**Теоретический материал по дисциплине «Медико-социальная реабилитация» Модуль 1**

***Тема 1. Медико-социальное направление реабилитации.***

Согласно определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда, **реабилитация** - это система государственных, социальноэкономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни (Прага, 1967).

В этом определении на первое место выдвигаются восстановление трудовых функций и навыков, возможность участия в общественной жизни и производственной деятельности как средства достижения больными и инвалидами экономической независимости и самостоятельности, снижения расходов на их содержание, т.е. реабилитация преследует не только сугубо экономические цели, но не в меньшей мере и социальные

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

К 1970 г. при участии специалистов разных стран было сформулировано понятие последствий заболеваний как основного предмета науки и практики медико-социальной реабилитации. Это:

• нарушение структур и функций организма человека;

• ограничения его жизнедеятельности как индивидуума;

• социальная недостаточность человека как личности.

В 1980 г. ВОЗ была рекомендована систематика последствий заболеваний, представленная в форме международной классификации ICIDH, как инструмент анализа и решения проблемы жизнеобеспечения людей, связанной с состоянием их здоровья. Важно помнить, что при хронических формах заболевания меняется в человеке буквально все: и состояние его организма, в котором возникает морфологический и функциональный дефицит, и способности к жизнедеятельности, определяющие его развитие как личности, представляющее собой социально-детерминированное и социально значимое качество человека. Человек меняет отношение к себе и миру, в котором живет, он ограничен в сферах деятельности, привязан к определенным средствам жизнеобеспечения, т.е. формируется особый тип поведения хронически больного человека. Это определяет иные средства и методы медицинской помощи больному, требующие привлечения к этому специалистов других областей знания и практики. В одном из комментариев ICIDH, поступивших в адрес Комитета экспертов ВОЗ, концепция ICIDH расценивается как «ключ к рациональному управлению хронической болезнью».

В настоящее время представилось возможным классифицировать все последствия заболеваний по уровням:

• на уровне биологическом (организм);

• на уровне психологическом (индивидуум);

• на уровне социальном (личность). Это три основных класса последствий заболевания.

**Медико-социальное направление реабилитации** предполагает сохранение и укрепление здоровья как отдельного индивидуума, так и всего населения. Поэтому в системе реабилитационных мероприятий необходимо учитывать два этапа:

• 1-й - профилактический, способствующий сохранению активной трудоспособности и предупреждающий развитие заболевания;

• 2-й - заключительный (завершающий) - возвращение ранее нетрудоспособных людей к полноценной общественно-трудовой и личной жизни.

Следовательно, реабилитацию на 1-м этапе целесообразно рассматривать в тесной взаимосвязи с первичной профилактикой - основным направлением медицины.

В международной классификации нарушений (МКН) были введены три критерия оценки: а) повреждение; б) инвалидность; в) увечье.

• **Повреждение (impairment)** - это любая утрата или отклонение от нормы анатомических, физиологических или психических структур или функций организма.

**• Инвалидность** или нарушение навыков (disability) - любое ограничение или утрата способности (как следствие повреждения) проявлять активность таким образом или в таком объеме, которое считаются для человека нормальными.

**• Увечье или социальная недостаточность (handicap)** проявляется в результате повреждения или нарушения навыков с ущербом для пострадавшего индивидуума, которые ограничивают или уменьшают ту роль, которая для этого индивидуума в его окружении является нормальной.

Среди наиболее важных аспектов реабилитации следует указать на медицинский, физический, психологический, профессиональный и социальный.

• **К медицинским аспектам** относятся вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможно раннего применения патогенетической терапии и др.

• **Физический аспект**, являющийся частью медицинской реабилитации, предусматривает всевозможные мероприятия по восстановлению работоспособности больных, применением средств лечебной физкультуры (ЛФК), физических факторов, мануальной и рефлексотерапии, а также проведением нарастающих по интенсивности физических тренировок в течение более или менее продолжительного времени.

• **Психологический (психический) аспект**, предусматривающий преодоление отрицательных реакций со стороны психики больного, возникающих в связи с болезнью и обусловленным ею изменением материального и социального положения больного.

• **Профессиональный и социально-экономический аспекты** затрагивают вопросы приспособления больного к соответствующему виду труда по специальности или его переквалификации, что предоставляет больному возможность материального само-обеспечения в связи с самостоятельностью в трудовой деятельности. Таким образом, профессиональный и социально-экономический аспекты реабилитации относятся к области, связанной с трудоспособностью, трудоустройством, взаимоотношением больного и общества, больного и членов его семьи и т.д.

**Тема 2. *Медицинский аспект реабилитации*.**

**Основное содержание этого аспекта** - это вопросы лечебного, лечебно-диагностического, лечебно-профилактического плана.

 При инфаркте миокарда, например, и других формах ИБС значение лечебных мероприятий велико на всем протяжении реабилитации, но наибольшее значение они при- обретают при самых ранних сроках болезни - на догоспитальном и госпитальном (стационарном) этапах острого процесса. Стремление к восстановлению здоровья и трудоспособности больного немыслимо без борьбы за сохранение жизни больных. Нетрудно представить, что позднее оказание медицинской помощи, включая и госпитализацию, способствует также распространению очага некроза, появлению всевозможных осложнений, т.е. усугубляет течение болезни.

Существует весьма тесная связь между тяжестью инфаркта миокарда и исходом заболевания (включая также показатели эффективности реабилитации). Установлено, что чем меньше серьезных осложнений и чем доброкачественнее течение заболевания, тем большее количество больных и в более короткие сроки возвращаются к трудовой деятельности. Следовательно, предупреждение осложнений, своевременное и правильное лечение имеют решающее значение в эффективности реабилитационных мероприятий.

**Физический аспект реабилитации**

 Это восстановительное лечение, включающее в себя все вопросы, относящиеся к применению физических факторов, средств ЛФК, мануальной и рефлексотерапии, психотерапии, а также методы исследования, отражающие реакцию организма на применяемые реабилитационные мероприятия.

Основное значение использования средств физической реабилитации - это всемерное повышение физической работоспособности больных, лимитированной при заболевании или травматических повреждениях. Физическая работоспособность может возрастать и под влиянием только медикаментозного лечения, но опыт, накопленный нами, а также отечественными и зарубежными авторами по изучению этого вопроса, указывает на более важное значение реабилитационных мероприятий 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, например 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.

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 больных была не в состоянии в течение первого года болезни вернуться к трудовой деятельности (например, после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта, травм опорно-двигательного аппарата и др.). У больных развивалась фобия активных движений, а также другие соматические расстройства, связанные с гиподинамией, что значительно ухудшало эффективность проводимой терапии.

**Основными задачами физической реабилитации являются**:

 а) ускорение восстановительных процессов

 б) предотвращение или уменьшение опасности инвалидизации.

Невозможно обеспечить функциональное восстановление, если не учитывать естественного стремления организма к движению (кинезофилия). Поэтому средства ЛФК должны стать основным звеном в восстановительном лечении больных.

**Основные принципы применения средств ЛФК** как метода физической реабилитации в клинической практике

• Целенаправленность методик ЛФК, предопределяемая конкретным функциональным дефицитом в двигательной, чувствительной, вегетативно-трофической сфере, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

• Дифференцированность методик ЛФК в зависимости от типологии функционального дефицита, а также от степени его выраженности.

• Адекватность нагрузки ЛФК индивидуальным возможностям больного, оцениваемым по общему состоянию, состоянию сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, локомоторного аппарата и по резервным возможностям дефицитарной функциональной системы на конкретном этапе заболевания, с целью достижения тренирующего эффекта.

• Своевременность применения методик ЛФК на раннем этапе заболевания или послеоперационного периода с целью максимально возможного использования сохранных функций для восстановления нарушенных, а также для наиболее эффективного и быстрого развития приспособления при невозможности полного восстановления функционального дефицита.

• Последовательная стимуляция активных воздействий путем расширения средств ЛФК, возрастания тренировочных нагрузок и тренирующего воздействия на определенные функции и на весь организм больного.

• Функционально оправданная комбинированность применения различных средств в зависимости от периода заболевания (повреждения), функционального дефицита, степени его выраженности, прогноза восстановления функций и присоединения осложнений (контрактуры, синкинезии, боли, трофические нарушения и др.), а также этапа реабилитации пациента.

• Комплексность применения методик ЛФК (в сочетании с другими методами - медикаментозной терапией, физио- и рефлексотерапией, мануальной и психотерапией и др.).

Перечисленные принципы применения средств ЛФК являются обязательными как при построении лечебного комплекса на конкретный сеанс и курс, так и при выработке программы реабилитации для данного пациента или группы одноплановых больных

**Эрготерапия (трудотерапия)** является элементом физического воздействия на организм, элементом физического аспекта реабилитации. Средства эрготерапии способствуют восстановлению физической работоспособности, оказывая и благоприятное психологическое воздействие на больного. Эрготерапия проводится в период выздоровления и, таким образом, может длиться не более 2-3-х мес. Все это объясняет, почему задачей ее при различных заболеваниях (особенно при инфаркте миокарда и инсульте) не является освоение новой профессии. Переквалификация, являющаяся частью профессионального аспекта реабилитации, - задача органов социального обеспечения.

Применение средств физической реабилитации, например в остром периоде инфаркта миокарда, способствует сокращению сроков лечения, т.е. уменьшению экономических затрат при восстановительном лечении. Установлено благоприятное воздействие, например, интенсивных тренировок при ХИБС на психический статус больных. Высокая физическая работоспособность зависит от хорошего состояния здоровья и является необходимым условием сохранения профессиональной активности.

Таким образом, физический аспект связан еще и с другими аспектами реабилитации - экономическим и психическим. Все это указывает на условный характер выделения отдельных аспектов реабилитации, в том числе физического. Тем не менее такое разделение является полезным как в дидактических, так и практических целях.

**Психологический аспект реабилитации.**

 Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление личностного и социального статуса больного. Для достижения этой цели необходим комплексный, интегральный подход к больному человеку с учетом не только клинико-функциональных закономерностей заболевания, но и психосоциальных факторов, особенностей личности больного и окружающей его среды.Почти в половине случаев психические изменения и психические факторы являются основной причиной, препятствующей возвращению больного к труду после рядазаболеваний (например, инфаркта миокарда, инсульта, черепно-мозговой травмы и др.). Депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, уверенность в том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, вызвать повторный инфаркт миокарда, - все эти психические изменения могут свести на нет усилия кардиолога и специ-алиста-реабилитолога, роль которого может выполнять и медицинская сестра-бакалавр,стать непреодолимым препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства.

Важнейшими **задачами** психической реабилитации являются:

а) всемерное ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни (травмы) жизненной ситуации;

б) 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 частности социально-психологических, определяющих психическое состояние больного в разные сроки от начала болезни.

**Основными методами** являются различные психотерапевтические воздействия и фармакотерапия.

**Тема 3*. Социально-медицинская оценка и назначение профессиональной реабилитации.***

**Профессиональный аспект реабилитации.**

Профилактика потери трудоспособности включает в себя различные элементы - правильную экспертизу трудоспособности, рациональное трудоустройство, систематическое дифференцированное медикаментозное лечение основного заболевания (травмы), а также выполнение программы, направленной на повышение физической и психической толерантности больных. Таким образом, успешное восстановление и сохранение трудоспособности является производным многих факторов. Восстановление трудоспособности зависит от реабилитационных мероприятий и является наиболее ярким критерием эффективности реабилитации. В докладе Комитета экспертов ВОЗ (1965) 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;

• вернуть его к прежней работе или, если это возможно, подготовить больного к выполнению другой работы с полным рабочим днем, 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 зачастую 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 и вопросы трудового, пенсионного законодательства, взаимоотношения больного и общества, больного и производства и т.д. Этот аспект предусматривает и 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.

Резюмируя, можно сказать, что социальный аспект реабилитации изучает влияние социальных условий на болезнь, выявляет механизм их действия, что дает возможность устранять причины, мешающие эффективному восстановлению личности в обществе.

Сформулированныеосновные принципы реабилитации являются практическим ориентиром для составления конкретных реабилитационных программ.

• **Принцип партнерства**. Предусматривается сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего. Соблюдение этого условия позволяет осуществлять целенаправленную психологическую подготовку к восстановительному лечению, успех которого в значительной мере зависит от активности самого больного.

• **Принцип разносторонности усилий**. Осуществляется учет всех направлений реабилитации для каждого больного. Его основу составляет реализация медико-педагогических и лечебно-восстановительных задач при условии перестройки отношений личности больного в необходимом для реабилитационных задач направлении.

• **Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия**. Предполагается комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий. При этом обеспечивается патогенетическое воздействие не только на дефектную функцию, но и на лежащий в ее основе патологический процесс, а также на личность больного с целью мобилизации ее ресурсов для коррекции патологических реакций и вторичных нервно-психических нарушений. Понимание патофизиологической сущности болезни позволяет оказывать регулирующее влияние на процессы восстановления, адаптации и компенсации.

• **Принцип ступенчатости (переходности) воздействий** основан на поэтапном назначении восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного, его возраста и пола, стадии заболевания и толерантности к возрастающей физической нагрузке.

В процессе реабилитации выделяют три основных этапа.

1-й этап - восстановительная терапия.

Задачи этапа:

а) психологическая и физиологическая подготовка больного к началу активного лечения;

б) проведение мероприятий, предупреждающих развитие дефекта функций, инвалидизации, а также устраняющих или уменьшающих эти явления.

2-й этап - реадаптация.

 Задачи этапа:

а) адаптация больного к условиям внешней среды.

Характеристика этапа:

а) наращивание объема всех восстановительных мероприятий

б) увеличение удельного веса психосоциальных воздействий.

3-й этап - реабилитация (в прямом смысле этого слова).

Задачи этапа:

а) бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих;

б) восстановление социального и по возможности первоначального (до болезни или травмы) трудового статуса.

В настоящее время различают **три уровня медицинской реабилитации**.

• Наиболее высоким является 1-й - уровень восстановления, при котором нарушенная функция возвращается или приближается к исходному состоянию.

• Второй уровень - компенсация, основанная на функциональной перестройке сохранных образований и систем мозга, направленной на восстановление нарушенной функции.

• Третий уровень - реадаптация, приспособление к дефекту - отмечается, например, при значительных повреждениях мозга, исключающих возможность компенсации. Задачи реабилитационных мероприятий на этом уровне ограничиваются мерами социального приспособления.

Соответственно с предлагаемой классификацией уровней реабилитации **среди методов восстановительного лечения различают**:

а) воздействующие на нарушенную функцию, т.е. применяемые при медицинской реабилитации,

б) влияющие на взаимоотношения больного с окружающей средой или применяемые для социальной реабилитации.

**Система поэтапной реабилитации больных**

В настоящее время уже можно говорить о сложившейся системе реабилитации больных с широким диапазоном точек ее приложения. Эта система включает мероприятия по предупреждению развития различных нарушений, вторичную профилактику заболеваний у больных с начальными проявлениями сердечно-сосудистой и цереброваскулярной недостаточности, лечение в острый период различных нарушений локомоторного аппарата и заболеваний внутренних органов, восстановительное лечение и социально-трудовую реабили-тацию больных. В качестве методической основы организации лечебного процесса представляется оправданным принятие концепции М.М. Кабанова (1978), динамически объединяющей медицинскую, социальную и психологическую модели реабилитации.

Система представлена тесно взаимосвязанными этапами, на каждом из которых решаются самостоятельные задачи. В рамках системы независимо от формы и стадии основного поражения осуществляется синтез профилактических и лечебно-восстановительных мероприятий, которые для обеспечения большей эффективности наряду с биологическими должны включать и широкий круг психосоциальных воздействий.

Лечебные программы, наряду с активным лечением патологического процесса, предполагают предупреждение осложнений и рецидивов заболевания, повышение компенсаторных возможностей целостного организма и устойчивости механизмов адаптации.

Указанные подходы, общие для всех больных с различными повреждениями и заболеваниями, дифференцируются применительно к различным клиническим группам.

**Первый этап данной системы** - **диспансерный**.

На этом этапе решаются вопросы своевременного выявления и диагностики заболеваний, назначается патогенетическая терапия, выбор форм и методов которой определяется характером и клиническими проявлениями заболевания с учетом результатов дополнительных исследований.

Важным направлением в современной диспансеризации является переориентация диспансерного наблюдения на профилактический аспект. Наиболее эффективной организационной формой при этом следует считать принцип такого распределения по группам наблюдения, который, наряду с нозологической принадлежностью заболевания, учитывает стадию, характер течения, уровень трудоспособности. Система диспансеризации должна обеспечивать динамический характер наблюдений.

**Второй этап - лечебный**.

 Многообразие факторов, определяющих патогенез начальный форм заболевания, и пестрая картина клинических проявлений не позволяют ограничить лечение каким-либо одним видом терапии.

Важное значение имеет взаимодействие лечебных и профилактических мероприятий. Оптимальным следует считать комплексные лечебные программы, объединяющие следующие компоненты: психотерапию, диетотерапию, средства ЛФК, массаж (различные виды), физио- и мануальную терапии, рефлексотерапию и медикаментозную терапию, рекомендации по организации режима труда и отдыха, адекватное трудоустройство. Выбор лечебных воздействий и их сочетаний должен быть дифференцированным, учитывать патогенетические, клинические особенности, стадию заболевания и личностную характеристику больного.

**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.

Решающее значение имеет коллективная работа персонала. В этом плане хорошо себя зарекомендовала британская модель организации реабилитационных мероприятий, основанная на принципе работы мульти-дисциплинарной 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

В состав бригады входят следующие специалисты (схема 1.1).



Возглавляет бригаду, как правило, лечащий врач, 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 оценка состояния больного, степени нарушения функций;

• создание адекватной окружающей среды для больного в зависимости от его специальных потребностей;

• совместное обсуждение состояния 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.

МДБ играет важную роль на всех этапах лечения, начиная с момента поступления больного в стационар, при этом характер и интенсивность работы каждого специалиста отличаются на разных стадиях инсульта.

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

По результатам социально-медицинской оценки проводится сравнение профиля 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.