

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Реабилитационное направление определяет новый подход к восстановительному лечению больных и инвалидов методологически. Лечение различных заболеваний, восстановление функции отдельных органов являются звеньями сложной системы лечебного воздействия на больного — человека с индивидуальными особенностями, занимающего определенное место в обществе, семье, трудовом коллективе.

Реабилитация — это динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов (в виде тех или иных воздействий и мероприятий), направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида.

Инвалидность или **нарушением навыков** (*disability*) является любое ограничение или утрата способности (как следствие повреждения) проявлять активность таким образом или в таком объеме, которые считаются для человека нормальными.

Увечье или **социальная недостаточность** (*handicap*) проявляется в результате повреждения или нарушения навыков с ущербом для по-

страдавшего, которые ограничивают или уменьшают ту роль, которая для этого индивидуума в его окружении является нормальной.

Заболевание (инвалидность) изменяет социальное положение больного и выдвигает перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии и др.). Эти проблемы сопряжены со значительными трудностями для больного, и содействие в их преодолении является одной из важных задач реабилитационной медицины, требующей активного участия как медицинских работников, психологов, так и органов социального обеспечения и других государственных служб.

Реабилитационные мероприятия базируются на следующих основах:

- биологической способности организма приспосабливаться к новым условиям в результате компенсаторно-восстановительных процессов;
- психологической — свойстве личности, связанном с чувством престижа и стремлением выражать свою полезность и значимость посредством труда (осознанные и неосознанные притязания);
- социально-экономической — полезности для общества труда инвалидов, имеющих, как правило, глубокие профессиональные знания и большой жизненный опыт;
- научно-медицинской — современных достижениях медицины, обеспечивающих комплексное решение и значительный прогресс в области восстановительной и заместительной терапии.

Виды реабилитации

В настоящее время различают три основных вида реабилитации.

1. *Медицинская реабилитация*, т.е. все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного. Вместе с тем медицинская реабилитация является тем основным периодом, в котором осуществляется психологическая подготовка пострадавшего (заболевшего) к необходимой адаптации, реадаптации или перекавалификации в случае неполного восстановления его профессиональных навыков. И это понятно, так как при некоторых заболеваниях психологическая подготовка должна начинаться задолго до основного лечения. Например, у больных с облитерирующим энтеритом при усугублении патологического процесса лечение может закон-

читься ампутацией конечности. Именно у этой группы больных медицинская реабилитация и лечение особенно тесно переплетаются.

К медицинским разделам относятся вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможного раннего применения патогенетической терапии и др.

Внимание! Медицинская реабилитация должна начинаться тотчас же по выявлении заболевания.

Физический аспект, являющийся частью медицинской реабилитации, предусматривает всевозможные мероприятия по восстановлению работоспособности больных, что достигается своевременной и адекватной активизацией больных, применением различных средств ЛФК, а также проведением нарастающих по интенсивности физических тренировок в течение более или менее продолжительного времени.

Физическая работоспособность может возрастать и под влиянием только медикаментозного лечения, но опыт, накопленный специалистами, указывает на более важное значение физических факторов в повышении физической работоспособности. Во всяком случае эффект одного дополняется другим. Разница заключается лишь в том, что, будучи узконаправленными по механизму специфического действия, медикаментозные средства действуют на одно-два звена в патогенетической цепи заболевания, в то время как физические факторы, как правило, оказывают более широкое воздействие не только на сердечно-сосудистую, но и на дыхательную систему, тканевое дыхание, свертывающую и противосвертывающую системы, нервномышечный аппарат и др.

Пренебрежительное отношение к физическому аспекту в прошлом приводило к весьма неблагоприятным последствиям — неоправданно затягивались сроки постельного режима, стационарного лечения и временной нетрудоспособности больных. Значительная часть пациентов первого года болезни (травмы) не была в состоянии вернуться к трудовой деятельности. У больных развивались фобия активных движений, а также другие соматические расстройства, связанные с гиподинамией, что значительно ухудшало эффективность проводимой терапии.

2. Социальная реабилитация. В социальный аспект входят многочисленные вопросы — влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, социальное обеспечение инвалидов и вопросы трудового законодательства, взаимоотношения больного

и общества и т.д. Мы понимаем сам термин «социальная реабилитация» не более как условное сокращение термина «социальный компонент реабилитации». Таким образом, социальный аспект реабилитации — это часть единого, каким является процесс реабилитации, и его следует рассматривать во взаимодействии с другими аспектами реабилитации.

3. *Профессиональная реабилитация* — ее основная цель — подготовка инвалида к трудовой деятельности. В докладе комитета экспертов ВОЗ указывалось, что целью восстановления трудоспособности является не только стремление вернуть больного к прежнему состоянию, но и развить его физические и психические функции до оптимального уровня. Это означает вернуть больному самостоятельность в повседневной жизни, прежнюю работу или, если это невозможно, подготовить к выполнению другой работы с полным рабочим днем, соответствующей его физическим возможностям; подготовить к работе с неполным рабочим днем, к работе в специальном учреждении для инвалидов или, наконец, к неоплачиваемой работе.

Таким образом, даже факультативная работа или работа на общественных началах при невозможности полного восстановления трудоспособности оправдывает применение реабилитационной программы.

Основные принципы реабилитации заключаются в следующем:

- возможно раннее начало реабилитационных мероприятий, которые должны органически вливаться в лечебные мероприятия, дополнять и обогащать их. В случае угрозы инвалидности они являются ее профилактикой, если же инвалидность развивается — они будут первым этапом борьбы с нею;
- непрерывность реабилитации, ибо только при этом положении происходит снижение инвалидности и связанных с нею затрат на длительное материальное обеспечение и этапное лечение инвалида;
- комплексный характер реабилитационных мероприятий. В реабилитации инвалида должны участвовать не только медицинские работники, но и другие специалисты: социолог, психолог, педагог, представитель органов социального обеспечения, юрист и др. Несомненно одно — руководство врача в такой бригаде обязательно;
- индивидуальность системы реабилитационных мероприятий. Как различен по течению процесс болезни у разных

людей, как неповторимы характеры людей в различных условиях их жизни и работы, так и реабилитационные программы для каждого больного или инвалида должны быть индивидуальны;

- осуществление реабилитации в коллективе больных (инвалидов). Этот принцип обусловлен прежде всего тем, что цель реабилитации — возвращение пострадавшего в коллектив. Жизнь и работа в коллективе морально облегчают существование инвалида, хороший пример воодушевляет и заставляет поверить в свои силы;
- возвращение инвалида к активному общественно полезному труду. Трудоустройство реабилитированного инвалида, во-первых, является логическим завершением реабилитации (возвращение к труду); во-вторых, оно означает не предоставление работы в облегченных условиях, а скорее возвращение к прежней путем создания соответствующего рабочего места; в-третьих, оно предусматривает полное самообеспечение инвалида, его материальную независимость.

Реабилитационная необходимость, способность и прогноз

Для выяснения необходимости медицинской реабилитации и определения ее целей оцениваются следующие социально-медицинские предпосылки: необходимость, способность и прогноз.

Они подразумевают следующее.

- *Реабилитационная необходимость* наступает в случае, если в результате повреждения или заболевания возникает опасность временного или длительного нарушения функциональных способностей, существует угроза длительного ограничения или ухудшения состояния больного под влиянием негативных факторов окружающей среды.
- *Реабилитационная способность* подразумевает стабильное соматическое и психическое состояние пациента, его высокую мотивированность по отношению к предстоящему реабилитационному лечению.
- *Реабилитационный прогноз* — это обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей больного, т.е. наличие достаточного реабилитационного потенциала.

Особенности проведения ранней реабилитации

При ее проведении большое значение приобретает *активность* (или *движение*) *в повседневной жизни* (АПЖ), которая состоит из совокупности двигательной активности пациента в самообслуживании и в быту.

Заболевания нервной системы могут, например, значительно ограничить двигательную активность больного в повседневной жизни. Выявление имеющихся ограничений, вызванных болезненными процессами, и оценка их влияния на повседневные потребности пациента являются предпосылками для оптимальной организации ухода за больным.

Различают внутренние и внешние лимитирующие факторы активности.

Внутренние лимитирующие факторы зависят от состояния самого больного. К ним относятся:

- мышечная слабость;
- низкие кардиореспираторные резервы;
- тугоподвижность или нестабильность суставов;
- сенсомоторный дефицит.

К *внешним лимитирующим факторам* относятся:

- факторы, ограничивающие мобильность преграды;
- дверные пороги, ступени, уклоны или мягкое покрытие пола;
- отсутствие лифта;
- отсутствие приспособлений в ванной комнате и др.

Для достижения определенных реабилитационных целей необходимо точное планирование действий. Если один из внутренних или внешних лимитирующих факторов сильно выражен, необходимо использование различных вспомогательных средств — в противном случае эффективная реабилитация неосуществима. Поэтому так важен анализ активности повседневной жизни пациента и выявление всех лимитирующих факторов.

Следует также учитывать *степень затруднения активности* (международная классификация нарушений — МКН-2):

- 0 = нет затруднений;
- 1 = легкие затруднения;
- 2 = средние затруднения
- 3 = серьезные затруднения.

Дополнительные признаки используются также для того, чтобы выявить потребность в помощи при реализации активных действий:

- 0 = помощь не нужна;

- 1 = необходимы вспомогательные средства;
- 2 = необходима посторонняя помощь;
- 3 = необходимы вспомогательные средства и посторонняя помощь.

Стандартизированные системы оценки активности базируются на применении специальных функциональных шкал, недостатком которых является то, что специфические для пациента и заболевания проблемы не могут быть достаточно охвачены. Поэтому разработаны различные дополнительные шкалы с учетом специфики заболевания:

- бартель-индекс — это функциональная шкала, которая учитывает в основном самостоятельность пациента при приеме пищи, в передвижении, уходе за телом и др. Социальные и интеллектуальные способности в этой шкале не учитываются. Бартель-индекс применяется часто как скрининговый метод и не требует большой затраты времени;
- функциональный независимый измеритель используется для измерения физических недостатков и определения успеха реабилитации. В настоящее время шкала ФНИ применяется в основном в неврологии;
- опросник по оценке здоровья широко распространен как измерительный инструмент для определения функциональных возможностей больных с повреждением или заболеванием опорно-двигательного аппарата. Сюда же включается сокращенная оценка боли с помощью визуальной аналоговой шкалы. Поэтому становится возможной оценка эффективности различных терапевтических мероприятий в ходе реабилитации.

Назначение реабилитационных мероприятий

При назначении на проведение реабилитационных мероприятий должны быть выяснены следующие моменты:

- способность больного к реабилитации;
- наиболее показанные терапевтические мероприятия;
- форма лечения (стационарная или поликлиническая);
- продолжительность лечения;
- наличие угрозы снижения трудоспособности пациента;
- вид и объем снижения трудоспособности;
- ожидаемое улучшение трудоспособности.

Реабилитационные клиники (отделения)

Стандартные задачи реабилитационных клиник (отделений) состоят в следующем:

- дополнительная диагностика;
- выработка индивидуального плана реабилитации;
- оптимизация текущего лечения;
- компенсация нарушенных способностей пациента;
- информационно-разъяснительная работа с пациентом;
- повышение мотивации пациента;
- социально-медицинские экспертизы;
- профессиональное консультирование (этап профессиональной реабилитации);
- управление качеством восстановительного лечения.

Оснащение клиник (отделений) зависит от профиля заболеваний и/или повреждения, а также от задач реабилитации. В последнее время наблюдается разумная тенденция объединения структур, где под одной крышей проводится и стационарное, и реабилитационное лечение. Вся комплектация кабинетов зависит от терапевтической концепции реабилитационного заведения.

Кадровая комплектация клиник (отделений)

Помимо хорошо оборудованных и оснащенных помещений необходима полноценная укомплектованность клиники следующим персоналом:

- врачи-специалисты по физиотерапии, лечебной физкультуре;
- психотерапевты;
- физиотерапевты среднего звена, методисты ЛФК, массажисты;
- эрготерапевты;
- логопеды;
- медсестры;
- социальные работники;
- диетсестры;
- повара диетического питания.

Решающее значение имеет коллективная работа персонала (рис. 1.1). В этом плане хорошо себя зарекомендовала британская модель организации реабилитационных мероприятий, основанная на принципе работы мультидисциплинарной бригады (МДБ). МДБ объединяет различных специалистов, осуществляющих всестороннюю помощь в лечении и реабилитации больных, работающих не по

отдельности, а как единая команда (бригада) с четкой согласованностью и координированностью действий, тем самым обеспечивая проблемный и целенаправленный подход, который отличается от традиционного (Скворцова В.И. и др., 2003).

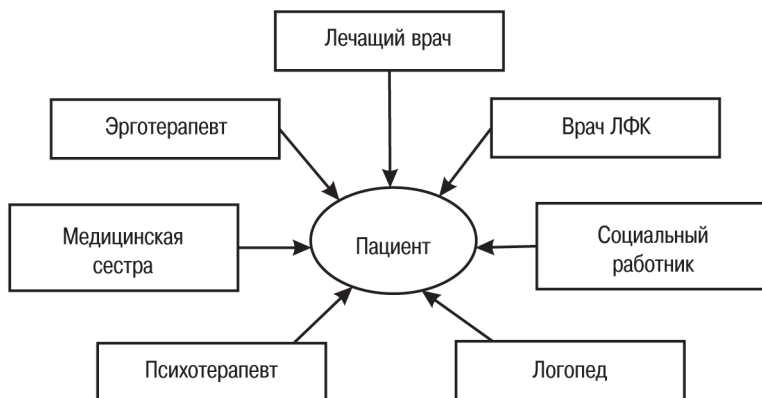


Рис. 1.1. Состав мультидисциплинарной бригады (Ворлоу Ч.П. и др., 1998; Скворцова В.И. и др., 2002)

Возглавляет бригаду, как правило, невролог, прошедший специальную подготовку. Некоторые специалисты могут не быть постоянными членами бригады, а осуществлять консультацию при необходимости (кардиолог, ортопед, офтальмолог и др.).

Мультидисциплинарная бригада (МДБ) — не просто наличие определенных специалистов. Принципиально важен не столько состав МДБ, сколько распределение функциональных обязанностей каждого члена бригады и тесное сотрудничество членов бригады. Работа МДБ обязательно включает:

- совместное проведение осмотра и оценку состояния больного, степени нарушения функций;
- создание для больного адекватной окружающей среды в зависимости от его специальных потребностей;
- совместное обсуждение больных не реже 1 раза в неделю;
- совместное определение целей реабилитации и плана ведения больного (при необходимости с участием самого пациента и его близких), включая связь с поликлинической службой, которая будет помогать больному дома (Скоромец А.А. и соавт., 2003).