

В.А. Епифанов

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

2-е издание,
переработанное и дополненное

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия
имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов,
обучающихся в учреждениях высшего профессионального
образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»
по дисциплине «Лечебная физкультура»

Регистрационный номер рецензии 149 от 2 мая 2010 года
ФГУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2014

Глава 1

Организация медико-социальной реабилитации

Выделение физической и реабилитационной медицины в самостоятельную медицинскую дисциплину необходимо рассматривать в историческом контексте. Физио-, бальнеотерапия и курортология, средства лечебной физкультуры (ЛФК) представляют собой раздел медицины, который в первую очередь связан с реабилитационно-восстановительным лечением. В ходе своего развития эти науки ориентировались прежде всего на разработку методологических и теоретических концепций, но уже на ранних этапах их становления были тесно взаимосвязаны с нуждами реабилитационного процесса у хронических больных. Правомерность слияния таких направлений медицины, как физическая и реабилитационная медицина, подтверждается широким международным признанием.

Задачи физической и реабилитационной медицины: организация реабилитационного процесса в восстановительном периоде заболевания, специализированная диагностика и лечение больных физиотерапевтическими методами. Для этих целей используются возможности современной медицины, физические факторы, средства лечебной физкультуры, курортологии, бальнео- и климатотерапии, методы мануальной терапии, рефлексотерапии, психокоррекции, научно обоснованные природные методы лечения.

Задача реабилитации — устранение последствий заболевания. Конечные ее цели — восстановление самостоятельности и трудоспособности, повышение качества жизни реабилитанта, а также, насколько это возможно, уменьшение ограничений его активности, повышение резервов участия в активной жизни, способствование благоприятному воздействию окружающей среды и нейтрализация факторов риска.

Реабилитационный подход предусматривает применение комплекса мер медицинского, педагогического, профессионального и социального характера во взаимодействии с врачебным, сестринским, физиотерапевтическим, эрготерапевтическим, логопедическим, диетологическим и психотерапевтическим обеспечением, включая различные

виды помощи по преодолению последствий заболевания, изменению образа жизни, снижению факторов риска.

Медицинская реабилитация — это не только распознавание и лечение какого-либо заболевания, но и учет нарушенных навыков, последовавших за поражением, а также снижение угрозы ограничения или ущемления участия пациента в профессиональной и общественной жизни.

Реабилитационная необходимость, способность и прогноз

Для выяснения необходимости медицинской реабилитации и определения ее целей оцениваются следующие социально-медицинские предпосылки:

- реабилитационная необходимость;
- реабилитационная способность;
- реабилитационный прогноз.

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 проведении ранней реабилитации большое значение приобретает аспект *активности*, или *движений в повседневной жизни*, которая составляет совокупность двигательной активности пациента в самообслуживании и в быту.

Заболевания, например, нервной системы, могут значительно ограничить двигательную активность больного в повседневной жизни. Выяв-

ление имеющихся ограничений, вызванных болезненными процессами, 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 больного:

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

Внешние лимитирующие факторы:

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

Для достижения определенных реабилитационных целей необходимо точно планировать действия. Если один из внутренних или внешних лимитирующих факторов сильно выражен, необходимо использование различных вспомогательных средств – в противном случае эффективная реабилитация неосуществима. Именно 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.

Используются также дополнительные признаки 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, но у них есть

недостаток: специфические проблемы пациента и его заболевания могут быть недостаточно учтены. Для учета специфики заболевания разработаны дополнительные шкалы.

- *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 (ФНИ)* используется для измерения физических недостатков и определения успеха реабилитации; 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. Это позволяет оценить эффективность различных терапевтических мероприятий в ходе реабилитации.

Назначение реабилитационных мероприятий

Перед назначением 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):

- 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 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. Хорошо зарекомендовала себя британская модель организации реабилитационных мероприятий, основанная на принципе работы мультидисциплинарной бригады (МДБ), объединяющей различных специалистов для всесторонней помощи больным в лечении и реабилитации (схема 1.1). МДБ работает как единая команда (бригада) с четко согласованными, скоординированными действиями (Скворцова В.И. и др., 2003).

Возглавляет бригаду, как правило, лечащий врач (терапевт, травматолог, невролог), прошедший специальную подготовку. Некоторые специалисты могут не быть постоянными членами бригады, они проводят консультации при необходимости (кардиолог, ортопед, офтальмолог и др.).

Мультидисциплинарная бригада – не просто группа специалистов. Принципиально важен не столько состав МДБ, сколько

Схема 1.1

Схема мультидисциплинарной бригады
(Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998)



распределение функциональных обязанностей между членами бригады и тесное их сотрудничество. Работа МДБ обязательно предполагает:

- совместный осмотр и оценку состояния больного, степени нарушения функций;
- создание адекватной окружающей среды для больного в зависимости от его специальных потребностей;
- совместное обсуждение больных не реже 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).

МДБ играет важную роль на всех этапах лечения начиная с момента поступления больного в стационар, при этом характер

и интенсивность работы каждого специалиста отличаются, например, на разных стадиях инсульта.

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

В России мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи больным с инсультом впервые был внедрен и успешно применяется в Санкт-Петербурге (Илюхина А.Ю. и др., 2002). Показана эффективность лечения больных, существенное уменьшение смертности и инвалидизации при нахождении пациентов в созданных по британской модели инсультных блоках больницы. Основная их особенность — специально обученный персонал и мультидисциплинарный подход к лечению и уходу за больными.

Поликлиническая и полустационарная формы реабилитации

Эти формы работы характеризуются следующими особенностями:

- близость к месту жительства;
- возможна частичная трудовая деятельность, параллельно с реабилитацией (кроме нетрудоспособных пациентов);
- полустационарное лечение проводится в дневное время по 6–8 ч в день;
- возможен плавный переход от полустационарной к поликлинической форме.

Реабилитационное лечение имеет определенный базовый объем, связанный с основным органическим заболеванием, включающий физиотерапию, тренировочную терапию (различные средства ЛФК) и медикаментозное лечение.

- **Физиолечение.** Основные методы лечения реабилитационных клиник (отделений) — физиолечение и тренировочная терапия в частности физические упражнения (в палате, зале ЛФК, лечебном бассейне), элементы спортивных игр и движений, различные виды массажа (лечебный, сегментарно-рефлекторный, точечный, периостальный, соединительнотканый и др.), электролечение, светолечение, магнитотерапия, гидротерапия. Пассивные процедуры (ванны, термоаппликации, массаж) в современной реабилитации переходят на второй план. Первостепенное значение приобрели активные двигательные формы лечения — лечебная гимнастика, тренировочная терапия и др. Активные методы лечения требуют от персонала

специальных знаний о принципах постепенного дозирования нагрузки при различных заболеваниях.

- *Психотерапия.* Задачи психотерапии в рамках реабилитационного лечения состоят в применении методов преодоления психологических последствий заболевания и психических расстройств. Особое внимание уделяется следующим нарушениям:
 - эмоциональные расстройства и страх;
 - нарушения восприятия боли;
 - семейные проблемы на почве заболевания;
 - нереальные ожидания от лечения;
 - истерические реакции на лечебные процедуры;
 - скрытый алкоголизм, различные формы наркотической зависимости.

Психотерапия может проводиться индивидуально или в группах. Цель лечения — развитие суппортной способности и кооперативности пациента там, где это необходимо.

Самые важные психотерапевтические методы: психодинамическая, поддерживающая, поведенческая и семейная терапия.

Дифференцированная индивидуально подобранная тренировка в реабилитационных клиниках (отделениях) входит в сферу психотерапии и кинезотерапии (особенно эффективна при тренировке нарушенных функций нервной системы и моторики).

- *Эрготерапия и трудотерапия.* Показание к этому виду терапии — моторные нарушения двигательного аппарата, снижение интеллекта у пациентов после ряда заболеваний нервной системы, состояние после травмы и др. Эрготерапевтические методы лечения в реабилитационных клиниках применяют специалисты-эрготерапевты.
- *Воспитание здорового образа жизни.* В работе реабилитационных клиник большое значение имеет разъяснительная работа среди пациентов и меры по воспитанию здорового образа жизни.

Социально-медицинская оценка и назначение профессиональной реабилитации

К моменту завершения пребывания в реабилитационной клинике (отделении) предусматривается объем дальнейших мероприятий по проблемам социальной, бытовой и профессиональной сфер деятельности пациента (Юнусов Ф.А.).

По результатам социально-медицинской оценки проводится сравнение профилей индивидуальных возможностей пациента с конкретными требованиями на его рабочем месте. Выписная документация клиники содержит в обязательном порядке социально-медицинскую оценку, которая юридически приравнена к социально-медицинской экспертизе.

Выписная документация включает следующие разделы:

1. Общий и клинический диагноз.
2. Жалобы и функциональные ограничения.
3. Лечение до реабилитации.
4. Общий социальный анамнез.
5. Трудовой и профессиональный анамнез.
6. Объективный статус при поступлении на реабилитацию.
7. Реабилитационный диагноз и задачи реабилитационного лечения.
8. План реабилитации.
9. Социально-медицинский эпикриз.

Контрольные вопросы

1. Что такое реабилитация?
2. Назовите основные виды медицинской реабилитации.
3. Перечислите задачи физической реабилитации.
4. Назовите основные этапы восстановительного лечения.
5. Что такое эрготерапия? Перечислите показания к ее назначению.
6. Обоснуйте необходимость раннего назначения восстановительного лечения.
7. Перечислите особенности ранней реабилитации.