

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов.	6
Список сокращений и условных обозначений.	7
Предисловие к 5-му изданию	9
Глава 1. Основы медико-социальной реабилитации (Епифанов А.В.)	13
1.1. Цели, задачи, предмет реабилитации	13
1.2. Принципы и основные направления реабилитации.	14
1.3. Виды реабилитации	15
1.4. Реабилитационная необходимость, способность и прогноз (потенциал)	18
1.5. Организация медицинской реабилитации	19
1.6. Оценка степени восстановления	25
Глава 2. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации (Епифанов А.В.)	26
2.1. Кинезитерапия	26
2.2. Общая характеристика метода лечебной физической культуры.	27
2.3. Средства лечебной физической культуры	38
2.4. Формы и методы лечебной физической культуры	54
2.5. Методы, используемые в лечебной физической культуре	66
2.6. Другие формы лечебной физической культуры.	76
2.7. Мануальная терапия.	85
2.8. Психотерапия (психокоррекция).	88
2.9. Эрготерапия (трудотерапия)	92
2.10. Массаж	95
Глава 3. Исследования физической работоспособности (Епифанов В.А.)	109
3.1. Понятие о физической работоспособности	109
3.2. Определение физической работоспособности.	112
3.2.1. Стандартизация тестов.	112
3.2.2. Виды нагрузок	112
3.2.3. Измерение нагрузок	113
3.3. Медицинский осмотр.	115
3.4. Функциональные пробы с физической нагрузкой	126
3.4.1. Неспецифические функциональные пробы.	128
3.4.2. Специфические функциональные пробы (циклического характера)	133
3.4.3. Исследование максимального потребления кислорода	134
3.4.4. Определение физической работоспособности по тесту PWC ₁₇₀	143
3.4.5. Другие методы оценки физической работоспособности	146
Глава 4. Кардиореабилитация (Епифанов В.А.)	151
4.1. Задачи и этапы кардиореабилитации	151
4.2. Методы, применяемые в кардиореабилитации	152
4.3. Лечебная физическая культура в медицинской реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	155
4.3.1. Ишемическая болезнь сердца	155
4.3.2. Хроническая сердечная недостаточность	159
4.3.3. Инфаркт миокарда	162
4.3.4. Артериальная гипертензия	168
4.4. Лечебная физическая культура после хирургического лечения заболеваний сердца и сосудов	177
4.4.1. Лечебная физическая культура после аортокоронарного шунтирования	177
4.4.2. Лечебная физическая культура после операций на сосудах.	181
4.5. Санаторный период физической реабилитации	183

Глава 5. Респираторная медицинская реабилитация (Глазкова И.И.)	189
5.1. Особенности пульмонологической реабилитации больных	189
5.2. Методы, применяемые в респираторной реабилитации	190
5.3. Лечебная физическая культура в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания	209
5.3.1. Пневмония	210
5.3.2. Плеврит	213
5.3.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	217
5.3.4. Бронхиальная астма	219
5.3.5. Хронический бронхит	223
5.4. Лечебная физическая культура при операциях на легких (Епифанов В.А.)	225
5.5. Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов дыхания	233
Глава 6. Реабилитация при заболеваниях органов пищеварения (Епифанов В.А.)	235
6.1. Особенности реабилитации при заболеваниях пищеварительной системы	235
6.2. Лечебная физическая культура в реабилитации пациентов с заболеваниями органов пищеварения	237
6.2.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	237
6.2.2. Спланхноптоз	240
6.2.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	243
6.2.4. Хронический гастрит	246
6.2.5. Заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря	249
6.2.6. Синдром раздраженного кишечника	258
6.3. Лечебная физическая культура при хирургическом лечении больных с заболеваниями органов брюшной полости	260
Глава 7. Реабилитация при болезнях эндокринной системы и нарушениях обмена веществ (Епифанов В.А.)	267
7.1. Метаболический синдром	267
7.2. Сахарный диабет	273
7.3. Ожирение	285
Глава 8. Нейрореабилитация больных с заболеваниями и повреждениями нервной системы (Епифанов В.А., Епифанов А.В.)	292
8.1. Цель и задачи нейрореабилитации	292
8.2. Этапы реабилитационной помощи	294
8.3. Организация нейрореабилитации в стационарных условиях	298
8.4. Управление произвольной деятельностью	300
8.4.1. Уровни построения движений и двигательных координаций	303
8.4.2. Пирамидный и экстрапирамидные пути	311
8.4.3. Вялые парезы и параличи	319
8.5. Реабилитация при отдельных формах двигательных расстройств	323
8.5.1. Ишемический инсульт	323
8.5.2. Черепно-мозговая травма	341
8.5.3. Позвоночно-спинномозговая травма	352
8.5.4. Заболевания периферической нервной системы	372
8.5.5. Болезнь Паркинсона	389
Глава 9. Реабилитация при повреждениях костно-мышечной системы (Епифанов А.В.)	401
9.1. Травма, травматическая болезнь	401
9.2. Переломы костей	403
9.3. Повреждения крупных суставов	414
9.4. Неосложненные повреждения позвоночника	427
9.5. Повреждения таза и тазовых органов	436
9.6. Ампутации конечностей	440

9.7. Контрактуры	459
9.8. Массаж в комплексном лечении повреждений опорно-двигательного аппарата	463
9.9. Санаторно-курортное лечение	465
Глава 10. Реабилитация при заболеваниях костно-мышечной системы (Епифанов В.А., Епифанов А.В.)	466
10.1. Сколиотическая болезнь	466
10.1.1. Классификация сколиоза	466
10.1.2. Факторы, обуславливающие прогрессирование сколиоза.	468
10.1.3. Клинико-рентгенологические методы исследования позвоночника . . .	472
10.1.4. Восстановительное лечение.	476
10.2. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов	487
10.2.1. Факторы риска.	487
10.2.2. Остеоартроз тазобедренного сустава (коксартроз)	488
10.2.3. Рентгенологическая картина.	490
10.2.4. Остеоартроз коленного сустава (гонартроз)	494
10.2.5. Реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава . .	501
10.2.6. Реабилитация пациентов после эндопротезирования коленного сустава.	504
10.3. Остеопороз	506
10.3.1. Классификация	506
10.3.2. Клиническая картина и диагностика.	507
10.3.3. Лечение	509
10.4. Боль в спине (остеохондроз позвоночника).	513
Глава 11. Лечебная физическая культура в акушерстве и гинекологии (Галсанова Е.С., Епифанов В.А.)	549
11.1. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов репродуктивной системы женщины	549
11.1.1. Лечебная физическая культура при воспалительных заболеваниях женских половых органов	549
11.1.2. Синдром хронической тазовой боли	552
11.1.3. Лечебная физическая культура в лечении недержания мочи при напряжении	560
11.1.4. Лечебная физическая культура при неправильных положениях матки. .	572
11.1.5. Лечебная физическая культура в терапии трубно-перитонеального бесплодия.	579
11.1.6. Лечебная физическая культура при послеоперативных состояниях в гинекологии	587
11.2. Физические упражнения при беременности	591
11.2.1. Физические упражнения, подготавливающие женщину к активному участию в родах	591
11.2.2. Физические упражнения в родах	598
11.2.3. Физические упражнения в послеродовом периоде	599
Глава 12. Физическая и реабилитационная медицина при техногенных катастрофах и в зоне военных конфликтов (Епифанов В.А., Епифанов А.В.)	601
12.1. Комбинированные радиационные поражения при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени	601
12.2. Лучевая болезнь.	603
12.3. Термические и лучевые поражения	610
12.4. Политравма	625
12.5. Синдром длительного сдавления (краш-синдром)	636
Список рекомендуемой литературы.	644
Предметный указатель	648

Глава 1

ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРЕДМЕТ РЕАБИЛИТАЦИИ

Термин «реабилитация» происходит от латинских слов *re'* — «восстановление» и *habilis* — «способность», то есть *rehabilis* — «восстановление способности (свойств)».

Реабилитация — это восстановление здоровья, функционального состояния и работоспособности организма, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Реабилитация [по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)]: «Реабилитация является совокупностью мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций вследствие болезней, травм и врожденных дефектов приспособления к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут».

Если **абилитация** рассматривается как совокупность мероприятий, применяемых для становления и развития физического, личностного и социального статуса пациентов при врожденных и приобретенных в раннем детстве патологических состояниях, то **реабилитация** трактуется с позиций восстановления (возвращения к исходному состоянию) физического, личностного и социального статуса при заболеваниях, возникших у пациентов остальных возрастных групп.

Цели реабилитации

- Эффективное и раннее возвращение пациентов и инвалидов к трудовым и бытовым процессам, в общество;
- восстановление личностных свойств человека, духовного и психологического статуса.

Задачи реабилитации

- Полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду;
- восстановление бытовых возможностей;
- предупреждение развития патологических процессов, то есть осуществление мер вторичной профилактики.

Отличия лечебных мероприятий от реабилитационных мероприятий

Задачи лечебных мероприятий заключаются в ликвидации этиологического фактора, раскрытии патогенетических механизмов и построении патогенетического лечения, восстановлении нарушенных заболеванием функций либо,

при невозможности излечения, в уменьшении проявлений заболевания, борьбе с возможными осложнениями и прогрессированием заболевания. Конечная цель лечения — достичь выздоровления или улучшения состояния, уменьшения проявлений заболевания, его симптомов настолько, насколько нужно, чтобы пациент ощущал себя либо здоровым, либо способным вести привычный для себя образ жизни, не испытывая при этом дискомфортных ощущений.

Задача реабилитации больных и инвалидов состоит в том, чтобы с помощью системы скоординированных мероприятий медицинского, психологического, социального плана максимальное количество пациентов с различными заболеваниями и повреждениями восстановили свой статус в той мере, которая позволит по возможности избежать инвалидности или иметь наименьшую степень снижения трудоспособности, быть интегрированными в общество с достижением максимально возможной социальной и экономической независимости.

Основное, что является общим в реабилитации и лечении, что их объединяет, — это личность больного. Важным различием концепций реабилитации и лечения является «конечная точка». Вместе с тем лечение и реабилитация — это неразрывные части единого процесса.

1.2. ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ

Основные принципы медицинской реабилитации заключаются в следующем (рис. 1.1).

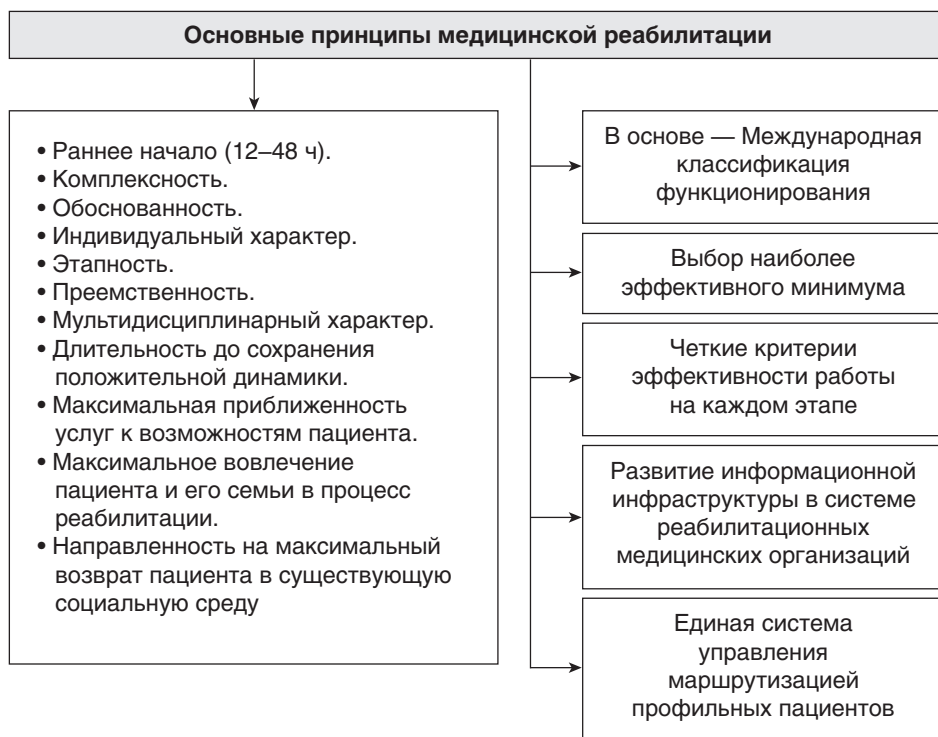


Рис. 1.1. Основные принципы медицинской реабилитации

1.3. ВИДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

В настоящее время различают четыре основных вида реабилитации: медицинскую, физическую, психосоциальную и профессиональную.

Медицинская реабилитация — все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного. Вместе с тем медицинская реабилитация является тем основным периодом, когда осуществляется психологическая подготовка пострадавшего (заболевшего) к необходимой адаптации, реадaptации или переквалификации в случае неполного восстановления его профессиональных навыков. К медицинским разделам относятся вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможного раннего применения патогенетической терапии и др.

Физическая реабилитация (от англ. physical therapy) — использование физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности с лечебной и профилактической целями. Физический аспект, представляющий собой часть медицинской реабилитации, предусматривает всевозможные мероприятия по восстановлению работоспособности больных, для последнего необходима своевременная и адекватная активизация больных, применение различных средств ЛФК, проведение нарастающих по интенсивности физических тренировок в течение более или менее продолжительного времени.

Физический аспект реабилитации — это восстановительное лечение, включающее в себя все вопросы, относящиеся к применению физических факторов, средств ЛФК (физических упражнений в палате, зале ЛФК, в водной среде, различных видов механотерапии, физических тренировок и др.), мануальной и рефлексотерапии, психотерапии, а также методов исследования, отражающих реакцию организма на проводимые реабилитационные мероприятия.

Основное значение использования средств физической реабилитации — это комплексное повышение физической работоспособности (ФР) больных, лимитированной при заболевании или травматических повреждениях. ФР может возрастать и под влиянием только медикаментозного лечения, однако накопленный опыт по изучению этого вопроса указывает на более важное значение реабилитационных мероприятий в повышении ФР (во всяком случае эффект одного дополняется другим). Разница заключается лишь в том, что, будучи узконаправленными по механизму специфического действия, лекарственные средства действуют на одно-два звена в патогенетической цепи, например ишемическую болезнь сердца (ИБС), в то время как средства реабилитации, как правило, оказывают более широкое воздействие не только на сердечно-сосудистую систему, но и на легочную систему, тканевое дыхание, свертывающую и противосвертывающую системы и т.д.

В прошлом пренебрежительное отношение к физическому аспекту приводило к весьма неблагоприятным последствиям: неоправданно затягивались сроки постельного режима, стационарного лечения и временной нетрудоспособности больных. Значительная часть больных не была в состоянии вернуться к трудовой деятельности в течение первого года болезни (например, после перенесенного ИМ, инсульта, травм ОДА и др.). У больных

развивалась фобия активных движений, другие соматические расстройства, связанные с гиподинамией, что значительно ухудшало эффективность проводимой терапии.

Основные задачи физической реабилитации:

- ускорение восстановительных процессов;
- предотвращение или уменьшение опасности инвалидизации.

Функциональное восстановление невозможно обеспечить без учета естественного стремления организма к движению (**кинезофилии**), поэтому средства ЛФК, различные виды массажа, аппаратная физиотерапия должны стать основным звеном в восстановительном лечении больных.

Эрготерапия (трудотерапия) — элемент физического воздействия на организм и физического аспекта реабилитации. Средства эрготерапии способствуют восстановлению ФР, оказывая благоприятное психологическое воздействие на больного. Эрготерапию проводят в период выздоровления, она может продолжаться не более 2–3 мес, поэтому ее задачей при различных заболеваниях (особенно при ИМ и инсульте) не является освоение пациентом новой профессии. Переквалификация как часть профессионального аспекта реабилитации — задача органов социального обеспечения.

Эрготерапия тесно примыкает и к психологическим аспектам реабилитации, являясь одним из методов психотерапии, имеет отношение и к понятию «лечение».

Психологический аспект реабилитации

Почти в половине случаев психические изменения и психические факторы — основные причины, препятствующие возвращению больного к труду после ряда заболеваний (например, ИМ, инсульта, черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и др.). Депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, уверенность в том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, вызвать повторный ИМ, — все эти психические изменения могут свести на нет усилия специалиста-реабилитолога, стать непреодолимым препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства. Отношение к болезни, критическое или положительное отношение к реабилитационным мероприятиям, психологическим вмешательствам определяют участие больного (активное или пассивное), а следовательно, и получаемый эффект.

Отношение больного к возвращению к трудовой деятельности, самооценка своего состояния определяют его социальную активность в дальнейшем и формируют субъективную оценку качества жизни.

Важнейшие задачи психической реабилитации:

- ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни (травмы) жизненной ситуации;
- профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

Решение этих задач возможно лишь на основе глубокого изучения всего диапазона психических изменений в динамике на всех этапах заболевания, природы этих изменений, анализа внутренней картины болезни, включая динамику доминирующих переживаний, исследования факторов, в част-

ности социально-психологических, определяющих психическое состояние больного в разные сроки от начала болезни. Основные методы психической реабилитации — различные психотерапевтические воздействия и фармакотерапия.

Профессиональный аспект реабилитации

Профилактика потери трудоспособности включает различные элементы: правильную экспертизу трудоспособности, рациональное трудоустройство, систематическое дифференцированное медикаментозное лечение основного заболевания (травмы), выполнение программы, направленной на повышение физической и психической толерантности больных. Таким образом, успешное восстановление и сохранение трудоспособности — производное многих факторов. Восстановление трудоспособности зависит от реабилитационных мероприятий и является наиболее ярким критерием эффективности реабилитации. В докладе Комитета экспертов ВОЗ (2007) указывалось, что цель восстановления трудоспособности — не только вернуть больного к прежнему состоянию, но и развить его физические и психические функции до оптимального уровня. Это означает:

- вернуть больному самостоятельность в повседневной жизни;
- вернуть его к прежней работе или, если это возможно, подготовить больного к выполнению другой работы в течение полного рабочего дня, соответствующей его физическим возможностям;
- подготовить к работе с неполным рабочим днем, или к работе в специальном учреждении для инвалидов, или, наконец, к неоплачиваемой работе.

Важную роль в профессиональном аспекте реабилитации играет и социальное законодательство, деятельность врачебно-трудовых комиссий. Работа этих комиссий определяется не только существующими инструкциями, но и установившимися субъективными представлениями о той или иной болезни.

Социальный аспект реабилитации

В социальный аспект входят многочисленные вопросы:

- влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий;
- социальное обеспечение инвалидов;
- вопросы трудового, пенсионного законодательства;
- взаимоотношения больного и общества, больного и работодателя и т.д.

Этот аспект предусматривает применение социальных методов воздействия на больного для успешного восстановления личности как социальной категории путем организации соответствующего образа жизни, устранения воздействия социальных факторов, мешающих успешной реабилитации, восстановления или усиления социальных связей.

Таким образом, социальный аспект реабилитации изучает влияние социальных условий на болезнь, выявляет механизм их действия, что дает возможность устранять причины, мешающие эффективному восстановлению личности.

1.4. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ, СПОСОБНОСТЬ И ПРОГНОЗ (ПОТЕНЦИАЛ)

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

- **Реабилитационная необходимость** наступает в том 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 подход** предусматривает применение комплекса мер медицинского, педагогического, профессионального и социального характера вместе с врачебным, сестринским, физиотерапевтическим, эрготерапевтическим, логопедическим, диетологическим и психотерапевтическим обеспечением, включая различные виды помощи по преодолению последствий заболевания, изменению образа жизни, снижению воздействия факторов риска.
- **Реабилитационный потенциал** формируют реабилитационные возможности организма, личности и микросоциума, то есть той социальной системы, в которую непосредственно включен больной человек.

Реабилитационный потенциал — это обоснованная с медицинских позиций вероятность достижения намеченных целей проводимой реабилитации в определенный отрезок времени. Реабилитационный потенциал учитывает:

- клиническое течение заболевания (повреждения);
- психологическое состояние больного;
- индивидуальные ресурсы и компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и др.;
- факторы окружающей среды, влияющие на жизнеспособность и социальную активность больного, на основании Международной классификации функционирования.

Уровни реабилитационного потенциала: высокий, средний, низкий, крайне низкий.

Высокий уровень реабилитационного потенциала позволяет использовать лишь часть средств и методов реабилитационного комплекса и сократить сроки активного общения с подобными больными. Больные с высоким потенциалом способны к спонтанной реабилитации.

Крайне низкий реабилитационный потенциал. Больные в основном нуждаются в симптоматическом медикаментозном лечении, поддерживающем жизнь, и пребывании в постоянном полупостельном/постельном режиме, в том числе в специальных лечебных заведениях для бесперспективных больных (в хосписах).

Больные со средним реабилитационным потенциалом — основной контингент для продолжительной комплексной реабилитации с применением всего реа-

билитационного набора программ и методов реабилитации. Как правило, они достигают высокого уровня эффективности реабилитационных воздействий и хорошего качества жизни.

Больные с низким риском, безусловно, нуждаются в реабилитации. Для достижения эффекта необходимо использовать иные подходы при их реабилитации, чем у больных предыдущих групп. Каждый этап реабилитации должен быть более продолжительным, применяемые физические нагрузки — меньшими по интенсивности и объему, а экспозиция осторожно повышаемых уровней физической активности — более продолжительной.

При общей оценке реабилитационного потенциала решающее значение имеет прогностическая оценка возможного исхода реабилитации на социальном уровне.

1.5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с профилем заболевания пациента для определения индивидуальной программы реабилитации пациента, текущего медицинского наблюдения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи возможна выездная медицинская реабилитация. **Выездная бригада медицинской реабилитации** оказывает плановую реабилитационную помощь пациентам на основании решения врачебной комиссии по реабилитации на базе медицинской организации. Специалисты, входящие в состав выездной бригады медицинской реабилитации, должны пройти подготовку в соответствии с программой повышения квалификации по вопросам организации и методов реабилитационного лечения соответствующего профиля.

Первый и второй этапы реабилитации. На медицинскую реабилитацию, проводимую в *стационарных условиях*, направляют пациентов со значительными нарушениями функций, нуждающихся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) (рис. 1.2).

На втором этапе реабилитации составляется алгоритм совместного действия лечащего врача и специалиста-реабилитолога (рис. 1.3).

Решающее значение имеет коллективная работа персонала медицинского учреждения. В этом плане хорошо себя зарекомендовала **мультидисциплинарная бригада**, которая объединяет различных специалистов, обеспечивающих комплексное лечение и реабилитацию больных. Специалисты мультидисциплинарной бригады работают как единая команда (бригада) с четкой согласованностью и координированностью действий, тем самым обеспечивая проблемный и целенаправленный подход, отличающийся от традиционного. На рис. 1.4 показана структура мультидисциплинарной бригады в неврологической клинике.

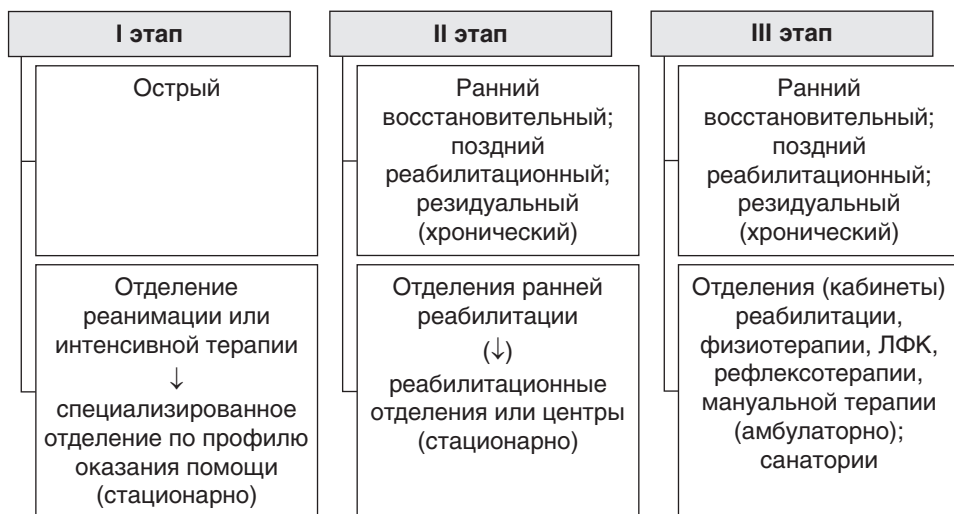


Рис. 1.2. Этапы медицинской реабилитации

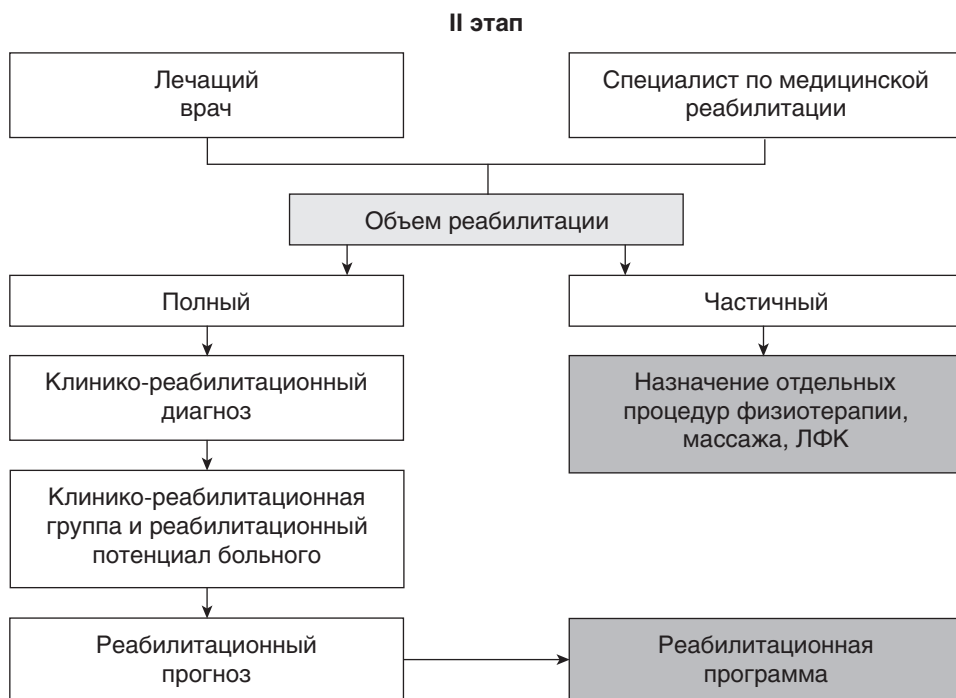


Рис. 1.3. Алгоритм совместной работы лечащего врача и реабилитолога

Как правило, бригаду возглавляет лечащий врач, прошедший специальную подготовку. Некоторые специалисты осуществляют консультацию по необходимости (невролог, кардиолог, ортопед, офтальмолог и др.).

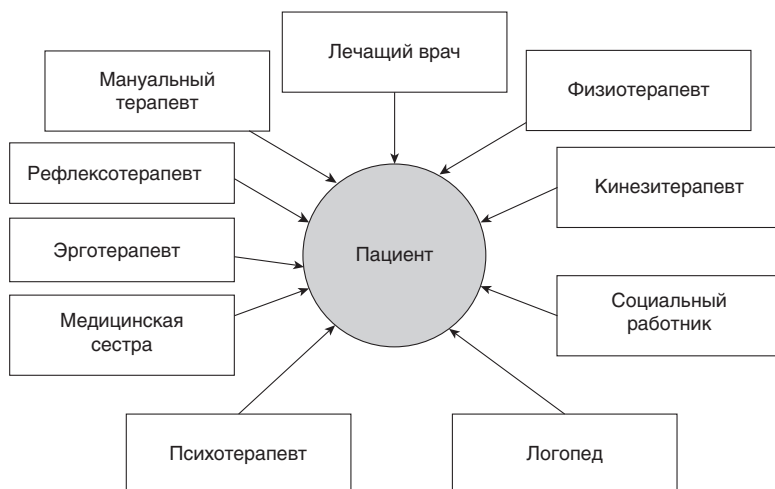


Рис. 1.4. Структура мультидисциплинарной бригады

Мультидисциплинарная бригада не ограничивается наличием определенных специалистов. Принципиально важен не столько состав мультидисциплинарной бригады, сколько распределение функциональных обязанностей и тесное сотрудничество членов бригады. Работа мультидисциплинарной бригады включает:

- совместный осмотр и оценку состояния больного, степени нарушения функций;
- определение реабилитационного потенциала больного;
- 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;
- привлечение при необходимости других специалистов (кардиолога, травматолога и др.).

Формы работы мультидисциплинарной бригады:

- мультидисциплинарные клинические обходы больных;
- врачебная комиссия и консилиум врачей;
- общение с родственниками и ухаживающими лицами;
- средства внутрибольничной коммуникации: прикроватный индивидуальный стенд пациента, стационарный палатный стенд информации для родственников и ухаживающих лиц, стенд для родственников и посетителей отделения.

Определение **реабилитационного потенциала больного** — важный момент при подготовке программы, для этого должны быть решены следующие задачи:

- выяснение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена локомоторного аппарата либо нарушенной функции поврежденного органа или системы;

- определение дальнейшего прогноза развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма больного при данном заболевании;
- оценка ФР и функциональной способности отдельных органов и систем с учетом определения переносимости различных по характеру, объему и интенсивности физических нагрузок в процессе реабилитации.

Внимание! Результаты оценки реабилитационного потенциала следует рассматривать в динамике, это позволяет объективно устанавливать эффективность реабилитационной программы и отдельных занятий для их последующей коррекции.

Мультидисциплинарная бригада играет важную роль на всех этапах медицинской реабилитации начиная с момента поступления больного в стационар; характер и интенсивность работы каждого специалиста различаются на разных стадиях (в разные периоды) заболевания (травмы).

Внимание! Если мультидисциплинарная бригада не функционирует, то исход реабилитации должен быть поставлен под сомнение.

Третий этап реабилитации (амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный). Этап осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, ЛФК, рефлексотерапии, мануальной терапии (МТ), психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), специалистами по профилю оказываемой помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях, а также выездными бригадами на дому.

Медицинская реабилитация показана пациентам, независимым в повседневной жизни при самообслуживании, общении и самостоятельном перемещении (или с дополнительными средствами опоры).

Особенностями третьего этапа медицинской реабилитации являются близость к месту жительства, возможность частичной трудовой деятельности одновременно с реабилитацией (исключая нетрудоспособных пациентов), проведение экспертизы трудоспособности.

Цель этого этапа — восстановление трудоспособности и поддержание ее на достигнутом уровне, а также предупреждение прогрессирования заболевания.

Задачи реабилитации:

- определение степени снижения ФР и проведение мероприятий по ее повышению;
- динамическое наблюдение за состоянием пораженных органов (систем) с использованием клинических, лабораторных и функциональных методов;
- медикаментозное лечение для ускорения восстановления нарушенных функций организма вследствие заболевания (повреждения);
- расширение двигательного режима;

- применение средств ЛФК (физических упражнений, массажа, занятий на тренажерах, в водной среде, пеших прогулок, элементов спорта и др.), физиотерапии, рефлексотерапии, МТ, психотерапии, природных лечебных факторов, лечебного и профилактического питания для ускорения восстановительных процессов;
- проведение мероприятий по вторичной профилактике.

В программах физической реабилитации следует учитывать возможность оптимизации и повышения эффективности средств ЛФК, тренировочных нагрузок, занятий на тренажерах при сочетанном их применении с некоторыми видами физиотерапии, бальнеологическими процедурами, природными климатическими факторами, массажем и другими методами реабилитации.

На этом этапе лечения важное место занимает трудотерапия как один из важнейших компонентов психологической реабилитации.

Одна из задач третьего этапа медицинской реабилитации — осуществление мероприятий по **вторичной профилактике** с целью предупредить прогрессирование заболевания. В программу восстановительных мероприятий входит «Школа для больных и их родственников» — программа, включающая систему занятий в определенной последовательности с учетом характера патологического процесса для небольших групп больных с однотипным заболеванием, например, перенесенный инсульт, ИМ и др.).

Большое значение имеет решение социальных проблем. Прежде всего необходима своевременная и адекватная экспертиза трудоспособности.

Программа реабилитации завершается при стабилизации физического, психологического и социального статуса пациента и его интеграцией в общество.

По показаниям пациенты могут быть направлены на продолжение реабилитации в санаторно-курортные учреждения по профилю имеющегося заболевания.

Санаторно-курортное лечение — один из этапов комплексного лечения больного, поэтому оно должно быть преемственным, то есть согласованным как с предшествующим, так и с последующим лечением.

Санаторий (от лат. *sanare* — лечить, исцелять) — лечебно-профилактическое учреждение для лечения больных преимущественно природными лечебными физическими факторами (климатом, минеральными водами и др.) в сочетании с физиотерапией, ЛФК и лечебным питанием при соблюдении определенного режима, обеспечивающего полноценное лечение и отдых больных.

Характерная особенность санаторного лечения — его **профилактическая направленность**. Его назначают в период начальных нарушений функций органов и систем для предотвращения развития начинающегося заболевания и повышения защитных сил организма. При хронических заболеваниях лечение назначают для профилактики обострений и рецидивов, для предотвращения или замедления прогрессирования заболевания.

Другая особенность санаторного лечения — его **комплексный характер**: природные физические факторы применяют в сочетании с преформированными, то есть получаемыми искусственно (электро-, светолечением и другими видами физиотерапии), ЛФК, массажем, дозированной двигательной активностью, лечебным диетическим питанием и только по показаниям — с медикаментоз-

ным лечением. Такой подход позволяет осуществлять воздействие на различные звенья развивающегося патологического процесса, то есть является **патогенетическим**.

Санаторное лечение направлено:

- на восстановление нормальной реактивности организма;
- усиление функциональной активности ряда органов и систем, в том числе на иммунную систему;
- повышение защитных сил организма.

Таким образом, воздействие физических факторов носит неспецифический характер. Вместе с тем применение ряда физических факторов, адекватное по характеру и дозировке тому или иному патогенетическому звену заболевания, может быть и специфическим.

Задачи физической реабилитации заключаются в повышении переносимости физических нагрузок, сниженной вследствие основного заболевания и/или вынужденной иммобилизации (последствие травмы) или недостаточной физической активности в условиях стационара. Основные принципы физической программы — последовательное повышение физических нагрузок с учетом уровня физической активности, достигнутого в стационаре; индивидуализация программы для каждого больного с учетом переносимости каждой новой ступени активности.

Физическая реабилитация включает различные формы ЛФК — утреннюю гигиеническую гимнастику (УГГ), лечебную гимнастику (ЛГ), дозированную ходьбу, тренировочную ходьбу по лестнице, прогулки. Физическая нагрузка повышается за счет применения физических упражнений с предметами, выполнения упражнений на снарядах, введения элементов спортивных игр. Дозированная ходьба — форма ЛФК, наиболее доступная в условиях санатория и в то же время оказывающая хороший тренирующий эффект.

Определенное место в комплексе санаторного лечения занимает **психотерапия** (психокоррекция). Применение психотерапевтических методов:

- повышает эмоциональный тонус больных;
- в ряде случаев снимает психопатические реакции;
- способствует созданию благоприятного фона для повышения лечебного эффекта от воздействия природных и преформированных физических факторов, физических упражнений, массажа; способствует потенцированию их действия и применяемого по показаниям медикаментозного лечения.

Важное условие успешного санаторного лечения — соблюдение общесанаторного и индивидуального режима, включающего правила поведения больного и предусматривающего рациональное сочетание лечения и отдыха. Режим подразделяют на щадящий и тренирующий. Однако такое деление во многом условное; покой необходимо чередовать с нагрузками. К ним относят нагрузки большей или меньшей интенсивности (в зависимости от функционального состояния организма больного) на механизмы терморегуляции, связанные с пребыванием на открытом воздухе и с климатопроцедурами, а также прием бальнео- и физиотерапевтических процедур и др.

В единстве тесно связанных между собой щадящих и тренирующих нагрузок и состоит сущность общесанаторного и индивидуального режима. Санаторный режим включает также осторожное закаливание.

Время пребывания больного в санатории условно разделяют на периоды:

- **адаaptации**, составляющий несколько дней и предназначенный для привыкания больного к санаторным и климатическим условиям;
- **основной** (наиболее длительный), когда проводят полный курс лечения;
- **заключительный**.

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляют лечебно-профилактические учреждения в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 256, — амбулаторно-поликлинические (по месту жительства больного) или медико-санитарные части (по месту работы, учебы) при направлении его на профилактическое лечение, а также больничные учреждения при направлении больного на долечивание.

1.6. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

На основе материалов Международного отдела по вопросам труда разработаны шкала динамики восстановления и возможных исходов заболеваний и шкала оценки функциональных возможностей.

- Восстановление функциональной способности в той или иной степени:
 - полное восстановление;
 - частичное восстановление;
 - компенсация при ограниченном восстановлении функций и отсутствии восстановления;
 - замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии восстановления.
- Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни:
 - воспитание готовности к труду и бытовой деятельности;
 - трудотерапия (в кабинетах эрготерапии).
- Вовлечение в трудовой процесс — определение пригодности к трудовой деятельности, переподготовка.
- Диспансерное обслуживание реабилитируемых.