

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами
медицинской реабилитации и психиатрии**

Латышева В.Я., Ковальчук П.Н., Абрамов Б.Э.

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ. КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ
БОЛЕЗНИ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ.
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ. СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ. ОСНОВЫ ТЕХНОЛОГИИ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

*Учебно-методическая разработка
к практическому занятию № 1 по медицинской реабилитации
для студентов V курса лечебно-профилактического факультета*

Гомель 2005

УДК 616–036.82–036.865

ББК 51.1(2) 2

Л 27

Рецензенты: доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии УО «Гомельский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук **В.А. Подоляко**; ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии, зав. неврологическим отделением №1 учреждения «Гомельская городская клиническая больница № 3», врач высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук **В.И. Курман**.

Латышева В.Я., Ковальчук П.Н., Абрамов Б.Э.

Л 27 Учебно-методическая разработка к практическому занятию по медицинской реабилитации для студентов V курса лечебно-профилактического факультета / В.Я. Латышева, П.Н. Ковальчук, Б.Э. Абрамов. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2005. — 56 с.

Представлены основные положения медицинской реабилитации, концепция последствий болезни, средства медицинской реабилитации, отражена индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов, даны основы технологий реабилитационного процесса. Разработка составлена в соответствии с типовой программой Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим Советом университета в качестве учебного пособия 20 сентября 2005 г., протокол № 9.

УДК 616–036.82–036.865

ББК 51.1(2) 2

© Коллектив авторов, 2005.

© Учреждение образования

«Гомельский государственный

медицинский университет», 2005.

1. Введение (актуальность темы)

Лечение и реабилитация больных с различной соматической, неврологической и травматологической патологией по причине своей исключительной социально-экономической значимости являются одной из актуальных проблем медицины, которая особенно остро стоит в отношении лиц трудоспособного возраста. По оценкам ВОЗ, к началу XXI века 10% населения земного шара являются недееспособными, из них 100 млн — дети-инвалиды.

Войны, инфекционные заболевания, неблагоприятная наследственность, экологические катастрофы, преступность, алкоголизм, наркомания, несчастные случаи, травмы приводят к тому, что по статистике инвалидов есть в каждой семье мира.

Современное развитие реанимационной службы, хирургии, фармакологии дало возможность спасать и продлевать жизнь больным и травмированным, однако это вызвало увеличение числа лиц с тяжелыми последствиями: нарушением передвижения, самообслуживания, трудоспособности, последующей инвалидизацией.

Одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества является реабилитация больных и инвалидов. Под реабилитацией понимается система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов, детей и взрослых к общественно-полезному труду. Исходя из этого, конечной целью реабилитации является повышение качества жизни больных и инвалидов, их социальная интеграция в общество, семью, трудовой коллектив, а стратегической задачей реабилитации должна являться социальная интеграция реабилитанта и обеспечение его приемлемого качества жизни, т.е. достижение удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным статусом.

Последнее десятилетие в Республике Беларусь уделяется достаточно серьезное внимание разработке системы реабилитации. Мы являемся первой и единственной из стран СНГ, которая приняла на государственном уровне два Закона: «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1991 г.) и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.).

Однако следует отметить, что несмотря на выработку общих, концептуальных подходов к проблеме реабилитации, до настоящего времени нет четких общепризнанных положений, касающихся всех сторон данной проблемы.

Медицинская реабилитация — это основная часть общего процесса реабилитации больных и инвалидов.

2. Цель

1. Ознакомить студентов с организацией службы медицинской реабилитации в РБ.
2. Рассмотреть основные положения медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.
3. Изучить функции врача-реабилитолога в отделении реабилитации.
4. Рассмотреть современную концепцию последствий болезни.
5. Дать характеристику функциональных классов по 5-ти балльной системе.
6. Ознакомить с основными клинико-реабилитационными группами в отделении медицинской реабилитации.
7. Оценить параметры критериев жизнедеятельности.
8. Рассмотреть понятие «реабилитационный потенциал», методы оценки эффективности реабилитации.
9. Ознакомить студентов со средствами медицинской реабилитации.
10. Изучить основы физической реабилитации.
11. Рассмотреть понятие индивидуальной программы реабилитации (ИПР), а также методические подходы к ее составлению.

3. Задачи

Студент должен знать:

- Организацию управления реабилитацией в Минздраве РБ.
- Современную концепцию последствий болезни на 3-х уровнях.
- Цели и задачи МР.
- Вопросы первичной, вторичной, третичной профилактики инвалидности.
- Основные направления МР.
- Методы МР.
- Принципы отбора на МР, клинико-реабилитационные группы.
- Принципы проведения МР.
- Организацию МР на стационарном, амбулаторно-поликлиническом и санаторном этапах, а также на дому.
 - Типовое положение о враче-реабилитологе отделения МР больничного учреждения, а также квалификационную характеристику специалиста врача-реабилитолога.
 - Показания и противопоказания к направлению больных в отделение МР.
 - Определение понятия «реабилитационный потенциал».
 - Определение понятия «индивидуальная программа реабилитации».
 - Цели и задачи ИПР.

Студент должен уметь:

- Провести обследование больного и оценить степень нарушения функции и критериев жизнедеятельности в ФК, а также социальную недостаточность.

- Сформулировать развернутый клинико-функциональный диагноз в соответствии с унифицированными клиническими классификациями, адаптированными к МКБ.

- Определить РП.
- Составить ИПР больного и инвалида.
- Оценить эффективность МР.
- Применять методы физической реабилитации.

В процессе занятия студент должен овладеть следующими **практическими навыками:**

1. Осмотреть и обследовать больного.
2. Охарактеризовать функциональные классы.
3. Постановить развернутый клинико-функциональный диагноз.
4. Определить ИП больного и инвалида.
5. Составить ИПР больного и инвалида.
6. Оценить эффективность МР.

4. Основные учебные вопросы (план)

1. Основные положения медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.
2. Структура отделения медицинской реабилитации в поликлинике.
3. Типовое положение о враче-реабилитологе отделения медицинской реабилитации лечебного учреждения и квалификационная характеристика специалиста.
4. Современная концепция последствий болезни на 3-х уровнях.
5. Характеристика функциональных классов по 5-ти балльной системе.
6. Основные клинико-реабилитационные группы в отделении медицинской реабилитации.
7. Параметры оценки критериев жизнедеятельности.
8. Виды реабилитационного потенциала, методы оценки эффективности реабилитации.
9. Основные медико-технические средства для реабилитации больных и инвалидов.
10. ИПР — определение понятия, цели, принципы реализации ИПР.
11. Методические подходы к составлению ИПР больных и инвалидов.

5. Вспомогательные материалы по теме:

- Методическая разработка для студентов.
- Учебные задачи для студентов по реабилитации.
- Тексты лекций по МР.
- Медицинская документация реабилитационного отделения поликлиники, дневного стационара, физиотерапевтического отделения.

- Истории болезни больных.
- Наборы учебных рентгенограмм, ангиограмм, миелограмм, электроэнцефалограмм.

6. Материалы для контроля за усвоением темы:

- Ситуационные задачи по МР.
- Истории болезни или тематический больной для составления ИПР и оценки эффективности ее выполнения.
- Компьютерная программа для тестового контроля различных уровней сложности.

Перечень вопросов и ответов, содержащихся в программе для тестового контроля:

1. Укажите два правильных определения термина реабилитация:
 - 1.1. метод лечения инвалидов и лиц с физическими недостатками или уродствами;
 - 1.2. система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий;
 - 1.3. профилактическая направленность социально-экономических и медицинских мероприятий;
 - 1.4. возвращение больных с хроническими заболеваниями к продуктивной трудовой деятельности;
 - 1.5. процесс по предотвращению инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достаточно максимальном объеме.
2. Укажите четыре признака этапов реабилитации:
 - 2.1. медикаментозное лечение, оперативное вмешательство, функциональное лечение;
 - 2.2. восстановление функциональной способности;
 - 2.3. диспансерное обслуживание реабилитированных;
 - 2.4. бытовая реабилитация и трудотерапия;
 - 2.5. вовлечение в трудовой процесс;
 - 2.6. профессиональная и социальная реабилитация;
 - 2.7. восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни.
3. Укажите шесть принципов реабилитации:
 - 3.1. обоснованность;
 - 3.2. комплексность;
 - 3.3. раннее начало;
 - 3.4. непрерывность;
 - 3.5. индивидуальность;
 - 3.6. реализация в коллективе;
 - 3.7. возвращение к активной деятельности;

3.8. преемственность;

3.9. доступность;

3.10. этапность.

4. Укажите пять правильных видов реабилитации:

4.1. социально-экономическая;

4.2. психологическая;

4.3. медико-педагогическая;

4.4. медицинская;

4.5. социальная;

4.6. медикаментозная;

4.7. оперативная;

4.8. профессиональная;

4.9. педагогическая.

5. Аспекты реабилитации, укажите 6 правильных ответов:

5.1. лечебный;

5.2. медицинский;

5.3. физический;

5.4. профессиональный;

5.5. физиологический;

5.6. психологический;

5.7. социальный;

5.8. экономический;

5.9. пенсионный;

5.10. педагогический.

6. Этапы медицинской реабилитации, укажите 3 правильных ответа:

6.1. монопрофильный центр;

6.2. санаторный;

6.3. отделение реабилитации больницы;

6.4. общий амбулаторный центр;

6.5. поликлинический;

6.6. стационарный;

6.7. центр профессиональной реабилитации;

6.8. санаторий-профилакторий.

7. Требования при организации медицинской реабилитации, укажите 4 правильных ответа:

7.1. длительный срок лечения;

7.2. полное медицинское обследование;

7.3. наличие показаний;

7.4. постоянная взаимосвязь и преемственность с лечебными учреждениями, направившими больного на реабилитацию;

7.5. наличие листка нетрудоспособности;

- 7.6. разработка индивидуальной программы реабилитации;
- 7.7. постоянный медицинский контроль за ходом реабилитации.

8. Определение понятия «медицинская реабилитация»:

- 8.1. целенаправленный, ограниченный процесс восстановления возможностей организма, нарушенных вследствие дефекта, болезни или травмы;
- 8.2. процесс, имеющий целью помочь инвалиду достигнуть оптимального уровня деятельности и поддержка его для улучшения жизни и расширения независимости;
- 8.3. система мероприятий, проводимая на этапах реабилитации, направленная на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных функций, подготовка к самообслуживанию и трудовой деятельности.

9. Определите классические цели медицины (четыре):

- 9.1. санитарное просвещение;
- 9.2. укрепление здоровья;
- 9.3. противоэпидемическая работа;
- 9.4. профилактика болезней;
- 9.5. лечение;
- 9.6. интенсивное лечение;
- 9.7. медико-социальная помощь;
- 9.8. реабилитация.

10. Укажите показатель потребности в медицинской реабилитации взрослого населения (на 1000 взрослых):

- 10.1. 500,0;
- 10.2. 370,0;
- 10.3. 250,0.

11. Укажите удельный вес амбулаторных больных нуждающихся в реабилитации во взрослых поликлиниках (по обращаемости):

- 11.1. до 25%;
- 11.2. 50%;
- 11.3. 75%.

12. Укажите общую потребность в реабилитационных койках во многопрофильных больницах для взрослых:

- 12.1. до 20%;
- 12.2. 40%;
- 12.3. 60%.

13. Цели реабилитации (пять признаков):

- 13.1. медико-социальная экспертиза;
- 13.2. восстановление функций;
- 13.3. тренировка профессионально значимых функций;
- 13.4. восстановление социальной и бытовой активности;

- 13.5. восстановление профессиональной деятельности;
- 13.6. восстановление способности к обучению (дети);
- 13.7. подготовка к самообслуживанию;
- 13.8. снижение временной нетрудоспособности.
- 14. Критерии оценки состояния функций при реабилитации:
 - 14.1. степень нарушения функций;
 - 14.2. возможность профессиональной деятельности;
 - 14.3. возможность компенсации функции;
 - 14.4. возможность самообслуживания.
- 15. Понятие социальной реабилитации больных включает:
 - 15.1. помощь в подготовке к новой профессии;
 - 15.2. помощь в трудоустройстве;
 - 15.3. механотерапию;
 - 15.4. социально-правовую помощь в связи с заболеваемостью или инвалидностью;
 - 15.5. бытовую реадaptацию.
- 16. Отделение реабилитации поликлиники включает подразделения:
 - 16.1. кабинеты врачей-специалистов;
 - 16.2. физиотерапевтические кабинеты;
 - 16.3. кабинеты массажа, механотерапии и трудотерапии;
 - 16.4. кабинеты медико-реабилитационной экспертной комиссии;
 - 16.5. дневной стационар.
- 17. Основной задачей медицинской реабилитации является:
 - 17.1. помощь в выборе новой профессии;
 - 17.2. адаптация к привычному укладу жизни;
 - 17.3. максимальное восстановление трудоспособности человека;
 - 17.4. врачебно-трудова́я экспертиза.
- 18. Методы медицинской реабилитации:
 - 18.1. психотерапия;
 - 18.2. физиотерапия;
 - 18.3. ЛФК;
 - 18.4. механотерапия и трудотерапия;
 - 18.5. помощь в выборе новой профессии.
- 19. Основной задачей врачебно-трудова́й экспертизы в лечебно-профилактических учреждениях является следующая:
 - 19.1. выявление стойкой нетрудоспособности;
 - 19.2. трудоустройство больных;
 - 19.3. научно обоснованное решение вопроса о трудоспособности больных;
 - 19.4. направление больных на МРЭК;
 - 19.5. дача трудовых рекомендаций инвалидам.

20. Наиболее частой причиной третьей группы инвалидности являются:

- 20.1. болезни нервной системы;
- 20.2. болезни любой системы организма;
- 20.3. последствия травм опорно-двигательного аппарата;
- 20.4. болезни системы кровообращения;
- 20.5. туберкулез.

21. Главной задачей МРЭК является следующая:

- 21.1. санкционирование долечивания при временной нетрудоспособности 4 мес. подряд или 5 мес. в году;
- 21.2. определение причины инвалидности;
- 21.3. направление на переобучение;
- 21.4. установление группы инвалидности;
- 21.5. дача трудовых рекомендаций инвалидам.

22. Основным критерием, отличающим временную нетрудоспособность от стойкой является:

- 22.1. продолжительность пребывания на больничном листе;
- 22.2. частота пребывания на больничном листе в течение года;
- 22.3. сомнительный трудовой прогноз;
- 22.4. благоприятный трудовой прогноз;
- 22.5. неблагоприятный трудовой прогноз.

23. Первой задачей врача при экспертизе стойкой нетрудоспособности является:

- 23.1. выбор оптимального времени направления больного на МРЭК для установления группы инвалидности;
- 23.2. представление на МРЭК точных клинических данных о больном;
- 23.3. своевременное выявление признаков инвалидности;
- 23.4. динамическое наблюдение за инвалидом;
- 23.5. дача трудовых рекомендаций инвалиду.

24. Важнейший фактор сохранения трудоспособности и профилактики инвалидности:

- 24.1. направление в санаторий;
- 24.2. освобождение от ночных смен;
- 24.3. стационарное лечение;
- 24.4. рациональное трудоустройство;
- 24.5. протезирование.

25. Наиболее частый вид инвалидности:

- 25.1. инвалидность в связи с трудовым увечьем;
- 25.2. инвалидность вследствие проф. Заболевания. Инвалидность с детства;
- 25.3. инвалидность вследствие общего заболевания;
- 25.4. инвалидность до начала трудовой деятельности.

26. Инвалидность в первую очередь является понятием:

- 26.1. динамическим;
- 26.2. юридическим;
- 26.3. статистическим;
- 26.4. медицинским;
- 26.5. социальным.

27. Медико-социальная экспертиза в нашей стране является функцией:

- 27.1. органов социального обеспечения;
- 27.2. страховой компании;
- 27.3. государства;
- 27.4. лечебно-профилактических учреждений;
- 27.5. профсоюзных органов.

28. Для экспертизы стойкой утраты трудоспособности обязательен учет следующей части диагноза:

- 28.1. нозологической;
- 28.2. этиологической;
- 28.3. патогенетической;
- 28.4. функциональной;
- 28.5. морфологической.

29. Основное экспертное заявление о трудоспособности больного возможно только при учете следующего фактора:

- 29.1. юридического и экономического;
- 29.2. социального;
- 29.3. медицинского;
- 29.4. экономического и медицинского;
- 29.5. медицинского и социального.

30. Наиболее частой причиной установления II группы инвалидности являются заболевания:

- 30.1. любой системы организма;
- 30.2. туберкулез;
- 30.3. злокачественные новообразования;
- 30.4. сердечно-сосудистой системы;
- 30.5. последствия травмы.

31. Первая группа инвалидности устанавливается, когда больной, в связи с нарушением функций организма, вызванном заболеванием или комбинированным анатомическим дефектом нуждается:

- 31.1. в эпизодической посторонней помощи или уходе;
- 31.2. в специально созданных, облегченных условиях труда;
- 31.3. в сокращении объема производственной деятельности;
- 31.4. в постоянной посторонней помощи, надзоре;
- 31.5. в освобождении от всех видов труда.

32. Определите основные группы показателей, характеризующих состояние здоровья населения (4):

- 32.1. распространенность заболеваний;
- 32.2. демографические показатели;
- 32.3. качество диспансерной работы;
- 32.4. уровень физического развития населения;
- 32.5. инвалидность населения;
- 32.6. исходы стационарного лечения.

33. Что такое общая инвалидность?

- 33.1. отношение впервые признанных инвалидов к числу работающих;
- 33.2. отношение впервые признанных инвалидами и известных ранее к средней численности населения;
- 33.3. отношение впервые признанных инвалидами и известных ранее к числу работающих.

34. Каковы позитивные показатели здоровья?

- 34.1. заболеваемость;
- 34.2. инвалидность;
- 34.3. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни.

35. Какие из перечисленных критериев используют при отнесении лиц к длительно болеющим (2):

- 35.1. 30 дней и более по этиологически связанным заболеваниям;
- 35.2. 40 дней и более по этиологически связанным заболеваниям;
- 35.3. 50 дней и более по различным заболеваниям;
- 35.4. 60 дней и более по различным заболеваниям.

36. Какие из перечисленных критериев используют при отнесении лиц к часто болеющим?

- 36.1. 3 и более случаев по этиологически связанным заболеваниям;
- 36.2. 4 и более случаев по этиологически связанным заболеваниям;
- 36.3. 5 и более случаев по различным заболеваниям;
- 36.4. 6 и более случаев по различным заболеваниям.

37. Какие отрицательные показатели здоровья (2):

- 37.1. заболеваемость;
- 37.2. инвалидность;
- 37.3. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни;
- 37.4. показатели физического развития.

38. Что такое первичная инвалидность?

- 38.1. отношение числа инвалидов, признанных впервые в данном году, к средней численности работающих;
- 38.2. отношение числа инвалидов, признанных впервые в данном году, к средней численности населения;

38.3. отношение числа инвалидов, признанных впервые в данном году, к численности населения на конец года.

39. Что включает в себя понятие «качество медицинской помощи»?

39.1. соответствие оказанной помощи медицинской технологии принятой за стандарт;

39.2. достижение заданной медицинской эффективности

39.3. достижение запланированной медицинской эффективности;

39.4. полное удовлетворение потребности пациента в медицинской помощи.

40. Укажите 4 основные стадии лечебно-диагностического процесса:

40.1. медикаментозная терапия;

40.2. интенсивная терапия;

40.3. долечивание;

40.4. хирургические вмешательства;

40.5. медицинская реабилитация;

40.6. диетотерапия;

40.7. физиотерапия и лечебная физкультура;

40.8. медико-социальная помощь.

41. Чем обусловлена социальная ценность здоровья людей?

41.1. прямым влиянием уровня здоровья на социально-экономический прогресс общества;

41.2. экономическими затратами на предупреждение и лечение заболеваний;

41.3. ролью здоровья в формировании и развитии способностей каждой человеческой личности;

41.4. пунктами 1,2,3 вместе взятыми.

Номера правильных ответов:

1. 2,5; 2. 2,3,5,7; 3. 2,3,4,5,6,7; 4. 2,4,5,8,9; 5. 2,3,4,6,7,8; 6. 2,5,6; 7. 2,4,6,7; 8. 3; 9. 2,4,5,8; 10. 2; 11. 2; 12. 3; 13. 2,4,5,6,7; 14. 1,3; 15. 1,2,4,5; 16. 1,2,3,5; 17. 3; 18. 1,2,3,4; 19. 3; 20. 3; 21. 4; 22. 4; 23. 3; 24. 4; 25. 4; 26. 4; 27. 4; 28. 4; 29. 5; 30. 4; 31. 4; 32. 1,2,4,5; 33. 2; 34. 3; 35. 1,3; 36. 3; 37. 1,2; 38. 2; 39. 1; 40. 2,3,5,8; 41. 4.

7. Задания для самоподготовки и УИРС

• Сформулировать клинико-функциональный диагноз тематического больного или по истории болезни.

• Ознакомиться с инструкцией по заполнению бланка ИПР.

• Отработать практические навыки врача.

• Оценить эффективность реабилитации по функциональному классу.

• Составить реферат «О враче-реабилитологе».

Литература для УИРС

1. Вальчук Э.А. Роль и место медицинской реабилитации в структуре медико-социальной помощи // Вопросы организац. и информ. здравоохран. — 1995. — № 1. — С. 3–22
2. Жарков А.О. О враче-реабилитологе // Врач. — 1996. — № 6. — С. 30–31.
3. Латышева В.Я. Основные положения медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы. — Гомель.: ГоГМУ, 2003. — 53 с.
4. Порядок оформления ИПР инвалидов и больных. Инструкция МЗ РБ № 02–6–2–71 / 3986 от 29.08.1995.

7. Реферат занятия

Основные положения медицинской, профессиональной и социальной реабилитации

Медицинская реабилитация — основная часть общего процесса реабилитации больных и инвалидов. На первом этапе своего развития реабилитация в медицине решала проблемы инвалидов. Позднее, когда в структуре инвалидности начали доминировать хронические заболевания, целью МР стала профилактика инвалидности, а объектом — больные с риском ее развития. Потребность в МР в 8–10 раз больше у больных, чем у инвалидов. По данным ВОЗ в МР нуждается до 25% амбулаторных и 50% стационарных больных. «*Медицинская реабилитация* — процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма, нарушенных в результате врожденного дефекта, перенесенных заболеваний и травм». Такое определение МР сформулировано экспертами ВОЗ и приведено в Законе РБ (1994 г.).

Принципы медицинской реабилитации: раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, комплексность, индивидуальный подход.

Принципы **раннего начала и непрерывности МР** обуславливают выделение ее фаз:

- фаза ранней реабилитации;
- фаза реабилитации больного;
- фаза реабилитации инвалида.

Принцип комплексности МР получил воплощение в использовании различных ее методов. К **методам медицинской реабилитации** относятся: психотерапия, кинезотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия, эрготерапия, диетотерапия, климатотерапия, фитотерапия, медикаментозная терапия, реконструктивная хирургия, использование медико-технических средств.

Реабилитация тесно связана с профилактикой инвалидности, которая осуществляется на 3-х уровнях:

- первичная профилактика инвалидности — снижение частоты возникновения нарушения функции (последствий болезни) в начальной стадии ее развития;

- вторичная профилактика инвалидности — остановка, ограничение степени или обратное развитие последствий болезни;

- третичная профилактика инвалидности — предупреждение перехода ограничения жизнедеятельности в социальную недостаточность, снижение тяжести инвалидности.

Первичная профилактика инвалидности является прерогативой диспансеризации, вторичная и третичная — объекты реабилитации.

Для решения многоплановых задач процесса реабилитации в настоящее время принято выделить шесть следующих основных способствующих достижению поставленных перед реабилитологами целей:

Психологическую — включает процессы психологической адаптации к сложившейся жизненной ситуации, психодиагностику, психокоррекцию и лечение патологических психических состояний.

Медицинскую — включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и профилактического плана и в основном направлена на оказание медицинской помощи.

Физическую — включает вопросы, относящиеся к применению физических факторов в реабилитации: лечебная физкультура, механотерапия, трудотерапия, физиотерапия, физические методы исследования: ЭКГ, РЭГ и др.).

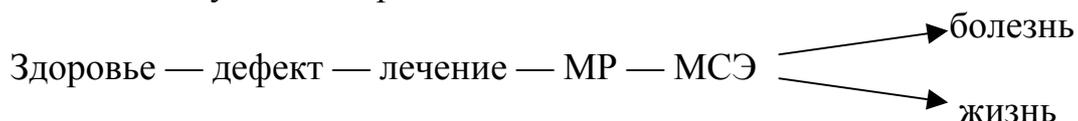
Профессиональную — включает вопросы восстановления трудоспособности, проведение экспертизы трудоспособности, подбор новой профессии и адаптацию к ней, а также дальнейшую профилактику возможного снижения трудоспособности.

Социальную — включает вопросы влияния различных социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, решение вопросов социального обеспечения, а также решение вопросов «больной — общество», «больной — семья», «больной — производство».

Экономическую — включает изучение затрат на производственную реабилитацию и подсчет экономического эффекта.

Успешная реализация вышеперечисленных аспектов возможна только при отсутствии межведомственных барьеров на пути решения реабилитационных задач и соблюдения основных принципов реабилитации.

Реабилитация — ведущая доктрина медицины и социологии, связанная с проблемой предупреждения инвалидности. Графически ее можно представить следующим образом:



В концепции и конкретном содержании МР заложена борьба за человека, а не только борьба против болезни. Она начинается с момента острой фазы болезни и продолжается до тех пор, пока не будет достигнуто максимально возможное устранение физических, психических и профессиональных на-

рушений, вызванных болезнью. После восстановления нарушенных жизненно важных функций организма, уже в реанимационном отделении необходимо вводить элементы МР: дыхательную гимнастику, предупреждать пролежни, уросепсис, лечение положением, особенно постинсультных больных.

Аспекты реабилитации:

1. Медицинская реабилитация.
2. Медико-профессиональная реабилитация (МПП).
3. Профессиональная.
4. Социальная (социально-бытовая).

Цели МР:

- Восстановление (компенсация) функций (полное или частичное);
- Профилактика ограничений жизнедеятельности;
- Восстановление трудоспособности (полное или частичное);
- Восстановление социально-бытовой активности (полное или частичное);
- Техническая компенсация ограничения жизнедеятельности.

Организацию МР в РБ можно представить следующими органами управления и учреждениями:

Схема управления МР в учреждениях здравоохранения республики:

- Минздрав РБ;
- главное управление организации и контроля медицинской помощи;
- управление медико-социальной экспертизы и реабилитации;
- главный внештатный специалист по МР при Минздраве РБ;
- комитет по охране здоровья при Минском горисполкоме;
- управление охраны здоровья облисполкомов.

В городских и районных лечпрофучреждениях (ЛПУ) функцию руководства и организации МР выполняет заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе.

Научные центры РБ, осуществляющие руководство и научно-исследовательскую работу по вопросам МСЭ и реабилитации:

- государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации (НИИ МСЭиР);
- кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО);
- кафедра социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением БелМАПО.

Реабилитация — функциональная обязанность каждого врача-лечебника, непрерывно связанная с лечебно-диагностическим процессом. МР не заменяет традиционное лечение, она позволяет расширить диапазон лечебных воздействий, направлять их таким образом, чтобы уже на ранних этапах заболевания предусматривались возможные пути предупреждения рецидивов и

прогрессирования болезни, социального и трудового приспособления, обеспечение самостоятельного существования человека в обществе.

Основная цель реабилитации заключается в достижении оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности, поддержании его, предоставлении средств для изменения жизни инвалидов и расширении рамок их независимости.

Этапы МР:

- стационарный;
- амбулаторно-поликлинический, включая дневной стационар;
- санаторный;
- домашний.

Задачи МР:

1. Оценка последствий заболеваний и травм на трех уровнях (органо-, организменном и социальном), которые могут приводить к инвалидности.
2. Оценка реабилитационного потенциала.
3. Восстановление больного и инвалида как личности.
4. Возвращение больного к активной жизни в обществе.
5. Составление индивидуальной программы реабилитации (ИПР) больного и инвалида.
6. Предупреждение осложнений — проведение комплекса мероприятий по вторичной профилактике.
7. Оценка эффективности реабилитации.

Формы МР:

- предельная — достижение максимального успеха;
- полная — достижение оптимального восстановления функции;
- частичная — достижение восстановления некоторых нарушенных функций.

Методы МР:

- психологическая реабилитация;
- физическая реабилитация (в т.ч. ЛФК, бальнеотерапия, аппаратная физиотерапия, массаж);
 - медикаментозная реабилитация;
 - трудотерапия;
 - диетотерапия;
 - логопедическая помощь;
 - восстановительная, косметическая, реконструктивная хирургия;
 - немедикаментозная терапия (фитотерапия, иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенация и др.);
 - протезирование;
 - подбор технических средств компенсации дефектов и ограничений жизнедеятельности;
 - терапия занятостью.

Физическая реабилитация (ФР) — автономный аспект реабилитации, один из компонентов медицинской реабилитации.

ФР включает три направления:

- физиотерапия;
- кинезотерапия или ЛФК;
- эрготерапия — восстановление самостоятельности больных в повседневной жизни, прививает навыки повседневной жизни, новые жизненные практические навыки.

ФР решает ряд задач:

- диагностическое направление — оценка объекта реабилитации, оценка функционального дефекта, анализ двигательных возможностей, длина шага, качества передвижения, болевой синдром, объем активных движений, сила мышц и т.д.;
- общая функциональная оценка состояния больного — толерантность больного к физической нагрузке, оценка самостоятельности в повседневной жизни, самостоятельному обслуживанию;
- определение функционального класса до и после проведения ФР.

Основные направления ФР:

- лечебное;
- реабилитационное;
- профилактическое;
- диагностическое.

Методы ФР используются комплексно, все методы проводятся одновременно и параллельно. Большое внимание уделяется комбинированию и сочетанию:

- физиотерапия — ЛФК — массаж — неврологическим больным;
- ЛФК — массаж — физиотерапия — терапевтические заболевания;
- ЛФК — эффект воздействия;
- массаж — восстановительное воздействие;
- массаж — физиотерапия — ЛФК — сосудистая хирургия.

Принципы проведения ФР:

• *адекватность* общему состоянию больного, уровню сохранившихся функций;

• *непрерывность и динамичный* характер ФР.

Непрерывность, особенно у ортопедических больных, не должна влиять на трудоспособность. Курс МР в течение года при ИБС — 3 года.

• *преemptивность* ФР на этапах МР:

- амбулаторно-поликлинический;
- стационарный;
- стационарно-курортный;
- домашний.

Каждый из этих этапов имеет стандарты лечения и реабилитации, свой объем средств ФР.

- *комплексность* — использование методов ФР в комплексе;
- *индивидуальность* методов ФР — индивидуальная программа составлена для конкретного больного и корректируется врачом по мере необходимости;
- последствие физических факторов реабилитации: МРТ, ультразвук — 4 месяца и т.д.

Противопоказаний к ФР не существует. Она показана всем больным и инвалидам. Противопоказания есть только к отдельным методам и методикам.

Каждый метод медицинской реабилитации имеет свои **виды**:

- Виды физиотерапии: электро-, свето-, тепло-, грязелечение; бальнео-, баро-, лазеро-, магнитотерапия; электросон, общий массаж, подводный душ-массаж, точечный массаж, пневмо-, вибромассаж; ингаляции, кислородные коктейли.

- Виды лечебной физкультуры: лечебная гимнастика, дозированная ходьба (терренкур), механотерапия, зона здоровья, шаговые дорожки, занятия в бассейне, гидрокинезотерапия, обучение ходьбе в зале и бассейне, велотренажер: сухое, подводное вытяжение (горизонтальное и вертикальное).

- Виды трудотерапии: бытовая реабилитация, автотренажер, выполнение хозяйственных и ремонтных работ, лечебные мастерские (швейные, гладильные, слесарно-механические, столярные, переплетно-брошюровочные).

- Виды немедикаментозной терапии: фитотерапия, мануальная терапия, суджок-терапия, ИРТ, ГБО.

Патофизиологические механизмы МР:

- Реституция — восстановление функций тех структур, которые были поражены. Реституция — это процесс времени. Возможно полное восстановление всех структур.

- Регенерация — способность организма регенерировать пораженные участки: кожа, костная ткань и др.;

- Компенсация — восстановление нарушенной функции за счет другой, полноценной или за счет технических средств.

Отличие медицинской реабилитации от лечения:

1. Медицинская реабилитация — длительный или непрерывный процесс (при острых и хронических заболеваниях), разрабатывается более комплексный подход восстановления функций, с использованием активирующих методов: физических, психологических, медикаментозных.

2. Медицинская реабилитация восстанавливает реактивную сопротивляемость и защитные силы организма.

3. Медицинская реабилитация использует элементы труда (эрготерапия), медико-технические средства для компенсации нарушенных функций

и повышения возможностей организма (очки, протезы, коляска, автомобиль, что улучшает передвижение, ориентацию).

4. Лечение направлено на проявления болезни, реабилитация — на последствия.

5. Лечение воздействует на этиопатогенетические факторы, а реабилитация — на саногенетические механизмы, т.е. механизмы выздоровления, заложенные в генотипе человека.

6. Лечение направлено на настоящее, реабилитация — на будущее.

7. Лечение — метод пассивный, участие и согласие больного не обязательно, а реабилитация требует личного участия и заинтересованности больного, т.к. психологическая установка больного играет большую роль в эффективности реабилитации.

Основные принципы МР:

- возможно раннее начало;
- непрерывность;
- комплексный характер;
- индивидуальность;
- последовательность;
- преемственность;
- осуществление в коллективе больных и инвалидов.

Средства МР:

- тренировочные нагрузки;
- дыхательная гимнастика;
- природные средства закаливания (солнечные ванны, холодные купания);
- диетотерапия;
- тренировка анализаторов.

Варианты МР:

- однокурсовый вариант проводится при острых заболеваниях и травмах;
- повторно-курсовый — при рецидиве острых или хронических заболеваний с обострениями;
- непрерывный — при хронических инвалидизирующих заболеваниях (диабет, эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания и др.);
- непрерывно-курсовой вариант — на фоне непрерывной базисной МР проводится дополнительное курсовое лечение для предупреждения рецидивов и обострений (язвенная болезнь, ревматизм и др.).

Вопросы МПР, согласно приказу МЗ РБ, решаются на уровне областных центров профориентации, куда направляются больные после проведения МР в случае угрозы потери профессии.

Задачи профессиональной реабилитации:

1. Подбор новой профессии при невозможности вернуться к прежней (профориентация).

2. Рациональное трудоустройство.
3. Профессиональное обучение или переобучение.
4. Формирование мотивации к труду и адаптации к конкретному рабочему месту посредством трудо- и психотерапии.
5. Предоставление вспомогательных технических средств для трудовой деятельности.
6. Уменьшение тяжести социальной недостаточности после установления инвалидности при сохранении дефекта.

Методы МПР:

1. Профдиагностика: определение основной профессии и ее квалификации; оценка трудового прогноза.
2. Определение профпригодности.
3. ПрофорIENTATION (у профпригодных).
4. Тренировка профессионально значимых функций.

Экспертиза профессиональной пригодности осуществляется специалистами ВКК, ЛПУ, МРЭК, областными центрами, а в наиболее сложных случаях — специалистами БелНИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации.

В случае потери профессии и (или) подбора профессии, которую может выполнять инвалид по состоянию своего здоровья и в соответствии с имеющимся образованием, проводится *профорIENTATION* — то есть информационное обеспечение процесса выбора профессии, в результате чего создаются предпосылки для осознанного выбора клиентом сферы деятельности, профессии и образа жизни.

Этим целям служит *профессиональное консультирование* инвалидов, благодаря которому осуществляется содействие в выборе или перемене профессии с учетом пожеланий, склонностей и возможностей, имеющихся вакансий, перспектив трудоустройства реабилитанта.

Профессиональная ориентация — система и процесс определения структуры наиболее развитых способностей инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида профессиональной деятельности.

Профессиональная ориентация инвалидов предусматривает комплексный подход с учетом медицинского, психологического и социального аспектов.

Профессиональное образование — система и процесс овладения знаниями, навыками и умениями в области рекомендуемой профессиональной деятельности.

Профессиональный отбор (подбор) проводится при необходимости его на определенные профессии, исходя из интересов, возможностей, способностей реабилитанта и ситуации на рынке труда, с использованием специальных методов, как правило, это методики исследования профессионально важных качеств.

Профессионально-производственная адаптация — это система и процесс определения максимального уровня производственных нагрузок, связанных с

использованием требований рекомендуемой профессиональной деятельности в условиях конкретного производства, с приспособлением к ним инвалидов.

Рациональное трудовое устройство — это система и процесс организации и правовой регламентации деятельности инвалидов, направленные на обеспечение условий для эффективной реализации их профессиональных способностей.

Содействие трудоустройству инвалидов проводится с учетом реальных приемов, содействующих трудоустройству инвалидов и активного поведения его на рынке труда.

Врач-реабилитолог областного центра профориентации оформляет историю болезни, выписной эпикриз и реабилитационно-экспертное заключение, в котором высказывается мнение о:

- необходимости продления МР и МПР с указанием сроков, форм и места проведения планируемых реабилитационных воздействий;
- рекомендации по трудоустройству с указанием профессии (видов работ), режимов труда, условий труда; организации, ответственной за трудоустройство (служба занятости, общество инвалидов и пр.);
- рекомендации по обучению (переобучению) с указанием профессии, формы обучения, места обучения;
- рекомендации о необходимости обеспечения техническими средствами (для обеспечения трудового процесса, бытовыми техническими средствами и др.) с указанием места возможного их приобретения;
- необходимости направления больного на МРЭК для определения группы инвалидности.

Цель профессиональной реабилитации:

1. Подбор новой профессии при невозможности вернуться к прежней.
2. Определение и тренировка новых профессионально значимых функций для адаптации к новой профессии с одновременной реализацией мер по восстановлению утраченных функций.
3. Формирование мотивации к труду и адаптации к конкретному рабочему месту посредством трудо- и психотерапии.
4. Сокращение потерь по временной нетрудоспособности.
5. Уменьшение ограничения жизнедеятельности после установления инвалидности.

Одной из важнейших составных частей реабилитационного процесса является профессиональная реабилитация, то есть система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции.

Законодательством установлено ряд льгот для трудоустройства инвалидов, основные из них:

- равенство возможностей инвалидов во всех сферах жизни общества;

- разработка и обязательность индивидуальных целевых программ реабилитации инвалидов для всех предприятий и учреждений, связанных с реализацией таких программ;

- льготная финансово-кредитная политика в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов;

- квоты для приема на работу инвалидов;

- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;

- создание инвалидам условий труда в соответствии с ИПР;

- создание условий предпринимательской деятельности инвалидов;

- организация обучения инвалидов новым профессиям;

- ответственность работодателей за обеспечение занятости инвалидов;

- порядок и условие признания инвалидов безработными;

- государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов и др.

Методы профессиональной реабилитации:

1. профессиональная ориентация;

2. профессиональное обучение или переобучение;

3. рациональное трудоустройство;

4. предоставление вспомогательных технических средств для трудовой деятельности.

Профессиональное образование инвалидов является неотъемлемой частью национальной системы образования и включает:

- профессионально-техническое образование;

- среднее специальное образование;

- высшее образование;

- подготовку научных и научно-педагогических кадров;

- повышение квалификации и переподготовку кадров.

В целях интеграции в общество профессиональное образование инвалидов осуществляется в учебных заведениях общего типа.

Цель социальной реабилитации — восстановление способностей к бытовой, профессиональной, общественной деятельности и устранение препятствий к независимому существованию в быту (в семье, жилище), производственной сфере (на рабочем месте, в трудовом коллективе), в условиях окружающей среды (самостоятельность в общественной деятельности, доступность транспорта, информации).

На данном этапе реабилитации должен обеспечиваться комплекс мероприятий и видов социальной помощи, подбор определенных социальных услуг, в частности:

- обеспечение нуждающихся вспомогательными бытовыми техническими средствами;

- обустройство жилья, т.е. адаптация квартиры к возможностям инвалида;
- предоставление услуг территориальных центров социального обслуживания;
- воспитание и оказание образовательных услуг в специализированных учреждениях — общеобразовательных, на дому.
- предоставление консультативно-информационной помощи, юридических консультаций; предоставление материальной помощи.

Социальная реабилитация определяет четыре аспекта:

- социально-психологический;
- социально-бытовой;
- социально-средовой;
- социально-правовой.

Социальная реабилитация включает:

а) средства реабилитации: ходунки, трости, поручни, приспособления для туалетов и ванной комнаты, приставки к унитазу, сиденье для ванной, приспособление кроватное опорное, столик прикроватный, набор приспособлений и приборов для кухни и приема пищи и др.

б) надомное обслуживание после представления в органы социальной защиты справки о семейном положении, справки МРЭК об инвалидности, личного заявления, акта материально-бытового положения.

Структура отделения медицинской реабилитации в поликлинике

Наиболее распространенными формами организации восстановительного лечения в РБ являются реабилитационные специализированные центры, стационарные отделения многопрофильной больницы, амбулаторно-поликлинические и санаторные отделения МР.

На стационарное восстановительное лечение направляются больные после окончания острого периода заболевания, способные к самообслуживанию, перспективные в плане трудоустройства или с целью уменьшения степени инвалидности, для которых этот комплекс мероприятий является основным.

Цель поликлинического этапа дневного стационара:

- улучшение функциональных исходов;
- восстановление трудоспособности пациентов;
- профилактика инвалидности;
- лечение инвалидов.

Задачи отделения (кабинета) МР:

- воздействие с помощью медикаментозных и особенно физических методов лечения на обменные процессы;
- стимуляции консолидации переломов;
- предотвращение образования спаек и рубцов;
- восстановление кровообращения и иннервации;
- ускорение процесса регенерации посредством физических и психотерапевтических воздействий;

- совершенствование компенсаторных механизмов;
- содействие выработке приспособляемости организма при необратимых изменениях, вызванных болезнью или травмой;
- психологическая подготовка больного на возвращение в общество, к трудовой деятельности и устранение расстройств психики, вызванных нарушенным стереотипом за период болезни или травмы;
- обучение элементам самообслуживания, подготовка больного к уверенному передвижению на улице, самостоятельному пользованию общественным транспортом;
- оказание больному социальной помощи: возможность его трудоустройства на прежнем месте работы, содействие профориентации, улучшение материальных условий жизни, профессиональная адаптация, подготовка к восстановлению квалификации в соответствии с профессией и специальностью больного, что будет способствовать улучшению качества жизни.

Одной из рациональных форм поликлинического этапа является организация в поликлиниках дневных стационаров. Четырех-пятичасовое пребывание больных в условиях, приближенных к больничным, дает возможность без отрыва от работы получить не только лекарственное, но и полный комплекс восстановительного лечения.

Требование при направлении в отделение реабилитации:

- полное медицинское обследование больного перед назначением курса реабилитации;
- разработка ИПР для каждого больного;
- постоянный медицинский контроль медицинского персонала за ходом реабилитации;
- постоянная взаимосвязь и преемственность с ЛПУ и врачами, направившими больного.

В направлении помимо паспортной части должны быть указаны следующие данные обследования: анализ крови, мочи, если возможно, — биохимические анализы, функциональные пробы, данные аппаратно-инструментального обследования, а также:

- уточненный основной диагноз, осложнения, сопутствующий диагноз;
- учреждение, где проводилось лечение;
- продолжительность лечения до направления на восстановительное лечение;
- продолжительность временной нетрудоспособности (ВН);
- объем проведенного лечения (лекарственная терапия, физические и другие методы лечения);
- заключение терапевта об отсутствии противопоказаний и возможности проведения МР.

Больные направляются на отборочную комиссию, возглавляемую заведующим отделением реабилитации или заместителем главного врача по

реабилитации и экспертизе. В состав комиссии входят: реабилитолог, физиотерапевт, врач ЛФК (инструктор), терапевт, при необходимости привлекаются: невропатолог, кардиолог, хирург, ортопед-травмотолог, отоларинголог, окулист.

Функции отборочной комиссии:

1. Определяет целесообразность проведения реабилитации в каждом конкретном случае.
2. Проводит комплексную оценку реабилитационного потенциала.
3. Разрабатывает ближайший и перспективный планы его реализации.
4. Составляет на каждого больного ИПР.
5. Определяет объем МР, характер и продолжительность процедур, их число, плотность занятий.
6. Определяет сроки периодических осмотров.
7. Осуществляет контроль за ходом восстановительного лечения.
8. Разрабатывает трудовые, профессиональные рекомендации.
9. Осуществляет медико-социальную экспертизу (МСЭ): разрабатывает рекомендации по трудоустройству, решает вопрос о направлении на МРЭК для продления листка нетрудоспособности (л/н) в случае более 4-х мес. продолжительности его и для определения группы инвалидности.

Заседания комиссии проводятся ежедневно или 2–3 раза в неделю. В регистратуре заполняют карту амбулаторного больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице, куда вносятся:

- план МР;
- дневные врачебные наблюдения;
- данные функциональных обследований, осмотров врача-реабилитолога, заведующего отделением, физиотерапевта, врача ЛФК, назначения.

Потоки больных из кабинетов поликлиники в отделения реабилитации:

I — больные с острыми заболеваниями и последствиями травм, имеющие функциональные нарушения, при которых комплексное и целенаправленное лечение может оказать существенное влияние на продолжительность ВН, обеспечить раннее восстановление нарушенных функций и предупредить хронизацию процесса. Экономический эффект рассчитывается по показателям сокращения ВН.

II — больные, у которых проявления после болезни, травмы на органном уровне, отнесены к «потенциальным инвалидам». Реабилитация этих больных направлена на сохранение трудоспособности и профилактику инвалидности. Экономический эффект определяется по показателям предупрежденной инвалидности. Не входят в эту группу больные с анатомическими дефектами, характер которых уже определяет инвалидность.

III — больные с хроническими, в т.ч. дегенеративно-дистрофическими и демиелинизирующими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, артериальная гипертензия, дискогенный радикулит, рассеянный склероз). Эффект реабилитации оценивается по показателям ВН в период обострения, по длительности ремиссии, а главное по общей продолжительности ВН за длительный (не менее года) период времени.

IV — больные с последствиями инфаркта миокарда и инсульта. Расчет эффективности реабилитации проводится как по показателям ВН, так и инвалидности, рецидивов заболевания, восстановления способности к самообслуживанию, передвижению, поздней летальности.

V — часто и длительно болеющие (ЧДБ) с целью снижения сроков ВН и предупреждения инвалидности.

VI — инвалиды. Расчет эффективности по показателям перевода из I группы во II, из II — в III и возможности самообслуживания и передвижения.

Клинико-реабилитационные группы, которые формируются в отделениях реабилитации:

1. Нарушение опорно-двигательного аппарата.
2. Болезни анализаторов: зрение, слух.
3. Последствия нарушения коммуникабельности (речевые нарушения, тотальная, моторная, сенсорная афазия, ретроградная амнезия или заикание).
4. Последствия психических и психоневрологических заболеваний.
5. Висцеральные заболевания.
6. Прочие болезни.

Группы больных, подлежащих лечению в отделении реабилитации:

1. Неврологический профиль:
 - 1.1. острое нарушение мозгового кровообращения;
 - 1.2. заболевания периферической нервной системы: пояснично-крестцовые радикулиты, невралгия лицевого нерва, невралгия периферических нервов, полиневропатия;
 - 1.3. черепно-мозговая травма, травма периферических нервов и сплетений.
2. Терапевтический профиль:
 - 2.1. инфаркт миокарда;
 - 2.2. ИБС, стенокардия напряжения, функциональный класс (ФК) 1,2;
 - 2.3. артериальная гипертензия;
 - 2.4. бронхиальная астма;
 - 2.5. хронический бронхит;
 - 2.6. язвенная болезнь;
 - 2.7. осложненная пневмония;
 - 2.8. болезни печени (хронический гепатит, цирроз).
3. Ортопедо-травматологический профиль, болезни или травмы опорно-двигательного аппарата:
 - 3.1. переломы, контрактуры различной этиологии;

3.2. повреждение сухожилий;

3.3. разрывы менисков, состояния после оперативного вмешательства на суставах;

3.4. болезни периферических сосудов.

Общие противопоказания к МР на поликлиническом этапе:

- стойкая артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной терапии;

- ИБС с частыми приступами стенокардии покоя и изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ);

- инфаркт миокарда давностью до года при наличии сердечной недостаточности или приступов стенокардии;

- активная фаза ревматизма;

- недостаточность кровообращения 2, 3 степени;

- легочно-сердечная недостаточность;

- активный туберкулез;

- выраженные психические нарушения;

- частые эпилептические припадки;

- основные воспалительные заболевания;

- лихорадочные состояния;

- венерические болезни;

- злокачественные новообразования;

- расстройства функции тазовых органов любой этиологии;

- прогрессивное течение заболевания (прогрессирующее течение рассеянного склероза и др.);

- спинальные грыжи: грыжи — перелом шейного отдела позвоночника; после травмы или после миелита, нарушения спинального кровообращения — им проводится реабилитация на дому;

- незаэпителизированные ожоги;

- несросшиеся переломы;

- невправленные вывихи;

- нестабильный остеосинтез.

Типовое положение о враче-реабилитологе отделения медицинской реабилитации лечебного учреждения

1. Врач-реабилитолог — специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», прошедший в установленном порядке подготовку по медицинской реабилитации.

2. Врач-реабилитолог назначается на должность и освобождается от должности руководителем больничного учреждения (научно - исследовательского института).

3. Врач-реабилитолог непосредственно подчиняется заведующему отделением.

4. Врач-реабилитолог отделения медицинской реабилитации в своей работе руководствуется законодательством Республики Беларусь, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь, организационно-распорядительными документами органа здравоохранения соответствующего исполнительного и распорядительного органа и соответствующими положениями.

5. Врач-реабилитолог в соответствии с возложенными на отделение медицинской реабилитации задачами выполняет следующие функции:

— при поступлении больного в отделение медицинской реабилитации проводит его осмотр, собирает анамнез;

— проводит объективное морфо-функциональное исследование, оценивая при этом состояние других органов и систем организма, сохранившиеся резервы и потенциальные возможности больного;

— устанавливает клинический и функциональный диагноз по результатам обследования, которые заносит в историю болезни больного;

— составляет индивидуальные программы медицинской реабилитации больных отделения с применением адекватных методов реабилитации, с учетом последовательности их проведения и сроков реабилитации и оформляет их в соответствии с утвержденной формой;

— контролирует выполнение индивидуальных программ медицинской реабилитации, проводит оценку эффективности процесса медицинской реабилитации по функциональному, социально-бытовому и профессиональному восстановлению. При необходимости совместно с другими специалистами отделения медицинской реабилитации либо вспомогательных подразделений больничного учреждения вносит коррекцию в индивидуальные программы медицинской реабилитации;

— определяет реабилитационный потенциал, функциональный класс, прогнозирует трудоспособность (способность к обучению) у больного и инвалида;

— проводит экспертизу временной нетрудоспособности и инвалидности;

— определяет, по согласованию с заведующим отделением, продолжительность лечения больных в отделении медицинской реабилитации;

— оказывает при необходимости неотложную медицинскую помощь больным отделения медицинской реабилитации;

— ведет среди больных отделения пропаганду здорового образа жизни.

6. Врач-реабилитолог обязан:

— проводить комплекс медицинской реабилитации больным и инвалидам по методам и методикам, утвержденным и рекомендованным Министерством здравоохранения Республики Беларусь с учетом показаний и противопоказаний для их проведения;

— при проведении медицинской реабилитации строго соблюдать действующие правила и инструкции по эксплуатации имеющегося в отделе-

нии медицинского и другого оборудования, правила техники безопасности, противопожарной безопасности, требования санэпидрежима;

— осуществлять контроль за работой среднего медицинского персонала по выполнению им врачебных назначений;

— качественно вести медицинскую документацию.

7. Врач-реабилитолог имеет право:

— отдавать распоряжения среднему и младшему медицинскому персоналу отделения медицинской реабилитации и контролировать их выполнение;

— вносить в установленном порядке предложения о поощрении за хорошую работу или наложении дисциплинарных взысканий за недобросовестное отношение к выполнению обязанностей, нарушение трудовой и исполнительской дисциплины в отношении средних и младших медицинских работников отделения;

— повышать свою квалификацию в установленном порядке;

— участвовать в работе совещаний, научно-практических конференций, семинаров по вопросам медицинской реабилитации, научных обществ, ассоциаций по профилю специальности, а также, по согласованию с руководителем больничного учреждения, — в выполнении научных исследований с использованием для них архивных медицинских документов данного учреждения.

8. Врач-реабилитолог несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение должностных обязанностей, правил внутреннего трудового распорядка, несоблюдение медицинской этики и деонтологии.

Квалификационная характеристика специалиста врача-реабилитолога

В соответствии с требованиями специальности врач-реабилитолог должен знать и уметь:

1. Врач-реабилитолог должен знать:

— основы законодательства о здравоохранении и нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения по вопросам реабилитации;

— вопросы организации медицинской реабилитации в республике;

— современные представления о реабилитации, ее социально-экономическое значение;

— виды реабилитации;

— теоретические и методические основы реабилитации;

— методы медицинской реабилитации: психотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия, трудотерапия, диетотерапия, использование медико-технических средств реабилитации, а также показания и противопоказания к их применению;

— принципы организации тренировочного процесса и контроль его эффективности;

- экспертизу временной нетрудоспособности и инвалидности;
- количественную оценку (по функциональным классам) последствий болезней на трех уровнях, являющихся объектами реабилитации;
- методы исследования основных систем организма в медицинской реабилитации;
- основы прогнозирования реабилитационного потенциала;
- техническое оснащение отделения медицинской реабилитации, технику безопасности.

2. Врач-реабилитолог должен уметь:

- обследовать пациента (собирать анамнез, провести объективное морфо-функциональное исследование и т.п.);
- оценить состояние других органов и систем организма, сохранившиеся резервы и потенциальные возможности больного;
- поставить правильный клинический и функциональный диагноз;
- сформулировать индивидуальную программу медицинской реабилитации больного, подобрать адекватные методы реабилитации и последовательность их проведения, сроки реабилитации;
- оценить эффективность процесса реабилитации по функциональному, социально-бытовому и профессиональному восстановлению;
- оказать неотложную помощь при необходимости;
- вести пропаганду здорового образа жизни.

Современная концепция последствий болезни на трех уровнях

Концепция последствий болезни является теоретической концепцией реабилитации и инвалидности. Она разработана экспертами ВОЗ как дополнение к МКБ IX и издана в виде Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Концепция последствий болезни рассматривает их на трех усложняющихся уровнях:

- органном — нарушение функций;
- организменном — ограничение категорий жизнедеятельности;
- социальном — социальная недостаточность (дезадаптация).

При хронических заболеваниях последствия болезни проявляются постепенно, при острых (инсульт, инфаркт) они могут проявиться сразу на трех уровнях.

Схему развития болезни можно представить следующим образом:

Болезнь	Нарушение функции органа (дефект, материализация процесса) — органический уровень	Ограничение жизнедеятельности (объективизация) — организменный уровень	Социальная недостаточность (социализация и недостаточная интеграция в общество) — социальный уровень
---------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

Последствия болезни на трех уровнях — это 3 грани патологического процесса, которые возникают одновременно (при острых заболеваниях) или последовательно (при хронических болезнях), но на определенной стадии заболевания существуют одновременно как триединая целостность. Среди них жизнедеятельность является связующим звеном «нарушениями» и «социальной недостаточностью».

Концепция последствий болезни существенно снижает круг объектов реабилитации, так как многие заболевания вызывают однородные последствия, что позволяет реабилитологу владеть методами МР при самой разной патологии и обосновывает специальность «врач-реабилитолог» (широкого профиля).

Первые последствия болезни проявляются морфологическими изменениями, приводящими к нарушению функции одного или нескольких органов и систем. В классификации они обозначаются как нарушения (дефект) и представляют собой материализацию болезни (патологического процесса) на органном уровне.

Нарушения функции (дефект), по данным ВОЗ, — любая утрата психической, физической или анатомической структуры (или функции) или отклонение от нее.

Классификация основных инвалидизирующих нарушений

1. *Умственные* — сопровождаются нарушением интеллекта, памяти, инертностью процессов, недостаточной концентрацией внимания.

2. *Психологические* — личностные особенности: некоммуникабельность, застенчивость, малословие.

3. *Речевые* — нарушения речи: афазия (моторная, сенсорная, сенсомоторная или тотальная, амнестическая), дизартрия, заикание, немота.

4. *Слуховые* — вызывают нарушения ориентации, обучения, контроля за своим поведением.

5. *Зрительные* — те же, что и слуховые, а также нарушение передвижения, самообслуживания.

6. *Висцеральные* нарушения (последствия поражения внутренних органов):

6.1. сердечно-сосудистые заболевания;

6.2. патология органов дыхания;

6.3. желудочно-кишечного тракта;

6.4. печени;

6.5. эндокринной системы;

6.6. обмена веществ.

7. *Локомоторные* нарушения:

7.1. костно-мышечной системы;

7.2. нервной системы;

7.3. сердечно-сосудистой системы.

8. *Уродующие* нарушения.

9. *Прочие* нарушения.

Второй этап болезни — болезнь проявляется на организменном уровне и объективизируется как ограничение жизнедеятельности, которое возникает в результате нарушения функции.

Жизнедеятельность — это способность осуществлять деятельность способом или в рамках, обычных для человека. Она включает сложные формы жизнедеятельности человека, объединяющие физические, психологические и социальные функции человека в рамках целостного организма, благодаря которым организм способен выполнять сложные действия (само-, взаимообслуживание, домашнюю работу, учебу, работу на производстве и др.). Жизнедеятельность — показатель состояния организма в целом (тогда как «нарушение» — дефект — показатель состояния отдельного органа или системы), отражающий выполнение человеком сложных биосоциальных функций, таких как: ориентация, обучение, передвижение, общение (социальная интеграция), контроль поведения, самообслуживание, способность к труду. Они составляют семь основных критериев (категорий) жизнедеятельности, оценка которых является важнейшей задачей экспертизы и реабилитации.

Ограничение жизнедеятельности возводит барьеры в существовании больного, препятствуя доступу его в различные инфраструктуры общества, снижает возможность занять должное место в обществе, ставит больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми, что создает его дискриминацию и ухудшает качество жизни. Таким образом, ограничение жизнедеятельности приводит к последствиям на социальном уровне, вызывает социальную недостаточность.

Третий этап болезни — по мере наступления нарушений возникает ограничение жизнедеятельности, которое приводит к социальной недостаточности.

Социальная недостаточность (дезадаптация) — неспособность больного человека, вытекающая из нарушения функции и ограничения жизнедеятельности, выполнять обычную для его положения роль в жизни. Социальная недостаточность представляет собой социализацию болезни и как таковая отражает бытовые, социальные и экономические последствия болезни для инвалида, возможности его контактов со средой обитания. Следствием ее является нарушение возможности интеграции больного человека в общество.

Измерителем социальной недостаточности являются критерии выживания, несоответствие которым вызывает последствия на социальном уровне.

Эксперты ВОЗ выделили 6 ключевых критериев «выживания»: ориентация, физическая независимость, мобильность, общение, экономическая независимость.

Несоответствие любому из этих критериев вызывает социальную дезинтеграцию, приводящую к необходимости социальной помощи и защиты. Социальная недостаточность — основной критерий инвалидности в соответствии с новой гуманной ее концепцией.

Первые последствия болезни проявляются морфологическими изменениями, приводящими к нарушению функции одного или нескольких органов или систем. В классификации они обозначаются как нарушения (дефект) и представляют собой материализацию болезни (патологического процесса) на органном уровне.

Характеристика функциональных классов по пятибалльной системе

В целях унификации подхода к оценке различных параметров в настоящее время используется понятие «функциональный класс» — ФК. ФК может отражать состояние функции (при ИБС он характеризует состояние коронарного кровообращения — хорошее или плохое) или состояние другого физиологического параметра, например, физической работоспособности (высокой или низкой). ФК может использоваться и для оценки критериев жизнедеятельности (С.Л. Гиткина с соавт., 1995). ФК ранжируются по 5-балльной шкале: ФК-0 — нормальное состояние параметра; ФК-1 — легкое (от 1 до 25%); ФК-2 — умеренное (от 26 до 50%); ФК-3 — значительное (от 51 до 75%); ФК-4 — резко выраженное нарушение данного параметра (от 76 до 100%).

Характеристика ФК учитывает:

- степень нарушения функции (в %);
- состояние жизнедеятельности;
- социальную адаптацию или дезадаптацию.

ФК-0: нет нарушения функций, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности, больной трудоспособен.

ФК-1: **а)** легкие нарушения функций (не более, чем на 25%), не отражающиеся или влияющие незначительно на жизнедеятельность и не вызывающие социальную недостаточность; **б)** более выраженные нарушения, которые с помощью медико-технических средств компенсируются полностью или до степени легких нарушений. Это практически здоровый человек, который в зависимости от выполняемой работы, возраста, может быть трудоустроен по линии ВКК.

ФК-2: **а)** умеренное нарушение функций (от 26 до 50%), не компенсирующееся с помощью вспомогательных средств; **б)** более значительное нарушение, частично компенсирующееся до умеренной степени.

Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность в умеренно выраженной степени. Трудоустройство через ВКК или III группа инвалидности.

ФК-3: значительное нарушение функций (от 51 до 75%), не компенсируемое или слабо компенсируемое. Значительное ограничение жизнедеятельности и социальной недостаточности. Чаще инвалиды, II группа. Больной может работать в специально созданных условиях.

ФК-4: **а)** резко выраженное (свыше 75% нарушение функций, не компенсируемое); **б)** полное (до 100%) нарушение функций.

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности и социальной недостаточности или полная невозможность самообслуживания и дезинтеграция в обществе.

Инвалиды II, чаще I группы, которые нуждаются в постоянной посторонней помощи и уходе.

ФК дефекта и ФК нарушений жизнедеятельности совпадают не всегда: парез стопы (ФК-4), а жизнедеятельность страдает незначительно (тоже у парных органов: почка, слух, зрение). В то же время, расстройство сознания или мышления, даже легко выраженное, серьезно влияет на состояние жизнедеятельности сопровождается социальной недостаточностью. Это создает необходимость оценки степени нарушения жизнедеятельности.

Оценка эффективности и реабилитации по ФК.

Наряду с вышеизложенной оценкой нарушения функций (легкие, умеренно, значительно, резко выраженные), в клинической и экспертной практике все чаще используется термин «функциональный класс», который дает возможность цифрового выражения и краткость, что более удобно, чем словесное ранжирование степени нарушенных функций.

Еще одним преимуществом понятия ФК является возможность его применения по отношению к критериям жизнедеятельности, вызывающим социальную недостаточность: ФК состояния самообслуживания, ориентации, трудоспособности, что делает его универсальным измерителем оценки эффективности реабилитации на всех уровнях. Оценивая ФК до и после реабилитации по каждому критерию и выражая в виде дроби: в числителе — до, в знаменателе — после реабилитации можно охарактеризовать два параметра:

- достигнутый уровень реабилитации;
- собственно эффективность реабилитации в баллах — разность ФК до и после реабилитации количественно характеризует эффект реабилитации.

Пример:

При исходном ФК-4 возможны варианты:

4/4 = 0 нет эффекта;

4/3 = 1 улучшение на 1 ФК;

4/2 = 2 улучшение на 2 ФК;

4/1 = 3 улучшение на 3 ФК;

4/0 = 4 полное восстановление, эффективность +4 ФК.

Если цифра со знаком «+» или «-» стоит впереди ФК, то это оценка эффективности реабилитации, а не класс. Результат может быть положительным, тогда стоит знак «+», или отрицательным. В таком случае перед цифрой стоит знак «-».

Итак, эффективность МР = ФК до лечения / ФК после лечения = $\pm 0(1,2,3,4)$ ФК.

По данным ВОЗ, в медицинской реабилитации нуждаются до 25% амбулаторных и 55% стационарных больных. Это создает широкие показания к МР, которые значительно превосходят материально-технические возможности ЛПУ, поэтому необходимо определять приоритетные контингенты, подлежащие МР.

Основные клинко-реабилитационные группы в отделении медицинской реабилитации

Многообразие контингентов, подлежащих реабилитации, проведение ее в разные периоды заболевания и инвалидности, на разных этапах медицинской помощи (стационарном, амбулаторном и санаторном, выделение разных видов (аспектов, этапов): медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной, создают необходимость разделения реабилитируемых на однородные клинко-реабилитационные группы (КРГ).

Исходя из концепции МР, принятой в Беларуси в каждой КРГ выделено 2–3 подгруппы с учетом дополнительных признаков, различных для каждой из них.

КРГ-1 — группа ранней реабилитации включает больных в ранней фазе острого или хронического инвалидизирующего заболевания. Место проведения реабилитации — лечебно-диагностические общие и специальные службы. Реабилитация больных КРГ-1 входит в компетенцию и обязанности лечащих врачей, которые проводят ее в комплексе вместе с лечебной работой.

Если реабилитация осуществляется лечащими врачами в комплексе с лечением, ИПР не заполняется, а в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного составляется план реабилитации; если больной направляется в отделение реабилитации, то ИПР составляется.

Больные КРГ-1 дифференцируются на две подгруппы в зависимости от типа проявления инвалидизирующих последствий — острого или постепенного.

КРГ-1.1 — лечебно-реабилитационная подгруппа больных с остро проявившимися инвалидизирующими последствиями травм, тяжелых, острых или обострений хронических заболеваний, оперативных вмешательств. Сюда относятся больные с травмами, инфарктом миокарда, мозговым инсультом, абсцедирующими пневмониями, туберкулезом легких или костной системы и другими заболеваниями, больные после радикальных и обширных операций при онкопатологии, патологии сердца, сосудов, легких и др. Место проведения реабилитации — стационарный этап. Реабилитация интегрируется в программу интенсивной терапии больного и включает, главным образом, два метода (физическую и психологическую реабилитацию), которые должны назначаться как можно раньше.

Цель реабилитации — преодоление или смягчение инвалидизирующих последствий: интеграция больного в семью и общество, возвращение к труду.

Задачи МР — максимально возможное восстановление функций (последствий на органном уровне); предупреждение осложнений и хронизации патологии; восстановление жизнедеятельности (последствий на организменном уровне) — социально-бытовая адаптация и профессиональное восстановление.

Социальная эффективность: сокращение продолжительности ВН и профилактика инвалидности (оптимальный эффект); предупреждение инвалидности за счет удлинения сроков лечения и ВН (хороший эффект); снижение тяжести инвалидности (удовлетворительный эффект).

Реализация клинических задач и социального эффекта в ранней фазе реабилитации у больных КРГ-1.1 достигается редко, чаще больные этой подгруппы переходят в КРГ-2 — фазу реабилитации больного с достижением максимального и хорошего эффекта в этой фазе или (реже) переходом в КРГ-3 при возникновении признаков инвалидности. Продолжительность пребывания больного в КРГ-1.1. варьирует от нескольких недель до 2–3 мес., продолжительность курса реабилитации, включая пребывание в КРГ-2 и 3, — от нескольких месяцев до 2 лет, после чего реабилитация заканчивается. Вариант реабилитации — одно- или повторно-курсовая МР.

КРГ-1.2 — вторая группа ранней реабилитации — включает больных с начальными проявлениями хронических инвалидизирующих заболеваний, еще не вызвавших последствий или проявившихся только легкими последствиями на органном уровне (артериальная гипертензия, I стадия; ишемическая болезнь сердца), место проведения МР — лечебно-диагностические службы. Этап организации медицинской помощи — амбулаторный, исполнители — лечащие врачи.

Цель реабилитации больных КРГ-1.2 — предупреждение инвалидности; ее первичная профилактика, которая начинается после возникновения инвалидизирующего заболевания (т.е. на уровне вторичной профилактики заболеваний) и реализует часть задач диспансеризации больных, а именно задачу профилактики инвалидности.

Задачи МР у больных КРГ-1.2 — профилактика возникновения последствий болезни на органном уровне (нарушений функций), предупреждение их прогрессирования, которое может привести к ограничению жизнедеятельности.

Социальная эффективность: отсутствие случаев временной утраты трудоспособности или уменьшение их числа и продолжительности, сохранение профессиональной пригодности.

Вариант реабилитации — непрерывная или непрерывно-курсовая. Непрерывность достигается продлением курса реабилитации в домашних условиях, задания на дом рассчитываются на 3–6 мес. с последующим контролем в ЛПУ или проведением там повторного курса МР и коррекции домашнего задания.

Профилактика инвалидности в этой подгруппе наиболее эффективна как в клиническом, так и в социальном аспектах. При этом МР у больных КРГ-1.2 включает комплекс преимущественно немедикаментозных методов, так называемую «поведенческую» профилактику.

Немаловажное место в МР больных КРГ-1.2 занимают «образовательные» и «просветительные» программы, так называемые «школы», целью которых является привлечение больных к участию в лечебно-реабилитационном процессе.

МР больных КРГ-1.2 проводится без заполнения ИПР больного, программа реабилитации вносится в медицинскую карту. При проведении образовательной программы составляется коллективная программа обучения, а ИПР также не заполняется.

КРГ-2 — 9 группа реабилитации больных, у которых уже проявились явные инвалидизирующие последствия на органном или организменном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности.

Вторая КРГ является чисто реабилитационной и обозначена как «группа реабилитации больного», или собственно восстановление с использованием широкого спектра ее методов. Она начинается после возникновения спектра болезни. Место проведения МР — специализированные реабилитационные отделения или центры.

Ведущей целью реабилитации здесь остается профилактика инвалидности в условиях ее угрозы и снижения тяжести возможной инвалидности. Для ее проведения составляется ИПР больного.

Дифференциация больных КРГ-2 на 2 подгруппы проводится с учетом уровня проявления инвалидизирующих последствий и угрозы инвалидности.

КРГ-2.1 — подгруппа больных с последствиями на уровне органа (нарушением функций), которые еще не привели к ограничению жизнедеятельности или нарушают ее в незначительной степени (потенциальная угроза инвалидности).

Цель реабилитации — предупреждение инвалидности на уровне вторичной профилактики.

Задачи МР — функциональное восстановление (полное, частичное), стабилизация нарушенных функций или их компенсация с помощью медико-технических средств, предупреждение прогрессирования органических последствий и их перехода в организменный уровень (ограничение жизнедеятельности), сохранение трудоспособности.

КРГ-2.2 — подгруппа больных с выраженными последствиями заболевания и травмы не только на органном, но и на организменном уровне, что создает реальную угрозу инвалидности. Здесь реабилитация — последняя мера профилактики (смягчения) инвалидности.

Больным КРГ-2.2 в периоде преинвалидности реабилитация проводится по одно-курсовому варианту, причем, продолжительность его огра-

ничена временем, необходимым для уточнения трудового прогноза и реабилитационного потенциала. После установления инвалидности больной переводится в КРГ-3. При благоприятном трудовом прогнозе и высоком реабилитационном потенциале (восстановление трудоспособности) или среднем — продолжительность курса может быть удлинена. При необходимости удлинения курса реабилитации свыше 4 мес. больной в обязательном порядке направляется на МРЭК для санкционирования продления лечения, после чего остается в КРГ-2.2 до полного или частичного восстановления трудоспособности.

Цель реабилитации больных КРГ-2.2 — предупреждение инвалидности на уровне третичной ее профилактики (предупреждение перехода ограничений жизнедеятельности в последствия на социальном уровне — социальную недостаточность) или смягчение тяжести инвалидности.

Задачи МР: смягчение выраженности нарушенных функций, преодоление (смягчение, компенсация) ограничений жизнедеятельности, стабилизация последствий (предупреждение их прогрессирования).

Социальная эффективность: оптимальная — предотвращение инвалидности; хорошая — выход на III группу инвалидности (при угрозе II или I); удовлетворительная — выход на II группу инвалидности при существовавшей угрозе I группы, т.е. восстановление основных навыков самообслуживания.

КРГ-3 — группа реабилитации в фазе инвалидности. Она начинается после установления инвалидности МРЭК с получением ИПР, которая включает не только МР, но и другие ее виды (социально-бытовую и профессиональную), что гарантировано предоставлением инвалиду ряда мер социальной помощи, развитием реабилитационных услуг в системе социальной защиты населения, образовании, службе занятости и других ведомств, обязанных адаптировать среду обитания и нуждам инвалидов.

КРГ-3.1 — инвалиды с высоким реабилитационным потенциалом, у которых возможно восстановление трудоспособности.

КРГ-3.2 включает инвалидов со средним реабилитационным потенциалом, у которых возможно частичное восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях. В эту подгруппу попадают инвалиды II группы с выраженными затянувшимися последствиями болезни.

КРГ-3.3 — инвалиды с низким реабилитационным потенциалом. Сюда относятся инвалиды I или II группы, которые могут быть адаптированы к труду в специально созданных условиях или инвалиды, нуждающиеся в социально-бытовой реабилитации.

Параметры критериев оценки жизнедеятельности

Каждый из критериев оценки жизнедеятельности может нарушаться изолированно или в комплексе с другими способностями и вызывать различную степень социальной недостаточности. Поэтому ее характеристика

требует специальной оценки по каждому критерию (передвижение, самообслуживание, ориентация, контроль своего поведения, общение, обучение, трудоспособность).

Передвижение — способность эффективно передвигаться в своем окружении, обеспечивая мобильность человека. Эта способность может быть расширена и компенсирована за счет использования транспорта, других средств, протезов и вспомогательных устройств, облегчающих передвижение.

Степень мобильности определяется состоянием и интегрированной деятельностью многих органов и систем: локомоторного аппарата (костно-мышечно-суставная система, включая ее иннервацию и кровоснабжение), систем ориентации (зрение, слух, вестибулярный аппарат, осязание), психической деятельности и др. Однако, в первую очередь, передвижение зависит от состояния локомоторных функций, нарушение которых рано сказывается на этой способности, тогда как поражение других систем вызывает его ограничение только при значительной и резкой их выраженности, когда одновременно нарушаются и другие способности организма.

Для оценки передвижения используются следующие параметры:

1. Расстояние, на которое больной может передвигаться (отправочная точка — постель).

2. Темп.

3. Характер походки (нормальная, измененная).

4. Возможность использования транспорта (общественного и личного).

ФК-0 — полная мобильность.

ФК-1 — легкое нарушение мобильности — сохранение возможности передвижения на большие (не ограниченные) расстояния при некотором замедлении темпа ходьбы, небольшом изменении походки, необходимости использования вспомогательных средств (трость) или применение медикаментов, полностью корригирующие двигательные расстройства, использование транспорта не ограничено.

ФК-2 — умеренное нарушение — ограничение расстояния передвижения районом проживания в связи с медленным темпом, явным изменением походки, необходимостью использования серьезных вспомогательных средств (костыли, ходунки, протезы), неполной медикаментозной коррекцией нарушенных двигательных функций; использование транспорта затруднено, но возможно без посторонней помощи.

ФК-3 — значительное ограничение мобильности — передвижение только в пределах ближайшего соседства от жилья с резким изменением походки и темпа ходьбы и обязательным использованием вспомогательных средств; общественным транспортом без содействия посторонних пользоваться невозможно, использование личного транспорта затруднено, но возможно при расположении его в ближайшем соседстве или возможности свободного выезда из жилья кресла-коляски.

ФК-4 — полная утрата мобильности и резкое ограничение — ограничение передвижения пределами жилья, кресла или постели; перемещение из постели в кресло затруднено, ходьба по комнате с помощью вспомогательных средств и специального обустройства жилья поручнями.

Самообслуживание — способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать эффективное независимое существование — физическую независимость. Самообслуживание включает удовлетворение самых насущных повседневных потребностей: физиологических отправления, личной гигиены, одевания, приема пищи, покупки в магазине, приготовления пищи, другие бытовые потребности. Индекс «активности повседневной жизни» включает регулируемые и нерегулируемые потребности. Для реализации способности к самообслуживанию также нужна интегрированная деятельность многих органов и систем. Параметрами для оценки нарушений самообслуживания и физической независимости служат степень зависимости от постороннего ухода и помощи и использование вспомогательных средств. При этом оцениваются:

1. Нуждаемость в посторонней помощи и уходе при удовлетворении регулируемых и нерегулируемых потребностей.

2. Интервалы:

2.1. эпизодические (1–2 раза в неделю);

2.2. длительные интервалы (24 ч.);

2.3. короткие (каждые несколько часов);

2.4. критические;

2.5. постоянная нуждаемость.

3. Возможность коррекции с помощью вспомогательных средств:

ФК-0 — полная независимость.

ФК-1 — легкая физическая зависимость: небольшая, непостоянная и нерегулярная помощь.

ФК-2 — умеренная физическая зависимость: эпизодическая помощь других лиц (выйти из ванны, привести продукты с рынка), с использованием технических средств (протезы).

ФК-3 — значительная физическая зависимость: необходимость систематической помощи через длительные и короткие интервалы (1 раз в сутки и реже) в удовлетворении регулируемых потребностей (покупка продуктов, мытье в ванной) с использованием технических средств (протезы, тьютора) при самостоятельном их одевании и снятии.

ФК-4 — резко выраженное или полное нарушение физической независимости: необходимость помощи посторонних лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие и критические интервалы либо постоянно, частичная компенсация при использовании вспомогательных технических средств только с посторонней помощью.

Ориентация — способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, воспринимать и анализировать ее состояние и соответственно реагировать на ее изменения.

Для реализации необходимо интегрированное функционирование нескольких систем:

- восприятия информации;
- анализаторов (зрение, слух, осязание);
- речи, чтения, письма (система коммуникации);
- центральной нервной системы и периферической нервной системы для передачи, анализа информации. Расстройства анализаторов могут быть компенсированы за счет технических средств (очки, линзы, слуховые аппараты) или лекарственными препаратами (нейролептики, транквилизаторы).

Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются:

1. оценка состояния систем ориентации;
2. оценка состояния систем коммуникации;
3. степень ориентации в собственной личности, месте, времени, пространстве;
4. способность анализировать и адекватно реагировать на поступившую информацию;
5. возможность компенсации речи (у логопеда) и поведения медикаментозными средствами (у психотерапевта, психиатра).

ФК-0 — нормальная способность воспринимать, анализировать и реагировать на информацию, самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке.

ФК-1 — легкое ограничение ориентации, возникает при небольшом двухстороннем нарушении функций одной из систем ориентации (зрение, слух); при значительном нарушении и возможности компенсации с помощью технических средств; при эпизодическом нарушении и возможности компенсации с помощью технических средств; при эпизодическом нарушении ориентации в связи с резкими пароксизмальными состояниями (эпиприпадки, головокружение).

ФК-2 — умеренное нарушение ориентации при значительном нарушении деятельности анализаторов, которое не компенсируется или компенсируется недостаточно (слепота на один глаз или оба до 0,11–0,15; тугоухость III–IV степени по ВОЗ на оба уха), при умеренной моторной или амнестической афазии, склонности к частым пароксизмальным нарушениям ориентации, не компенсируемым медикаментами.

ФК-3 — значительное ограничение ориентации при значительном нарушении зрительной ориентации (слабовидение на оба глаза — 0,06–0,1 или полная гемианопсия), при одновременном умеренном поражении 2-х систем ориентации (зрение, слух), при резко выраженной моторной афазии, выраженной смешанной афазии и частичной дезориентации в месте, времени, пространстве и собственной личности при невозможности компенсации медико-техническими и лекарственными средствами.

ФК-4 — резко выраженное нарушение ориентации, возникает при полном нарушении зрительной системы ориентации, значительном поражении двух систем ориентации и выраженной дезориентации в связи с психическими заболеваниями или сенсорной афазией, если эти нарушения не могут быть компенсированы.

Общение (социальная интеграция) — способность человека устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения.

Параметрами для характеристики общения служит оценка возможностей контактов с расширяющимся кругом лиц:

1. контакты со значимыми людьми (муж, дети, родственники);
2. устоявшиеся контакты (друзья, соседи, коллеги);
3. возможность установления контактов с новыми людьми.

ФК-0 — нормальное общение, способность участвовать во всех обычных общественных взаимоотношениях.

ФК-1 — легкое ограничение общения, сдерживаемые контакты из-за психологических особенностей личности или нарушение только одной из форм общения (невозможность брачных отношений из-за половых расстройств, заикание), легкая моторная или амнестическая афазия, умеренная аудиогенная дислалия (дефект речи, сопровождающий дефект слуха).

ФК-2 — умеренное нарушение общения — невозможность устанавливать новые контакты при сохранении устоявшихся контактов : пониженное общение, легкие психические нарушения, тяжелые психологические расстройства, легкая сенсорная, моторная, амнестическая афазия, выраженная аудиогенная дислалия в связи с двухсторонним тяжелым нарушением слуха с детства, тугоухость III–IV степени по ВОЗ, двухсторонняя глухота.

ФК-3 — значительное нарушение общения — нарушение устоявшихся контактов (друзья, соседи, коллеги), при сохранности отношений со значимыми людьми (ближайшие родственники), обедненное общение вследствие выраженных психических нарушений, моторная (полная), выраженная сенсорная афазия, двухсторонняя глухота.

ФК-4 — резко выраженное нарушение и невозможность общения, затруднения в поддержании контакта даже с близкими родственниками или полная невозможность поддержания отношений с другими людьми, значительно и резко выраженные психические нарушения, сенсорная или тотальная афазия.

Поведение — сложный многоплановый процесс установления и развития всех форм контактов между людьми, порожденных потребностью в совместной деятельности — отражает социальное содержание этого понятия — проявление социального бытия человека, является средством передачи форм культуры, опыта организации производственных, научных видов деятельности, формирование психической и эмоционально-волевой сферы человека. Нарушение приводит к социальной недостаточности.

Социальная интеграция требует согласованной деятельности многих органов, систем и сохранности других способностей человека (самообслуживания, ориентации, мобильности), поэтому она нарушается при многих заболеваниях.

Условия поведения:

- состояние психической деятельности;
- психологические особенности личности.

Обучение — способность воспринимать, усваивать и накапливать передаваемые знания, формировать опыт, умения и навыки. Это одна из важнейших интегративных форм жизнедеятельности, зависит от состояния психических функций (интеллект, память, внимание, ясность сознания, мышление и др.), сохранности систем коммуникации (речи) и ориентации (зрение, слух и др.) с использованием способности к общению, передвижению, самообслуживанию, определяемых психологическими особенностями личности, состоянием локомоторного аппарата, висцеральных функций и др. Из всех критериев жизнедеятельности обучение в детстве имеет наибольшую социальную значимость, она эквивалентна нарушению способности к труду у взрослых, является самой частой причиной социальной недостаточности ребенка.

Параметрами оценки способности к обучению служат:

1. возможность обучения в общеобразовательной или специальной школе либо на дому;
2. объем обучения по программе общеобразовательной или специальной школы;
3. срок обучения;
4. необходимость использования специальных вспомогательных технических средств обучения.

ФК-0 — нормальное обучение, получение образования способом и в рамках, обычных для ребенка.

ФК-1 — легкое ограничение способности к обучению, возможность обучения в обычном учебном заведении с временным освобождением (через ВКК) от отдельных предметов (физкультура, военная подготовка), периодическое непосещение занятий из-за обострений, потребность в эпизодической помощи или использование незначительных технических средств.

ФК-2 — умеренное ограничение способности к обучению с регулярным использованием серьезных технических средств, обучение в спецшколе или в спецклассе с обычным или незначительным (на 1 год) удлинением срока обучения (школы слабослышащих, слабовидящих, детей со сколиозом).

ФК-3 — значительное нарушение способности к обучению, возможность обучения в спецшколах-интернатах с использованием спецпредметов, методов, не значительным удлинением срока обучения (школы для слепых, глухих, умственно отсталых), а также обучение дома не зависимо от объема программы.

ФК-4 — невозможность обучения.

Трудоспособность. Ранжирование по ФК:

ФК-0 — трудоспособность полностью сохранена.

ФК-1 — незначительное ограничение трудоспособности (трудоустройство по ВКК).

ФК-2 — значительное ограничение трудоспособности (инвалидность III группы).

ФК-3 — возможность труда только в специально созданных условиях (инвалидность II или I группы).

ФК-4 — невозможность труда или нетрудоспособность (I, реже II группа).

Для восстановления последствий болезни на трех уровнях проводится реабилитация, которая направлена на:

- восстановление функций (полное или частичное);
- восстановление профессиональной деятельности (у детей — способности к обучению);
- восстановление социально-бытовой активности.

Контроль за динамикой и результатами МР осуществляется по следующим критериям (по Э.А. Вальчуку):

- клиническая оценка — по регрессу патологических симптомов и синдромов;
- визуальная оценка (походка, поведение, коммуникабельность и др.);
- антропометрические данные (амплитуда движений в суставах, тонус, сила в конечностях, масса тела);
- физиологические величины (АД, пульс, частота дыхания в одну минуту);
- лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, ликвора и др.);
- функциональные показатели отдельных систем;
- инструментально-аппаратные показатели (электрокардиография, фонокардиография, пневмотахометрия, глазное дно, УЗИ);
- степень психологической адаптации к выполнению трудовых и бытовых навыков.

Технология реабилитационного потенциала на этапе МР начинается и заканчивается оценкой объекта реабилитации.

В практике реабилитации используются различные критерии оценки эффективности реабилитации: клинические, социальные и по ФК.

Клинические критерии (выздоровление, значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение) отражают только функциональное восстановление (органный уровень) и характеризуют достигнутый уровень реабилитации, но не отражают степень восстановления функций, социально-бытовой и профессиональной деятельности. Преимущество их в универсальности, унификации, в широком использовании в клинике, поэтому отвергать их не следует.

Социальные оценивают трудоспособность (частоту ВН — число случаев и продолжительность ВН — число дней), а также тяжесть инвалидно-

сти. Недостаток: узкая направленность, характеризуют эффективность реабилитации только на социальном уровне.

Эффективность реабилитации должна оцениваться дифференцированно по отношению к достижению каждой цели, а ее критерии — отвечать следующим требованиям:

- универсальность — возможность использования при разных заболеваниях и в работе разных отделений реабилитации;
- унификация способов оценки разных сторон реабилитации (функционального, бытового, и социального восстановления);
- возможность цифрового выражения оценок;
- простота и доступность оценок, опыт их использования в клинической и экспертной практике.

Виды реабилитационного потенциала, методы оценки эффективности реабилитации

С целью определения прогноза восстановления нарушенных функций и возможности восстановления больного к трудовой деятельности в каждом конкретном случае должен определяться реабилитационный потенциал (РП).

РП — это реабилитационный прогноз, предвидение возможности в будущем максимального достижения восстановления категорий жизнедеятельности и трудоспособности. Он должен учитывать возможности обратимости и (или) компенсированности функциональных нарушений, психологическую готовность больного к реабилитации, возможность компенсации патологии при помощи технических средств.

Факторы, определяющие РП:

1. Медицинские:

- клиническое течение заболевания;
- оценка характера и степени выраженности сопутствующего заболевания;
- наличие функциональных резервов организма;
- клинико-трудовой прогноз.

2. Психологические:

- психологические особенности личности реабилитанта;
- определение установки на продолжение трудовой деятельности или возможности ее коррекции;

- наличие пре- или постморбидных нервно-психических нарушений.

3. Социальные факторы:

- место жительства;
- уровень образования и профессиональной подготовки;
- профпригодность в основной профессии;
- возможность приобретения другой профессии;
- наличие условий для рационального трудоустройства;
- экономическое положение реабилитанта и его семьи.

С учетом медицинских, психологических и социальных факторов определяется РП:

- *высокий* — определяются возможности восстановления всех 3-х уровней последствий болезни или их незначительное ограничение — благоприятный трудовой прогноз;

- *средний* — возможность частичного функционирования бытового и трудового восстановления — относительно благоприятный трудовой прогноз;

- *низкий* — восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях невозможно, но есть условия восстановления бытовых навыков — неблагоприятный трудовой прогноз.

Высокий РП имеют лица:

- с незначительным или умеренным нарушением функции вследствие основного заболевания с легким синдромом взаимного отягощения;

- с редкими нетяжелыми обострениями на фоне немедикаментозного лечения;

- при сохранении или незначительном снижении физической или умственной работоспособности с положительной динамикой заболевания;

- с адекватным отношением больного к своему состоянию и лечению;

- с высокой трудовой установкой или возможностями ее коррекции;

- сохранившие профпригодность или имеющие возможность приобрести профессию.

Средний РП имеют лица:

- с умеренным нарушением функций вследствие заболевания или травмы, с умеренным синдромом взаимного отягощения;

- при средней частоте обострения на фоне поддерживающего лечения;

- при умеренном снижении физической и умственной работоспособности;

- с адекватным отношением к своей болезни и лечению;

- с благоприятным клинико-трудовым прогнозом;

- при наличии условий для рационального трудоустройства.

Низкий РП имеют:

- инвалиды.

Способность к передвижению может быть расширена и компенсирована за счет использования транспортных средств, протезов и других вспомогательных устройств.

Основные медико-технические средства для реабилитации больных и инвалидов

Медико-технические средства компенсации передвижения делятся на основные и вспомогательные. К основным относятся кресло-, вело-, мотоколяски и автомобили. Они улучшают мобильность, повышают качество жизни, но не изменяют нарушенную функцию нижних конечностей. Поэтому практическое использование названных технических средств не является основанием для снижения группы инвалидности.

К вспомогательным средствам относятся ходунки, протезы, ортозы, трости, костыли, облегчающие передвижение; к ним же относятся протезы и ортезы нижних конечностей, которые одновременно улучшают или частично замещают утраченную функцию конечности. В подобных случаях наличие или отсутствие компенсации влияет на определение ФК и экспертное решение. Так, функция одной нижней конечности без протезирования вызывает значительное нарушение передвижения (ФК-3), а после протезирования и адаптации к протезу оценивается как ФК-2.

ИПР — определение понятия, цели, принципы реализации ИПР

Согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», принятому Верховным Советом Беларуси в 1991г., «медицинская, профессиональная и социальная реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с ИПР, определяемой на основе заключения МРЭК государственными органами с участием представителей общественных организаций инвалидов».

ИПР — это перечень различных методов медицинского, бытового и социального характера, направленных на достижение конкретной цели реабилитации данного больного или инвалида.

Цель ИПР — формирование системы мероприятий, предусматривающих:

1. снижение силы, частоты и длительности действия чрезмерных факторов внешней среды;
2. усиление или компенсацию способности организма и личности противостоять обычным или чрезмерным негативным средовым факторам;
3. устранение обратимых функциональных последствий заболевания или травмы;
4. физиологическую, психологическую и техническую компенсацию не полностью обратимых или необратимых функциональных последствий;
5. устранение или уменьшение тяжести бытовых потерь за счет адаптации жилья с использованием помощи семьи или других людей;
6. психологическую и физиологическую адаптацию к конкретной трудовой деятельности при условии исходной установки на труд.

Методические подходы к составлению ИПР больных и инвалидов

Формирование ИПР заключается в проведении экспертно-реабилитационной диагностики, определении реабилитационного прогноза, необходимости проведения определенных мероприятий, услуг и компенсации нарушенных функций, то есть в необходимости определения реабилитационного потенциала конкретного больного или инвалида, который в совокупности с медицинскими, психологическими и социальными факторами определяет наличие возможности улучшения качества жизни больного с учетом имеющегося функционального класса.

В основе разработки программ реабилитации должны лежать методические подходы, предъявляемые к их состоянию, основными из которых являются:

- соблюдение основных принципов МР: раннее начало, этапность, преемственность, комплексность, индивидуализация, последовательность и проведение в коллективе с другими больными;
- ориентация на достижение конкретного конечного результата;
- соответствие конкретной фазе (периоду) заболевания;
- составление общей технологии реабилитационного процесса в ЛПУ (определение критериев жизнедеятельности — ИПР — оценка ее эффективности);
- определение объема и очередности восстановительного лечения, характера и продолжительности процедур их ориентировочного числа, плотности реабилитационных мероприятий, реальные возможности выполнения ИПР;
- ИПР должна служить руководством для лечащего врача и врача-реабилитолога по вопросам тактики ведения больного;
- ИПР должна служить руководством для главного врача ЛПУ по вопросам организации реабилитационного процесса (количество реабилитационных коек, количество и профиль реабилитационных кабинетов, график их работы и т.д.).

Реализация ИПР должна носить государственный характер гарантий соблюдения прав инвалида в области медицинской, медико-профессиональной и социальной реабилитации, основываться на общедоступности системы реабилитации, на основе учета физических, психофизических, социальных особенностей реабилитантов и соблюдении основных принципов.

Принципы реализации ИПР:

- вмешательство на возможно более ранней стадии;
- оказание индивидуальной помощи, т.е. индивидуализация, в зависимости от конкретных потребностей каждого инвалида в отдельности путем обеспечения средствами, способствующим этим потребностям;
- комплексность: применение многообразных форм и методов реабилитации на основе системного подхода при их осуществлении;
- обеспечение государственно-общественного характера управления системой реабилитации;
- организация координации деятельности служб, осуществляющих медико-социальную реабилитацию.

ИПР больного заполняется на пациентов стационарных и поликлинических отделений и центров медицинской реабилитации, у которых вследствие заболевания или травмы имеются нарушения функций, приводящие к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности или создающие их угрозу (приложение 1).

В стационаре вместо ИПР на отдельном листе медицинской карты стационарного больного составляется план МР, которому предшествует формулировка *развернутого клинико-функционального диагноза*, указываются основные нарушения функций, ограничения жизнедеятельности, а также отмечается *цель реабилитации*. По окончании курса реабилитации на этом же листе отмечается состояние трудоспособности и рекомендации по продолжению трудовой деятельности и (или) продолжению реабилитационных мероприятий.

ИПР инвалида заполняется, как правило, специалистами МРЭК с учетом выраженности имеющихся функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, которые определяются на основании клинико-функционального диагноза, степени выраженности сопутствующих заболеваний, а также с учетом ряда специальных факторов: социальной группы реабилитанта, его профессии, общеобразовательного уровня, места проживания, семейного положения и др. (приложение 2).

Приложение 1

Индивидуальная программа медицинской реабилитации больного №

Ф.И.О. _____

Домашний адрес, тел. _____

1. Пол: муж., жен. 2. Год рождения _____ 3. Образование: начальное; среднее; ср. специальное; ср. техническое; нез. высшее; высшее.

4. Профессия _____ 5. Кем работает _____

6. Социальная группа _____

7. Направлен на реабилитацию: впервые, повторно. У повторно обратившихся – дата начала 1 курса реабилитации _____

8. Дата начала данного курса реабилитации _____

9. Дата его окончания _____

10. Продолжительность курса реабилитации _____

11. Вариант реабилитации :курсовой (повторнокурсовой), непрерывнокурсовой.

12. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ _____

13. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ _____

14. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ	ФК		Эффект реабилитации	
	До реаб.	После реаб.	В баллах (%)	Клинический
15. ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	ФК		Эффект реабилитации	
	До реаб.	После реаб.	До реаб.	После реаб.

16. Клинико-реабилитационная группа _____

17. ЦЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ: 1 — сохранение функции, восстановление функции (полное, частичное); 2 — восстановление трудоспособности (полное, частичное); 3 — восстановление бытовой активности (жизнедеятельности).

18. ПРИЧИНА НЕВЫПОЛНЕНИЯ ИПР: нежелание больного, несвоевременное направление в реаб. учреждение, затруднение в получении специализированной помощи, прочие.

19. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: реабилитация закончена; рекомендовано продолжить МР в дальнейшем учреждении через __ месяцев; направлен в центр реабилитации, на медико-профессиональную реабилитацию, на МРЭК.

20. Состояние трудоспособности после реабилитации: трудоспособность восстановлена полностью; частично (незначительное или значительное стойкое ограничение трудоспособности); трудоспособность не восстановлена.

21. Временная нетрудоспособность: при хронических заболеваниях за последние 12 месяцев _____; при острых заболеваниях за весь период болезни _____.

22. Определена инвалидность во МРЭК: I группа, II группа; III группа.

23. ОБЪЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

№ п/п	Реабилитационные мероприятия	Дата назначения	Количество процедур		Отметка об исполнении
			назначено	выполнено	
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия				
2.	ЛФК				
3.	Рефлексотерапия				
4.	Аппаратная физиотерапия				
5.	Массаж				
6.	Водолечение				
7.	Теплолечение				
8.	Диетотерапия				
9.	Эрготерапия (трудотерапия, бытовая реабилитация)				
10.	Школа больного				
11.	Медикаментозная терапия				
12.	Технические средства реабилитации				
13.	Другие методы				

ЭПИКРИЗ:

Врач, составлявший ИПР _____

Зав. отделением реабилитации _____

Приложение 2

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ф.И.О. 2. Возраст
3. Образование 4. Профессия
5. Группа 6. Причина инвалидности
7. Место работы 8. Место жительства

ЭКСПЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА

9. Клинико-функциональный диагноз
 10. Социально-средовая характеристика
 11. Профессиональный статус:
 - 12.1. к передвижению (частичная, полная, сохранена);
 - 12.2. к ориентации (частичная, полная, сохранена);
 - 12.3. к общению (частичная, полная, сохранена);
 - 12.4. к контролю за своим поведением (частичная, полная, сохранена);
 - 12.5. к трудовой деятельности (частичная, полная, сохранена);
- Потребность в проведении реабилитации

№	Реабилитационные мероприятия	Конкретный исполнитель реаб. меропр.	Сроки исполнения	Отметка об исполнении
13.1	Медицинская реабилитация			
13.1.1.	Восстановительная терапия			
13.1.2.	Реконструктивная хирургия			
13.1.3.	Протезирование			
13.2.	Социальная реабилитация			
13.2.1.	Обеспечение вспомогательными бытовыми техническими средствами			
13.2.2.	Предоставление услуг территориальных центров социального обслуживания			
13.2.3.	Предоставление самостоятельных или автономных средств передвижения			
13.2.4.	Обучение пользованию предоставляемыми техническими средствами			
13.2.5.	Консультативно-информационная и социальная помощь			
13.2.6.	Материальная помощь			
13.2.7.	Воспитание и общеобразовательное обучение в специализированных учреждениях			
13.3.	Профессиональная реабилитация			
13.3.1.	Профессиональная ориентация			
13.3.2.	Профессиональное обучение и переобучение			
13.3.3.	Рациональное трудоустройство			
13.3.4.	Предоставление вспомогательных технических средств для трудовой деятельности			

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев Г.К., Бредихин В.В.* Поликлиника — центральный этап восстановительного лечения // *Воен.-мед. журн.* — 1995. — № 8. — С. 9–13.
2. *Вальчук Э.А.* Роль и место медицинской реабилитации в системе медико-санитарной помощи // *Вопр. организ. и информ. здравоохран.* — 1995. — № 1. — С. 3–22.
3. *Григорьева В.Н.* Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных // *Журн. неврологии и психиатрии.* — 1997. — № 12. — С. 95–99.
4. *Жарков А.* О враче-реабилитологе // *Врач.* — 1996. — № 6. — С. 30–31.
5. Закон «О социальной защите инвалидов в РБ». — Мн., 1991.
6. Закон «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов». — Мн., 1991.
7. *Зборовский Э.И.* Концепция Государственной научно-технической программы «Предупреждение инвалидности и реабилитация больных и инвалидов» // *Ахова працы.* — 1996. — № 1–2. — С. 13–14.
8. *Ильницький А.Н.* Организация этапов медицинской реабилитации больных терапевтического профиля. — Мн.: Бел. Навука, 2003. — 317 с.
9. *Каратай Ш.С.* Проблемы диспансеризации и реабилитации граждан, подвергшихся облучению при ликвидации радиационных аварий // *Казанский мед. журн.* — 1994. — № 5. — С. 338–342.
10. *Кукушкина Т.Н., Докши Ю.М., Чистякова Н.А.* Руководство по реабилитации больных, частично утративших работоспособность. — Л.: Медицина, 1989. — 176 с.
11. *Латышева В.Я.* Курс лекций по медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизе для студентов лечебно-профилактического факультета медицинского института. — Гомель: ГоГМУ, 1999. — 64 с.
12. *Латышева В.Я.* Основные положения медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. Ч.1. — Гомель: ГоГМУ, 2003. — 52 с.
13. Организация реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях // *Мед. помощь.* — 1996. — № 4. — С. 16–18.
14. Оценка критериев жизнедеятельности: Метод рекомендации / Бел. ин-т усовершенств. врачей; сост.: Л.С. Гиткина, Э.И. Зборовский, В.В. Колбанов, Т.Д. Рябцева. — Мн., 1995. — 19 с.
15. Положение об индивидуальной программе реабилитации больных и инвалидов, утвержденное МЗ РБ 9.04.93 г.
16. Приказ МЗ Республики Беларусь № 13 от 25.01.93г. «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в РБ».
17. *Смычек В.Б.* Основы реабилитации (курс лекций). — Мн.: ЮНИКАП, 2000. — 132 с.

18. *Смычек В.Б.* Медико-социальная экспертиза и реабилитация. // *В.Б. Смычек, Г.Я. Хулан, В.К. Милькиманович.* — Мн.: ЮНИКАП, 2005. — 420 с.

19. Справочник по санаторно-курортному отбору. М.: Медицина, 1986. — 58 с.

20. *Степаненко Н.И., Пустовойтенко В.Т.* К вопросу о медико-профессиональной реабилитации инвалидов ортопедо-травматологического профиля: Сб. науч. тр. / СПб. ин-т усоверш. врачей-экспертов. — СПб., 1995. — Вып. 4. — С. 205–209.

21. *Улащик В.С.* Физическая терапия и реабилитация: интеграция или сотрудничество? // *Здравоохр. Беларуси.* — 1995. — № 3. — С. 3–7.

22. *Ясногородский В.Г.* Справочник по физиотерапии. — М.: Медицина, 1992. — 346 с.

Учебное издание

**Латышева Валентина Яковлевна
Ковальчук Петр Николаевич
Абрамов Борис Эвильевич**

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.
КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
ПОТЕНЦИАЛ. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
И ИНВАЛИДОВ. СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. ОСНОВЫ
ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

*Учебно-методическая разработка
к практическому занятию № 1 по медицинской реабилитации
для студентов V курса лечебно-профилактического факультета*

Редактор Лайкова В.Г.

Подписано в печать 01. 11. 2005
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,25. Тираж 100 экз. Заказ № 197

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

