

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова»
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова»

ОСНОВЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Руководство в пяти томах

Том I

**Междисциплинарная
структура реабилитологии**

Под редакцией

А.И. Осадчих, С.Н. Пузина, Е.Е. Ачкасова



Москва
Издательство «Литтерра»
2017

БАЗОВЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

До сих пор отличительной чертой процессуальной сущности и содержания реабилитации остается разностороннее измерение патологических состояний и связанные с этим рекомендации по их устранению. При этом соответствующие действия осуществляются независимо друг от друга. Неслучайно поэтому в основе существующих организационно-методических институтов реабилитации лежит принцип разделения по нозологическим признакам. В результате отдельно формулируются выводы и предложения по устранению негативных последствий для каждого заболевания. Такое положение сложилось исторически и до определенной степени продолжает развиваться. Возникающие требования практики, в соответствии с доктринами соматофизиологического единства организма и комплексной оценки клинико-физиологических нарушений, привели к объединению профильных специалистов в соответствующих организационных структурах (бюро медико-социальной экспертизы — МСЭ, профильные реабилитационные центры). Однако, несмотря на это, каждый специалист действует в режиме «абсолютной автономии», в соответствии с которым он рассматривает узколокальные факторы, а остальные остаются в компетенции других специалистов. Например, в дальнейшем, в свете современных концепций о психосоматической сущности нозологии, к классической триаде терапевта, хирурга и невропатолога, как штатной базе МСЭ, присоединились психолог и социальный работник. При этом, например, данные психолога (как правило, специалиста по медицинской психологии) никак не связываются с данными эксперта-хирурга и т.п.

Соответственно организовано и методическое обеспечение. Анализ и оптимизация воздействия на отдельные патологические проявления той или иной болезни никак не увязываются с данными по другим нозологиям. В завершении (в лучшем случае) проводится субъективное суммирование частных данных, в худшем случае (наиболее распространенном) — фактическое изложение полученных результатов в отдельности. Формальным подтверждением описанной ситуации является «акт освидетельствования» в бюро МСЭ. Очевидно несоответствие подобного принципа формирования одномерных по нозологическому признаку моделей реальной картине возникновения, развития и исхода патологических состояний.

Основной проблемой для специалиста-эксперта в области реабилитации остается научно-методическое несоответствие реальным вопросам формирования индивидуальной программы реабилитации и дальнейшего экспертного заключения в бюро МСЭ. На основе соответствующей информации можно лишь частично изменить или скорректировать отдельные параметры и элементы патологической ситуации. Однако конечный результат, эффективность при этом предсказать очень трудно. Например, очевиден послеоперационный результат при экстракции катаракты диабетической этиологии, но конечный результат не столь однозначен.

Понятно, что определенное несоответствие общего оптимума жизнедеятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора с частными оптимумами отдельных ее элементов в реальных условиях возможно и допусти-

мо. Однако такое несоответствие будет тем меньше, чем более существенные и важные факторы подвергаются корректированию. Например, для окулиста при офтальмодиабетической дистрофии сетчатки важно как воздействие на реологические аспекты ее кровоснабжения, так и лечение диабета как такового. С другой стороны, данный пример служит прекрасной иллюстрацией к фактической оправданности существующего узкопрофильного подхода к проблемам МСЭ и реабилитации и укоренившегося мнения о МСЭ и реабилитации как о сумме знаний ряда частных медицинских наук или их отдельных разделов (в данном случае — офтальмологии, реологии и эндокринологии).

Другой, не менее важной проблемой теории и практики реабилитации больных и инвалидов является определение собственно предмета исследования. Анализ парадигмы проблемы инвалидности и реабилитации со всей очевидностью свидетельствует о полном соответствии между существовавшими ранее теоретическими посылками и смысловым содержанием предмета деятельности ученых и практиков.

Если инвалидность рассматривать как следствие негативного развития болезни, то естественным было бы устремление по меньшей мере предотвратить прогрессирование патологии, а в идеале — ликвидировать патологические изменения в организме. Основопологающим критерием инвалидности в таком случае была неустранимость патологии, а квантификационным индикатором выступала определенная степень выраженности патологических изменений. Такая ситуация порождала объективность нозологического принципа методологического и организационного обеспечения проблемы МСЭ и реабилитации, ибо по определению нет специалистов по «патологии вообще». С другой стороны, каким бы сложным ни было то или иное патологическое состояние, оно манифестирует набором определенных патологических анатомо-физиологических синдромов и симптомов, которые могут и должны быть выявлены и оценены «узкими» специалистами. Зеркальным отражением этой ситуации стала деятельность специалистов МСЭ и реабилитации.

По нашему мнению, сущность проблемы предметного содержания реабилитации заключается в определении ее всеобщности, конкретности и особенности.

Современные положения концепции инвалидности и реабилитации позволяют определить «жизнедеятельность» как понятие всеобщности для теории и практики рассматриваемой проблемы. Критерием конкретности считается понятие инвалидности как таковой. Особенное — это структура и содержание реабилитационного потенциала каждого индивидуума.

Специфика собственно предмета медико-социальной реабилитации заключается в многофакторном, комплексном, целостном измерении взаимодействия человека и общества в условиях ограниченной свободы выбора. В этом его принципиальное отличие от предмета различных клинических дисциплин (психологии, физиологии, санитарной гигиены), оценивающих изолированное влияние факторов одного какого-либо типа. В связи с этим появляется настоятельная необходимость введения в теорию и практику реабилитации системного подхода. По существу, речь идет об анализе системы «человек — окружающая среда» с помощью соответствующей методики комплексной объективной оценки качества существующих систем.

В связи с этим возникает вопрос о соотношении между реабилитацией, с одной стороны, и более частными дисциплинами как составными частями

структуры научного и практического поля проблемы инвалидности — с другой.

В критериях инвалидности учитываются клинические, психологические, физиологические факторы. Эти критерии связаны между собой сложной зависимостью. Переход от частных критериев к более общим качественно меняет предмет, задачи, область и методы исследования. Следовательно, МСЭ и реабилитация не могут заменить собой другие, более частные дисциплины, более глубоко освещающие отдельные факторы.

Однако в частных случаях, применительно к отдельным жизненным ситуациям и инвалидам, задачи и методы МСЭ и реабилитации могут быть сведены к однофакторным моделям, совпасть с задачами и методами более частных дисциплин.

Пример однофакторной модели представлен схемой на рис. 1.

Действующая система реабилитации сделала шаг вперед в методологическом отношении, перейдя к коррективным моделям жизнедеятельности, представляющим собой сумму одномерных моделей (рис. 2).

Как видно на примере данной схемы, увеличение числа некоторых составляющих коррективной модели расширяет информационное поле реабилитации, но оставляет за скобками проблему взаимовлияния различных факторов. Такая ситуация серьезно осложняет процесс объективизации принимаемых решений. Например, в актах освидетельствования в бюро МСЭ отсутствуют данные о влиянии нарушения зрения на опороспособность или на структуру двигательного акта человека.



Рис. 1. Физиологическая модель жизнедеятельности

Параметры внешнего воздействия	Факторы	Воздействие	Частные критерии оценки жизнедеятельности
	Психологические	Влияние на психические процессы	Психологические
	Физиологические	Влияние на функциональное состояние	Физиологические
	Нейрофизиологические	Влияние на состояние анализаторов	Нейросенсорные
	Гигиенические	Влияние среды на состояние организма	Гигиенические
	Антропометрические	Соотношение размеров тела и его частей с окружающей инфраструктурой	Соматометрические

Рис. 2. Коррективная модель жизнедеятельности

Таким образом, возникает необходимость использования в реабилитационно-экспертной практике многомерных проективных моделей жизнедеятельности (рис. 3).

Комплексные критерии оптимальности изучаемых проективных моделей аккумулируют в себе такие показатели жизнедеятельности, как:

- работоспособность организма;
- точность и надежность исполнительской деятельности (бытовой, общественной, профессиональной);
- безопасность для здоровья;
- уровень напряженности и утомления человека или его отдельных систем.

Приведенная схема жизнедеятельности может быть реализована с помощью различных методических подходов в зависимости от ее вида. Это обусловлено различием в структуре жизнедеятельности, типа ограничений свободы выбора действий и набора факторов, наиболее существенно влияющих на больного или инвалида. Соответственно формируются требования к содержанию работы специалистов МСЭ и реабилитации. Основная их задача заключается в разработке предложений по созданию оптимальных условий для обеспечения эффективной жизнедеятельности больных и инвалидов.

В процессе жизнедеятельности больной или инвалид должен преодолевать противоречия, возникающие между ним и окружающей средой, в широком смысле слова (рис. 4).

Из приведенной схемы очевидна блоковая структура проблемы медико-социальной реабилитации, которая включает реабилитационно-социологические, реабилитационно-эргономические и реабилитационно-психофизиологические аспекты.

Вопросы взаимоотношений людей из групп социально-биологического риска внутри семьи, трудового коллектива, бытового окружения остаются предметом социальной психологии. Приспособление объектов окружающей среды к особенностям инвалидов — предмет эргономики. Определение потенциальных способностей человека с теми или иными ограничениями биологических

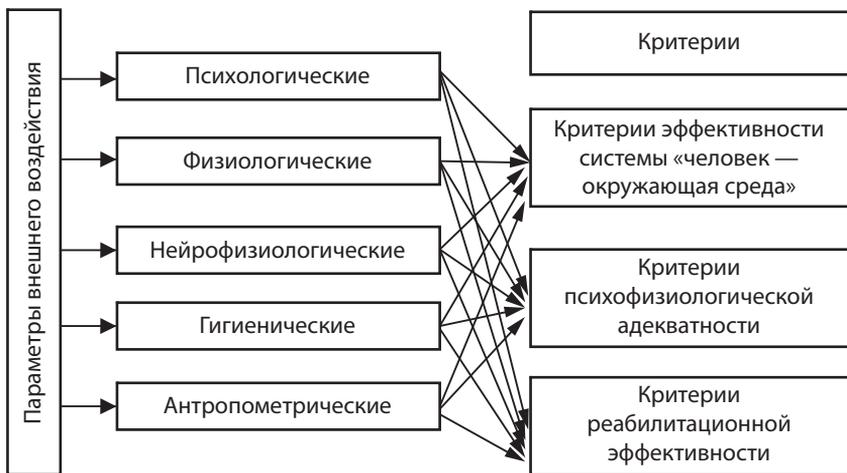


Рис. 3. Проектная модель жизнедеятельности

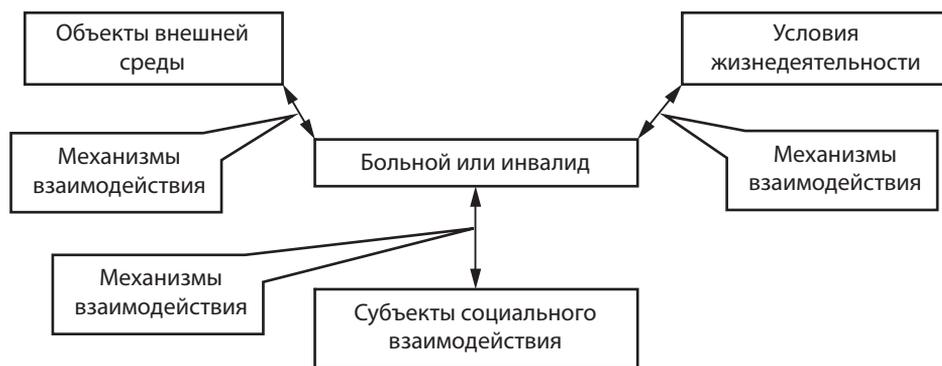


Рис. 4. Структурно-средовая модель инвалидности

механизмов, необходимых мероприятий с использованием психофизиологических механизмов компенсации или адаптации относится к компетенции медико-биологических наук. Следовательно, для решения всех вопросов, связанных с реабилитацией, необходимо участие по меньшей мере таких специалистов, как социальный психолог, эргономист и медицинский работник. Дальнейшая детализация профессионального состава специалистов зависит от ряда конкретных факторов. Например, в случаях с патологией зрения обязательно участие офтальмолога, а если речь при этом идет об офтальмопатологии диабетической этиологии, то необходим эндокринолог либо окулист, специализирующийся по данной смежной проблеме.

С учетом вышеизложенного следует вывод о том, что поскольку проблема медико-социальной реабилитации является комплексной междисциплинарной по своему содержанию, то ее основные организационно-методические средства обладают этим же свойством.

Однако до сих пор дискутируется вопрос о самостоятельной роли медико-социальной реабилитации как сфер научной и практической деятельности. Оппоненты положительного решения этого вопроса опираются на точку зрения о сохранении сложившегося разграничения в деятельности соответствующих специалистов и ставят под сомнение самостоятельность реабилитации, ссылаясь на наличие традиционных отраслей науки и практики о болезнях человека. Практически речь идет о продолжении самостоятельных отдельных усилий клиницистов, физиологов, гигиенистов, психологов, инженеров, архитекторов, организаторов в области реинтеграции инвалидов с консервацией разнополюсности в подходах к этой проблеме в конечном итоге. Но именно разнополюсность создает ситуацию, при которой ни один из специалистов, принимающих участие в работе органов МСЭ и реабилитации (прямо и косвенно), не может принять окончательного решения. Очевидно также, что сложившаяся практика работы изолированных друг от друга различных специалистов, занимающихся экспертно-реабилитационной диагностикой и комплексной реабилитацией, не дает ожидаемых результатов. Достаточно сослаться на динамику показателей инвалидности в Российской Федерации или других странах на протяжении всех лет наблюдения (Гришина Л.П., Либман Е.С., Осадчих А.И., Чумаева Е.А. и др.).

Предмет реабилитации не является чем-то совершенно новым с точки зрения науки, но логика многолетнего развития обуславливает ее межотраслевой