

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра теории и методики физической культуры
и спортивной медицины

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

Курс лекций

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2021*

УДК 364.4:61(075.8)
ББК 60.953.5я73+51.1,3я73
Р31

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 4 от 18.02.2021.

Составитель: доцент кафедры теории и методики физической культуры и спортивной медицины ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук, доцент **Т.Ю. Крестьянинова**

Рецензент:
профессор кафедры теории и методики физической культуры и спортивной медицины ВГУ имени П.М. Машерова,
доктор медицинских наук, профессор *Э.С. Питкевич*

Р31 **Реабилитология : курс лекций / сост. Т.Ю. Крестьянинова. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. – 64 с.**

Курс лекций предназначен для студентов специальности 1-86 01 01 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность). Представлены современные подходы к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в соответствии с современной концепцией последствий болезни. Рассмотрены основные положения медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации, приводятся главные критерии оценки эффективности проведенной реабилитации, а также типовые реабилитационные программы с учетом выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

УДК 364.4:61(075.8)
ББК 60.953.5я73+51.1,3я73

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
<i>Лекция 1</i> Введение. История развития и становления службы реабилитации	5
<i>Лекция 2</i> Теоретические основы реабилитации	8
<i>Лекция 3</i> Современные подходы к реабилитации больных и инвалидов ..	13
<i>Лекция 4</i> Медицинская реабилитация	18
<i>Лекция 5</i> Фазы реабилитации	27
<i>Лекция 6</i> Организация службы реабилитации и подготовка кадров ...	35
<i>Лекция 7</i> Оценка эффективности реабилитации	40
<i>Лекция 8</i> Профессиональная реабилитация больных и инвалидов	43
<i>Лекция 9</i> Социальный этап реабилитации	51
<i>Лекция 10</i> Индивидуальная программа реабилитации больного и инвалида	55
ЛИТЕРАТУРА	63

ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь большое внимание уделяется медицинской и социальной интеграции неполнофункциональных граждан, в том числе детей и молодежи, в общество, созданию условий для их полноценной жизни. Реабилитация осуществляется посредством тесной взаимосвязи между учреждениями здравоохранения, региональными отделениями занятости населения, центрами профессиональной подготовки и переподготовки службы занятости, учреждениями Министерства образования, предприятиями общественных организаций, социальной службой.

В связи с этим возникла необходимость в подготовке высококвалифицированных специалистов в области реабилитологии не только медицинского профиля, но и социальных работников.

Курс лекций предназначен для студентов специальности 1-86 01 01 01 «Социальная работа (социально-педагогическая деятельность)».

Рассмотрена история развития и становление службы реабилитации. Дан анализ законодательных и правовых актов, направленных на социальную защиту лиц с ограниченными возможностями, действующих в Республике Беларусь и других странах. Представлены современные подходы к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в соответствии с современной концепцией последствий болезни.

Рассмотрены основные положения медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации, критерии оценки эффективности проведенной реабилитации, а также типовые реабилитационные программы с учетом выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Особое внимание уделяется бытовой реабилитации неполнофункциональных лиц. Дается схема экспертизы профпригодности, а также схема взаимодействия на профессиональном этапе реабилитации.

Приведена методика оценки экономической эффективности реабилитационных программ.

Приложения содержат шкалы, тесты и опросники для оценки эффекта реабилитации больных, бланк индивидуальной программы социальной реабилитации инвалида с инструкцией к заполнению, бланк индивидуальной программы профессиональной реабилитации инвалида с инструкцией к заполнению, бланк индивидуальной программы медицинской реабилитации инвалида с инструкцией к заполнению, протоколы индивидуальных программ реабилитации.

Лекция 1

ВВЕДЕНИЕ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Цель реабилитации – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека.

По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская, физическая, психологическая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая.

Проблема неполнофункциональных граждан общества известна с древних времен и ее решение всегда зависело от экономического, политического, культурного уровня конкретной страны и от этапа развития общества в целом. Пройдя путь от идей неприязни и физического уничтожения инвалидов, общество пришло к пониманию необходимости интеграции и реинтеграции в общество лиц с различными физическими дефектами и психосоциальными нарушениями.

Реабилитология – это наука, которая изучает закономерности, методы и средства восстановления морфологических структур и функциональных возможностей человека, утраченных им в результате того или иного заболевания, травмы или врожденных дефектов в формировании и развитии организма, а также связанные с этим восстановлением социальные последствия.

Реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов.

В эпоху средневековья отношение к неполнофункциональным гражданам ухудшилось, что выразилось в задержке развития организационных форм оказания помощи, и только распространение христианства способствовало становлению более высокого, чем ранее, уровня отношения к инвалидам в виде общественного и частичного призрения. При монастырях стали открываться приюты и богадельни, в которых призремые должны были обрабатывать предоставляемые им крова и пищу.

На Руси после введения христианства отношение общества к лицам с ограниченными возможностями сводилось к кормлению нищих, в годы правления князя святого Владимира появились первые больницы, в которых оказывалась медицинская помощь. При многих монастырях устраивались особые помещения для нищих и убогих в соответствии с Церковным уставом 996 г., в котором в обязанности духовенства вменялись надзор и попечение.

В России в 1663 г. был издан Указ о назначении инвалидам-раненым и пришедшим из плена денежного и кормового довольствия. Инвалиды по этому указу делились на две категории – тяжело- и легкораненые, а с 1678 г. инвалиды подразделялись уже на три разряда: тяжело-, средне- и легкораненых.

Систематизация мероприятий в сфере общественного призрения происходит при императоре Петре I – появляется дифференциация нуждающихся по их потенциалу (трудоспособные, профессиональные нищие, временно нетрудоспособные и т.д.). В 1700 г. император пишет о создании во всех губерниях богаделен для старых и увечных, а также госпиталей для незаконнорожденных («засорных») детей и сиротских домов.

В конце XIX – начале XX столетия возникают понятия «полной и частичной трудоспособности», а в 1903 г. издаются «Правила для определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень утраты трудоспособности выражалась в процентах. Было указано, что владельцы предприятий обязаны были лечить пострадавшего и уплачивать ему денежное пособие во время лечения и пенсию в случае наступления инвалидности.

Начиная с 1908 г. в России стали организовываться врачебные консультационные бюро; 22 декабря 1917 г. был издан декрет «О страховании на случай болезни», а 31 октября 1918 г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся».

В 1920-е годы стали появляться первые общества инвалидов. В 1925 г. было организовано Всероссийское общество слепых (ВОС), а в 1926 г. – Всероссийское общество глухих (ВОГ), которые взяли на себя заботу и ответственность за трудовое устройство данного контингента инвалидов. В 1933г. были организованы врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). Перед врачами-экспертами ставится важнейшая задача – изучить возможности рационального трудоустройства. Поэтому в 1930 г. в Москве создается Институт экспертизы трудоспособности Московского областного отдела здравоохранения, в 1932 г. – Центральный научно-исследовательский институт трудоустройства инвалидов, которые в 1937 г. объединяются в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Аналогичные институты создаются в 1932–1934 гг. в других городах: в Харькове, Ростове, Горьком, Ленинграде, позже – в Днепропетровске, Виннице, Минске.

Начиная с 1950-х годов в Советском Союзе развивается концепция интеграции больных и инвалидов в общество. При этом упор делается на их обучение, получение ими технических средств.

В 1970-е годы в Ленинграде поэтапно создаются многопрофильные центры реабилитации больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, последствиями травм опорно-двигательного аппарата, головного, спинного мозга, болезнями сердечно-сосудистой системы, почек, с использованием комплексов восстановительного лечения в условиях стационаров – поликлиник, курортных учреждений. Впервые в стране создана система промышленной реабилитации на базе Горьковского автозавода, которая была одобрена коллегией Минздрава.

Системы реабилитации в разных странах имеют значительные различия, и поэтому поднимаются вопросы о необходимости международного сотрудничества, разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. В 1993 г. Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов», политической и моральной основой которых являлись Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действия в отношении инвалидов.

В 1970-е годы большое внимание вопросам реабилитации уделяет Организация Объединенных Наций. Так, в 1975 г. на Генеральной ассамблее ООН была принята резолюция, призывающая государства-члены ООН укреплять веру инвалидов в права человека, в основные свободы и принципы мира, достоинства и ценности человека, в принципы социальной справедливости. Генеральная ассамблея ООН, провозгласила «Декларацию о правах людей с физическими или умственными недостатками» и призвала все страны к соблюдению ее положений, которые являются эталоном в защите прав увечных.

В Республике Беларусь существуют следующие законодательные акты: «Закон о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1991 г.), согласно его (статьи 13) было введено понятие «индивидуальная программа реабилитации инвалидов»; Закон «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.); приказ Минздрава Республики Беларусь от 25 января 1993 г. № 13 «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь». В соответствии с ним утверждены положения о профильном и специализированном центре медицинской реабилитации; отделениях медицинской реабилитации поликлиники и стационара; заведующем отделения медицинской реабилитации и враче-реабилитологе; отделе и секторе медико-социальной реабилитации

и экспертизы управления здравоохранения облисполкомов; центре медико-профессиональной реабилитации областной больницы; Совете по медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов; организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях. Было начато формирование единой системы медицинской реабилитации в республике. Сегодня, в каждой области разработана программа предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов.

Лекция 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Теоретической основой реабилитации является трехмерная концепция болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ IX и X пересмотров) в виде «Международной классификации...» и «Номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности». Согласно трехмерной концепции болезни ее воздействие на организм человека рассматривается на трех уровнях:

– I уровень – последствия болезни на уровне органа – морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем («дефект» нарушения функций), в классификации отражены как «нарушения»;

– II уровень – последствия на организменном уровне (в классификации – «ограничение жизнедеятельности») – нарушение интегративных функций целостного организма или его способностей (к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению, труду), позволяющих индивидууму адаптироваться к окружающей среде и не зависеть от помощи посторонних лиц;

– III уровень – последствия на социальном уровне (в классификации «социальная недостаточность») – социальная дезадаптация (невозможность выполнения общественной роли, определяемой возрастом, воспитанием, образованием, профессией и конкретными условиями среды).

Болезнь и ее последствия можно представить следующей схемой:



Болезнь определенное время может протекать латентно. Первые ее последствия материализуются в виде морфологических изменений одного, реже нескольких органов, приводящих к нарушению функций органа или систем. В классификации морфо-функциональные сдвиги обозначаются как «нарушения» или «дефект» – последствия на органном уровне. По мере нарастания функционального дефекта ограничивается повседневная деятельность целостного организма – болезнь проявляется на организменном уровне ограничением жизнедеятельности, что приводит к социальным последствиям – социальной недостаточности. Последствия болезни на трех уровнях – это 3 грани патологического процесса, на определенной стадии заболевания существующие одновременно как триединая целостность.

Схема иллюстрирует, что все последствия болезни имеют место у одного и того же индивида.

В контексте оценки здоровья, «**нарушение**» – это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры, или функции. В принципе, нарушение – это внешнее проявление патологического состояния и представляет собой расстройство на уровне органа.

Номенклатура нарушений:

1. Умственные и психические нарушения.
2. Другие психологические нарушения.
3. Языковые и речевые нарушения.
4. Слуховые (или слухо-вестибулярные) нарушения.
5. Зрительные нарушения.
6. Висцеральные и метаболические нарушения.
7. Локомоторные или двигательные нарушения.
8. Уродующие нарушения.
9. Общие нарушения (сенсорные).

Под **ограничением жизнедеятельности** в характеристиках здоровья понимается любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста.

В Международной классификации нарушений (1980) перечислены 7 основных способностей – категорий (критериев) жизнедеятельности.

Классификация ограничений жизнедеятельности:

- 1) способность к передвижению;
- 2) способность к самообслуживанию;
- 3) способность к ориентации;
- 4) способность к общению;
- 5) контроль за своим поведением;
- 6) способность к обучению;
- 7) способность к труду.

Каждый из критериев жизнедеятельности может нарушаться изолированно или в комплексе с другими способностями и вызывать различную

степень социальной недостаточности. Поэтому характеристика жизнедеятельности требует специальной оценки по каждому ее критерию.

Социальная недостаточность (социальная дезадаптация) – неспособность больного человека (вытекающая из нарушения функций и ограничения жизнедеятельности) выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола и социального положения). Социальная недостаточность представляет собой социализацию болезни и отражает бытовые, социальные и экономические последствия болезни для инвалида и его контактов со средой обитания. Следствием ее является нарушение возможности интеграции в общество.

Разработан унифицированный подход к оценке разных нарушений и ограничений жизнедеятельности. С этой целью было использовано понятие **функциональный класс (ФК)**. ФК в соответствии с методическими рекомендациями «Оценка жизнедеятельности и эффективности реабилитации» (Л.С. Гиткина и др., 1995) ранжируется по 5-ти бальной шкале, принятой за 100%.

ФК-0 – характеризует нормальное состояние параметра, ФК-I – легкое его нарушение (до 25%), ФК-II – умеренное – среднее (от 25% до 50%), ФК-III – значительное (от 51% до 75%), ФК-IV – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76% до 100%).

Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности

Передвижение – способность эффективно передвигаться в своем окружении, обеспечивающая мобильность человека. Способность к передвижению может быть расширена и компенсирована за счет использования технических средств, протезов, ортезов и других вспомогательных устройств, облегчающих передвижение, а также транспорта.

Медико-технические средства компенсации передвижения делятся на основные и вспомогательные. К основным относятся кресло-, вело-, мотоциклы и автомобили. Они улучшают мобильность, повышают качество жизни, но не изменяют нарушенную функцию нижних конечностей, в связи с чем не являются основанием для снижения группы инвалидности.

К вспомогательным средствам относятся ходунки, протезы, 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 функции влияет на определение ФК. Так, ампутация одной нижней конечности без протезирования вызывает значительное нарушение передвижения (ФК-III), а после протезирования и адаптации к протезу оценивается ограничение передвижения баллом 2 (ФК-II).

Для оценки передвижения используются следующие параметры:

- расстояние, на которое больной может передвигаться (отправная точка – постель).

- темп передвижения и характер походки (нормальная, измененная).
- возможность использования медико-технических средств для компенсации нарушений передвижения.

- необходимость посторонней помощи при передвижении.
- возможность использования транспорта (общественного и личного).

Самообслуживание – способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать эффективное независимое существование в окружающей среде без помощи других лиц – физическая независимость. Самообслуживание включает самостоятельное удовлетворение самых насущных повседневных потребностей, так называемых нерегулируемых потребностей (физиологических отправлений, личной гигиены, одевания и приема пищи) и осуществление более широкого круга повседневных бытовых потребностей (покупки в магазине, приготовление пищи, уборка помещения, заправка постели, стирка (малая и крупная), поддержание должной температуры помещения, пользование замками, выключателями, кранами, различными домашними приборами, телефоном и др.). В отличие от первых – это регулируемые потребности, в отношении которых помощь посторонних может быть спланирована и оказываться реже одного раза в сутки или эпизодически.

Параметрами для оценки нарушений самообслуживания и физической независимости служат:

- нуждаемость в посторонней помощи и уходе при удовлетворении регулируемых или нерегулируемых потребностей;
- интервалы, через которые возникает такая нуждаемость: эпизодическая нуждаемость (1–2 раза в неделю), длительные интервалы (24 часа и реже), короткие – каждые несколько часов, критические (более короткие и непредсказуемые) интервалы и постоянная нуждаемость;
- возможность коррекции с помощью вспомогательных средств и адаптации помещения.

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

Для реализации ориентации необходимо интегрированное функционирование нескольких систем:

- зрения, слуха, осязания, обоняния (систем ориентации), речи, чтения, письма (систем коммуникации);
- центральной и периферической нервной системы для передачи, анализа информации и выработки ответной реакции на ее изменение, адекватной психической деятельности.

Расстройства ориентации на уровне анализаторов иногда могут быть полностью или частично компенсированы за счет медико-технических средств (очки, линзы, слуховые аппараты, электрические устройства и др.) либо за счет компенсации одного анализатора другим (глухой компенсиру-

ет свой недостаток зрением, слепой – слухом и осязанием и т.д.). Компенсации нарушений психической деятельности могут достигаться медикаментозными средствами (нейролептики и др.).

Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются:

- оценка состояния систем ориентации и возможности их компенсации;
- оценка состояния систем коммуникации и возможность их компенсации;
- степень ориентации в собственной личности, месте, времени и пространстве;
- способность анализировать и адекватно реагировать на поступившую информацию;
- возможность компенсации речи и поведения медикаментозными средствами.

Общение – способность человека устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения. Здесь важны два параметра: средства коммуникации и социальная интеграция.

Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами – чтение и письмо; коммуникация может осуществляться как с помощью вербальных (словесных), так и невербальных символов. Помимо сохранности речи коммуникация требует сохранности систем ориентации (слуха и зрения). Другим условием общения служит нормальное состояние психической деятельности и психологических особенностей личности. Коммуникация характеризует общение в физиологическом смысле и отражает узкое содержание этого термина.

Социальная интеграция – 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. Социальная интеграция требует согласованной деятельности многих органов и систем и сохранности других, более элементарных способностей человека (самообслуживания, мобильности), отсюда вытекает большая частота ее нарушений при многих и разных заболеваниях, когда нарушения общения носят вторичный характер (прикованность к жилью, постели). Первичное ограничение общения возникает при поражении систем коммуникации, ориентации, расстройствах психической деятельности и наличии психологических особенностей личности.

Параметрами для характеристики общения служит оценка возможностей контактов с расширяющимся кругом лиц: с ближайшими родственниками, друзьями, соседями, коллегами, с новыми людьми.

Способность к обучению – способность воспринимать, усваивать и накапливать передаваемые знания, формировать опыт, умения и навыки.

Способность к обучению – одна из важнейших интегративных форм жизнедеятельности. Она зависит, в первую очередь, от состояния психических функций (интеллекта, памяти, внимания, ясности сознания, мышления и др.), сохранности систем коммуникации (речи – устной и письменной) и ориентации (зрение и слух и др.). Одновременно обучение требует использования способности к общению, передвижению, самообслуживанию и др., определяемых психологическими особенностями личности, состоянием локомоторного аппарата, висцеральных функций и др. Способность к обучению нарушается при заболеваниях многих органов и систем. Из всех критериев жизнедеятельности нарушение способности к обучению имеет наибольшую социальную значимость в детском возрасте, оно эквивалентно нарушению способности к труду у взрослых и является самой частой причиной социальной недостаточности ребенка.

Параметрами для оценки способности к обучению служат:

- возможность обучения в общеобразовательной или в специальной школе (либо на дому).
- объем обучения по программе общеобразовательной или специальной школы.
- сроки обучения.
- необходимость использования специальных вспомогательных средств обучения.

Способность к труду (трудоспособность) – критерии оценки трудоспособности, много лет используемые в экспертной практике, сохраняют свое значение в медико-социальной экспертизе и реабилитации и легко могут быть ранжированы по ФК.

Таким образом, знание и применение на практике «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» позволит понять сущность современной концепции последствий болезни, своевременно оценивать состояние реабилитанта и качественно расставлять акценты в методах воздействия на состояние здоровья больного или инвалида с целью его максимальной интеграции в общество.

Лекция 3

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества является реабилитация больных и инвалидов, т.е. 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 в общество и к общественно-полезному труду.

Исходя из этого, конечной целью реабилитации является повышение качества жизни больных и инвалидов, их социальная интеграция в общество, в семью, в трудовой коллектив, а стратегической задачей реабилитации должна являться социальная интеграция реабилитанта и обеспечение ему приемлемого **качества жизни**, т.е. достижение удовлетворенности человека своим физическим, психическим состоянием и социальным статусом.

Внимание к вопросам реабилитации обусловлено нарастанием количества инвалидов, растущими расходами на социальную помощь при довольно низком проценте реабилитируемых, а правильно организованная реабилитация как мера социальной защиты человека является одновременно и методом цивилизованного решения экономических проблем человека и государства.

Реабилитация – сложный, многофакторный процесс, включающий в себя различные аспекты, объединить которые одной формулировкой крайне сложно.

Реабилитация – процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости.

Медицинская реабилитация – процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм.

Медико-профессиональная реабилитация – процесс восстановления трудоспособности, сочетающий медицинскую реабилитацию с определением и тренировкой профессионально значимых функций, подбором профессий и адаптацией к ней.

Профессиональная реабилитация – система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции.

Социальная реабилитация – система мероприятий, обеспечивающих улучшение уровня жизни инвалидов, создание им равных возможностей для полного участия в жизни общества.

Реабилитация проводится как в периоде временной, нетрудоспособности, так и после установления инвалидности, ниже приводятся определения временной и стойкой нетрудоспособности, понятия «инвалидность», «реабилитация инвалидов».

Реабилитация инвалидов – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Безусловно, при проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать и возраст больного, и основной клинический диагноз с последствиями заболевания, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности, и профессию больного, и его местожительства, возможность восстановления его здоровья, профессионального и социального статуса. Поэтому при проведении реабилитации должна реализовываться одна из нижеперечисленных целей:

Воздействие на среду обитания. Это, безусловно, не столько медицинская, сколько социальная цель реабилитации. Она должна развиваться за счет комплекса мер экономического, юридического характера на государственном уровне.

В конечном итоге **цель реабилитации как государственной задачи** заключается не только в достижении выздоровления индивидуума, но также в том, чтобы помочь ему развить профессиональные способности в соответствии со спецификой заболевания или дефекта, обеспечить его необходимыми вспомогательными средствами и приспособлениями и в конечном итоге реинтегрировать реабилитанта в общество.

Многие реабилитанты с временно сниженной трудоспособностью могут по состоянию здоровья оставаться на прежнем рабочем месте с ограничением времени работы и нормы выработки. За счет этого можно снизить число нетрудоспособных, усилить чувство радости труда, избежать рецидивов болезни и исключения из трудового процесса. Комплекс реабилитационных мероприятий не заканчивается формальным восстановлением функции пострадавшего органа или снижением тяжести имеющихся ограничений жизнедеятельности. Он включает в себя также адаптацию, приобщение к общественно полезному труду и максимальное снижение социальной недостаточности.

Основные принципы реабилитации

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных целей в каждом конкретном случае необходимо соблюдение **основных принципов реабилитации:**

1. Возможно раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые органически включаются в терапию и должны ее дополнить и обогатить. Если человеку угрожает инвалидность, эти мероприятия являются профилактикой, если инвалидность развивается, они стано-

вятся первым этапом борьбы с ней. Принцип возможно раннего начала МР касается как больных с острыми, так и хроническими заболеваниями.

2. Непрерывность реабилитации является краеугольным камнем эффективности, так, как только за счет непрерывности проведения реабилитационных мероприятий достигаются уменьшение инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности.

Этапность МР подразумевает создание реабилитационных подразделений на всех этапах организации медицинской помощи населению: стационарном, амбулаторном, санаторном. В настоящее время очевидна необходимость выделения и домашнего этапа реабилитации. Этапность МР обеспечивает ее непрерывность в разные фазы болезни, но требует развития четкой преемственности между этапами.

3. Принцип комплексности МР подразумевает максимально широкое использование разных методов медицинского и другого характера. Принцип комплексности получил воплощение в практике МР, которая в целях достижения максимально возможного результата использует разные методы, традиционные и нетрадиционные, медицинские и другие, начиная от самых инновационных медицинских технологий реконструктивной хирургии, включая современные технические средства и устройства компенсации нарушенных функций и способностей, и кончая признанными методами народной медицины и целительства. Таким образом, комплексный характер реабилитационных мероприятий проявляется и в том, что в реабилитации инвалидов и больных с повреждениями должны принимать участие не только медики, но и другие специалисты: социологи, психологи, педагоги, представители органов социального обеспечения, представители профсоюза, юристы и т.д.

4. Индивидуальность реабилитационных мероприятий. То есть в каждом конкретном случае должны учитываться особенности реабилитанта в медицинском, профессиональном, социальном, бытовом плане, и в зависимости от этого должна составляться индивидуальная программа реабилитации. Ведь как различен по течению процесс болезни у разных людей, как неповторимы характеры людей в различных условиях их жизни и работы, так и реабилитационные программы для каждого больного или инвалида должны быть строго индивидуальны. Этот принцип получил реализацию в составлении индивидуальной программы реабилитации больного и инвалида, которая ориентирована на конкретную личность с учетом особенностей болезни и ее последствий, индивидуальной реакции на болезнь, среды обитания. ИПР больного составляет лечащий врач или реабилитолог отделения МР, если таковой имеется.

5. Последовательность. Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и

мероприятий, что должно способствовать максимальной ликвидации инвалидирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

6. Преемственность. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преемственность как в отдельных этапах медицинской реабилитации (стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный), так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация).

7. Осуществление реабилитации в коллективе больных. Примером такого коллектива может служить организация общества слепых, которое проводит трудотерапию, профессиональную подготовку, адаптацию протезов, лечение спортом и т.д.

Проведение реабилитации в однородных группах касается некоторых методов МР (ЛФК, психотерапия, музыка-культуротерапия, образовательные программы). Групповой метод обеспечивает общение больных с одинаковыми заболеваниями, желательно в разных фазах МР, когда успех и достижения одних больных оказывают положительное психологическое воздействие на начинающих реабилитантов. Кроме того, групповой метод обеспечивает экономию расходуемых средств при сохранении эффективности метода и оптимальное соотношение показателя «эффективность—экономичность».

8. Возврат инвалида или больного с повреждениями к активному общественно полезному труду. Если обеспечена рациональная организация труда при предоставлении работы соответственно функциональным возможностям инвалида, то она, во-первых, является логическим завершением реабилитации (возврат к труду), во-вторых, обозначает непредоставление работы в более легких условиях, а более быстрый возврат к прежней работе путем создания соответствующих рабочих мест, в-третьих, предполагает в большинстве случаев полное самообеспечение инвалида и его материальную независимость.

Для успешного решения задач, поставленных перед специалистами по реализации конкретных реабилитационных направлений нужно тесное взаимодействие научных структур и практического звена, медицинских работников и специалистов других министерств и ведомств.

Следует подчеркнуть, что единицей наблюдения в медико-социальной реабилитологии является человек с различными психофизическими нарушениями в среде своей жизни и деятельности, в семье, за ее пределами, на производстве, учебе, отдыхе (в том или ином социальном окружении). Поскольку имеющиеся заболевания, нарушения морфологических структур и функциональные отклонения приводят к социальной дезадаптации, основная задача медико-социальной реабилитологии – обеспечить данному человеку (больному, инвалиду) состояние психофизического и социального благополучия.

Учитывая многоплановость решения задач в процессе реабилитации, в настоящее время принято выделять шесть основных реабилитационных аспектов, которые помогают в полной мере реализовать поставленные перед реабилитологами задачи:

- **психологический** (включает вопросы указания процессов психологической адаптации к сложившейся жизненной ситуации и психодиагностику, психокоррекцию и лечение патологических психических состояний);

- **медицинский** (включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и профилактического плана и в основном направлен на оказание медикаментозной помощи);

- **физический** (включает вопросы, относящиеся к применению физических факторов в реабилитации: лечебная физкультура, механотерапия, трудотерапия, эрготерапия, физиотерапия, физические методы исследования – ЭКГ, РЭГ, ЭЭР и др.);

- **профессиональный** (включает вопросы восстановления трудоспособности, проведение экспертизы трудоспособности, подбор новой профессии и адаптацию к ней, дальнейшую профилактику возможного снижения трудоспособности);

- **социальный** (включает вопросы влияния различных социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, а также решение проблем социального обеспечения «больной–общество», «больной–семья», «больной–производство»);

- **экономический** (включает изучение затрат на проведенную реабилитацию и подсчет экономического эффекта).

Успешная реализация вышеперечисленных аспектов позволяет рассчитывать на преодоление межведомственных барьеров на пути решения реабилитационных задач и соблюдения основных принципов реабилитации: раннего начала, преемственности, комплексности, индивидуализации, непрерывности. Это в свою очередь подразумевает тесную взаимосвязь между отдельными этапами реабилитации: медицинским, медико-профессиональным, профессиональным и социальным.

Лекция 4

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Медицинская реабилитация (МР) – важный аспект многогранного единого процесса реабилитации. Она стоит у истоков реабилитации, которая начинается с применения медицинских мероприятий. От их успешности зависят возможности реализации других аспектов реабилитации. МР не прекращается с началом проведения социальных и/или профессиональных мероприятий, поскольку медицинская поддержка сопутствует приме-

нению этих мер, повышает их эффективность и способствует закреплению и поддержанию достигнутого результата. Особенно это относится к хроническим заболеваниям, при которых МР проводится длительно или постоянно.

Медицинская реабилитация охватывает процесс восстановления функций, приводящих к нарушениям, ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности

При проведении медицинской реабилитации активно используются методы физиотерапии, трудотерапии, спортивной терапии, психотерапии. Медицинская реабилитация как процесс и как цель плавно переходит в социальную и профессиональную, проявляясь как один из аспектов единого реабилитационного процесса. Ведь хронически больной страдает не только от первичного повреждения, но также и от торможения его физической и психической функциональной способности и сниженной социальной компетенции, например, вследствие изоляции, бездеятельности и профессиональной неспособности.

Применение форм активизирующей терапии должно быть существенным компонентом общего медицинского лечения во всех областях. Центры реабилитации, клиники, отделения или другие учреждения несут первичную ответственность за физическую тренировку, за подготовку к трудовой деятельности и ориентацию на нее, за создание возможностей приспособиться к обществу. В этих учреждениях необходимо сосредотачивать специальную реабилитационную деятельность на основе технических вспомогательных средств и специальных знаний. Особое значение имеет активизирующая терапия в больницах общего профиля, где необходимо заблаговременно решать вопрос о том, можно ли в данной больнице провести те или иные реабилитационные мероприятия. Родственники и друзья реабилитанта часто склонны ожидать слишком большой помощи от врачей. Но для достижения максимального успеха необходимо, чтобы родственники получили хорошую консультацию лечащего врача-специалиста, обучились тем азам реабилитации, которые они должны осуществлять на практике дома с больным. С другой стороны, нужно активно обучать больного: чем он должен помогать себе сам, обучать его тем минимальным объемам социально-бытовой реабилитации, которая ему будет жизненно необходима после того, как он покинет стены реабилитационного учреждения. То есть в каждом реабилитационном учреждении должны активно работать так называемые «школа родственников» и «школа больного».

Прослеживая этапность в проведении медицинской реабилитации стационарный этап – амбулаторный этап – домашний этап, следует отметить, что в системе медицинской реабилитации должен осуществляться и еще один этап – санаторный. Еще в 1973 г. в городе Стара Загора (Болгария) группа экспертов по реабилитации предложила использовать курорты и санатории для осуществления медицинской реабилитации. Эксперты всесторонне обосновали необходимость включения курортов и санаториев

в систему медицинской реабилитации. В Республике Беларусь развитие данного этапа реабилитации получило только в последние годы, и в настоящее время ведется активная работа по его максимальному использованию в единой системе медицинской реабилитации.

Основные цели и задачи медицинской реабилитации

«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 Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов (1994). Ключевым моментом в этой формулировке является определение стратегической цели МР: «восстановление функциональных возможностей организма». Эта цель включает 4 задачи: восстановление нарушенных функций; восстановление саногенетических механизмов борьбы организма с болезнью; социально-бытовую адаптацию; профессиональное восстановление. Последние 2 задачи выходят за рамки медицинских, но относятся к важным аспектам МР, так как являются ее конечной целью.

Концептуальная модель последствий болезни позволяет наметить три цели и три точки приложения МР: воздействие на первый (восстановление функций), на второй (восстановление критериев жизнедеятельности) и на третий (социальное восстановление больного) уровни последствий.

Предупреждение инвалидности и медицинская реабилитация

Профилактика (предупреждение) инвалидности начинается на уровне вторичной профилактики заболевания, и ее задачи более узкие. Они определяются согласно концепции последствий болезни.

ПЕРВИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на предупреждение морфофункциональных нарушений со стороны органов-мишеней (последствий заболевания I уровня). Она проводится с момента возникновения инвалидизирующего заболевания, точнее с момента его диагностики, которая должна быть как можно более ранней (до проявления последствий I уровня).

ВТОРИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на остановку прогрессирования морфофункциональных нарушений и профилактику ограничений жизнедеятельности (последствий II уровня).

ТРЕТИЧНАЯ профилактика инвалидности направлена на снижение или стабилизацию ограничений жизнедеятельности и предупреждение возникновения социальной недостаточности (инвалидности).

Таким образом, первичная профилактика инвалидности проводится с момента возникновения инвалидизирующего заболевания. Показанием

к МР служат высокая вероятность инвалидности и управляемость течением болезни.

В зависимости от типа проявления инвалидизирующих последствий выделены два варианта реабилитации. Первый вариант – **курсовая реабилитация**, которая проводится при одномоментно возникающих последствиях, когда МР представляет собой ограниченный во времени процесс. Продолжительность курса варьирует от нескольких недель и месяцев до 1–1,5 лет, пока не будет достигнуто оптимально возможное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление. Вторым вариантом – **непрерывная реабилитация**, показанная при хронических заболеваниях. Это длительный, иногда постоянный процесс МР, продолжающийся до тех пор, пока имеются возможности предупреждения или смягчения последствий различного уровня. Непрерывность достигается чередованием реабилитационных курсов в лечебном учреждении и в домашних условиях (1–3 раза в течение года). Домашние задания корректируются, проверяется правильность их выполнения. Это снижает нагрузку лечебных учреждений и фактически делает МР непрерывно-курсовым процессом.

Физиологические основы медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация базируется на использовании и стимуляции защитно-приспособительных и саногенетических реакций организма.

Саногенез – комплекс защитно-приспособительных механизмов организма, направленный на поддержание и восстановление его жизнедеятельности, адаптацию к меняющимся условиям среды и борьбу с механизмами болезни. Саногенетические механизмы многообразны и по своему характеру являются физиологическими и патофизиологическими. К ним относятся функциональные резервы органов и систем организма (физиологические механизмы) и процессы реституции, регенерации компенсации и иммунитета (патофизиологические механизмы).

Функциональные резервы – врожденные и приобретенные качества организма, обеспечивающие запас его прочности. Они основываются на структурно-функциональных особенностях органов и тканей, в соответствии с которыми в обычных условиях функционирует только часть имеющихся структурных единиц. Остальные не функционируют, но мгновенно могут переходить в деятельное состояние, если возникает такая необходимость. Наличие функциональных резервов является основой устойчивой деятельности органа в меняющихся условиях среды, оно обеспечивает широкие возможности физиологической адаптации организма. Примерами функциональных резервов является недействительное состояние почти 60% нефронов здоровой почки, депонирование крови и др. физиологические механизмы. Они же первыми срабатывают при воздействии патогенных факторов и являются одним из видов компенсаторных реакций в условиях патологии. Одной из специфических задач МР является использование ме-

роприятий, стимулирующих нарастание функциональных резервов и тем самым повышающих защитно-приспособительные возможности организма. К таким мероприятиям относятся физические тренировки, активирующие медикаментозные средства, некоторые физиотерапевтические методы, психологический тренинг и др. методы, широко используемые в МР.

Реституция – восстановление деятельности обратимо пораженных структур органов и тканей. Механизмы реституции могут проявляться на молекулярном, клеточном и органном уровнях. Восстановление происходит за счет улучшения биоэнергетического снабжения поврежденной ткани, нормализации проницаемости мембран клеток, снятия отека, устранения гипоксии, восстановления кровообращения, растворивания инактивированных элементов.

Реституция способствует восстановлению нормальной физиологической функции в ранние сроки заболевания (в течение нескольких дней, недель, реже месяцев). Для ее достижения требуется применение воздействий, устраняющих отек, нормализующих гемодинамику, улучшающих процессы синаптического проведения. Помимо медикаментозной терапии показаны физические методы реабилитации, усиливающие афферентацию в ЦНС и стимулирующие саногенетические механизмы.

Реституция обеспечивает самый высокий уровень реабилитации – восстановление – возвращение к исходному состоянию.

Регенерация – восстановление целостности ткани в результате роста и размножения ее специфических элементов. Различают физиологическую регенерацию – обновление составных частей различных тканей (эпидермис, слизистая оболочка, кровь) и репаративную – регенерацию при повреждении ткани. Способность к регенерации в разных тканях различна. У человека происходит регенерация кожного покрова, костей, мышц.

В понятие регенерации включается также заживление дефектов тканей и органов, вызванное рубцеванием, но такая регенерация не способна «возродить» (regeneration – возрождение) поврежденную часть органа. Особое место занимает регенерационная гипертрофия, присущая внутренним органам (печень, почки). Она происходит в результате роста остатка органа, в котором резко повышается митоз клеток. Структура таких органов отличается от нормы, иногда значительно. Это приводит к неполному, а иногда незначительному восстановлению функции.

Хорошей способностью к регенерации обладают периферические нервы. Регенерация происходит путем врастания волокон из проксимального отрезка нерва в дистальный. Регенерации способствует сохранение оболочек нерва или создание каркаса для растущих волокон. Рост нервных волокон происходит медленно – со скоростью примерно 1 мм/сутки. При перерождении дистального отрезка нерва или неправильном соединении отрезков, наличии рубцов, спаек регенерации нерва не происходит. Волок-

на ЦНС за счет регенерации не восстанавливаются, в этом направлении ведутся интенсивные работы, пока без практического результата.

Регенерация разных тканей происходит с разной скоростью и может обеспечить восстановление нормальной функции, но в более поздние сроки, чем реституция. Чаще, однако, функция восстанавливается не полностью и может быть извращенной. Регенеративные процессы улучшаются при создании специальных условий, способствующих регенерации. Это входит в задачу МР. Для разных органов и тканей требуется своя программа реабилитации, обеспечивающая лучшую регенерацию. Например, для заживления костной ткани – иммобилизация, улучшение кровоснабжения, обеспечение микроэлементами, витамином Д, анаболическими.

Компенсация – способность организма, выработанная в процессе эволюции, осуществлять временное или постоянное, полное или частичное замещение либо возмещение утраченной или ослабленной функции. Компенсаторно-приспособительные реакции человека, обладают высоким совершенством. Во всех случаях они являются проявлением деятельности целостного организма, хотя могут развиваться на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровне. Компенсаторные реакции совершенствуются под влиянием тренировок – функциональных нагрузок, которые широко используются в МР для возмещения и замещения нарушенных функций.

Компенсаторная реакция – это ответная реакция на повреждение.

Первое ее звено – сигнализация о возникновении повреждения от интродукторов и экстерорецепторов, поступающая в ЦНС. *Второе звено* – нейроэндокринный гуморальный ответ на поступившую информацию, который стимулирует выработку компенсаторно-приспособительных реакций, направленных на полное или частичное замещение нарушенной функции.

Компенсаторные реакции могут функционировать длительное время без явлений истощения. Для протекания активных процессов компенсации требуются наличие функциональных резервов и должное энергетическое обеспечение.

Общие показания к проведению медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации (1983). К ним относятся:

- значительное снижение функциональных способностей;
- снижение способности к обучению;
- особая подверженность воздействиям внешней среды;
- нарушение социальных отношений;
- нарушение трудовых отношений;

Показания к проведению медицинской реабилитации, учитывая ее многосторонность, весьма широкие, а цель и задачи реабилитации у разных контингентов существенно варьируют.

Реабилитация показана следующим категориям лиц:

1. Практически здоровым лицам с повышенным риском возникновения инвалидизирующего заболевания, обусловленным условиями работы или проживания. К ним относятся:

- ликвидаторы катастрофы на ЧАЭС и проживающие в зонах воздействия радиации;
- работающие во вредных и опасных условиях труда;
- спортсмены после напряженных тренировок и ответственных соревнований;
- руководящие кадры, работающие с большим нервно-психическим напряжением.

Все указанные лица подлежат диспансерному наблюдению и не реже одного раза в год нуждаются в проведении оздоровительных мероприятий с целью восстановления и улучшения функциональных резервов (саногенетических возможностей организма) и предупреждения возникновения болезни, угрожающей инвалидности.

Реабилитация практически здоровых лиц проводится на санаторном этапе или амбулаторном (без отрыва от работы), а также в условиях профилактория, дома отдыха.

Программа их реабилитации включает:

- поведенческую профилактику: здоровый образ жизни, достаточную физическую активность, контроль массы тела, отказ от вредных привычек, полноценное питание, рациональный отдых и др.;
- физические тренировки с целью повышения функциональных резервов организма: спортивная ходьба, бег, плавание, велотренировки, спортивные игры, ЛФК в сочетании с дыхательной гимнастикой и др.;
- другие физические методы: климато-гидро-бальнотерапия, закаливание, физиопроцедуры, обладающие адаптогенным действием, (УФО, электромагнитные поля и др.);
- психотерапевтические воздействия с целью формирования мотивации к соблюдению здорового образа жизни, освоению приемов аутогенной тренировки и релаксации;
- использование медикаментозных средств, обладающих адаптогенным действием: поливитамины в комплексе с микроэлементами, аминокислотами или антиоксидантами, адаптогены (элеутерококк, женьшень и др.), иммуномодуляторы, фосфоросодержащие препараты, ноотропы, актопротекторы (беметил и др.);
- образовательные программы (школы) для освоения принципов поведения, рационального питания, методов физических тренировок и контроля состояния.

2. Частоболеющим лицам (3–4 случая в течение 12 месяцев родственных заболеваний или 5–6 случаев разных болезней) и длительно бо-

леющим (более 30 дней подряд, если такая продолжительность не характерна для данного заболевания) лицам, перенесшим тяжелые острые заболевания, травму, оперативное вмешательство, которые не привели к стойкому функциональному дефекту, но сопряжены со снижением реактивности, ослаблением иммунитета, истощением функциональных резервов. Цель и задачи медицинской реабилитации совпадают с предшествующей группой – это «долечивание» для восстановления неспецифической резистентности организма. В дополнение к перечисленным в первой группе методам медицинской реабилитации здесь может потребоваться включение иммунореабилитации (препараты вилочковой железы, гама- или иммуноглобулин, дифлюкан и др.) наряду с поливитаминами и физическими упражнениями.

3. Больным с тяжелыми заболеваниями (острыми или обострениями хронических) и травмами, сопровождающимися выраженными последствиями (функциональный дефект), которые носят обратимый характер.

Цель реабилитации – восстановление функционального дефекта и благодаря этому устранение ограничений жизнедеятельности и предотвращение социальной недостаточности (инвалидности).

Методы реабилитации – лечебно-восстановительные и оздоровительные.

Медицинская реабилитация должна начинаться в самом раннем (остром) периоде заболевания или его обострения и продолжаться вплоть до их завершения. Реабилитация проводится на нескольких этапах. Реабилитационный маршрут включает:

- лечебно-реабилитационный этап, на котором проводится интенсивное лечение в комплексе с отдельными методами реабилитации (ранняя физическая активность, психотерапия, физиолечение);
- ранний стационарный этап медицинской реабилитации (для лиц с ограниченной мобильностью), затем либо сразу амбулаторный, а по показаниям – санаторный этапы;
- домашний этап в перерывах между другими этапами или по их завершении.

В некоторых случаях при сохранении небольшого дефекта обычно могут возникать показания к медико-профессиональной реабилитации, решаемые посредством трудоустройства по ВКК.

4. Больным с выраженными стойкими или малообратимыми последствиями острых и (чаще) хронических заболеваний и травм, которые проявляются на первом (органном) или втором (организменном) уровне и создают потенциальную или реальную угрозу социальной недостаточности (инвалидности). Цель реабилитации – возможное восстановление либо компенсация функционального дефекта, его стабилизация, замедление прогрессирования неблагоприятного течения болезни, снижение

частоты и длительности обострений, преодоление, уменьшение, стабилизация либо компенсация ограничений жизнедеятельности, преодоление или смягчение тяжести инвалидности.

Если, несмотря на проведение медицинской реабилитации, у больного сохранится функциональный дефект, то в зависимости от его выраженности и наличия последствий более высокого уровня (ограничения жизнедеятельности) цель реабилитации будет различной:

4.1. Полное восстановление социальных функций (трудоспособности и бытовой активности) или незначительное их ограничение;

4.2. Частичное восстановление социальных функций бытовой активности и трудоспособности, которое служит основанием для установления инвалидности. Проведение реабилитации этих больных (преинвалидов) до направления на МРЭК является обязательным.

Методы медицинской реабилитации – компенсаторно-восстановительные или социально-адаптивные путем трудоустройства по ВКК (в случае утраты профессиональной пригодности – подбор другой равноценной профессии и содействие в трудоустройстве, при показаниях – изменение условий труда в основной профессии) либо путем направления на МРЭК для установления инвалидности и составления ИПР инвалида.

В зависимости от характера заболевания, тяжести и выраженности последствий реабилитационные маршруты могут быть различными, а этапы – сменяющимися друг друга.

5. Инвалидам с различной тяжестью социальной недостаточности и разным реабилитационным потенциалом.

Реабилитация инвалида начинается с момента определения инвалидности во МРЭК, врачи которой составляют ИПР инвалида. Медицинская ее часть направляется в ЛПУ, которое обязано проводить медицинскую реабилитацию инвалидов (медицинские услуги по реабилитации отнесены к гарантированным законодательством видам социальной помощи инвалидам – наряду с пенсией, предоставлением технических средств и др.), инвалидам также гарантированы услуги по социальной и профессиональной реабилитации, что существенно расширяет, по сравнению с больными, возможности использования социально-адаптированных методов реабилитации, выходящих за рамки медицинской реабилитации.

Цель медицинской реабилитации инвалидов: преодоление инвалидности (полная реабилитация), смягчение инвалидности (частичная реабилитация), стабилизация тяжести инвалидности с частичной компенсацией ограничений жизнедеятельности с помощью индивидуальных технических средств, обустройства жилья, которые расширяют рамки физической независимости инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида составляется МРЭК не менее чем на один год, при очередном освидетельствовании она

(при показаниях) обновляется в соответствии с динамикой заболевания и социального статуса.

Методы и этапы медицинской реабилитации инвалидов такие же, как и предыдущей группы.

Общими противопоказаниями к проведению медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных центрах следует считать следующие:

- выраженные психические нарушения;
- грубые нарушения интеллектуально-мнестической функции;
- высокая, некорригируемая артериальная гипертензия;
- выраженная коронарная недостаточность;
- тяжелая степень нарушения функции органов и систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.;
- лихорадочные состояния;
- острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний;
- инкурабельные злокачественные новообразования.

Кроме того, могут иметь место противопоказания к проведению отдельных методов реабилитации (физические тренировки, аппаратная физиотерапия, боротерапия, мануальная терапия, трудотерапия и др.), при проведении которых имеется опасность ухудшения общего состояния реабилитанта. Помимо общих критериев отбора на МР важны также индивидуальный благоприятный клинический и трудовой прогнозы и реальные возможности осуществления МР в регионе.

Лекция 5 **ФАЗЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Сегодня в теории реабилитации принято выделять несколько фаз оказания помощи больным или инвалидам.

Однако следует помнить, что подобное разделение на фазы носит весьма условный характер и реабилитацию следует рассматривать как единый, непрерывный процесс, направленный на максимальную ликвидацию ограничений жизнедеятельности и улучшение качества жизни человека.

Выделяют следующие фазы реабилитации:

1. Ранняя реабилитация – это комплекс мероприятий медицинской реабилитации, предусматривающий дальнейшее устранение последствий заболевания или травмы во время пребывания больного в стационаре или следующий непосредственно за завершением курса активного лечения в стационаре.

Таким образом, ранняя медицинская реабилитация должна начинаться уже в острой фазе заболевания путем пассивной лечебной физкультуры, других лечебно-реабилитационных мероприятий. Если врач предполагает, что у пациента будут иметь место остаточные явления травмы или болезни, необходимо думать о самых ранних возможностях реабилитации. По мере улучшения состояния больного удельный вес реабилитационных мероприятий увеличивается. Если у больного после выписки из стационара остаются последствия в виде нарушений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, то такой больной нуждается в продолжении ранней медицинской реабилитации в специализированном стационарном реабилитационном отделении или в отделении реабилитации амбулаторно-поликлинического отделения. Реабилитация должна быть обширной и многоплановой: врач должен принимать во внимание все аспекты физического, психического и социального существования пациента.

2. Поздняя реабилитация – осуществляется тогда, когда болезнь вызвала последствия и реабилитация является основным методом ведения больного на амбулаторном этапе или последующих стационарных этапах.

Другими словами, поздняя медицинская реабилитация подразумевает комплекс реабилитационных мероприятий, который осуществляется больному после лечения и реабилитации в стационаре, проведения активной ранней медицинской реабилитации, лечения в домашних и амбулаторно-поликлинических условиях.

3. Реабилитация инвалида – когда болезнь проявляется уже на социальном уровне и параллельно проводятся мероприятия медицинской, социальной (возможно профессиональной) реабилитации. В данном случае речь идет не только о медицинской реабилитации, а о реабилитации в целом. Имеется в виду, что болезнь, травма или дефект оставили столь выраженные последствия, что больному была определена та или иная группа инвалидности. Такой человек, как правило, нуждается не только в медицинской, но и в других видах реабилитации: профессиональной, социальной. При этом мы говорим о реабилитации инвалида в целом, так как основным постулатом реабилитации является «реабилитация личности», предусматривающая отсутствие разграничений между медицинской, профессиональной и социальной реабилитацией.

Таким образом, медицинская реабилитация должна быть интегрирована в лечебную медицину и являться органической составной частью лечебного процесса (в фазе ранней медицинской реабилитации), являться основным видом оказания помощи больному с целью достижения максимального восстановления функциональной независимости пациента (на фоне лечебных мероприятий) – в фазе поздней реабилитации больного и в фазе реабилитации инвалида.

Длительность реабилитации

Реабилитация продолжается до ликвидации последствий болезни или до стабилизации процесса при остром заболевании. При хроническом заболевании – до окончания прогрессирования болезни или до полного исчерпания возможности ликвидации или максимального уменьшения имеющихся ограничений жизнедеятельности.

Методы реабилитации

Принцип комплексности медицинской реабилитации получил воплощение в использовании самых различных методов ее проведения. Не случайно медицинскую реабилитацию называют иногда «тотальным лечением». Часть методов медицинской реабилитации относится к традиционным лечебным, другие являются специфическими для медицинской реабилитации, кроме того, медицинская реабилитация использует и немедицинские методы.

Психологическая реабилитация среди всех методов медицинской реабилитации занимает ведущее место. Психологическая реабилитация осуществляется лечащим врачом, психотерапевтом, медицинским психологом и включает психодиагностику и психокоррекцию. Непременное условие психологической реабилитации – выработка и поддержание мотивации на реабилитацию. Особое место в медицинской реабилитации отводится активизирующим психологическим методам, тренировке внимания, памяти, скорости реакции, повышению психической работоспособности.

Физическая реабилитация – второй важнейший метод медицинской реабилитации. Она включает широкий спектр методов, использующих различные физические факторы – ЛФК, массаж, аппаратную физиотерапию, бальнеотерапию, климатотерапию, талассотерапию, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, спелеотерапию, гипербарическую оксигенацию и др.

Среди всех методов физической реабилитации первое место отводится кинезотерапии (ЛФК) как методу, требующему активного участия больного в процессе реабилитации. Условно кинезотерапия подразделяется на местную, направленную на восстановление локального функционального дефекта, и общую, основанную на методе физических тренировок (ФТ). ФТ – один из ведущих методов медицинской реабилитации, применяемых при самых различных заболеваниях вне зависимости от их характера и особенностей функционального дефекта, так как она направлена на мобилизацию саногенетических реакций организма.

Медикаментозная реабилитация включает два направления. Первое направление медикаментозной реабилитации – сугубо реабилитационное – использование неспецифических активирующих препаратов, усиливающих саногенетические реакции организма. Второе направление – использование препаратов, специфических для каждого заболевания.

Реконструктивная хирургия – перспективный метод медицинской реабилитации. К реконструктивным операциям относятся органосохраняющие операции на желудке, органах слуха, зрения и др., хирургическое восстановление прямого или обходного кровотока при окклюзирующих заболеваниях сосудов, реимплантация пальцев и конечностей при травматических ампутациях и многие другие.

Общим эффектом реконструктивных операций является возможность полного или частичного восстановления функций – преодоление последствий первого уровня.

На современном этапе это направление хирургии постоянно расширяется, совершенствуется и обогащается новыми технологиями. Примерами высоких современных технологий являются протезирование клапанов сердца, широко проводимые операции по эндопротезированию суставов, успешные имплантации органа слуха, сочетающие высокую хирургическую технику и использование сложнейших технических устройств, с помощью которых компенсируется функция пораженного органа. К реконструктивным операциям относятся и пересадки органов. Но реконструктивная операция – это только часть задачи. Не менее важным является проведение комплексной реабилитации в послеоперационном периоде, которая должна начинаться как можно раньше и без которой успешное восстановление и компенсация функции не возможны.

Медико-технические средства – совокупность специальных устройств и приспособлений, позволяющих осуществлять замещение анатомического и функционального дефекта или компенсировать и улучшать способности организма (критерии жизнедеятельности), необходимые для приспособления к среде обитания. Использование медико-технических средств – специфический метод медицинской реабилитации, применяется для компенсации тех последствий болезни, которые не устраняются медицинскими методами, чаще они используются для компенсации нарушений со сторон опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, речи, нарушений ритма сердца.

Технические средства, компенсирующие основные способности, условно подразделяются на 5 групп:

1. Протезно-ортопедические средства.
2. Специальные средства передвижения.
3. Средства, замещающие бытовые механизмы и облегчающие самообслуживание.
4. Сурдотехника (для слабослышащих) и тифлотехника (для слабовидящих).
5. Архитектурно-планировочные устройства и приспособления.

Технические средства предоставляются инвалидам бесплатно или на льготных основаниях по заключению МРЭК, внесенному в индивидуальную программу социальной реабилитации.

Некоторые технические средства (зубные протезы, глюкометры и др.) выдаются больным по заключению ВКК ЛПУ.

Диетотерапия – один из важных и обязательных методов медицинской реабилитации. Как и другие методы, она используется с разной целью.

Первая задача диетотерапии в медицинской реабилитации – обеспечение лечебно-оздоровительных рационов питания, обогащенных белками, витаминами, микроэлементами и др. Составные элементы пищи необходимы для протекания саногенетических процессов, доставки материала, обеспечивающего улучшение биоэнергетического обеспечения и усиленного метаболизма восстанавливающихся тканей и органов, восстановления пониженных резервных возможностей организма.

Образовательные системы

На современном этапе МР в практическую жизнь вошли образовательные программы, которые являются возрождением санитарного просвещения, но на новом, более высоком уровне. Цель образовательной программы – направляемое врачом участие больного и/или его родственников в процессе МР.

В обучении пациента используется групповой метод, получивший воплощение в виде «школ», что позволяет сочетать экономическую целесообразность (индивидуальное обучение высоко затратно) и преимущества общения больных.

Школы создаются при массовых заболеваниях, если разработаны технологии реабилитации больных с этими заболеваниями. Школы дифференцируются по нозологическому принципу для больных с однородными заболеваниями. В настоящее время они получили широкое распространение. Лидерами являются школы для больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией, «астма-школы», значительно отстают школы «движений позвоночника», школы для больных, перенесших инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.

Основные отличия реабилитации от лечения

И лечение, и реабилитация решают во многом схожие задачи, направленные на ликвидацию последствий заболевания или травмы с целью возвращения больного к труду и в общество. Зачастую реабилитация рассматривается либо как продолжение лечения или как восстановительное лечение, либо как процесс, охватывающий все виды воздействий на больного, в связи с чем лечение, профилактика и диспансеризация трактуются как различные аспекты МР.

В то же время следует учитывать, что реабилитация имеет некоторые только ей присущие особенности, которые и позволяют разграничить эти два понятия.

1. Следует помнить, что лечение направлено на борьбу с болезнью, на этиотронные факторы, на устранение причины и сущности болезни. Реабилитация же, прежде всего, направлена на мобилизацию защитных механизмов организма.

2. Лечение всегда направлено на проявление болезни, в то время как реабилитация направлена на ее последствия и на их устранение.

3. Лечение – это то, что направлено на организм сегодня, направлено на настоящее, а реабилитация больше адресуется к личности и устремлена в будущее.

4. В реабилитации постоянно определяется прогнозирование, определение реабилитационного потенциала, трудового прогноза. Лечение же направлено на конкретную ликвидацию или компенсацию заболевания.

5. Лечение может проводиться без участия больного и является в определенной мере пассивным методом, в то время как реабилитация требует активного участия больного в реабилитационном процессе.

6. Лечение и реабилитация базируются на различных темах прогноза. Если лечение строится обычно на нозологическом и синдромологическом диагнозе, то реабилитация опирается на функциональный диагноз.

Реабилитационный потенциал

Введение экспертно-реабилитационного процесса в практику медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь, реализация на практике технологии медицинской реабилитации требует выработки и внедрения четких установок при определении целей реабилитации и планировании реабилитационных программ, а также оценке их эффективности. Поэтому для определения прогноза восстановления нарушенных функций и возможности возвращения больного к трудовой деятельности в каждом конкретном случае должен определяться так называемый реабилитационный потенциал.

Реабилитационный потенциал (РП) больного или инвалида – показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия в трудовой деятельности. Оценка РП должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсируемости функциональных нарушений, психологическую готовность больного или инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а также возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса. Определение РП базируется на комплексной оценке 3-х групп факторов.

Медицинские факторы:

- клиническое течение заболевания (характер заболевания, степень выраженности последствий основного и сопутствующих заболеваний, ча-

стоту обострений, наличие синдрома взаимного отягощения, эффективность лечения и потребность в курсовом, поддерживающем лечении для стабилизации патологического процесса, возможности обратного развития заболевания);

- наличие функциональных резервов организма, определение способностей организма к развитию компенсаторных возможностей человека (определение показателей работоспособности в условиях физических и психоэмоциональных нагрузок и «цены» адаптации к ним);

- клинико-трудовой прогноз с определением возможности продолжения трудовой деятельности в своей специальности или определением доступной тяжести и напряженности трудового процесса.

Психологические факторы:

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

- адекватное отношение к болезни и лечению;

- наличие пре- или постморбидных нервно-психических нарушений.

Социальные факторы:

- место жительства реабилитанта;

- уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки;

- профессиональная пригодность к основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей;

- возможность приобретения другой, показанной по состоянию здоровья профессии (при профессиональной непригодности к основной профессии);

- наличие условий для рационального трудоустройства;

- экономическое положение реабилитанта и его семьи.

С учетом вышеизложенных медицинских, психологических и социальных факторов определяется РП: высокий, средний или низкий.

Технология медицинской реабилитации

Реабилитационная технология должна включать в себя следующие стадии:

- экспертно-реабилитационная диагностика;

- определение реабилитационного потенциала;

- определение клинико-реабилитационных групп;

- проведение медико-социальной экспертизы;

- составление индивидуальной программы реабилитации;

- проведение индивидуальной программы реабилитации;

- оценка эффективности проведенной реабилитации.

Первая стадия технологического процесса – экспертно-реабилитационная диагностика – включает оценку последствий заболевания или травмы, которые являются объектом реабилитации.

Вторая стадия – определение реабилитационного потенциала – описана выше и направлена на определение адекватных целей и задач реабилитации.

Третья стадия – определение клинико-реабилитационных групп – является логическим продолжением предыдущей стадии и распределяет реабилитантов на группы в зависимости от степени выраженности: ограниченной жизнедеятельности, типа и уровня инвалидизирующих последствий имеющегося реабилитационного потенциала.

Четвертая стадия – проведение медико-социальной экспертизы – подразумевает оценку степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, имеющих у реабилитанта вследствие перенесенного заболевания, травмы или увечья; изучение динамики предыдущей инвалидности (если она имела место), изучение профессионального маршрута и определение основной профессии реабилитанта; изучение его социального и бытового статуса, предварительное предполагаемое экспертное решение на момент первичного проведения медико-социальной экспертизы.

Пятая стадия – составление индивидуальной программы реабилитации.

Шестая стадия – проведение индивидуальной программы реабилитации – предполагает выполнение тех реабилитационных мероприятий, которые были запланированы при ее составлении, включая психологические, физические, рефлекторные, медикаментозные методы, методы диетотерапии бытовой адаптации, трудотерапии, «школы больного» и др. В ходе выполнения индивидуальной программы реабилитации больной осматривается врачом-реабилитологом, представляется на заседания реабилитационной бригады для коррекции проводимой реабилитации, промежуточной оценки ее качества и эффекта.

Седьмая стадия – оценка эффективности проведенной реабилитации – подводит итог реабилитационным мероприятиям и определяет достигнутый эффект. При этом врач-реабилитолог должен оценить уровень достижения поставленной цели. Это достигается сравнением исходного состояния и достигнутого уровня трудоспособности реабилитанта, степени выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности до и после реабилитации, оценивается техническое исполнение индивидуальной программы реабилитации в зависимости от запланированного объема реабилитационной помощи.

Ниже приводится схема организации реабилитации, включающая вопросы медицинской и медико-профессиональной реабилитации на примере неврологических больных.

Таким образом, соблюдение технологии медицинской реабилитации позволяет в каждом конкретном случае правильно ставить цель, составлять индивидуальную программу реабилитации и достигать запланированного результата, что и является положительным итогом работы не только врача-реабилитолога, но и всего коллектива реабилитационного учреждения.

Схема организации реабилитации на медицинском и медико-профессиональном этапах



Лекция 6 **ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ**

Теоретической основой медицинской реабилитации служит концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ в рамках «Номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», в соответствии с которой термин «медицинская реабилитация» должен получить социальную направленность. Концепция последствий болезни существенно сужает круг объектов реабилитации, так как многие заболевания вызывают однородные последствия, что позволяет реабилитанту владеть методами медицинской реабилитации при самой разной патологии.

Основной задачей медицинской реабилитации является восстановление возникших ограничений жизнедеятельности, а не только восстановление и компенсация утраченных функций.

Реализация одного из основных принципов реабилитации – «раннее начало» – требует интеграции реабилитации в лечебно-диагностический процесс на всех этапах организации медицинской помощи. Определенные конкретные методы и средства реабилитации необходимы больным с первого дня болезни, причем при любых формах лечения – хирургических, медикаментозных, психотерапевтических и др. Именно они позволяют у больных в остром периоде заболеваний и перенесенных травм преодолеть риск развития ограничений жизнедеятельности. Об этом свидетельствует имеющийся опыт в организации восстановительного лечения и этапной реабилитации больных с инфарктом миокарда, мозговым инсультом, после коронарного шунтирования, операций на желудке.

Контингентом реабилитационных отделений различного уровня являются лица с возникшими в результате заболеваний и травм ограничениями жизнедеятельности и имеющие реабилитационный потенциал.

На разных этапах медицинской реабилитации целесообразно развитие различных организационных форм учреждений.

Ведущим принципом медицинской реабилитации является этапная ее организация, предусматривающая проведение медицинской реабилитации на всех этапах организации медицинской помощи.

Общим показанием к направлению на этапы медицинской реабилитации является наличие у больных реабилитационного потенциала (РП), хотя бы низкого. Определение РП является задачей лечебно-диагностического (лечебно-реабилитационного) этапа, предшествующего медицинской реабилитации. При отсутствии РП направление на этапы реабилитации не проводится. Показания к направлению больных на различные этапы реабилитации определяется комплексом факторов, основными из которых являются:

- состояние основных критериев жизнедеятельности (передвижение, общение, самообслуживание и др.), определяющее возможности пребывания в реабилитационном стационаре, самостоятельного посещения амбулаторного ОР, нахождения в санатории;
- необходимость проведения специфических методов медицинской реабилитации, которые не представлены на всех этапах реабилитации;
- наличие в месте проживания амбулаторного отделения реабилитации, доступного для посещения больными.

Стационарный этап медицинской реабилитации показан больным, у которых нарушена мобильность (передвижение), коммуникабельность (общение), ориентация, что не позволяет им посещать амбулаторно-поликлиническое учреждение. У жителей сельской местности показания

могут быть обусловлены отсутствием амбулаторного отделения реабилитации в месте их проживания (Э.А. Вальчук, 1982).

Оптимальной формой стационарной реабилитационной помощи признаны крупные многопрофильные реабилитационные центры или больницы восстановительного лечения, в состав которых входят специализированные отделения для восстановительного лечения больных с последствиями заболеваний разного профиля с общей численностью коечного фонда 500–6000 коек (В.З. Кучеренко, 1987). Стационарные отделения реабилитации могут быть неспециализированными и специализированными.

Неспециализированные отделения реабилитации предназначены для больных разного профиля (травматологических, терапевтических, неврологических и др.), они должны организовываться на базе многопрофильных городских больниц, ЦРБ), материально техническая база которых используется в работе отделений реабилитации (лаборатории, функциональная диагностика, ЛФК, физиотерапия и др.).

Специализированные стационарные отделения реабилитации предназначены для больных одного профиля, а иногда и одной нозологической формы (например, для больных ДЦП, мозговым инсультом) или заболеваний одного органа (в частности, специальных, кардиологических больных и др.). Штатные нормативы таких отделений реабилитации в зависимости от их профиля должны содержать специальные должностные единицы (врача-психотерапевта, специалиста по ИРТ, мануальной терапии или психолога, инструктора по эрго-и трудотерапии, логопеда). В них должно быть увеличено число специалистов по ЛФК (кинезотерапии, массаж).

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации показан больным, нуждающимся в восстановительном лечении, у которых нет выраженного ограничения жизнедеятельности, сохранена коммуникабельность и мобильность, и в месте их проживания имеется соответствующее отделение реабилитации, которое пациент может посещать самостоятельно. Это наиболее массовый вид реабилитационной помощи.

Амбулаторные отделения реабилитации располагаются на базе крупных поликлиник для детей и взрослых и являются их структурными подразделениями. Амбулаторные отделения реабилитации чаще всего организуются путем их вживления в имеющиеся в ЛПУ структуры. Они создаются на базе отделений восстановительного лечения или физиотерапии и включают в себя кабинеты физиотерапии, ЛФК, массаж, ИРТ, психотерапии, мануальной терапии и др. В состав отделений реабилитации включен и дневной стационар, при наличии – бассейн, сауна, кабинет бытовой реабилитации. Все это позволяет проводить комплексную реабилитацию больных и инвалидов.

На амбулаторный этап реабилитации больные поступают с предшествующих этапов реабилитации (стационарного или санаторного) либо по направлению лечащих врачей или МРЭК. Медицинская реабилитация на амбулаторном этапе проводится в соответствии с ИПР больного либо инвалида. ИПР больного составляет лечащий врач, а если в отделениях реабилитации имеются реабилитологи с медицинской специализацией (невропатологи, кардиологи и др.), то ИПР составляет реабилитолог.

Домашний этап медицинской реабилитации – пока еще только развивается и представлен слабо. Он осуществляется амбулаторными учреждениями. Показания к проведению домашнего этапа медицинской реабилитации различны. В проведении этого этапа реабилитации нуждаются две категории больных:

1. Больные, не имеющие реабилитационного потенциала. Главная задача реабилитации этих больных – проведение комплекса приспособительных мероприятий для адаптации больного к пребыванию в домашних условиях: обучение больного приемам адаптации, а его родственников – приемам ухода за больным, психологическая поддержка, освоение навыков самообслуживания, обеспечение техническими средствами и медикаментами для компенсации нарушенных функций и способностей, поддерживающие курсы лечения для предупреждения или замедления прогрессирования заболевания.

Как правило, это тяжелые больные и инвалиды с резким ограничением разных сторон жизнедеятельности (самообслуживания, передвижения и др.). Необходимая реабилитация этих больных может осуществляться путем организации «стационара на дому». Такая форма медицинской реабилитации является дорогостоящим, что создает трудности в ее организации: требуется выделение специального персонала для проведения реабилитации пациентов на дому и транспорта для доставки персонала и аппаратуры.

2. Вторая категория – реабилитанты, нуждающиеся в непрерывной либо длительной реабилитации с чередованием ее курсов в ЛПУ и на дому. В отличие от первой группы здесь реабилитация на домашнем этапе проводится самим больным. Домашнее задание вырабатывается на предшествующем этапе реабилитации и осваивается больным в период наблюдения его в ЛПУ. Программа домашнего этапа включает такие методы, как ЛФК, физические тренировки, медикаментозную реабилитацию, аутогенные тренировки, релаксацию и др.

Больные этой группы не нуждаются в посещении их на дому медперсоналом, при необходимости контроля за состоянием больного и правильностью выполнения программы, реабилитант сам посещает ЛПУ. Это снимает финансовые затраты, необходимые для больных первой категории, и обеспечивает непрерывность реабилитации и повышает ее эффективность.

В настоящее время в системе здравоохранения Республики Беларусь подготовка реабилитологов осуществляется на кафедре медико-социальной экспертизы и реабилитации Белорусской медицинской академии последиplomного образования. Кафедра готовит реабилитологов широкого профиля (заведующих многопрофильными отделениями реабилитации, врачей этих отделений), экспертов-реабилитологов (заместителей главного врача ЛПУ по медицинской реабилитации и экспертизе, врачей МРЭК), а также заведующих отделениями (терапевтическими, неврологическими, травматологическими и хирургическими) по актуальным вопросам МСЭ и реабилитации в специализированных службах. В БелМАПО решены вопросы подготовки по рефлексотерапии, физиотерапии, мануальной терапии, психотерапии. Гродненский медицинский университет проводит базисную подготовку медицинских психологов.

Ключевой фигурой в медицинской реабилитации являются инструктор-методисты по реабилитации (кинезотерапевты, физикотерапевты). Специфика проведения мероприятий медицинской реабилитации требует также привлечения таких специалистов, как психолог, психотерапевт, логопед, эрготерапевт, профконсультант и др. Основой проведения реабилитации является кинезотерапия, т.е. лечение посредством движения, использования с лечебной целью различных форм движения, двигательной активности и естественных моторных функций человека. Составной частью кинезотерапии является эрготерапия, цель которой – восстановление и дальнейшее улучшение отсутствующих или утраченных функций у больных и инвалидов для достижения ими максимально высокого уровня независимости и самостоятельности на бытовом и профессиональном уровне.

Для достижения максимального реабилитационного эффекта необходимо в обязательном порядке определять психологические особенности больного, его установку на выздоровление и труд, на возвращение в общество. Не менее важным в процессе реабилитации является определение дефектных и профессионально значимых функций, позволяющих определить профессиональную пригодность больного или правильно решить вопрос о рациональном подборе новой профессии и адаптации к ней. Многие заболевания протекают с тяжелыми комбинированными нарушениями как двигательных, так и речевых функций. Поэтому в процессе реабилитации должны использоваться индивидуальные и групповые занятия с логопедом. Таким образом, в процессе проведения медицинской реабилитации необходима консолидация врачей-реабилитологов, психологов, психотерапевтов, профконсультантов, логопедов, кинезотерапевтов и др.

Успешное решение поставленных задач для реабилитационных отделений всех уровней возможно при формировании оптимальной для их работы штатной структуры.

Лекция 7

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Завершающим этапом реабилитации является оценка ее эффективности. Стратегической целью реабилитации являются повышение качества жизни больного и инвалида, их социальная интеграция в семью, в трудовой коллектив, в общество. Поэтому в 1980-е годы в реабилитацию было введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (*healthrelatedqualityoflife*, англ.). Впервые это понятие появилось в 1977 г., и именно качество жизни стали рассматривать как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов. Согласно «Studyprotocolforthe World Health Organization» (1993) качество жизни, связанное со здоровьем, определяют как «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает инвалид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями». Таким образом, качество жизни – это состояние здоровья, условия жизни, профессиональные возможности, удовлетворенность человека своим физическим состоянием, психическим состоянием, социальным статусом.

Само понятие «качество жизни» основывается на группе критериев, которые в полной мере характеризуют здоровье. В эту группу входят физические, психологические и социальные критерии здоровья, каждый из которых включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и субъективно. Оценка качества жизни соотносится с современной концепцией последствий болезни.

Эффективность проводимой реабилитации (в первую очередь медицинской) должна определяться соблюдением основных принципов реабилитации: своевременным началом, непрерывностью, преемственностью, комплексностью, последовательностью в организации и проведении. При этом очень важным является отношение больного к реабилитации, его здоровый образ жизни, вера в достижение положительных результатов. Безусловно, эффективность реабилитации зависит от характера и тяжести дезадаптирующей патологии, длительности заболевания, стажа работы в той или иной профессии и т.д.

А.Н. Ильницкий (2000) предлагает для оценки эффективности пять основных показателей течения хронических заболеваний, которые могут быть классифицированы следующим образом:

1. По характеристике **обострений** заболевания (число обострений с ВН; без ВН; общее число обострений; число обострений у лиц, лечившихся стационарно; число обострений у лиц, лечившихся амбулаторно).
2. По характеристике **временной нетрудоспособности**.

3. По числу **обращений** в поликлинику в период между обострениями заболевания.

4. По характеристике **последствий** заболевания (по функциональным классам).

5. По формированию инвалидности.

То есть автором предлагаются критерии реабилитации, касающиеся не только медицинского аспекта, но и затрагивающие социальный и экономический аспекты.

К.А. Самушия (1998) предлагает использовать в качестве оценки эффективности реабилитации следующие методы:

- метод оценки по динамике функционального класса основного нарушения или дефекта, бытовых возможностей и трудоспособности;
- метод оценки динамики частоты обострений и приступов;
- метод оценки субъективной удовлетворенности больных и инвалидов курсом реабилитации.

1. По клиническим критериям:

- выздоровление;
- значительное улучшение – улучшение на 2 ФК и более;
- улучшение – улучшение на 1 ФК;
- незначительное улучшение – улучшение внутри ФК;
- ухудшение – нарастание тяжести ФК.

2. По шкалам, тестам и опросникам.

3. По социальным критериям:

- показатели временной нетрудоспособности:

а) средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности;

б) соответствие временной нетрудоспособности при определенных заболеваниях оптимальным срокам;

в) число случаев и длительность временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев при хронических заболеваниях за 1 год до реабилитации и 1 год в периоде реабилитации;

- показатели инвалидности:

а) показатель полной реабилитации инвалидов:

число лиц, которым при переосвидетельствовании снята
группа инвалидности

число инвалидов, явившихся на переосвидетельствование ×100;

б) показатель частичной реабилитации инвалидов:

число инвалидов I и II групп, которым снижена
группа инвалидности

число инвалидов I и II групп,
явившихся на переосвидетельствование ×100;

в) показатель утяжеления инвалидности:

число инвалидов II и III групп, у которых уменьшилась
тяжесть инвалидности

число инвалидов II и III групп,
явившихся на переосвидетельствование

×100;

• показатели состояния трудоспособности:

- а) число лиц, у которых трудоспособность восстановлена полностью;
- б) число лиц, нуждающихся во временном трудоустройстве;
- в) число лиц, нуждающихся в профессиональном переобучении.

4. По экономическим критериям:

Определение экономической эффективности как в каждом конкретном случае, так и в деятельности лечебных учреждений представляет определенные трудности, так как медицина не принадлежит к сфере производственной деятельности. Поэтому помимо чисто экономического эффекта в реабилитологии следует учитывать специфический вариант эффекта, складывающегося из сокращения продолжительности лечения и реабилитации больных, меньшего объема материальных затрат на содержание койки в реабилитационном отделении по сравнению с обычной; большее число больных, возвращающихся к общественно полезному труду; меньшая степень остаточной инвалидности и, следовательно, уменьшение затрат на пенсионное обеспечение.

Экономический эффект является следствием достигнутого положительного медицинского эффекта и состоит в уменьшении потерь в связи с заболеваемостью, инвалидностью, преждевременной смертностью. Ниже приводятся экономические критерии, которые могут быть использованы в работе лечебно-профилактических учреждений при определении эффекта от проведенного лечения и реабилитации.

1. Число обострений заболевания у лиц, лечение которых проводится амбулаторно.

2. Число обострений заболевания у лиц, лечение которых проводится стационарно.

3. Сокращение числа дней временной нетрудоспособности в течение года и после реабилитации.

4. Экономический эффект от проведенной реабилитации.

Экономический эффект можно просчитать, используя формулу:

$$\mathcal{E} = \text{HD 1 работ} : x (\text{п б.} + \text{п инв.}) \times \text{d инв.} \times \text{K},$$

где \mathcal{E} – экономический эффект; **HD 1 работ** – национальный доход, произведенный 1 работающим за 1 год; **п б.** – число больных с предотвращенной инвалидностью; **п инв.** – число реабилитированных инвалидов; **d инв.** – разница между долей выхода на инвалидность в исследуемой группе до и после реабилитации; **K** – коэффициент, равный 0,8.

5. По критериям количественной оценки организации и качества мер реабилитации.

Для качественной и количественной оценки работы по выполнению комплекса реабилитационных мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации, необходимо использовать следующие критерии:

1. Полное осуществление всего комплекса реабилитационных мероприятий (все назначенные больному (инвалиду) меры реабилитации осуществлены полностью).

2. Неполное осуществление комплекса мер по реабилитации (назначенные меры реабилитации выполнены не полностью).

3. Некачественное выполнение комплекса мер реабилитации (назначенные меры выполнены, но некачественно по содержанию, по методике, времени их осуществления и др.).

На основе анализа полученных данных по указанным выше критериям врачи-реабилитологи должны получить информацию и достаточное представление о полноте и качестве осуществления реабилитационных мероприятий реабилитационными отделениями, лечебно-профилактическими учреждениями, реабилитационными центрами, а также о полученном социально-экономическом эффекте.

Лекция 8

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Важнейшей составной частью единого реабилитационного процесса является профессиональная реабилитация – система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя, тем самым, его социальной интеграции или реинтеграции.

Значимость профессиональной реабилитации определяется целым рядом экономических и психологических факторов. В первую очередь необходимо учитывать, что наличие в семье инвалида требует повышения расходов, так как возникает необходимость в таких видах обслуживания, как транспорт, специальное оборудование и др., и несмотря на то, что государство помогает в решении многих проблем, полностью решить нужды семьи в расходах оно не может.

Используются следующие варианты профессиональной реабилитации:

- адаптация реабилитанта на прежнем рабочем месте; реадаптация – работа на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии;

- работа на новом месте в соответствии с приобретенной новой специальностью, близкой к прежней, но отличающейся пониженной нагрузкой;
- полная переквалификация с последующим трудоустройством на том же предприятии;
- переквалификация в реабилитационном центре с подысканием работы по новой специальности.

Созданная в настоящее время в нашем государстве правовая база профессиональной реабилитации инвалидов обеспечивает социальную защиту в области получения специальности и занятости, адаптации и полноценной интеграции инвалидов в общество.

Для обеспечения возможностей профессиональной реабилитации инвалидов законодательством устанавливается:

- равенство возможностей инвалидов во всех сферах жизни общества;
- льготная финансово-кредитная политика в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений инвалидов;
- квоты для приема на работу инвалидов с предоставлением специализированных рабочих мест;
- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- стимулирование предприятий к созданию дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;
- создание для инвалидов условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;
- создание условий предпринимательской деятельности инвалидов;
- организация обучения инвалидов новым профессиям;
- ответственность работодателей за обеспечение занятости инвалидов;
- порядок и условия признания инвалидов безработными;
- государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов и другое.

Развитие законодательно-нормативной базы по проблемам реабилитации инвалидов, в том числе профессиональной, существенно изменило тенденции в данной области. Особенно значительным явилось принятие Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», который определил дальнейшие пути развития системы профессиональной реабилитации не только взрослых, но и детей.

Профессиональная ориентация детей-инвалидов включает:

- профессиональное образование и просвещение;
- профессиональную диагностику;
- профессиональное воспитание;
- профессиональную консультацию;
- «профессиональный подбор».

Профессиональная ориентация детей-инвалидов осуществляется в общеобразовательных, специальных общеобразовательных школах-интернатах при участии центров профессиональной ориентации молодежи и педагогических работников учебных заведений профессионального образования. Профессиональное просвещение должно осуществляться общеобразовательными школами в процессе изучения гуманитарных и естественно-математических предметов, предмета «Основы выбора профессии». В профессиональном просвещении принимают участие государственные службы занятости, медицинские реабилитационные экспертные комиссии, а также учебные заведения профессионального образования.

Профессиональная диагностика и профессиональный подбор обеспечивают выбор профессии ребенку-инвалиду, соответствующей его интересам, склонностям, задаткам профессиональных способностей, состоянию здоровья, а также конъюнктуре рынка труда. Профессиональная диагностика осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями Министерства здравоохранения Республики Беларусь, МРЭК и центрами профессиональной ориентации молодежи. Профессиональный подбор осуществляется центрами профессиональной ориентации молодежи.

Профессиональное воспитание предусматривает формирование профессиональных интересов, склонностей, профессиональной пригодности и осуществляется поэтапно дошкольными учреждениями, общеобразовательными школами, учебными заведениями профессионального образования, а **профессиональная консультация** осуществляется штатным психологом, медицинским работником учебного заведения с привлечением специалистов медико-реабилитационной экспертной комиссии, центров профессиональной ориентации молодежи и педагогических работников учебных заведений профессионального образования.

В системе профессиональной реабилитации важнейшее место занимают вопросы профессиональной подготовки, обучения для вхождения во взрослую жизнь детей, подростков, которые являются или стали инвалидами с детства, имеют существенные физиологические ограничения некоторых функциональных и сенсорных систем, в результате чего при неадекватной профессиональной деятельности они могут стать инвалидами. Если для взрослых инвалидов профессиональная реабилитация теснейшим образом связана с проблемой максимального использования имеющегося багажа профессиональных знаний, навыков и умений, то для детей и подростков особенно остро стоит вопрос совмещения получения общеобразовательных знаний на доступном для них уровне и приобретения профессии (специальности, профессиональной подготовки), которая не является противопоказанной из-за состояния здоровья и не приведет к утяжелению инвалидности.

В условиях рыночной экономики профессиональное образование инвалидов должно предусматривать обучение конкурентоспособным и пре-

стижным профессиям, основам предпринимательской деятельности, что обеспечивает равенство возможностей инвалидов в плане занятости. В настоящее время значительно расширены медицинские показания для профессионального обучения инвалидов, что позволяет проводить их обучение более широкому спектру профессий, в том числе и новым профессиям, появившимся на рынке труда.

Одной из важнейших задач любого общества является создание условий для обучения, воспитания, социальной адаптации детей-инвалидов. Ведь только на такой базе можно говорить об их профессиональной реабилитации в дальнейшем.

Возможность получения среднего, среднего специального и высшего образования, подготовку научных и научно-педагогических кадров, переподготовку и повышение квалификации инвалидов обеспечивают Министерство образования и науки Республики Беларусь, а также иные учебные заведения. Оказание профессионально-ориентационных услуг, профессиональную подготовку и трудоустройство инвалидов в трудоспособном возрасте, детей-инвалидов в возрасте от 16 до 18 лет, зарегистрированных в качестве безработных, организует Государственная служба занятости.

В то же время для детей и подростков, имеющих существенные отклонения в состоянии психики, зрения и слуха, значимые недостатки в физическом развитии, перенесших полиомиелит или детский церебральный паралич, действуют специальные образовательные учреждения, в которых обучают детей определенному кругу специальностей.

Исходя из вышеизложенного, профессиональная реабилитация осуществляется посредством тесной взаимосвязи между учреждениями здравоохранения, региональными отделениями занятости населения, центрами профессиональной подготовки и переподготовки службы занятости, учреждениями Министерства образования, предприятиями, общественными организациями.

Экспертиза профессиональной пригодности проводится следующим образом.

В случае потери профессии и (или) подбора профессии, которую может выполнять инвалид по состоянию своего здоровья и в соответствии с имеющимся образованием проводится **профинформация** – информационное обеспечение процесса выбора профессии, позволяющее клиенту получить максимум сведений о мире профессий, их рынке в регионе, о содержании профессий и специальностей, о требованиях, предъявляемых ими к человеку, путях и условиях профессиональной подготовки с учетом реальных возможностей трудоустройства, в результате чего создаются предпосылки для сознательного выбора клиентом сферы деятельности, профессии и образа жизни. Таким образом, для организации целенаправленного, осознанного поиска новой профессии человеку необходимо знать:

- основные особенности текущего состояния рынка труда в целом, тенденции его изменения в ближайшее время;
- источники информации о вакантных рабочих местах и организации, занимающиеся трудоустройством и переподготовкой безработных;
- основные требования профессий, по которым имеются вакансии, к индивидуальным качествам человека, содержание и особенности работы по ним; профессии, являющиеся аналогичными или смежными для его основной, базовой специальности;
- методы и критерии оценки собственных профессиональных возможностей;
- общие закономерности процесса профессиональной переориентации и порядок действий на различных ее этапах.

Кроме того, готовясь к переориентации на новую профессию, человек должен уметь:

- адекватно оценивать свои интересы, способности, знания и опыт, правильно соотносить их с содержанием и особенностями деятельности по различным профессиям;
- готовить объявления о поиске работы, письменные запросы на предприятия, профессиональную характеристику (резюме);
- правильно вести переговоры с работодателем при поиске вакансий, приеме на работу, оформлении трудового соглашения;
- систематически накапливать и анализировать данные о специальностях, по которым есть вакансии, работать со справочниками и другими источниками информации о профессиях;
- целенаправленно формировать у себя личностные качества, необходимые для успешного перехода к новой деятельности, расширять диапазон своих профессиональных возможностей;
- налаживать и поддерживать доброжелательные отношения с членами нового коллектива.

Далее проводится **профессиональное консультирование** инвалидов, благодаря которому осуществляется содействие в выборе или перемене профессии с учетом пожеланий, склонностей и возможностей, имеющихся вакансий, перспектив трудоустройства реабилитанта. Программа профориентационного обследования должна строиться индивидуально, применительно к каждому инвалиду. При планировании обследования принимаются в расчет результаты медицинского обследования и заключение врача-реабилитолога, данные о возрасте, образовании (в том числе профессиональном), профессиональном опыте и маршруте инвалида, а также психологические особенности, отраженные в индивидуальной программе реабилитации инвалида, и характерные для инвалидов с данным видом инвалидизирующей патологии.

Консультант в процессе работы с клиентом исследует:

- профессиональные интересы;

- профессиональные склонности;
- мотивацию профессионального самоопределения;
- психологическую профпригодность к определенным видам деятельности.

В результате совместной работы с клиентом-инвалидом расширяется его информированность о содержании различных профессий, открываются новые, доступные ему сферы деятельности, приводятся в соответствие его самооценка и уровень профессиональных притязаний с возможностями, корректируются профессиональные планы и намерения.

Профессиональное консультирование следует проводить с учетом структуры региональной потребности в кадрах.

Окончательное решение о выборе профессии, учебного заведения, места работы принимает инвалид. Не допускаются какие-либо формы воздействия на его мотивацию и решение в сфере самоопределения. Однако необходимо подчеркивать обязательность учета инвалидом в своем профессиональном выборе медицинских рекомендаций, так как эти рекомендации довольно жестко определяют типы труда, показанные инвалиду.

Профессиональное образование – это система и процесс овладения знаниями, навыками и умениями в области рекомендуемой профессиональной деятельности. Профессиональное образование не гарантирует занятости инвалида, но лишь высокий уровень профессионального образования делает инвалида конкурентоспособным на рынке труда и предоставляет ему равные шансы с неинвалидами.

Профессиональный отбор (подбор) проводится при необходимости отбора 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.

При профотборе (профподборе) с использованием психодиагностических средств необходимо помнить, что психодиагностика инвалидов для профориентации направлена на выявление сохранных высших психических функций, возможностей компенсации имеющихся нарушений, на определение условий и режимов деятельности, в которых возможна оптимальная работоспособность.

Одно из ключевых мест в системе профессиональной реабилитации занимает **психологическая поддержка**, так как процесс профориентации инвалидов затрудняет неблагоприятная самооценка, неуверенность в себе, ожидание неудачи, что может отрицательно сказаться на выборе профессии. Поэтому в работе с инвалидами особую важность приобретает установление с ними благоприятных, партнерских отношений, открытости в общении.

У них должно сниматься напряжение в ситуации собеседования, а тем более при тестировании профессионально важных качеств, корректи-

роваться неблагоприятные установки в отношении профессиональной реабилитации, трудовой деятельности. Специалисты, работающие с инвалидами, могут использовать приемы бесконфликтного общения, такие, как техники активного слушания, Я-высказываний, а также элементы психотерапевтической работы в виде проявления полного принятия инвалида. Все это ведет к тому, что инвалиды, склонные к хроническому переживанию отрицательных эмоций, к внутренней напряженности и тревожности, будут получать возможность почувствовать заинтересованность и расположение ведущего с ними работу психолога, а потому испытывать спокойствие, быть контактным при опросе, проявлять живые эмоциональные реакции, уравновешенность. У них будет создаваться положительная установка на исследование.

Составной частью работы по профессиональной реабилитации является и **профессиональное обучение**. При выборе того или иного способа профессиональной подготовки необходимо учитывать особенности обучаемости инвалида. Это ставит вопрос о необходимости в процессе профориентации анализировать и психолого-педагогические аспекты. Реальные попытки переобучения инвалидов показывают, что нередко на этом пути профессиональной реабилитации встают свои трудности. Инвалидам, оказывается, трудно осваивать программу профессиональной подготовки в том же темпе, что и остальным учащимся, при обучении лиц со значительным интеллектуальным снижением могут возникать трудности в понимании материала и его усвоении. Все эти нюансы должны учитываться при проведении профессионального обучения инвалида.

Профессионально-производственная адаптация – это система и процесс определения оптимального уровня производственных нагрузок, связанных с исполнением требований рекомендуемой профессиональной деятельности в условиях конкретного производства, с приспособлением к ним инвалидов.

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

Трудоустройство является завершающим этапом профессиональной реабилитации инвалидов. Успешное решение этой проблемы во многом зависит от системы взаимодействия основных звеньев профессиональной реабилитации инвалидов: медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК), службы занятости, предприятия, учреждения профессионального образования. Цель взаимодействия – совместная организационная работа по трудоустройству и профессиональному обучению инвалидов.

Рациональное трудоустройство инвалида, согласно одного из определений, – это трудовое устройство на рабочее место, потенциально пригодное для инвалида по состоянию его здоровья, соответствующее моти-

вам личности, профессиональной подготовке в общественно необходимой профессии. Рациональное трудовое устройство означает адекватность условий и содержания труда психофизиологическим особенностям инвалида и социально-экономическую равноценность рекомендуемой ему профессиональной деятельности ранее исполняемой (в случае ее смены) либо исполняемой здоровым работником аналогичной работы (в случае первоначального выхода на рынок труда). Поэтому при определении показаний к рациональному трудовому устройству необходимо соблюдать главный принцип – соответствие клинического статуса и функциональных возможностей инвалида требованиям, предъявляемым ему характером и условиями труда. Ведущими критериями здесь служат тяжесть, особенности течения и прогноз заболевания. При этом следует учитывать также и социальные факторы: уровень образования, профессиональные знания и навыки, трудовую установку и индивидуальные особенности личности больного, возможность получения новой квалификации или профессии путем обучения и переобучения.

Рациональное трудовое устройство означает адекватность условий и содержания труда психофизиологическим особенностям инвалида и социально-экономическую равноценность рекомендуемой ему, профессиональной деятельности ранее исполняемой (в случае ее смены).

Содействие трудоустройству инвалидов на современном этапе встречает большие сложности. Подчас службе занятости не удается трудоустроить даже здоровых безработных. Поэтому одним из реальных приемов, содействующих трудоустройству инвалидов, является овладение им навыков активного поведения на рынке труда. Специалисты службы занятости должны этому способствовать.

Инвалид должен осознать, что активные действия на рынке труда предполагают прямое непосредственное обращение его на различные предприятия по вопросу имеющихся вакансий и предложение себя в качестве рабочей силы. Во время трудоустройства инвалиду не рекомендуется отрицательно отзываться о своей прежней работе, профессии, руководителе. Следует больше говорить о своих профессиональных возможностях и достижениях.

К сожалению, изложенные выше аспекты профессиональной реабилитации больных и инвалидов на практике соблюдаются далеко не всегда. Это связано в первую очередь с тем, что система профессиональной реабилитации в нашей республике находится в стадии становления. Другой причиной неполной реализации системы профессиональной реабилитации является низкая заинтересованность работодателей в привлечении к труду инвалидов.

В этой программе содержатся десять правил, которым работодатели должны следовать в своей деятельности по созданию, использованию и сохранению рабочих мест для инвалидов. В частности, им следует:

- обращать особое внимание на трудоустройство инвалидов, используя в этих целях свою кадровую службу и ставя перед нею в этом плане специальные задачи;
- создавать благоприятные условия на специальных рабочих местах с тем, чтобы инвалиды могли беспрепятственно ими пользоваться;
- совершенствовать практику приема на работу инвалидов, упрощая при этом саму процедуру их трудоустройства;
- принимать специальные меры, гарантирующие инвалидам те же возможности, что и другим (здоровым) работникам, в целях полного использования их потенциала и обеспечения им возможности продвижения по службе;
- обеспечить для работника, ставшего инвалидом в результате несчастного случая на производстве, сохранение прежней работы, либо оказание помощи в переквалификации, либо в предоставлении другого места работы;
- содействовать в обучении и переобучении инвалидов совместно с органами занятости и т.д.;
- соблюдение нашими работодателями вышеизложенного мирового опыта в значительной степени способствовало бы решению проблемы трудоустройства инвалидов.

Таким образом, эффективное решение проблемы инвалидности, обеспечивающее снижение негативных тенденций в динамике общественного здоровья населения и инвалидности, повышение уровня социальной защищенности инвалидов требуют создания целенаправленных систем профилактики инвалидности, реабилитации и интеграции инвалидов в общество, возвращения многих из них к общественно-полезному труду и восстановления производительных сил общества.

Лекция 9

СОЦИАЛЬНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Одним из основных аспектов реабилитации является социальный, так как именно на этом этапе осуществляется комплекс мероприятий, направленный на максимально возможную интеграцию инвалида в семью, в коллектив, в общество, ведь каждый человек, имеющий физические, умственные или психические недостатки, приводящие к различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности, имеет «социальное право» на получение помощи, которая необходима: для предотвращения, устранения, исправления, предупреждения осложнения или смягчения последствий инвалидности, а также для обеспечения этому лицу места в обще-

стве, в частности, в трудовой сфере, соответствующего его индивидуальным наклонностям и способностям.

Среди основных положений, вытекающих из упомянутого «социального права», необходимо выделить следующие:

- задача интеграции инвалидов в общество;
- принцип внепричинности, в соответствии с которым все виды необходимой помощи любому инвалиду или лицу, которому угрожает инвалидность, должны быть оказаны вне зависимости от причины инвалидности;
- принцип вмешательства на возможно ранней стадии, когда в зависимости от возможности и необходимости должны быть приняты все меры для уменьшения масштаба и последствий инвалидности до минимума, а неизбежные последствия компенсированы наиболее эффективным образом.

Формирование нового социального статуса – статуса инвалида происходит во времени, с годами выявляются новые потребности (в общении, обучении, приобретении профессии, выборе места работы и др.). Спонтанное формирование нового социального статуса не всегда адекватно окружающим условиям, социальной среды, которая нередко ставит жесткие условия и предъявляет повышенные требования.

Поэтому на любом этапе формирования социального статуса – инвалид – необходимы социальная поддержка, помощь в социальной реабилитации, адекватном вхождении инвалида в жизнь, включение в социальную реальность через обретение нового статуса, более приспособленного к проблемам общества. Социальная реабилитация инвалидов имеет широкий круг возможностей воздействия, используя и технические средства реабилитации, и создание специальных условий для овладения социальными навыками с помощью вспомогательных устройств, и вовлечение семьи в реабилитационную деятельность.

В связи с наличием (появлением) в семье инвалида претерпевает изменения и сама семья как реабилитационная среда. Помимо межличностных отношений внутри самой семьи, страдают и внешние связи семьи, распадается «социальная сеть» (реже осуществляются контакты с родственниками, друзьями), становится ущербным социальное функционирование семьи. Семья как бы делает крен в социальных связях в сторону контактов с лицами, осуществляющими медико-социальную помощь (медицинское и социальные работники, педагоги).

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

Основными задачами социальной реабилитации являются:

- 1) создание необходимых социально-бытовых условий инвалидам;
- 2) обеспечение возможности приобретения навыков для дальнейшей трудовой деятельности;
- 3) разработка и принятие на государственном уровне правовых актов, гарантирующих инвалидам определенные социальные права и обеспечение реализации этих актов.

Социальная реабилитация включает в себя четыре аспекта:

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

Социально-психологический аспект подразумевает выработку у инвалида мотивации к реабилитации и социальной интеграции в семью, в общество.

Социально-бытовой аспект – приспособление жилых помещений, специальных инфраструктур к нуждам и потребностям инвалида, т.е. факторы социально-бытовой среды, которые составляют условия и средства, обеспечивающие возможность самостоятельного обслуживания и проживания.

Социально-бытовая адаптация состоит из следующих направлений:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой адаптации;
- обучение инвалида организации жизни в быту и самообслуживанию (уход за обувью, одеждой, приготовление пищи, пользование приборами бытового назначения).

В социально-бытовом аспекте даже для тяжелых инвалидов выделяют высокий, средний и низкий реабилитационный потенциал.

Высокий реабилитационный потенциал:

1. Наличие жилищных условий (соответствие санитарным нормам), позволяющих преодолеть затруднения в самообслуживании, физической независимости, передвижении и обеспечивающих возможность самостоятельного проживания.

2. Наличие семьи, способной обеспечить постоянную помощь по уходу, преодолению затруднений в самообслуживании, мобильности.

3. Материальная обеспеченность превышает уровень условного прожиточного минимума.

4. Преодоление затруднений в передвижении, самообслуживании, доступности информации возможно за счет использования вспомогательных средств.

Средний реабилитационный потенциал:

1. Жилищные условия не позволяют в полном объеме преодолеть затруднения в самообслуживании, передвижении.

2. Обеспечение физической независимости без периодической посторонней помощи затруднено.

3. Наличие семьи позволяет оказывать содействие в самообслуживании, мобильности, но только периодически.

4. Использование вспомогательных средств позволяет не в полном объеме преодолеть затруднения в передвижении, самообслуживании, получении необходимой социально-значимой информации.

5. Материальная обеспеченность соответствует уровню условного прожиточного минимума.

Низкий реабилитационный потенциал:

1. Без посторонней помощи и применения вспомогательных средств передвижение и самообслуживание в условиях жилья затруднено.

2. Использование вспомогательных средств позволяет в небольшом объеме преодолеть затруднения в самообслуживании, передвижении.

3. Семья обеспечивает содействие в передвижении, самообслуживании в отдельных разовых случаях.

4. Оказание помощи органов социальной защиты незначительно способствует адаптации в быту.

5. Материальная обеспеченность ниже уровня условного прожиточного уровня.

Социально-средовой аспект характеризует возможность участия инвалида в общественной жизни, максимально полную его интеграцию в общество. В основу социально-средовой адаптации должны быть включены следующие реабилитационные аспекты:

- проведение социально-психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование);
- осуществление помощи на уровне семейных отношений (обучение основам безопасности жизни, обучение социальному общению и независимости, консультирование по основам правовых знаний);
- формирование навыка проведения отдыха и досуга (участие в работе кружков, художественной самодеятельности, экскурсиях);
- занятия физкультурой и спортом (учебные занятия, лечебная физкультура, индивидуальные занятия, спортивные секции, участие в соревнованиях).

Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации.

Для реализации конечной цели к каждому пункту социальной реабилитации составляется программа занятий и мероприятий с методикой их проведения. Обязательно учитываются характерологические изменения личности, диагноз, сопутствующие заболевания.

Высокий реабилитационный потенциал:

1. Возможно устранение ограничения мобильности за счет организации доступа к пользованию всеми формами общественного транспорта,

вокзальным сооружениям, медицинским учреждениям, др. общественным зданиям, собственному жилищу; бесплатного проезда в транспорте, права на пользование услугами специальной службы доставки; предоставления в пользование специальных транспортных средств.

2. Возможно содействие личной самостоятельности и независимости за счет предоставления вспомогательных технических средств.

3. Возможно устранение ограничений в трудовой занятости за счет предоставления специальных льгот по трудоустройству и, следовательно, содействие экономической независимости.

4. Возможно снятие других ограничений к интеграции в общество за счет устранения ограничений занятости любительским спортом; других ограничений к социальным контактам: возможность проведения отпуска в санатории, доме отдыха и пр.

Средний реабилитационный потенциал:

1. Возможность устранения затруднений мобильности ограничена: затруднен доступ к пользованию всеми формами общественного транспорта (исключена возможность пользования подземным транспортом и др.); ко всем видам общественных зданий, непредоставлением личного транспорта.

2. Содействие в трудовой занятости и экономической независимости ограничено.

Низкий реабилитационный потенциал:

1. Возможность устранения ограничений мобильности за счет использования вспомогательных средств в границах микрорайона, двора и пр.

2. Содействие в трудовой занятости возможно предоставлением отдельных видов работ на дому.

3. Содействие экономической независимости невозможно.

4. Возможно право на пользование услугами специальной службы доставки.

5. Социальные контакты, доступность информации возможны при использовании средств связи, радио и телевидения.

Лекция 10

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО И ИНВАЛИДА

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) – это перечень различных методов медицинского, бытового и социального характера, направленных на достижение конкретной цели реабилитации данного больного или инвалида. Другими словами, ИПР содержит комплекс оптимальных для больного, инвалида, в том числе ребенка-инвалида, реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы,

объемы, сроки и порядок их реализации, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей больного или инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

ИПР составляется на основе полученных данных предварительного обследования и стороннего анализа состояния пациента, оценки микро- и макросреды с учетом конкретных возможностей службы реабилитации по отношению к данному больному. ИПР должна определять объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мероприятий, необходимые виды социальной помощи. ИПР инвалида «является документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйствования» (статья 13 Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»). При разработке программ реабилитации используются **методические подходы**, предъявляемые к их составлению:

1. Соблюдение основных принципов реабилитации: раннее начало, этапность, преемственность, комплексность, индивидуальность.

2. Ориентация на достижение конкретного конечного результата.

3. Соответствие конкретной фазе (периоду) реабилитационного процесса.

4. Соответствие общей технологии реабилитационного процесса в лечебном учреждении: диагностика исходного уровня объекта реабилитации (ведущего дезадаптирующего синдрома, состояния трудоспособности и др. критериев жизнедеятельности, проведение реабилитационных мероприятий, оценка эффективности проведенной реабилитации и полученных результатов).

5. Определение объема и очередности восстановительного лечения, характера и продолжительности процедур, их ориентировочного числа, плотности реабилитационных мероприятий, реальных возможностей выполнения ИПР.

6. Программа реабилитации должна служить руководством для лечащего врача и врача-реабилитолога по вопросам тактики ведения больного.

7. Программа реабилитации должна служить руководством для главного врача лечебно-профилактического учреждения по вопросам организации реабилитационного процесса (количество реабилитационных коек, количество и профиль реабилитационных кабинетов, график их работы и т.д.).

Цель индивидуальной программы реабилитации – формирование системы мероприятий, предусматривающих:

- 1) устранение обратимых функциональных последствий заболевания или травмы;

- 2) физиологическую, психологическую и техническую компенсацию неполностью обратимых или необратимых функциональных последствий;

3) устранение или уменьшение тяжести бытовых последствий за счет адаптации жилья и использования помощи семьи или других людей;

4) психологическую и физиологическую адаптацию к конкретной трудовой деятельности на сниженном функциональном уровне при условии исходной установки на труд.

Реализация ИПР должна быть направлена на соблюдение государственных гарантий и прав инвалида в области медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации. Залогом этого является общедоступность системы реабилитации и учет физических, психофизиологических, социальных особенностей реабилитантов.

Принципы реализации ИПР:

Основными принципами реализации ИПР являются:

– принцип вмешательства на возможно более ранней стадии, когда в зависимости от возможности и необходимости должны быть приняты все меры для уменьшения масштабов и последствий инвалидности до минимума, а неизбежные последствия компенсированы наиболее эффективным образом;

– принцип оказания индивидуальной помощи в зависимости от конкретных потребностей каждого инвалида в отдельности средствами, способствующими этим потребностям;

– принципы многообразия форм и методов реабилитации на основе системного подхода при их осуществлении;

– принцип государственно-общественного характера управления системой реабилитации;

– принцип координации деятельности служб, осуществляющих медико-социальную реабилитацию.

Принципы и порядок формирования индивидуальной программы реабилитации

После проведения экспертно-реабилитационной диагностики определяется реабилитационный потенциал, от которого зависит необходимость проведения определенных мероприятий и услуг и который в совокупности с медицинскими, психологическими и социальными факторами определяет возможность улучшения здоровья человека

ИПР должна включать конкретный перечень реабилитационных воздействий с точной их дозировкой, должна быть регламентирована по времени и конкретным исполнителям.

Для оценки ограничений жизнедеятельности используются следующие основные категории:

– *способность контроля за своим поведением* – способность осознания себя и правильного поведения как в повседневной обстановке, так и по отношению к окружающим;

– *способность к самообслуживанию* – способность справляться с основными физиологическими потребностями (прием пищи, личная гигиена, одевание, физиологические отправления), выполнять повседневные бытовые задачи;

– *способность к передвижению* – способность ходить, бегать, перемещаться, преодолевать препятствия, управлять положением тела;

– *способность к обучению* – способность к восприятию знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками (социальными, культурными, бытовыми);

– *способность к ориентации* – способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде посредством зрения, слуха, обоняния, осязания, мышления и адекватно оценивать ситуацию с помощью интеллектуальных свойств;

– *способность к труду* – способность к установлению и развитию контактов между людьми благодаря восприятию, пониманию другого человека, возможности обмена информацией.

При оценке степени ограничения жизнедеятельности следует учитывать и определять наличие эпизодической или систематической нуждаемости во вспомогательных средствах либо помощи других лиц, а также объем этой помощи.

При составлении ИПР инвалиду на сегодняшний день заполняется единый бланк, в котором предусмотрены все аспекты реабилитации.

Порядок реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного

Индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР) больного заполняется на пациентов амбулаторных лечебно-профилактических организаций и амбулаторных центров медицинской реабилитации, у которых вследствие заболевания или травмы имеются ограничения жизнедеятельности ФК-I и выше.

В амбулаторно-поликлинических отделениях бланк ИПМР больного заполняется врачом-реабилитологом или лечащим врачом на больного, у которых имеются ограничения жизнедеятельности. Программа реабилитации корректируется, дополняется и утверждается (подписывается) реабилитационной комиссией или заведующим отделением реабилитации. ИПМР больного ведется до завершения курса реабилитации, после чего программа подклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного и заполняется «Карта учета информации по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации больного», которая передается в отделение медстатистики.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида состоит из 3-х бланков: медицинского, профессионального и социального. Составляется при первичном и повторном освидетельствовании больного (инвалида) на

МРЭК. При признании больного инвалидом составляется соответствующая программа реабилитации.

Инвалид может нуждаться во всех видах реабилитации, тогда заполняются все 3 бланка.

В случае, если инвалид нуждается в медицинской реабилитации, составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации инвалида, которая отправляется в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) по месту обслуживания данного больного и хранится в амбулаторной карте до очередного переосвидетельствования.

В поликлинике по месту обслуживания инвалида лечащий врач или врач-реабилитолог заполняет бланк индивидуальной программы реабилитации больного и выполняет рекомендуемый курс реабилитации с учетом составленной во МРЭК индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Перед очередным переосвидетельствованием в ИПМР инвалида отмечается эффект реабилитации и в посылном листе на МРЭК подробно указывается число курсов реабилитации, динамика состояния здоровья реабилитанта за год. МРЭК с новым посылным листом получает свою старую ИПМР инвалида, составленную год назад, оценивает эффект реабилитации, выносит экспертное решение и в случае необходимости составляет новую ИПМР инвалида. Такой порядок будет осуществляться до достижения максимального уровня прогнозирования результата реабилитации.

В случае если больной нуждается в профессиональной реабилитации, то составляется индивидуальная программа профессиональной реабилитации и соответствующий бланк направляется в адрес «исполнителя»: территориальное отделение занятости населения, заведение профессионального обучения, нанимателю и др. По окончании реабилитации отрывной талон бланка направляется во МРЭК.

При формировании программы **профессиональной реабилитации** необходимо определить:

- исполнителя (учреждения систем образования, социальной защиты, занятости, специализированные предприятия и др.);
- форму реабилитации (для обучения – индивидуальная программа, надомное обучение, обучение на рабочем месте, курсовое обучение, обучение в учебных заведениях общей сети или специализированных, заочное обучение и др.);
- сроки выполнения (даты начала и окончания реабилитационного мероприятия);
- объем (содержание и количество реабилитационных мероприятий);
- порядок реализации (порядок исполнения мероприятий профессиональной реабилитации).

В случае если больной нуждается в социальной реабилитации, то составляется индивидуальная программа социальной реабилитации инвалида и соответствующий бланк направляется в районный отдел социальной за-

щиты по месту жительства. Отрывной талон с результатами проведенной социальной реабилитации возвращается во МРЭК.

Разработка программы социальной реабилитации основывается на:

- **оценке социально-бытового** (самообслуживание, социальные навыки, персональная сохранность) и **социально-средового** (социальная независимость, социальное общение, возможность решения личных проблем, возможность заниматься физкультурой, спортом, культурно-досуговой и общественной деятельностью) статусов, включающей анализ основных характеристик социально-бытовой и социально-средовой деятельности, определение соответствия физиологических, психофизиологических и психических функций инвалида требованиям, предъявляемым к нему социально-бытовой и социально-средовой деятельностью;

- **оценке «социально-бытовой» составляющей РП**, включающей определение совокупности медико-биологических и социальных факторов, а также их взаимодействия с конкретными социально-бытовыми и социально-средовыми условиями, прогнозированием – когда и с помощью каких средств инвалид достигнет возможности самостоятельного обслуживания и проживания;

- **оценке «социально-средовой» составляющей РП** (возможности достижения самостоятельной общественной и семейной деятельности);

- **оценке вида и степени ограничения жизнедеятельности.**

Программа социальной реабилитации содержит рекомендации:

- по обеспечению вспомогательными бытовыми техническими средствами;

- предоставлению услуг центров социального обслуживания;

- по предоставлению вспомогательных или автономных средств передвижения (включая автомобиль при наличии показаний и способностей к вождению);

- по обучению пользованию техническими средствами;

- по консультативно-информационной и социальной помощи;

- воспитанию и общеобразовательному обучению в специальных учреждениях;

- по бытовой реабилитации (для больных с высоким функциональным классом нарушений и ограничений жизнедеятельности).

При необходимости МРЭК должна наметить программу дополнительного обследования, запись о которой вносится в Акт освидетельствования.

При этом суть дополнительного обследования может касаться различных аспектов реабилитации, а поэтому может проводиться не только в органах здравоохранения, но и в других учреждениях (социальной защиты населения, образования, труда и занятости и т.д.), осуществляющих деятельность в этой области.

ИПР составляется на срок выполнения всех намеченных мероприятий (может составлять от 6 месяцев до 1 года и более) с учетом реабилита-

ционного прогноза и обязательной коррекции по результатам динамического наблюдения.

Ответственность за выполнение ИПР инвалида несет:

- лечащий врач поликлиники, которая обслуживает данного инвалида, – за медицинский раздел ИПР;
- территориальный отдел службы занятости, наниматель – за профессиональный раздел ИПР;
- районный отдел социальной защиты по месту жительства инвалида – за социальный раздел ИПР.

Контроль за реализацией ИПР несет МРЭК, составляющая необходимые программы реабилитации при очередном переосвидетельствовании, а также при назначаемых в отдельных случаях освидетельствованиях в порядке динамического наблюдения.

Во МРЭК, в отдельном журнале, ведется учет разработанных и выданных инвалидам ИПР с указанием номера бланка программы реабилитации, дата выдачи, фамилии, имени, отчества инвалида, краткого содержания и даты направления в органы социальной защиты населения.

В случае несогласия с содержанием ИПР инвалид (или его законный представитель) может подать письменное заявление в МРЭК. МРЭК не позднее месячного срока со дня получения заявления выносит окончательное решение.

Для обеспечения контроля за выполнением реабилитационных мероприятий инвалидом в МРЭК используются компьютерные технологии, позволяющие вести динамическое наблюдение за процессом реабилитации каждого конкретного инвалида и в целом обслуживаемого контингента инвалидов на основе специальных информационных систем.

Бланк медицинской программы ИПР инвалида с отметкой о результатах ее исполнения и актом освидетельствования направляется лечащим врачом поликлиники к очередному освидетельствованию инвалида во МРЭК.

Специалисты МРЭК, получив все документы о проведенной инвалидом реабилитации: медицинской, профессиональной, социальной, анализируют их (подводят итоги о достигнутой цели реабилитации, о ее эффективности) и на основании имеющихся на момент освидетельствования степени их выраженности ограничений жизнедеятельности и с учетом эффективности проанализированных результатов реабилитации, выносят экспертное решение.

Если инвалид нуждается в продолжении медицинской реабилитации, специалисты МРЭК выносят решение о продолжении ее и составляют вновь программу медицинской реабилитации еще сроком на год.

Если при оценке клинико-функциональных показателей доказано, что реабилитационный потенциал исчерпан, то принимается решение, что

инвалид не нуждается в продолжении медицинской реабилитации, и программа не составляется.

Если инвалид нуждается в продолжении профессиональной или социальной реабилитации, специалисты МРЭК еще сроком на один год составляют соответствующие программы.

Если на период освидетельствования ИППР или ИПСР остались не реализованы, то в зависимости от причины невыполнения программ, принимается решение о продлении сроков реализации или прекращения соответствующей программы.

В случае отказа инвалида от выполнения одной из программ реабилитации или от ее продолжения ИПР данного вида не составляется.

Качественное выполнение программ реабилитации обеспечивается контролем органами (учреждениями) реабилитации, ответственными за их выполнение.

Контроль за динамикой выполнения всех программ реабилитации проводится МРЭК не реже двух раз в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алферова, Т.С. Основы реабилитологии / Т.С. Алферова, О.Л. Потехина. – Тольятти, 1995. – 148 с.
2. Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / под ред. Э.А. Вальчука, В.Б. Смычка. – Минск, 2003. – 317 с.
3. Медицинская реабилитация в учреждениях здравоохранения: метод. рекомендации / сост. Э.А. Вальчук. – Минск, 1992. – 36 с.
4. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекомендации / Бел ГИУВ; сост. Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева [и др.]. – Минск, 1995. – 20 с.
5. Реабилитология: курс лекций; [авт.-сост. Т.Ю. Крестьянинова]; М-во образования Респ. Беларусь, УО «ВГУ им. П.М. Машерова», каф. анатомии и физиологии. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2010. – 163 с.
6. Смычѣк, В.Б. Клиническая и эпидемиологическая характеристика инвалидности вследствие черепно-мозговых травм и обоснование путей ее снижения через реабилитацию: дис. ... д-ра мед. наук. – 1999. – 278 л.
7. Смычѣк, В.Б. Основы реабилитации (курс лекций) / В.Б. Смычѣк. – Минск, 2000. – 132 с.
8. Смычѣк, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычѣк, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.

Учебное издание

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

Курс лекций

Составитель

КРЕСТЬЯНИНОВА Татьяна Юрьевна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

В.Л. Пугач

Подписано в печать 2021. Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,72. Уч.-изд. л. 3,25. Тираж экз. Заказ .

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33