – это стационарное подразделение, обладающее потенциалом для оказания временной помощи пациентам, состояние которых оценивается как стабильное, с подготовкой их к выписке в местное сообщество. После того, как произошла чрезвычайная ситуация, спрос на экстренную хирургическую и прочую медицинскую помощь, непосредственно связанную с событием, обычно падает с течением времени. Это позволяет некоторым БЧМП преобразовать свои полевые госпитали в медучреждения, работающие по схеме «поэтапно снижающейся» терапии, чтобы обеспечить эффективное использование ресурсов. Бригады, которые преобразуются в такие учреждения или развертываются специально для работы по этой схеме, могут это сделать только после консультации с министерством здравоохранения принимающей страны/ подразделением, координирующим работу БЧМП, и должны запланировать свое пребывание в очаге бедствия в течение более длительного срока, с тем чтобы у местных медицинских учреждений оставалось достаточно времени для подготовки к дальнейшему оказанию необходимой медицинской помощи.

Медучреждения, работающие по схеме «поэтапно снижающейся» терапии, должны быть в состоянии оказывать медицинскую и сестринскую помощь, а также проводить реабилитацию. При этом особое внимание они должны уделять подготовке пациентов с долговременными нарушениями здоровья, ухаживающих за ними лиц и местного реабилитационного персонала, чтобы те могли надлежащим образом реагировать на текущие потребности после того, как БЧМП покинет район бедствия. В этих целях, несомненно, понадобится выделение дополнительной площади и кадров для реабилитации, что, в свою очередь, необходимо тщательно рассмотреть и взвесить. При землетрясении в Непале в 2015 г. были использованы четыре медучреждения, работавшие по схеме «поэтапно снижающейся» терапии. Они создавались на базе полевых госпиталей и местных медицинских учреждений с целью проведения более длительной симптоматической терапии и реабилитации и зачастую опирались на поддержку международных партнеров. Эти медучреждения работали по схеме «поэтапно снижающейся» терапии в течение нескольких месяцев (а некоторые местные медицинские учреждения продолжали использоваться в качестве медучреждений, работающих по этой схеме, более года) и были в основном укомплектованы непальскими физиотерапевтами и медицинскими сестрами, которые могли содействовать направлению тех, кто по-прежнему нуждался в медицинской и социальной помощи и поддержке, в соответствующие местные службы.

3.4 Реабилитационное оборудование и расходные материалы

В Таблице 4 перечислено минимальное реабилитационное оборудование и расходные материалы для БЧМП типа 2 и 3, необходимые для верификации бригад. В Таблицах 5 и 6 даны перечни реабилитационного оборудования и расходных материалов, рекомендуемых для оказания эффективной медицинской помощи пациентам. Перечни оборудования в Таблицах 4-6 не являются исчерпывающими или применимыми исключительно к реабилитации, при этом несколько позиций включены в них, поскольку они важны для оказания помощи пациентам, но подчас не обеспечиваются бригадами (БЧМП). Следовательно, бригады должны перепроверить все прочие перечни оборудования и расходных материалов, дабы избежать ненужного дублирования. В Таблицы 4-6 не включено базовое медицинское и сестринское оборудование/материалы (например, перчатки и катетеры), так как предполагается, что БЧМП обеспечат их по умолчанию. Вопросы, касающиеся средств передвижения, предназначенных для длительного использования, рассматриваются в самом конце данного раздела, поскольку для обеспечения таких средств необходимо заранее все тщательно продумать и направить пациентов к специалистам в местные медицинские службы.

Количество оборудования и расходных материалов, указанное в Таблицах 4 и 5, служит не более чем ориентиром и рассчитано исходя из минимального количества коек, которые должны иметься в распоряжении БЧМП типа 2 и 3 в соответствии с документом «Классификация БЧМП и минимальные стандарты» (1), а именно: 20 коек для бригад типа 2 и 40 – для бригад типа 3, плюс амбулаторные пациенты. Если соответствующее количество оборудования и расходных материалов имеется, то бригада может оставаться самодостаточной в течение примерно двух недель. Если бригада намеревается увеличить минимальное количество коек и/или оставаться в очаге бедствия в течение более длительного времени, количество оборудования и расходных материалов должно быть соответствующим образом увеличено. Оценочные данные в отношении количества реабилитационного оборудования и расходных материалов для БЧМП типа 1 не приводятся, поскольку они варьируются в зависимости от размера бригад и их потенциала для проведения реабилитации, а также их статуса – стационарных или мобильных бригад.

Если БЧМП предоставляют пациентам при выписке вспомогательные устройства, такие как костыли или кресла-коляски, для временного пользования, рекомендуется, чтобы бригады выработали правила их возврата. Это позволит избежать выбрасывания устройств, в которых пациент более не нуждается.

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. БЧМП должны привезти с собой основное оборудование и расходные материалы, соответствующие типу бригады (Таблица 4), чтобы приступить к работе и оставаться самодостаточными в течение как минимум первых двух недель реагирования на чрезвычайную ситуацию. В качестве альтернативы они могут иметь документально подтвержденное соглашение с организацией, которая обязуется быстро поставить такое оборудование и материалы в случае развертывания бригад.

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. Бригадам (БЧМП) не рекомендуется рассчитывать на то, что оборудование будет предоставлено другой бригадой (БЧМП) (за исключением случаев, когда имеется документально подтвержденное соглашение об этом) или принимающей страной.
2. Реабилитационные материалы должны тщательно отбираться в соответствии с прогнозируемыми потребностями, потенциалом бригады, местными потребностями и предполагаемым количеством пациентов.
3. Инвалидные кресла-коляски, ортезы и протезы, предназначенные для длительного использования, следует получать у местного поставщика, если таковой имеется; в противном случае БЧМП должна запросить рекомендацию у министерства здравоохранения принимающей страны/ подразделения, координирующего работу БЧМП.
4. БЧМП должны вести учет оборудования и расходных материалов и планировать их пополнение, исходя из количества пациентов и длительности своего пребывания в районе бедствия.

Таблица 4. Минимальное реабилитационное оборудование и расходные материалы, необходимые для верификации БЧМП типа 2 и 3

Позиция	Количество		Замечания
	Бригады типа 2 (на 20 коек, плюс амбулаторные пациенты)	Бригады типа 3 (на 40 коек, плюс амбулаторные пациенты)	
Инвалидные кресла-коляски для стационарных пациентов	2	4	Не нужно подгонять размеры отдельно для каждого пациента; следует использовать для передвижения только в пределах того объекта, где работает бригада.
Пары костылей	20 – для взрослых 10 – для детей	60 – для взрослых 30 – для детей	Нужно иметь дополнительные резиновые насадки и (желательно) костыли с опорой на предплечье. Необходимо, чтобы костыли регулировались по высоте, или чтобы в наличии были костыли разных размеров, в том числе костыли для детей.
Рамы для ходябы (ходунки)	4	8	Взвесьте возможность иметь в наличии ходунки разных размеров, в том числе ходунки для пациентов-детей.
Противопролежневые матрасы <i>Должны оставаться в госпитале</i>	4	8	Матрасы должны быть изготовлены из высококачественного пеноматериала. Надувные матрасы с насосом (например, надувные матрасы-трансформеры) не подходят для использования БЧМП из-за риска слишком сильного или слишком слабого наполнения воздухом, ненадежных блоков электропитания или несовместимых с ними насосов и сложностей в уходе за такими матрасами.
Ортезы заводского производства на голеностопный сустав и на стопу	5 – на правую ногу и 5 – на левую для размеров ноги 38-45 5 – на правую ногу и 5 – на левую для размеров ноги 35-40	10 – на правую ногу и 10 – на левую для размеров ноги 38-45 10 – на правую ногу и 10 – на левую для размеров ноги 35-40	Использование противопролежневых матрасов не заменяет собой противопролежневые манипуляции и репозицию. Взвесьте возможность иметь в наличии ортезы разных размеров, в том числе ортезы для детей.
Жесткие регулируемые корсеты для шейного отдела позвоночника	5	10	Взвесьте возможность иметь в наличии корсеты разных размеров, в том числе корсеты для детей.
Гипсовые повязки	100	200	Взвесьте возможность иметь в наличии повязки разного размера: наиболее часто используются повязки размером 10–15 см.
Ножницы для снятия гипса	1	1	Они должны иметься в достаточном количестве как для наложения шин, так и для наложения гипса.
Шпатели для гипса	1	1	
Поддерживающие повязки			Должны подходить для временной фиксации и поддержки поврежденных верхних конечностей.
Компресссионные биндажи для культи конечностей	10	20	Должны подходить для ампутированных верхних и нижних конечностей.
Трубчатые компресссионные биндажи			Взвесьте возможность иметь в наличии такие биндажи нескольких размеров, в том числе биндажи для пациентов-детей.
Компресссионный биндаж			Взвесьте возможность иметь в наличии компресссионные биндажи разных размеров, в том числе биндажи для пациентов-детей.
Стимулирующий спирометр	Желательно иметь	1 переносной, плюс наборы индивидуальных мундштуков	

Таблица 5. Рекомендуемое реабилитационное оборудование и расходные материалы для БЧМП типа 2 и 3

Позиция	Количество		Замечания
	Бригады типа 2 (на 20 коек, плюс амбулаторные пациенты)	Бригады типа 3 (на 40 коек, плюс амбулаторные пациенты)	
Специальные дощечки для культи	3	6	Дощечки/доски могут быть изготовлены на месте или закуплены в принимающей стране. Заводской образец может пригодиться для того, чтобы обеспечить надлежащий дизайн изготавливаемых на месте дощечек/досок.
Доски для перемещения пациентов с кресла-коляски на койку и с койки/каталки на койку	1	2	
Приспособления для подъема ноги (для кресел-колясок)	1	2	Должны иметься как для левой, так и для правой ноги. Взвесьте возможность иметь в наличии такие приспособления разных размеров.
Переносные санитарные приспособления (кресла-туалеты)	1	2	Для санитарно-гигиенических процедур следует использовать кресло из водостойкого материала, с отверстием в сиденье.
Кресла-коляски, выдаваемые при выписке	4	8	Должны соответствовать стандартам ISO7176 (стандарты Международной организации по стандартизации) и быть удобными для пациента. Однако, они не изготовлены по индивидуальному заказу. Все кресла-коляски должны иметь подушку, а предпочтительнее –противопролежневую подушку (изготовленную из высококачественного пеноматериала или геля); решение зависит от степени риска образования пролежней у конкретного пациента.
Противопролежневые подушки для кресел-колясок	Количество должно соответствовать количеству кресел-колясок	Количество должно соответствовать количеству кресел-колясок	Количество и размер зависит от кресел-колясок. Следует обеспечить наличие несколько высоких противопролежневых подушек (изготовленных из высококачественного пеноматериала и/или геля) – для пациентов из группы риска образования пролежней. Не рекомендуется использовать надувные подушки из-за риска слишком сильного или слишком слабого наполнения воздухом и сложностей в уходе за ними. Назначение таких подушек следует совместить с обучением пользователей методам профилактики пролежней.
Дополнительные подушки для фиксации пациентов <i>Должны оставаться в госпитале</i>			Можно добавить дополнительные блоки или клинья из пеноматериала. Оказавшись в очате бедствия, постарайтесь получить дополнительные подушки в принимающей стране.
Скользящие простыни-трансферы для перемещения пациентов	10	20	Одну и ту же скользящую простыню нельзя использовать для многих пациентов.

Позиция	Количество		Замечания
	Бригады типа 2 (на 20 коек, плюс амбулаторные пациенты)	Бригады типа 3 (на 40 коек, плюс амбулаторные пациенты)	
Шины на запястье и шины для фиксации (лучезапястные ортезы) заводского производства	10	20	Взвесьте возможность иметь в наличии шины разных размеров, в том числе шины для пациентов-детей.
Набор инструментов и материалов для наложения шин Листы из термопласта Фен для нагрева термопласта струей горячего воздуха Переносная емкость для подогрева воды Велкро (крючки-липучки и петли без липучек) Ножницы (типа секатора) Неопреновый клей Подкладка	1 набор	1 набор	Взвесьте возможность использования различных термопластических материалов. Убедитесь, что фен для нагрева термопласта совместим с электросетью. Добавьте материалы (крючки, резинки, нейлоновые нитки) для динамических шин, если для наложения таковых имеется квалифицированный специалист.

Помимо перечисленных выше материалов специалисты-реабилитологи должны иметь доступ к следующему оборудованию для оценки и мониторинга состояния пациентов:

- стетоскоп
- тонометр
- перкуссионный/неврологический молоточек
- гониометр (пригодный для измерения подвижности крупных суставов; взвесьте возможность использования дополнительного гониометра для измерения подвижности кисти и запястья)
- лента измерительная медицинская (пригодная для измерения динамики отеков и для прочих целей).

Таблица 6. Рекомендуемое реабилитационное оборудование и расходные материалы для БЧМП типа 1

Позиция	Замечания
Пары костылей	Обзавайтесь дополнительными резиновыми насадками и взвесьте возможность добавления костылей с опорой на предплечье. Изучите возможность иметь в наличии регулируемые по высоте костыли и костыли разных размеров, в том числе костыли для пациентов-детей.
Регулируемые рамы для ходьбы (ходунки)	Взвесьте возможность иметь в наличии ходунки разных размеров, в том числе ходунки для пациентов-детей.
Гипсовые повязки	Взвесьте возможность иметь в наличии повязки разного размера: наиболее часто используются повязки размером 10–15 см.
Инвалидные кресла-коляски	Они должны подходить для временного использования в пределах общины. Постарайтесь выработать совместно с пациентами правила их возврата.
Трости для ходьбы	Обзавайтесь дополнительными резиновыми насадками. Необходимо, чтобы в наличии были трости разных размеров, в том числе трости для пациентов-детей. Если трости не регулируются по высоте, воспользуйтесь пилой.
Ножницы и шпатели для гипса	
Трубчатые компрессионные биндажи	Взвесьте возможность иметь в наличии такие биндажи разных размеров, в том числе биндажи для пациентов-детей.
Шины заводского производства на запястье	Взвесьте возможность иметь в наличии такие шины разных размеров, в том числе шины для пациентов-детей.
Ортезы заводского производства на голеностопный сустав и на стопу	Взвесьте возможность иметь в наличии такие ортезы разных размеров, в том числе ортезы для пациентов-детей.
Регулируемые корсеты для шейного отдела позвоночника	Взвесьте возможность иметь в наличии такие корсеты разных размеров, в том числе корсеты для пациентов-детей.
Компрессионные биндажи	Взвесьте возможность иметь в наличии такие биндажи разных размеров для ампутированных верхних и нижних конечностей.
Эластичные бинты для тренировок	Взвесьте возможность иметь в наличии эластичные бинты разной степени упругости. Их количество должно быть достаточным для распределения между индивидуальными пациентами.

Таблица 7. Минимальное оборудование, которое должно иметься у бригад специализированной помощи по реабилитации для их верификации

Позиция	Количество	Замечания
Пары костылей	30	Взвесьте возможность иметь в наличии костыли разных размеров, в том числе костыли для пациентов-детей. Изучите возможность добавления нескольких пар костылей с опорой на предплечье. Дополнительные пары костылей, возможно, придется запросить у местных поставщиков или постараться получить их со склада бригады.
Инвалидные кресла-коляски, выдаваемые при выписке	10	Инвалидные кресла-коляски, выдаваемые при выписке, должны соответствовать стандартам качества ISO ^v . Взвесьте возможность иметь в наличии кресла-коляски с регулируемыми элементами. Дополнительные кресла-коляски, возможно, придется запросить у местных поставщиков или постараться получить их со склада бригады.
Противопролежневые матрасы	4	См. замечание в Таблице 4 для противопролежневых матрасов. Возможно, придется запросить дополнительные матрасы у местных поставщиков или постараться получить их со склада бригады.
Регулируемые рамы для ходьбы (ходунки)	4	Взвесьте возможность иметь в наличии ходунки разных размеров, в том числе ходунки для пациентов-детей. Возможно, придется запросить дополнительные ходунки у местных поставщиков или постараться получить их со склада бригады.

^v http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53792

Примечание: В данном случае стандарты для электрических кресел-колясок неприменимы. Соответствие кресел-колясок стандартам ISO может подтвердить производитель кресел-колясок.

Таблица 8. Дополнительное оборудование и расходные материалы для БЧМП, оказывающих помощь пациентам с травмой позвоночника

Позиция	Количество на одного пациента с травмой позвоночника (на 2 месяца)	Замечания
Бандажи-набрюшники	1 на одного пациента	Размеры должны быть в ассортименте. При необходимости переделайте на месте.
Антиэмболические компрессионные чулки	3 пары на одного пациента	Размеры должны быть в ассортименте. Уровень компрессии должен подходить для пациентов с травмой позвоночника.
Катетеры	Постоянные катетеры: 4 шт. на одного пациента; временные катетеры: 24-60 шт. на одного пациента	Размеры: 12 – для женщин 14 – для мужчин 8 – для детей.
Приспособления для сбора мочи	Ареометр для измерения плотности мочи: 1 на одного пациента Мочеприемники: 10 шт. на одного пациента (для еженедельной смены) Ножные мочеприемники: 10 шт. на одного пациента	
Лубрикант	Для ухода при опорожнении кишечника и для установки катетера: 250 одноразовых пакетиков на одного пациента, или 2 тюбика на одну неделю на одного пациента	
Глицериновые суппозитории	120 шт. на одного пациента	
Зеркало ручное	1 на одного пациента	Используется для профилактики и контроля пролежней, а также для установки временного катетера женщинам.
Оборудование для оценки состояния сенсорных и двигательных систем пациента	1 на бригаду	

Ведение пациентов с травмой позвоночника может осуществляться в течение различных по продолжительности периодов времени бригадами (БЧМП) типа 2 или 3, а также бригадами специализированной медицинской помощи, интегрированными в БЧМП или в местное медицинское учреждение. Поскольку потенциалы упомянутых бригад различаются, количество в Таблице 8 указано в расчете на одного пациента.

Соображения по поводу обеспечения пациентов средствами передвижения

Многим пациентам потребуются ортезы, протезы или кресла-коляски (здесь все они объединены понятием «средства передвижения») на всю оставшуюся жизнь. Следовательно, эти средства должны отвечать требованиям пользователей и соответствовать условиям окружающей среды, быть правильного размера, надлежащим образом регулироваться и обеспечивать поддержку пациентам с соблюдением обоснованных биомеханических норм. При этом они должны быть безопасными, износостойкими и доступными по цене, а их ремонт и обслуживание должны обеспечиваться в той стране, где они используются (27-29). Средства передвижения должны всегда предоставляться в комплексе с оказанием соответствующих услуг по физической реабилитации и обучению пользователей. Следовательно, лучше, чтобы средства передвижения длительного пользования предоставляли местные службы медико-санитарной помощи, которые могут адаптировать их к местным условиям и всегда готовы оказывать пациентам последующие услуги, включая обслуживание и замену этих средств. Если пациенту необходимо средство передвижения, предназначенное для длительного использования, специалист-реабилитолог должен направить пациента к местному поставщику услуг (в соответствии с практикой, существующей в принимающей стране) и запланировать проведение оценки состояния пациента и выписку ему назначений как можно раньше (Рисунок 2). При отсутствии местных служб медико-санитарной помощи, БЧМП должна запросить рекомендацию у министерства здравоохранения принимающей страны/подразделения, координирующего работу БЧМП.

Иногда могут потребоваться временные средства передвижения, например, для обеспечения своевременной и беспроблемной выписки. В подобных случаях конфигурация средств передвижения должна учитывать потребности пользователей в максимально возможной степени, то есть выбранное средство должно быть правильного размера, может быть самоходным (если пациент может управлять им) и должно подходить для использования в данной местности с характерным для нее рельефом. Предоставление в дальнейшем соответствующего средства передвижения длительного пользования должно планироваться заранее.

3.5 Физическая доступность полевых госпиталей и помещения, выделяемое для реабилитации

Полевые госпитали и медицинские учреждения, конструкция которых подверглась определенной модификации с учетом потребностей людей с ограниченной подвижностью, создают преимущества как для пациентов, так и для ухаживающих за ними лиц, а также медико-санитарного персонала. Безбарьерная среда способствует восстановлению самостоятельности пациентов и снижению нагрузки на сестринский персонал и лиц, ухаживающих за пациентами. Требования в отношении размеров помещений для обеспечения самостоятельного передвижения и маневренности пациентов в стационарных учреждениях обычно применимы и к временно воздвигнутым объектам здравоохранения. В разделе «Справочная литература» указаны источники (30–32), в которых даны более подробные рекомендации в отношении доступности физической среды.

Реабилитационные вмешательства могут осуществляться в определенном объеме даже в пределах койки пациента. Тем не менее, в условиях ограниченности площадей, а также тогда, когда пациенты остаются в полевом госпитале в течение нескольких дней или недель, все более актуальным становится вопрос о выделении дополнительного помещения для работы специалистов-реабилитологов с пациентами и для мобилизации последних.

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. БЧМП типа 3 должны выделить помещение для реабилитации размером не менее 12 м² в пределах того объекта, где они работают.

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. БЧМП типа 2, которые намереваются оставаться в очаге бедствия в течение трех или более недель, должны выделить помещение для реабилитации размером не менее 12 м² в пределах того объекта, где они работают, если они остаются там более трех недель.
2. Все БЧМП должны постараться максимально повысить уровень физической доступности объекта, в котором они работают, за счет соблюдения следующих требований:

Общие требования

- Поверхность дорожек, ведущих к тем местам, где бывают пациенты (например, к туалетам), должна быть плоской, либо иметь уклон в виде пандуса (там, где это необходимо), а почва должна быть утрамбована и выровнена, чтобы обеспечить людям с ограниченной подвижностью возможность безопасного самостоятельного передвижения, например, если речь идет о тех, кто передвигается при помощи кресла-коляски или на костылях, а также о пожилых людях и беременных женщинах.
- По крайней мере один туалет должен быть гендерно нейтральным, чтобы тот, кто ухаживает за пациентом другого пола, помог своему подопечному воспользоваться туалетом.
- Все пандусы должны иметь угол уклона 1:20 и быть оснащены перилами с поручнями на высоте 85-95 см от земли/пола (чтобы соответствовать среднему росту человека).
- Все двери должны иметь ширину 90 см. Желательно, чтобы двери были раздвижными (если это возможно), в противном случае они должны открываться наружу.

Все аварийные выходы из помещений должны быть свободными от любых препятствий

Медучреждения, работающие по схеме «позапно снижающейся» («step-down») терапии, должны стремиться к тому, чтобы облегчить возвращение пациентов в привычную им среду. Для этого необходимо сделать так, чтобы санитарно-гигиенические удобства, такие как туалеты, душевые кабины и ванные комнаты в таких медучреждениях, были максимально приближены по дизайну к тем, что имеются в принимающей стране. Они должны быть переоборудованы таким образом, чтобы обеспечить пациентам максимальную безопасность и самостоятельность. Следует рассмотреть возможность подобного переоборудования в домах пациентов, а для этого лучше всего направить пациентов в соответствующую местную организацию.

Уборные

- Минимальная свободная площадь пола в туалете для размещения инвалида в кресле-коляске должна быть такой, чтобы обеспечить диаметр поворота, равный 150 см, что необходимо для полной маневренности кресла-коляски (габариты по ISO: 80x130 см).
- Горизонтальные поручни следует устанавливать на высоте 85-95 см от уровня пола.
- Унитазы, кресла-туалеты или иные санитарные приспособления должны иметь высоту 45-50 см и располагаться на расстоянии 45-50 см от стены, на которой закрепляется горизонтальный поручень.
- Раковины должны располагаться на высоте 65-70 см от уровня пола и на расстоянии 35-45 см от стены.

Двери

- Дверные ручки (стационарные или с нажимным механизмом) должны быть такими, чтобы пациент мог легко открывать дверь одной рукой.

Душевые кабины и ванные комнаты

- Душевые кабины и ванные комнаты должны иметь сиденье высотой 45-50 см, расположенное таким образом, чтобы пациенту было удобно пользоваться распылительной головкой душа, краном или иным источником воды.
- Поручень должен располагаться на стене напротив сиденья и вдоль задней стены на высоте 85-90 см.

3.6 Соображения по поводу ведения пациентов

Использование схем выписки и направления пациентов к специалистам бригадой чрезвычайной медицинской помощи (см. Рисунок 2) может способствовать оказанию эффективной последующей помощи пациентам и улучшению показателей их здоровья. Планирование выписки еще на ранних этапах оказания медицинской помощи, включая согласование наиболее важных вопросов с членами семьи пациента и определение потребностей с точки зрения направления к специалистам может содействовать максимально своевременной и беспроблемной выписке. Поддержание регулярной связи с министерством здравоохранения принимающей страны/ подразделением, координирующим работу БЧМП, и другими учреждениями поможет выявить пробелы в оказании услуг, в отношении которых необходимо принять соответствующие меры.

Полнота информации, содержащейся в заполненном бланке направления на реабилитацию, включая сведения о вспомогательных устройствах, функциональном статусе пациента и потребностях в отношении последующей помощи ему, способствует передаче наиболее важных данных о пациенте, необходимых для продолжения оказания ему помощи (22, 25, 35). На Рисунке 2 показано, в каких случаях использование бланка направления на реабилитацию является необходимым. С образцом бланка направления пациента на реабилитацию бригадой чрезвычайной медицинской помощи можно ознакомиться в Приложении 3 (копию бланка можно выгрузить с веб-сайта БЧМП и, по желанию, видоизменить).

3.6.1 Соображения по поводу реабилитации с учетом вида травм

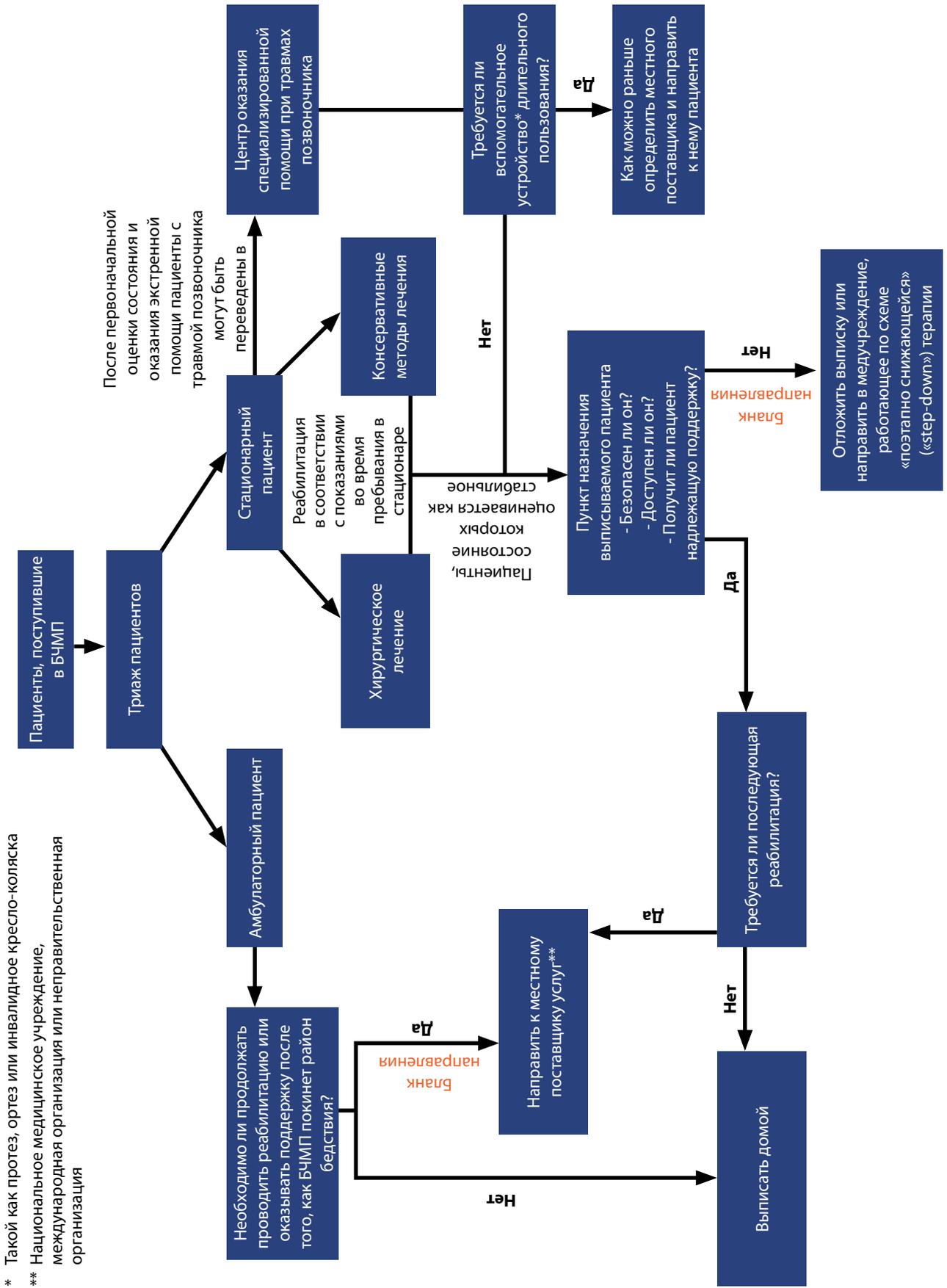
Таблица 9 содержит основные соображения по поводу реабилитации пациентов с широко распространенными травмами, лечением которых занимаются БЧМП, а также пациентов с предсуществующей инвалидностью, поступающих в бригады. Все, что касается реабилитации людей с конкретными травмами в разбивке по типам БЧМП, изложено в Приложении 2.

Таблица 9. Соображения по поводу реабилитации пациентов с широко распространенными тяжелыми травмами и с предшествующей инвалидностью в условиях чрезвычайной ситуации

Пациенты с травмой позвоночника	Обоснование
<ol style="list-style-type: none"> 1. Министерство здравоохранения принимающей страны/ подразделения, координирующее работу БЧМП, должно быть проинформировано обо всех пациентах с подозрением на травму позвоночника при помощи существующей системы отчетности. 2. Поощряется, чтобы БЧМП как можно раньше занялись поиском вариантов безопасного перемещения пациентов с травмами позвоночника для того, чтобы их начали лечить в специализированных центрах, укомплектованных опытным реабилитационным персоналом. 3. Пациенты, которым требуется кресло-коляска для длительного использования, должны быть как можно раньше направлены к местным поставщикам. 4. Поддержка со стороны тех, кто также получил травму позвоночника, может оказаться полезной. Следовательно, по завершении острой фазы необходимо установить контакт с местными организациями инвалидов и любыми программами по реабилитации на уровне общины. 	<p>Обоснование</p> <p>Лечение пациентов с травмой позвоночника в специализированных центрах сокращает осложнения и продолжительность пребывания в медицинском учреждении (4). Министерство здравоохранения принимающей страны/ подразделения, координирующее работу БЧМП, может оказать содействие в получении информации о центрах, занимающихся травмами позвоночника, или бригадах специализированной медицинской помощи.</p>
Пациенты с ампутированными конечностями	Обоснование
<ol style="list-style-type: none"> 1. По возможности, еще на предоперационном этапе следует уделить внимание вопросам реабилитации, давая рекомендации в отношении того, как уровень ампутации скажется на подгонке и использовании протеза. 2. Установление контакта с местными поставщиками протезов и назначение соответствующих вспомогательных устройств следует осуществлять как можно раньше (7). 3. Поддержка со стороны тех, кто также имеет ампутированные конечности, может оказаться полезной. Следовательно, по завершении острой фазы необходимо установить контакт с местными организациями инвалидов и любыми программами по реабилитации на уровне общины. 	<p>Обоснование</p> <p>Назначение соответствующих вспомогательных устройств содействует большей самостоятельности пациентов и способствует их выписке. Отсутствие надлежащей реабилитации при оказании помощи людям с ампутированными конечностями может привести к контрактурам и иным осложнениям, в результате чего могут возникнуть задержки в подгонке протеза и ограничение функциональных способностей, а в некоторых случаях может потребоваться проведение дополнительной хирургической операции (33).</p>
Пациенты с черепно-мозговой травмой	Обоснование
<ol style="list-style-type: none"> 1. Следует контролировать когнитивные и неврологические нарушения, проводя регулярные, документально подтвержденные оценки состояния пациентов. 2. В зависимости от прогнозируемой продолжительности пребывания пациента в стационаре и потребностей в реабилитации необходимо заранее планировать направление пациента в учреждение, работающее по схеме «позапно снижающейся» («step-down») терапии, а также определить местных поставщиков услуг по реабилитации и сети по оказанию поддержки пациентам. 3. Если ожидается, что пациент в течение длительного времени будет ограничен в движении, следует заранее определить местного поставщика соответствующих средств передвижения. 	<p>Обоснование</p> <p>В условиях чрезвычайной ситуаций основное внимание уделяется наиболее заметным черепно-мозговым травмам, а значит, существует вероятность того, что легкие черепно-мозговые травмы останутся незамеченными. Пациенты с тяжелыми черепно-мозговыми травмами поступают довольно редко, поскольку уровень выживаемости в этом случае низок. Вместе с тем, при наличии оборудования для вентилиционной поддержки пациенты с тяжелыми черепно-мозговыми травмами могут выжить. Однако, им потребуется всесторонняя реабилитация в течение всего периода оказания помощи, а, возможно, в течение нескольких месяцев и даже лет.</p> <p>Следовательно, для того, чтобы продолжать оказывать помощь таким пациентам, необходимо составить план и установить контакт с местными поставщиками медицинских услуг.</p>

<p>Пациенты с черепно-мозговой травмой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. БЧМП должны определить схемы направления пациентов к микрохирургам, если будет решено, что микрохирургическая операция благоприятно скажется на состоянии пациента. 2. В случае длительного или перманентного повреждения нерва необходимо рассмотреть вопрос о предоставлении таким пациентам ортезов, которые следует постараться получить у местных поставщиков, для замены любого временного устройства, предоставленного бригадой (БЧМП). 	<p>Обоснование</p> <p>Потребуется постоянное обслуживание ортезов и даже их замена в течение жизни пациента. Во многих случаях они должны быть изготовлены по специальному заказу. Следовательно, такие устройства следует приобретать у местных поставщиков (27, 28).</p>
<p>Пациенты с переломами</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При выписке стационарного пациента необходимо уведомить его об ограничениях, свойственных его состоянию (например, в отношении допустимой нагрузки), а также о планах по оказанию ему последующей медицинской помощи, (например, о планах по снятию гипса или аппарата внешней фиксации) и четко задокументировать все это. Следует узнать у пациента номер его телефона, чтобы иметь возможность связаться с ним в дальнейшем. 	<p>Обоснование</p> <p>Ранее при принятии ответных мер в условиях чрезвычайных ситуаций следы выписанных пациентов терялись и им не оказывалась последующая помощь. При этом, у пациентов, которые остаются без движения в течение продолжительного времени, могут развиваться серьезные осложнения, такие как контрактуры и оссификация суставных тканей. Поэтому пациентам должна быть предоставлена вся информация о планах по оказанию им последующей медицинской помощи, а также о возможных последствиях, если они не будут своевременно получать такую помощь (1, 23).</p>
<p>Пациенты с ожогами</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нужно стремиться к тому, чтобы начать проводить реабилитацию в самой острой фазе помощи пациентам. При ожоге дыхательных путей оказание помощи, например, физиотерапия грудной клетки должна начаться в первый же день лечения пациента. 2. При подозрении на развитие долговременных функциональных нарушений в связи с образованием рубцов пациента следует направить к соответствующим специалистам, в том числе к специалистам-реабилитологам. 3. БЧМП должны постараться определить, какие местные службы могли бы оказывать последующую помощь в течение длительного времени (≤ 18 месяцев) пациентам с тяжелыми ожогами (второй или третьей степени), особенно когда речь идет об ожогах в области суставов, лица или на любой части кисти руки. 4. Специалист-реабилитолог, умеющий накладывать шины и лечить шрамы, в том числе накладывать компрессионные биндажи, должен заниматься лечением пациентов с тяжелыми ожогами, если такая возможность существует. 	<p>Обоснование</p> <p>Помощь специалиста-реабилитолога особенно важна для пациентов с тяжелыми ожогами в силу того, что фиксация и уход за раной имеют критическое значение с точки зрения долговременных функциональных последствий для пациента. Боль и стягивание кожи могут привести к тому, что пациенты предпочтут оставаться в согнутом положении, что, в свою очередь, может уменьшить амплитуду движений в процессе рубцевания. Этот процесс может занять до двух лет, поэтому крайне важно уделить внимание оказанию последующей помощи в течение длительного времени (34).</p>
<p>Пациенты с повреждениями периферического нерва</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. БЧМП должны определить схемы направления пациентов к микрохирургам, если будет решено, что микрохирургическая операция благоприятно скажется на состоянии пациента. 2. В случае длительного или перманентного повреждения нерва необходимо рассмотреть вопрос о предоставлении таким пациентам ортезов, которые следует постараться получить у местных поставщиков, для замены любого временного устройства, предоставленного бригадой (БЧМП). 	<p>Обоснование</p> <p>Потребуется постоянное обслуживание ортезов и даже их замена в течение жизни пациента. Во многих случаях они должны быть изготовлены по специальному заказу. Следовательно, такие устройства следует приобретать у местных поставщиков (27, 28).</p>
<p>Пациенты с предсуществующей инвалидностью</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. БЧМП должны постараться осуществить триаж пациентов с предсуществующей инвалидностью в соответствующие службы (например, в службу социальной поддержки и обеспечить направление таких пациентов, при наличии показаний, в соответствующие вспомогательные устройства). 	<p>Обоснование</p> <p>Потребуется постоянное обслуживание ортезов и даже их замена в течение жизни пациента. Во многих случаях они должны быть изготовлены по специальному заказу. Следовательно, такие устройства следует приобретать у местных поставщиков (27, 28).</p>

Рисунок 2. Схема направления пациентов на реабилитацию бригадой чрезвычайной медицинской помощи



* Такой как протез, ортез или инвалидное кресло-коляска
 ** Национальное медицинское учреждение, международная организация или неправительственная организация

3.6.2 Выписка и направление пациентов к специалистам

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. БЧМП должны планировать выписку пациентов и их направление к специалистам еще на ранних этапах медицинской помощи, чтобы выявить возможные пробелы в оказании услуг, о которых необходимо незамедлительно уведомить министерство здравоохранения принимающей страны/ подразделение, координирующее работу БЧМП.
2. Для того, чтобы обеспечить эффективность управления процессом направления на реабилитацию, как пациент, так и направляющая его БЧМП должны иметь на руках копии направления, где, как минимум, должна быть отражена следующая информация:
 - предоставленные пациенту необходимые вспомогательные устройства;
 - функциональный статус пациента, в том числе степень его мобильности и меры предосторожности;
 - необходимость последующего наблюдения и помощи бригады специалистов, к которым направляется пациент (например, хирургического осмотра, снятия аппарата внешней фиксации или рентгенологического обследования).
3. БЧМП должны стремиться к тому, чтобы выписывать пациентов только в том случае, если они могут без проблем добраться до пункта назначения после выписки (самостоятельно или с чьей-то помощью) и им будет оказана надлежащая поддержка, позволяющая справиться с трудностями.
4. Пациенты, нуждающиеся в медицинской помощи и после того, как лечившая их БЧМП покинет очаг бедствия, должны быть направлены в другую БЧМП, в медучреждение, работающее по схеме «поэтапно снижающейся» («step-down») терапии, или к местному поставщику медицинских услуг. БЧМП должны составлять и обновлять список всех пациентов, которым требуется последующая реабилитация после выписки или после отъезда бригады (БЧМП), и передавать этот список в министерство здравоохранения принимающей страны/ подразделение, координирующее работу БЧМП, по их запросу. В списке должны быть, как минимум, указаны: имя и фамилия пациента, его номер телефона (если таковой имеется), диагноз, пункт назначения при выписке, а также обоснование необходимости последующей реабилитации.
5. Пациентов следует направлять для оказания им последующей помощи к тем специалистам, которые находятся как можно ближе к дому пациента.
6. БЧМП должны максимально использовать возможности для подготовки пациентов, членов их семей, а также ухаживающих за ними лиц к выписке, занимаясь медико-санитарным просвещением и восстановлением функций.

3.7 Создание потенциала для реабилитации

Оказание специализированной помощи бригадами (БЧМП) в процессе реагирования на чрезвычайную ситуацию может способствовать выживанию пациентов, чье состояние в противном случае могло бы оказаться фатальным. В странах с низким и средним уровнем дохода инфраструктура и персонал здравоохранения и реабилитации могут испытывать нехватку оборудования и материалов для предоставления таким пациентам всех необходимых медицинских услуг. Прежде всего речь идет о пациентах с тяжелыми травмами позвоночника и черепно-мозговыми травмами. Для того, чтобы справиться с этой непростой, с этической точки зрения, ситуацией, местные работники здравоохранения, социальные работники и другой общинный персонал, лица, ухаживающие за пациентами, а также сами пациенты должны быть должным образом обучены, проинструктированы и подготовлены, чтобы обеспечить устойчивую медицинскую помощь (12, 21, 37). По мере возможности, этим лучше заниматься в партнерстве с местными поставщиками медицинских услуг. Специалисты-реабилитологи также должны использовать любую возможность для практического применения, в соответствующих случаях, местных инициатив по реабилитации при условии их безопасности. Необходимо внимательнее относиться к тому, чтобы уровень профессиональной компетентности прошедших обучение и подготовку был достаточно высок, и чтобы они продолжали оказывать услуги исключительно в пределах той сферы деятельности, для которой они прошли подготовку. Обучение ухаживающих за пациентами лиц базовым навыкам также поможет снизить перегруженность медицинских работников.

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. БЧМП должны максимально использовать возможности для обмена знаниями и компетенциями в области реабилитации с местным персоналом, представляющим различные области знаний.
2. При обучении и подготовке местных работников здравоохранения следует учитывать особенности местной практики; необходимо принимать к сведению местные стандарты по реабилитации (36).

3.8 Управление информацией

Надлежащее ведение документации и составление отчетов имеет крайне важное значение для подотчетности, планирования и эффективной коммуникации в процессе реагирования на чрезвычайную ситуацию (16, 19, 25).

3.8.1 Медицинские карты

Качественное ведение документации в условиях чрезвычайных ситуаций может быть весьма непростым делом. Тем не менее, очень важно, чтобы внесение записей, касающихся реабилитации, в медицинскую карту пациента осуществлялось с соблюдением международных профессиональных стандартов (38-40).

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. Все записи, касающиеся реабилитации, в том числе относительно проведенных вмешательств, оценок состояния и вспомогательных устройств, необходимо отразить в основной медицинской карте пациента, которая должна оставаться у него на руках, когда он/она получает направление к специалистам или выписывается (в соответствии с минимальными стандартами для БЧМП (1)).

3.8.2 Сбор данных и отчетность

В условиях чрезвычайных ситуаций люди с серьезными нарушениями здоровья могут оказаться особенно уязвимыми. Им может потребоваться дальнейшая поддержка и помощь уже после того, как БЧМП покинет очаг бедствия. Вот почему так важно, чтобы (с согласия пациента) министерство здравоохранения принимающей страны/ подразделение, координирующее работу БЧМП, были проинформированы о том, что человек с серьезным(и) предсуществующим(и) нарушением (нарушениями) здоровья поступил для оказания ему помощи. Обмен такой информацией способствует правильному направлению к соответствующим специалистам и предоставлению вспомогательных устройств после выписки пациента. Это может содействовать координации работы БЧМП в интересах планирования министерством здравоохранения и социальными службами, а также в интересах местных поставщиков медицинских услуг, например, поставщиков протезов и ортезов, равно как и организаций, обеспечивающих проведение реабилитации в местной общине. Помимо этого, данные в отношении травм и инвалидности, объем которых на сегодняшний день весьма ограничен (речь идет о данных в сфере реагирования на чрезвычайные ситуации), могли бы быть использованы в дальнейших продольных исследованиях, которыми можно было бы руководствоваться в будущем при принятии ответных мер (5, 21, 22).

3.9 Проведение исследований в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации

Срочно требуются дополнительные исследования, которыми можно будет руководствоваться при проведении реабилитации в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации. Подобные исследования были серьезно затруднены в связи с нехваткой данных о травмах, инвалидности и долговременных функциональных последствиях для здоровья пациентов. Эти данные нужны для выяснения доступности услуг квалифицированных и опытных специалистов по реабилитации и их роли в БЧМП и в более широком контексте реагирования на чрезвычайные ситуации (16, 21). Необходим консенсус в отношении международной классификации травм, связанных с чрезвычайными ситуациями. В то же время, возможности для проведения высококачественных исследований с использованием комбинированного метода появятся, если интегрировать научно-исследовательский потенциал в повседневную работу БЧМП, например, за счет сбора данных и составления отчетов. Целью исследований должно стать повышение качества услуг по реабилитации, предоставляемых не только бригадами (БЧМП), но и местными поставщиками медицинских услуг.

Минимальный технический стандарт для успешной верификации

1. В условиях реагирования на чрезвычайные ситуации необходимо соблюдать этические нормы в отношении проведения исследований с участием людей. В частности, это касается получения разрешения на их проведение и соблюдения конфиденциальности (1, 36, 41).

Рекомендации для оказания эффективной помощи пациентам

1. Клиническая помощь должна быть приоритетной по отношению к проведению исследований, которые, в свою очередь, должны уделять основное внимание повышению качества услуг по реабилитации и улучшению ее результатов.
2. Лица, проводящие исследования, должны сотрудничать с местными академическими учреждениями и брать на себя обязательства по созданию и укреплению национального потенциала.
3. Если к исследованиям привлекаются местные партнеры, то руководство проектом необходимо осуществлять совместно с ними, равно как и делить с ними права на полученные данные.

4. Место и роль реабилитации в операциях по реагированию на вспышки болезней

Роль реабилитации в операциях по реагированию на вспышки болезней обычно не в полной мере понимается и учитывается теми, кто осуществляет ответные меры гуманитарного характера. Вероятно, это проистекает из ошибочного представления о том, что реабилитация ограничивается ведением пациентов с травмами, полученными, например, во время землетрясений или тайфунов. На самом деле реабилитация имеет очень большое значение в гораздо более широком контексте: специалисты-реабилитологи играют важную роль в восстановлении функциональной деятельности организма, например, в ведении пациентов с кардиореспираторными состояниями, с острой и хронической болью, ухудшением физического состояния, повышенной утомляемостью, а также с сенсорными и когнитивными нарушениями (42). Недостаток внимания к долгосрочным неблагоприятным последствиям для здоровья в результате некоторых вспышек – это еще одна из причин ограниченного участия специалистов по реабилитации в осуществлении ответных мер в связи с такими событиями. Вспышка Эболы наглядно продемонстрировала неблагоприятные долговременные последствия для здоровья многих из тех, кто был инфицирован этим вирусом, в том числе такие последствия, как сильные мышечные боли и боли в суставах, а также сенсорные и когнитивные нарушения, которые негативно отразились на способности этих людей вернуться к своим обычным занятиям (42).

В чрезвычайных ситуациях в связи со вспышками болезней эффективность местных систем здравоохранения резко падает, поскольку люди, в том числе медицинские работники, стараются не посещать медучреждения из-за боязни заразиться, а медучреждения оказываются перегруженными инфицированными пациентами. В этих условиях сбой в работе реабилитационных служб может привести к вторичным осложнениям, а недостаточные меры по лечению неинфекционных заболеваний могут способствовать росту заболеваемости и инвалидности. БЧМП, участвующие в осуществлении ответных действий, должны провести оценку потенциала для обоих сценариев и соответствующим образом координировать работу реабилитационных служб. Помимо этого, БЧМП должны принять во внимание роль специалистов по реабилитации в междисциплинарной подготовке, например, когда речь идет о ведении заболеваний органов дыхания при вспышках гриппа и обучении пациентов и ухаживающих за ними лиц навыкам самостоятельного ведения хронических состояний (43).

Соображения по поводу участия БЧМП в операциях по реагированию на вспышки

1. БЧМП должны быть в курсе неотложных и долгосрочных потребностей своих пациентов в реабилитации и соответствующим образом использовать реабилитационный персонал.
2. Необходимо установить четкий порядок направления людей, нуждающихся в реабилитации, в медучреждения длительного пребывания или к иным поставщикам медицинских услуг.
3. БЧМП должны знать о повышенной уязвимости людей с инвалидностью из-за трудностей, с которыми они могут столкнуться в плане доступа к услугам здравоохранения и к информации.
4. БЧМП должны прогнозировать поздние и долгосрочные осложнения (такие, как различные осложнения у людей, выживших после Эболы, например, боли в мышцах и суставах (42)) и обеспечить надлежащее медико-санитарное просвещение по этим вопросам пациентов и всех, кто вовлечен в оказание им помощи.
5. Возможность предоставления реабилитационных услуг необходимо тщательно оценить в сопоставлении с существующим риском и доступными механизмами его снижения.

5. Процесс и методы подготовки данного документа

Минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации разрабатывались под эгидой Секретариата по вопросам БЧМП, ВОЗ, и были одобрены стратегической консультативной группой по БЧМП. В процессе работы над документом использовались фактические данные и согласованное мнение экспертов, а руководство проектом осуществлялось консультантом, являющимся сотрудником Секретариата.

1. На этапе 1 был сделан обзор тематической литературы, имеющейся в базе данных PubMed и Embase, а также внеиздательской («серой») литературы, и отобрана соответствующая справочная литература из списков литературы в выбранных статьях. Был проведен сопоставительный анализ, в котором в качестве критерия для сравнения были использованы материалы, содержащиеся в соответствующих руководствах и публикациях. Относящиеся к данной тематике ресурсы были предоставлены членами рабочей группы и скомпилированы для обзора.

2. На этапе 2 минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации были подготовлены рабочей группой, которая была создана ВОЗ для работы в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Группа состояла из независимых консультантов и участников, которые были предложены организациями, играющими важную роль в обеспечении реабилитации в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации, в том числе из представителей таких областей знаний, как физиотерапия, трудовая терапия, ортопедия и протезирование, сестринское дело и реабилитационная медицина. Требовалось, чтобы члены рабочей группы имели опыт практического участия в операциях по реагированию на чрезвычайные ситуации, и чтобы группа была составлена с соблюдением принципа географической представленности и гендерного баланса.

Стандарты и рекомендации основаны на имеющихся фактических данных. Однако, из-за ограниченного объема опубликованных данных и технической информации по реабилитации в чрезвычайных ситуациях документ в значительной степени опирается на экспертное мнение рабочей группы.

3. Этап 3 – это первый раунд получения комментариев и предложений. Была проведена всесторонняя консультация, в рамках которой настоящий документ был направлен на рецензирование в профессиональные организации, соответствующие неправительственные и международные организации, а также отдельным экспертам. Это содействовало максимальной точности изложения материала, обеспечило согласованное мнение экспертов по основным пунктам, а также способствовало повышению доверия к предлагаемым стандартам и рекомендациям.

4. Этап 4: в ходе второго совещания в штаб-квартире ВОЗ в Женеве рабочая группа изучила информацию и предложения, полученные в результате консультаций с заинтересованными сторонами, и отразила их в данном документе.

5. Этап 5 – это второй раунд получения комментариев и предложений, в рамках которого обновленный документ был распространен в более узкой группе заинтересованных сторон, которая состояла из экспертов, имеющих практический опыт создания БЧМП, участия в их работе или координации их деятельности. Рабочая группа провела обзор полученных от этих экспертов комментариев и предложений в рамках переписки по электронной почте и телеконференции, и документ был соответствующим образом отредактирован.

6. На этапе 6 проводилось апробирование на пилотной основе минимальных технических стандартов и рекомендаций в рамках верификации четырех БЧМП (все типа 2). Сделанные выводы были предоставлены Секретариату по вопросам БЧМП, ВОЗ, где некоторые стандарты и рекомендации были пересмотрены.

7. На заключительном этапе работы над документом он был окончательно отредактирован, а затем одобрен стратегической консультативной группой по БЧМП.

Глоссарий

Бригада специализированной медицинской помощи

Это национальные или международные бригады, интегрированные в БЧМП или в местную больницу для оказания специализированной медицинской помощи. В своей работе они твердо придерживаются тех же руководящих принципов и основных стандартов, что и БЧМП (1).

Бригада чрезвычайной медицинской помощи (БЧМП)

Бригады чрезвычайной медицинской помощи – это группы работников здравоохранения и вспомогательного персонала, работающие вне пределов их собственной страны или места базирования сформировавшей их международной организации и оказывающие медико-санитарные услуги конкретно тем группам населения, которые пострадали в результате чрезвычайных ситуаций. К ним относятся как правительственные (гражданские и военные), так и неправительственные бригады. БЧМП призваны реагировать на внезапные бедствия, занимаясь лечением травм и случаями, требующими хирургического вмешательства. Их значение в чрезвычайных ситуациях иного характера, например, во время вспышек инфекционных болезней, было продемонстрировано относительно недавно.

Вспомогательное устройство

Любое устройство, которое разработано, изготовлено или адаптировано для оказания помощи человеку при выполнении определенных задач. Это такие устройства, как инвалидные кресла-коляски, протезы, средства передвижения, приспособления для лиц с пониженным слухом или с нарушениями зрения. Они могут быть специально изготовлены или иметься в свободном доступе для людей с инвалидностью (17, стр. 301; 44).

Вспышки болезней

В контексте данного документа под вспышками понимаются вспышки инфекционных болезней, которые ВОЗ определяет как «возникновение случаев заболевания в количестве, превышающем обычное для определенной общины, географического района или времени года. Вспышка болезни может возникать в ограниченном географическом районе, а может охватывать несколько стран. Она может длиться несколько дней или недель, а может продолжаться годами» (43). Вот лишь некоторые примеры вспышек: вспышки полиомиелита, Эболы, вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС).

Глобальный классификационный перечень бригад гарантированного качества

Этот перечень охватывает все известные БЧМП, которые обязались следовать официально заявленным принципам и соответствовать минимальным стандартам (1). В перечень входят все БЧМП, самоотчеты которых были проверены в процессе коллегиального рецензирования, а также все организации БЧМП, которые также получили удовлетворительную оценку в ходе их посещения представителями ВОЗ и коллегами из похожих организаций, подтвердивших достаточность их потенциала на этапе подготовки к развертыванию. Контроль качества также осуществляется в процессе развертывания бригад в рамках совместных визитов представителей ВОЗ и министерства здравоохранения страны, в которой зарегистрированы бригады, с тем чтобы обеспечить соответствие реального потенциала и тех возможностей, которые были заявлены бригадами до их прибытия в район бедствия. Одна из целей составления такого перечня – воспрепятствовать внезапному приезду в район чрезвычайной ситуации не сообщивших о своем намерении граждан. Инициатива по созданию БЧМП поощрительно относится к тому, чтобы граждане, желающие участвовать в операции по реагированию на чрезвычайную ситуацию, присоединялись к уже созданным и официально признанным БЧМП.

Медучреждение, работающее по схеме поэтапно снижающейся («step-down») терапии

Это стационарное подразделение, обладающее мандатом для оказания временной помощи пациентам, состояние которых оценивается как стабильное, с подготовкой их к выписке в местное сообщество.

Местный поставщик услуг

Применительно к настоящему документу под «местным поставщиком услуг» понимается любая национальная медико-санитарная служба или медицинское учреждение, а также международная или неправительственная организация, которые присутствуют в районе бедствия в течение длительного времени и могут предоставлять услуги на устойчивой основе.

Мультидисциплинарный подход к практике лечения

В контексте данного документа мультидисциплинарный подход к практике лечения означает совместное участие представителей различных областей знаний в лечении пациента, в результате чего каждый конкретный специалист в определенной области оказывает дополнительные медицинские услуги, внося свой вклад в оказание всесторонней медицинской помощи.

Организации инвалидов

Представляющие интересы инвалидов организации, группы людей с инвалидностью или детей с интеллектуальными нарушениями, с пониженным слухом или нарушениями зрения, а также членов их семей и лиц, ухаживающих за ними. Основная цель таких организаций – расширение прав и возможностей инвалидов и отстаивание ими своих интересов (46).

Подразделение, координирующее работу БЧМП

Такое подразделение призвано оказывать поддержку министерству здравоохранения принимающей страны или аналогичному национальному органу (но не замещать их!) в координировании работы всех БЧМП, участвующих в операции по реагированию на чрезвычайную ситуацию, с тем чтобы наилучшим образом удовлетворить потребности в медико-санитарной помощи, резко возросшие в результате чрезвычайной ситуации или ущерба, нанесенного институционально-кадровому потенциалу в очаге бедствия. Подразделение, координирующее работу БЧМП, приводит в соответствие имеющиеся ресурсы и выявленные потребности, обеспечивая наиболее эффективное использование ресурсов и достижение максимально хороших совокупных результатов.

Реабилитационный персонал

К реабилитационному персоналу относятся как специалисты-реабилитологи, так и медицинские работники, прошедшие неформальную подготовку. Последние оказывают помощь специалистам-реабилитологам, а в случае их отсутствия или ограниченной численности сами проводят реабилитацию.

Реабилитация на базе общин

Это реализуемая в рамках всестороннего развития общин стратегия по вопросам реабилитации, обеспечения равных возможностей для инвалидов, снижения уровня бедности и социальной интеграции людей с инвалидностью. Реабилитация на базе общин осуществляется за счет совместных усилий самих людей с инвалидностью, членов их семей, организаций и местных сообществ, а также соответствующих правительственных и неправительственных структур в области здравоохранения, образования, профессиональной подготовки, социальных и прочих услуг (7, стр. 302).

Специалист-реабилитолог (специалист по реабилитации)

Понятие «специалист-реабилитолог» («специалист по реабилитации») охватывает специалистов целого ряда профессий, таких как лечебная физкультура, физиотерапия, трудовая терапия, ортопедия и протезирование, реабилитационное сестринское дело, физическая и реабилитационная медицина (физиатрия), психология, логопедическое лечение, правильное питание, а также социальная работа. В идеальном варианте эти специалисты работают совместно в многопрофильной бригаде, причем каждый из них вносит вклад в рамках своей специализации в оказание всесторонней помощи (4, 7, 19, 46). Объемы практической деятельности, квалификации и процедуры регистрации представителей каждой из этих профессий различаются между странами, поэтому настоящий документ рекомендует использовать специалистов на основании их квалификации и опыта, необходимых для эффективной работы в суровых условиях и удовлетворения потребностей, возникающий в чрезвычайных ситуациях.

Суровые условия

Под суровыми условиями понимаются такие условия, в которых доступность, транспорт, ресурсы и другие факторы физической, социальной или экономической среды очень сильно ограничивают возможность оказания надлежащей экстренной медицинской помощи нуждающимся в ней людям (45).

Справочная литература

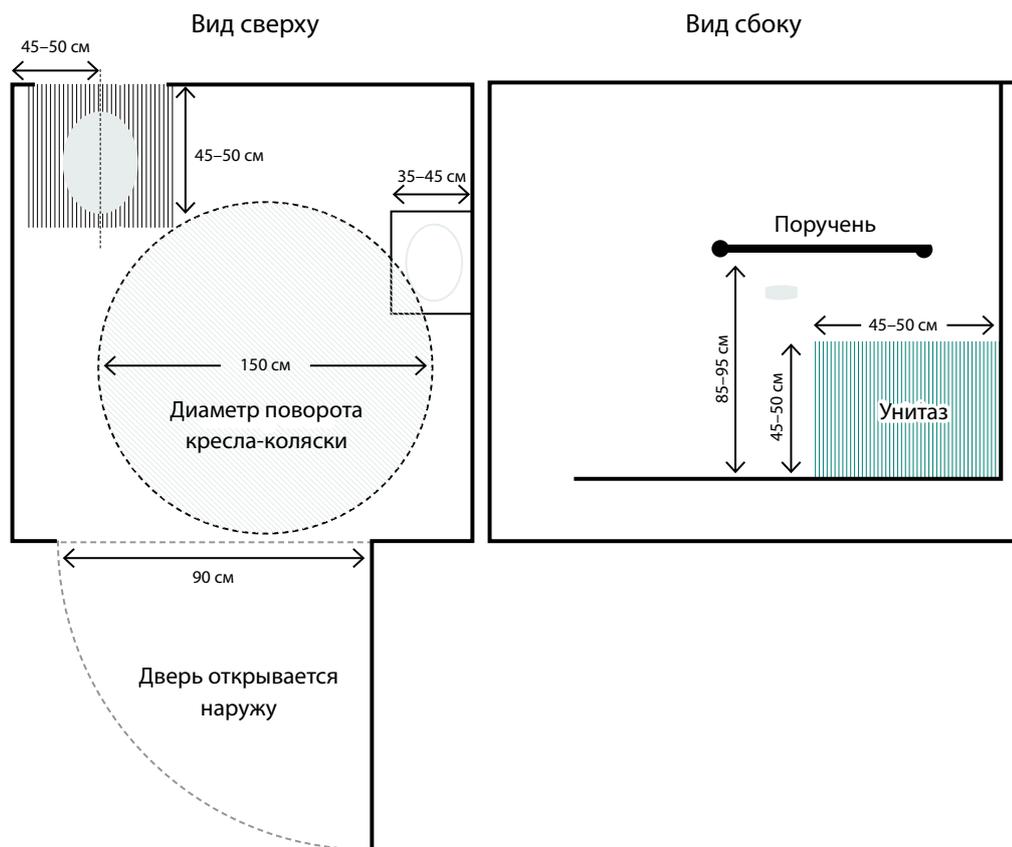
1. Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, LaJolo C. Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster. Geneva: WHO; 2013.
2. Lezzoni LI, Ronan LJ. Disability legacy of the Haitian earthquake. *Ann Internal Med* 2010; 52:812–814.
3. Rathore FA, Gosney JE, Reinhardt JD, Haig AJ, Li J, DeLisa JA. Medical rehabilitation after natural disasters: why, when, and how? *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:1875–1881.
4. Rathore FA, Farooq F, Muzammil S, New PW, Ahmad N, Haig AJ. Spinal cord injury management and rehabilitation: highlights and shortcomings from the 2005 earthquake in Pakistan. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:579–585.
5. Reinhardt JD, Li J, Gosney J, Rathore FA, Haig AJ, Marx M, et al. Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action* 2011;4:7191.
6. Li Y, Reinhardt JD, Zhang X, Hu X, Chen S, Li J. Evaluation of functional outcomes of physical rehabilitation and medical complications in spinal cord injury victims of the Sichuan earthquake. *J Rehabil Med* 2012;44:534–540.
7. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013.
8. Kent R, Fyfe N. Effectiveness of rehabilitation following amputation. *Clin Rehabil Med* 1999;13:43–50.
9. Turner-Stokes L. The cost effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004;4:10–12.
10. Cardenas DD, Doctor JN. Cost-effectiveness of rehabilitation after spinal cord injury. *Crit Rev Phys Rehabil Med* 2012;24:359–367.
11. Mallick M, Aurakzai JK, Bile KM, Ahmed N. Large-scale physical disabilities and their management in the aftermath of the 2005 earthquake in Pakistan. *East Mediterr Health J* 2010;16:98–105.
12. Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк: ООН; 2006 г. (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=15&pid=150>, accessed 5 January 2014).
13. WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability [Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.] Geneva: World Health Organization; 2014.
14. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *Eur J Disabil* 2009;3:219–232.
15. Mitra S, Posarec A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Dev* 2013;41:1–18.
16. Chackungal S, Nickerson JW, Knowlton LM, Black L, Burkle FM, Casey K, et al. Best practice guidelines on surgical response in disasters and humanitarian emergencies: report of the 2011 humanitarian action summit working group on surgical issues within the humanitarian space. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:429–437.
17. World report on disability [Всемирный доклад об инвалидности]. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
18. WHO (2001) International classification of functional disability and health [Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья]. Geneva: World Health Organization; 2001.

19. Knowlton LM, Gosney JE, Chackungal S, Altschuler E, Black L, Burkle FM Jr, et al. Consensus statements regarding the multidisciplinary care of limb amputation patients in disasters or humanitarian emergencies: report of the 2011 humanitarian action summit surgical working group on amputations following disasters or conflict. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:438–448.
20. von Schreeb J, Riddez L, Samnegård H, Rosling H. Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan. *Prehosp Disaster Med* 2008;23:144–151.
21. Burns AS, O'Connell C, Rathore F. Meeting the challenges of spinal cord injury care following sudden onset disaster: lessons learned. *J Rehabil Med* 2012;44:414–420.
22. Redmond AD, Mardel S, Taithe B, Calvot T, Gosney J, Duttine A, et al. A qualitative and quantitative study of the surgical and rehabilitation response to the earthquake in Haiti, January 2010. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:449–456.
23. Zhang X, Hu X, Reinhardt JD, Zhu H, Gosney JE, Liu S, et al. Functional outcomes and health-related quality of life in fracture victims 27 months after the Sichuan earthquake. *J Rehabil Med* 2012;44:206–209.
24. Walker P, Russ C. Professionalising the humanitarian sector: A scoping study, Enhancing learning and research for humanitarian assistance. Cardiff: Enhancing Learning and Research for Humanitarian Assistance, Save the Children; 2010.
25. Burkle FM Jr, Nickerson JW, von Schreeb J, Redmond AD, McQueen KA, Norton I, et al. Emergency surgery data and documentation reporting forms for sudden-onset humanitarian crises, natural disasters and the existing burden of surgical disease. *Prehosp Disaster Med* 2012;27:577–582.
26. Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, Schore KW, Lyznicki J, Strauss-Riggs K, et al. Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2012; 6:44–52.
27. Prosthetics and orthotics programme guide: implementing P&O services in low-income settings. Brussels: International Society for Orthotics and Prosthetics; 2006.
28. Prosthetics and orthotics project guide: supporting P&O services in low-income settings. Brussels: International Society for Orthotics and Prosthetics; 2006.
29. World Health Organization, United States Agency for International Development. Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disability related to personal mobility. Geneva, World Health Organization; 2011.
30. Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: United Nations, Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2003–2004 (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
31. Bonnet S Physical rehabilitation centres: Architectural programming handbook. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2014.
32. ISO 21542:2011. Строительные конструкции. Доступность и годность составной среды. Женева: Международная организация по стандартизации; 2011 г. (http://www.iso.org/iso/ru/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=50498, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
33. Carroll K, Edelstein JE. Prosthetic and patient management: a comprehensive clinical approach. Thorofare, New Jersey: Slack Inc; 2006.
34. Edgar D, Brereton M. Rehabilitation after burn injury. *BMJ*. 2004;329:343–345.
35. Sphere Project. The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Rugby: Practical Action Publishing; 2011.

36. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki : Ethical Principles for Medical. Research Involving Human Subjects [Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации: Этические принципы по медицинским исследованиям с участием людей]. J Am Med Assoc 2013; 310:2191–2194.
37. Hu X, Zhang X, Gosney JE, Reinhardt JD, Chen S, Jin H, et al. Analysis of functional status, quality of life and community integration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community. J Rehabil Med 2012;44:200–205.
38. WCPT guideline for physical therapy records management: record keeping, storage, retrieval and disposal. London: World Confederation for Physical Therapy; 2011 (<http://www.wcpt.org/guidelines/records-management>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
39. Blanchet K, Sistenich V, Ramesh A, Frison S, Warren E, Hossain M, et al. An evidence review of research on health interventions in humanitarian crises. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2013.
40. The code: professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. London: Nursing & Midwifery Council; 2015 (<http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/revised-new-nmc-code.pdf>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
41. Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research Involving human subjects. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
42. Bausch DG. Sequelae after Ebola virus disease: even when it's over it's not over. Lancet Infect Dis 2015;15:865–866.
43. Disease communicable disease outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/topics/disease_communicable_disease_outbreaks/en/, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
44. Assistive devices/technologies. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/disabilities/technology/en/>)
45. Miller Briggs SM, Lin G. Disaster management. In: Meara JG, McClain CD, Rogers SO Jr, Mooney DP, editors, Global surgery and anesthesia manual: providing care in resource-limited settings. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2015:443–453.
46. Scaffa ME, Gerardi S, Herzberg G, McColl MA. The role of occupational therapy in disaster preparedness, response, and recovery. Am J Occup Ther 2006;60:642–649.

Приложение 1. Размеры мест общего пользования и углы уклона пандусов для обеспечения их доступности в полевых госпиталях

Dimensions for wheelchair-accessible latrines – Размеры туалетов для размещения инвалида в кресле-коляске



Рекомендуемый уклон пандуса

Максимальный угол уклона пандуса	Максимальная длина (м)	Максимальная высота пандуса (м)
1:20	–	–
1:16	8	0.5
1:14	5	0.35
1:12	2	1.15
1:10	1.25	0.12
1:08	0.5	0.06

Справочная литература

United Nations (2003–2004) Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).

Приложение 2. Обзор вклада в реабилитацию БЧМП в разбивке по типам бригад и конкретные соображения по поводу выписки пациентов

	Тпл 1	Тпл 2	Тпл 3	Соображения по поводу направления к специалистам и выписки
Простой перелом (консервативное лечение)	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление четких рекомендаций в отношении допустимой нагрузки Предоставление вспомогательных устройств Предоставление рекомендаций в отношении амплитуды движений (АД) и функционального назначения устройств 	<ul style="list-style-type: none"> - Все то же, что и для типа 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Все то же, что и для типа 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Необходима последующая реабилитация
Сложный перелом	<ul style="list-style-type: none"> Стабилизация и направление пациента к специалистам 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление вспомогательных устройств и мер предосторожности Восстановление функций Уход за аппаратом внешней фиксации Обезболивание Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление вспомогательных устройств Предоставление рекомендаций в отношении АД и мер предосторожности Восстановление функций Уход за аппаратом внешней фиксации Обезболивание Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> Разъяснить, когда следует снять аппарат внешней фиксации Отслеживать динамику состояния пациента в плане допустимых нагрузок Информирование пациента о возможных осложнениях Необходима последующая реабилитация
Травма позвоночника	<ul style="list-style-type: none"> Проведение неврологической оценки пациента Предоставление рекомендаций в отношении предотвращения давления на поврежденный участок позвоночника, а также в отношении ухода за пациентом Направление пациента к специалистам в соответствии с национальным протоколом или в бригаду специализированной медицинской помощи 	<ul style="list-style-type: none"> Проведение неврологической оценки пациента Обезболивание Восстановление функций Предоставление кресла-коляски, предназначенной для временного пользования Направление пациента к специалистам в соответствии с национальным протоколом или в бригаду специализированной медицинской помощи Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> Проведение неврологической оценки пациента Обезболивание Восстановление функций Предоставление кресла-коляски, предназначенной для временного пользования Направление пациента к специалистам в соответствии с национальным протоколом или в бригаду специализированной медицинской помощи Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление вспомогательных устройств, предназначенных для временного пользования, в том числе противопролежневое оборудование Обучение пациента методам самопомощи, в том числе методам опорожнения мочевого пузыря и кишечника, и информирование о мерах предосторожности Направление пациента к местному поставщику вспомогательных устройств длительного пользования Необходима последующая реабилитация
Ожоги	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление рекомендаций в отношении правильной повязки и направление пациента в бригаду специализированной медицинской помощи (при наличии показаний) 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление рекомендаций в отношении правильной повязки Фиксация, в том числе наложение шин (при наличии показаний) Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций Направление пациента, при наличии показаний, в бригаду специализированной медицинской помощи (лечение ожогов/пластика ожогов) -Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление рекомендаций в отношении правильной повязки Фиксация, в том числе наложение шин (при наличии показаний) Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций Направление пациента, при наличии показаний, в бригаду специализированной медицинской помощи (лечение ожогов/пластика ожогов) Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> Определить, в случае необходимости, подручные средства по схеме поэтапно снимающейся («step-down») терапии Определить местных поставщиков медицинской помощи для лечения/пластики ожогов и/или бригаду по оказанию специализированной помощи при ожогах для лечения рубцов, в том числе поставщиков компрессионного белья. Необходимо длительная последующая реабилитация в связи с рубцеванием кожных тканей и риском возникновения контрактур

	Тип 1	Тип 2	Тип 3	Соображения по поводу направления к специалистам и выписки
Повреждения периферического нерва	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксация пациента, в том числе наложение шин (при наличии показаний) • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Обезболивание • Направление пациента к специалистам в соответствии с показаниями 	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксация пациента, в том числе наложение шин (при наличии показаний) • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Обезболивание • Направление пациента, при наличии показаний, в бригаду специализированной микрохирургической помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксация пациента, в том числе наложение шин (при наличии показаний) • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Обезболивание • Направление пациента, при наличии показаний, в бригаду специализированной микрохирургической помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Как можно раньше определить, кто может оказать специализированную микрохирургическую помощь, если предполагается хирургическое вмешательство • Направление пациента к местному поставщику вспомогательных устройств длительного пользования (таких, как ортезы) • Информирование пациента о возможных осложнениях, таких как контрактуры • Необходима последующая реабилитация
Черепно-мозговая травма	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение базовой неврологической и когнитивной оценки пациента • Направление пациента к специалистам в соответствии с показаниями 	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение неврологической и когнитивной оценки пациента • Фиксация пациента, в том числе наложение шин (при наличии показаний) • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Направление пациента (при наличии показаний) в бригаду специализированной неврологической помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение неврологической и когнитивной оценки пациента • Фиксация пациента, в том числе наложение шин (при наличии показаний) • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Направление пациента (при наличии показаний) в бригаду специализированной неврологической помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Определить, в случае необходимости, между-реждане, работающее по схеме поэтапно снижающейся («step-down») терапии • Определить местных поставщиков услуг по неврологической реабилитации. Обеспечить долгосрочное последующее наблюдение и оказание медицинской помощи на протяжении всего периода неврологического восстановления • Направление пациента, при наличии показаний, к местному поставщику вспомогательных устройств длительного пользования
Раны	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление рекомендаций в отношении правильной повязки и направление пациента к специалистам в соответствии с показаниями 	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление рекомендаций в отношении правильной повязки • Предоставление вспомогательных устройств • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Направление пациента, при наличии показаний, в бригаду специализированной помощи, занимающуюся пластикой 	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление рекомендаций в отношении правильной повязки • Предоставление вспомогательных устройств • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним • Направление пациента, при наличии показаний, в бригаду специализированной помощи, занимающуюся пластикой 	<ul style="list-style-type: none"> • Как можно раньше определить бригаду специализированной помощи, занимающуюся пластикой • Отслеживать динамику состояния пациента в плане допустимых нагрузок • Информирование пациента о возможных осложнениях, таких как инфицирование раны • Необходима последующая реабилитация, при наличии показаний
Ампутация конечностей	<ul style="list-style-type: none"> • Базовые лечебные процедуры для раны • Направление пациента в бригаду типа 2 или 3, или в национальное учреждение 	<ul style="list-style-type: none"> • Предоперационное консультирование с учетом имеющихся в наличии протезов и ожидаемых функциональных результатов • Лечение культи • Предоставление вспомогательных устройств, предназначенных для временного пользования • Обезболивание • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> • Предоперационное консультирование с учетом имеющихся в наличии протезов и ожидаемых функциональных результатов • Лечение культи • Предоставление вспомогательных устройств, предназначенных для временного пользования • Обезболивание • Расширение АД, укрепление мышц и восстановление функций • Медико-санитарное просвещение пациента и того, кто ухаживает за ним 	<ul style="list-style-type: none"> • Направление пациента к местному поставщику вспомогательных устройств длительного пользования, таких как протез и/или кресло-коляска, при наличии показаний • Необходима последующая реабилитация

Приложение 3. Образец бланка направления пациента на реабилитацию бригадой чрезвычайной медицинской помощи

Куда направляется: _____

Откуда направляется: _____

Обоснование направления: _____

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя и фамилия: _____ Возраст: _____ Пол м ж

Номер телефона: _____

Адрес: _____

С чем поступил: _____

Перенесенные хирургические операции (с указанием дат): _____

Ограничения в связи с полученной травмой/необходимые меры предосторожности (в отношении допустимой нагрузки и амплитуды движений): _____

Требуется ли осмотр? Да Нет

Подробная информация: _____

В анамнезе (включая любые значительные аллергические реакции и лекарственное лечение): _____

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Ухаживающее за пациентом лицо/вспомогательные устройства: _____

Будет ли лицо, ухаживающее за пациентом, сопровождать его? Да Нет

Образование/профессия: _____

Пункт назначения/жилье: _____

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

Передвижение: Самостоятельно Требуется помощь Средства передвижения _____

Повседневная активность: Самостоятелен Нуждается в помощи Вспомогательные устройства _____

Когнитивные функции: Без нарушений С нарушением Подробная информация _____

Имя и фамилия лица, направляющего пациента: _____ Номер телефона: _____

Дата: _____ Подпись: _____

Приложение 4. Ресурсы

Стандарты, применяемые в условиях реагирования на чрезвычайные ситуации

- Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, LaJolo C (2013) Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster. Geneva: WHO (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf).
- Sphere Project (2011) The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Rugby: Practical Action Publishing (<http://www.sphereproject.org/resources/download-publications/?search=1&keywords&language=english&category=22>).

Физическая доступность

- United Nations (2003–2004) Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>).
- Bonnet S (2014) Physical rehabilitation centres: architectural programming handbook. Geneva: International Committee of the Red Cross (<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4133.pdf>).

Инвалидность в контексте реагирования на чрезвычайные ситуации

- WHO (2013) Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf).

Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка

- Inter-Agency Standing Committee (2007) Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: WHO (http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_psychosocial.pdf?ua=1).
- WHO (2011) Psychological first aid: guide for field workers. Geneva (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf?ua=1).

Средства передвижения

- WHO (2008) Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less-resourced settings. Geneva (<http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/>).
- WHO, United States Agency for International Development (2011) Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disability related to personal mobility. Geneva, WHO (http://www.who.int/disabilities/publications/technology/jpp_final.pdf).

Травма позвоночника

- WHO, International Spinal Cord Society (2013) International perspectives in spinal cord injury. Geneva: WHO (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/1/9789241564663_eng.pdf?ua=1).
- EMT: <https://extranet.who.int/emt/page/home>
- Disability and rehabilitation: <http://www.who.int/disabilities/en/>

Приложение 5. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в подготовке данного документа

РАБОЧАЯ ГРУППА

Г-н Julian Clausee

Physiotherapy
Physiotherapist
Regional University Hospital Center of Lille
Лилль, Франция

Д-р James Gosney Jr.

Physical and rehabilitation medicine
Chair, Committee on Rehabilitation Disaster Relief (CRDR)
International Society of Physical and Rehabilitation Medicine
Женева, Швейцария

Д-р Geraldine Jacquemin

Physical and rehabilitation medicine
Associate professor- Physical Medicine & Rehabilitation
University of Montreal,
Монреаль, Канада, и
Valida Rehabilitation Hospital
Брюссель, Бельгия

Г-жа Jody-Anne Mills

Occupational therapy
Consultant
Emergency Medical Teams
WHO
Женева, Швейцария

Г-жа Barbara Rau

Physiotherapy
Physiotherapy Technical Coordinator
International Committee of the Red Cross
Женева, Швейцария

Г-н Michael Rechsteiner

Orthotics and prosthetics
Physical Rehabilitation Project Manager
International Committee of the Red Cross
Женева, Швейцария

Г-жа Valerie Scherrer

Occupational therapy
Director- Emergency Response Unit
CBM
Брюссель, Бельгия

Г-жа Fiona Stephenson

Rehabilitation nursing
Spinal Cord Injury Nurse Specialist
Consultant
Waterlow Stephenson LTD
Солсбери, Соединенное Королевство

Г-н Peter Skelton

Physiotherapy
Rehabilitation Project Manager,
Handicap International
Лондон, Соединенное Королевство

Г-н Claude Tardif

Orthotics and prosthetics
Head of Physical Rehabilitation Programme
International Committee of the Red Cross
Женева, Швейцария

РЕЦЕНЗЕНТЫ ВОЗ (Женева, Швейцария)**Д-р Alarcos Cieza***Coordinator*Prevention of Blindness and Deafness,
Disability and Rehabilitation**Г-н Robert Holden***Technical Advisor*Emergency Medical Teams
Emergency Risk Management and
Humanitarian Response**Д-р Ian Norton***Technical adviser and project leader*Emergency Medical Teams
Emergency Risk Management and
Humanitarian Response**Г-жа Bronte Martin***Technical Advisor*Emergency Medical Teams
Emergency Risk Management and
Humanitarian Response**Г-н Flavio Salio***Technical Advisor*Emergency Medical Teams
Emergency Risk Management and
Humanitarian Response**ВНЕШНИЕ РЕЦЕНЗЕНТЫ****Г-жа Esha Thapa Dhungana***Executive Director*Spinal Injury Rehabilitation Centre
Каврепаланчок, Непал**Д-р Filipinas G. Ganchoon***Philippine Academy of Rehabilitation
Medicine*Rehabilitation Disaster Relief Committee
Chair
Филиппины**Д-р Olivier Hagon***Deputy Head-Division of Tropical and
Humanitarian Medicine*University Hospitals of Geneva
Женева, Швейцария**Г-н Rajiv S. Hanspal***President*International Society for Orthotics and
Prosthetics
Брюссель, Бельгия**Г-жа Diana Hiscock,***Disability Advisor*Help Age International
Лондон, Соединенное Королевство**Д-р Ilan Kelman***Reader in Risk, Resilience and Global Health,
University College London*Лондон, Соединенное Королевство
Norwegian Institute of International Affairs
Осло, Норвегия**Д-р Fary Khan***Director of Rehabilitation*Royal Melbourne Hospital
Мельбурн, Австралия**Г-жа Karen Livingstone***Medical Adviser- Nurse*UK-Med
Манчестер, Соединенное Королевство**Г-н Steve Mannion***Consultant Orthopaedic & Trauma Surgeon*Orthopaedic Surgical Advisor, CBM
Head of Dept of Conflict & Catastrophe
Medicine, St George's, University of London
Лондон, Соединенное Королевство

ВНЕШНИЕ РЕЦЕНЗЕНТЫ

Г-н Ángel Vicario Merino

Health Advisor

Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas – Spanish Cooperation
Мадрид, Испания

Г-н Jan Monsbakken

President

Rehabilitation International
Осло, Норвегия

Д-р Colleen O’Connell

Assistant Professor- Physical Medicine and Rehabilitation

Dalhousie University Faculty of Medicine Chair, Team Canada Healing Hands Inc
Фредериктон, Канада

Д-р Nelson Olim

Senior Surgeon

International Committee of the Red Cross
Женева, Швейцария

Г-жа Marilyn Pattison

President

World Federation of Occupational Therapists
Аделаида, Австралия

Профессор A. D. Redmond

Professor of International Emergency Medicine

Chairman, UK-Med
Deputy Director
Humanitarian and Conflict Response Institute, University of Manchester
Манчестер, Соединенное Королевство

Г-жа Aleema Shivji

Director

Handicap International
Лондон, Соединенное Королевство

Г-н Michiel Steenbeek

Advisor Physical Impairment and Rehabilitation

CBM
Нидерланды

Г-жа Catherine Sykes

Professional Policy Consultant

World Federation of Physical Therapy
Лондон, Соединенное Королевство

Д-р Harald Veen

Chief Surgeon

International Committee of the Red Cross
Женева, Швейцария

Г-жа Joan M. Wilson

Head of Emergency Surgery Unit

Save the Children UK
Лондон, Соединенное Королевство

Управление и операции в чрезвычайных ситуациях
Программа ВОЗ по чрезвычайным ситуациям
в области общественного здравоохранения
Всемирная организация здравоохранения
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Email: emteams@who.int

