

РЕАБИЛИТАЦИЯ – ПРОБЛЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ

Н.М. Насыбуллина, докт. фарм. наук, Г.М. Кривошапко, С.В. Кривошапко

Казанский государственный медицинский университет

E-mail: nelya@rzn.ru

Представлены основные положения реабилитации – восстановления здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Ключевые слова: виды реабилитации, реабилитационные мероприятия, медсестра.

Цель реабилитации – эффективное возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам в общество, восстановление личностных свойств человека. Но реабилитация не может рассматриваться только как «долечивание» больных; ее использование в качестве этапа после завершения лечения малоэффективно. Только лечебные меры в рамках реабилитационных программ могут служить целям профилактики функциональных нарушений, нередко непосредственно связанных с лечением (гипокинезия, постиммобилизационные расстройства и др.), и способствовать сокращению сроков временной нетрудоспособности.

Международная классификация ВОЗ (Женева, 1980) выделяет следующие уровни медико-биологических и психосоциальных последствий болезни, которые должны учитываться при проведении реабилитации: повреждение (impairment, англ.) – любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических функций; нарушение жизнедеятельности (disability, англ.), возникающее в результате повреждения, утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность способом или в пределах, считающихся нормальными; возникающие в результате повреждения и социальные ограничения (handicap, англ.) и нарушения жизнедеятельности, препятствующие выполнению социальной роли, нормальной для данного индивидуума.

В последние годы в реабилитологию введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (health-related quality of life, англ.), которое рассматривают как интегральную характеристику эффективности реабилитации. Безусловно, рассмотренные выше последствия болезней взаимосвязаны: повреждение обуславливает нарушение жизнедеятельности, которое приводит к социальным ограничениям и нарушению качества жизни.

Выделяют следующие виды реабилитации:

- **медицинскую** – совокупность методов и методик лечения, комплекс консервативных и хирургических мероприятий, направленных на возможно более полное восстановление личностного и социального статуса больного:
 - превентивную: профилактика прогрессирования патологического процесса, возможных осложнений и выраженных в связи с этим постморбидных последствий и остаточных явлений;
 - куративную: рациональный подбор терапевтических средств и проведение курса лечения;
 - функциональную реабилитацию и адаптацию;
- **психологическую** – система лечебного воздействия на психику с целью нормализовать психологический статус, который может измениться в процессе заболевания;
- **бытовую** – комплекс мер по восстановлению способностей, обеспечивающих повседневную жизнедеятельность, по обучению больных приемам пользования ортопедическими приспособлениями, навыкам бытового самообслуживания;
- **профессиональную** – профилактика возможного снижения или потери трудоспособности; восстановление утраченной либо сниженной в результате патологического процесса трудоспособности; теоретическая и практическая подготовка к профессиональной деятельности по ранее приобретенной специальности или переквалификация; экспертиза трудоспособности;
- **социальную** – восстановление, при невозможности – создание нового, приемлемого для конкретного человека, положения в семье, коллективе или более крупном социуме.

Виды реабилитации следует рассматривать в единстве и взаимосвязи. Они соответствуют 3 классам последствий болезней:

- 1) медико-биологическим, заключающимся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса;
- 2) снижению трудоспособности или работоспособности в широком смысле слова;
- 3) социальной дезадаптации, т.е. нарушению связей с семьей и обществом.

Таким образом, выздоровевший человек может нуждаться в реабилитации, так как, помимо восстановления здоровья, ему необходимо восстановить еще и работо-

способность, социальный статус, т.е. вернуться к полноценной жизни в семье, трудовом коллективе.

Главные задачи медицинской реабилитации – полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни. Этим целям служат:

- *физическая реабилитация* – восстановление или компенсация физических возможностей, улучшение физических качеств, повышение функционального состояния и адаптационных резервов организма;
- *психологическая реабилитация* – коррекция психического состояния пациента; формирование его позитивного отношения к лечению и врачебным рекомендациям; психологическая адаптация к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации;
- *профессиональная реабилитация* – трудоустройство, профессиональное обучение и переобучение, определение трудоспособности;
- *социально-экономическая реабилитация* – возвращение пострадавшему экономической независимости и социальной полноценности.

В процессе формирования современного подхода к медицинской реабилитации были сформулированы следующие ее принципы:

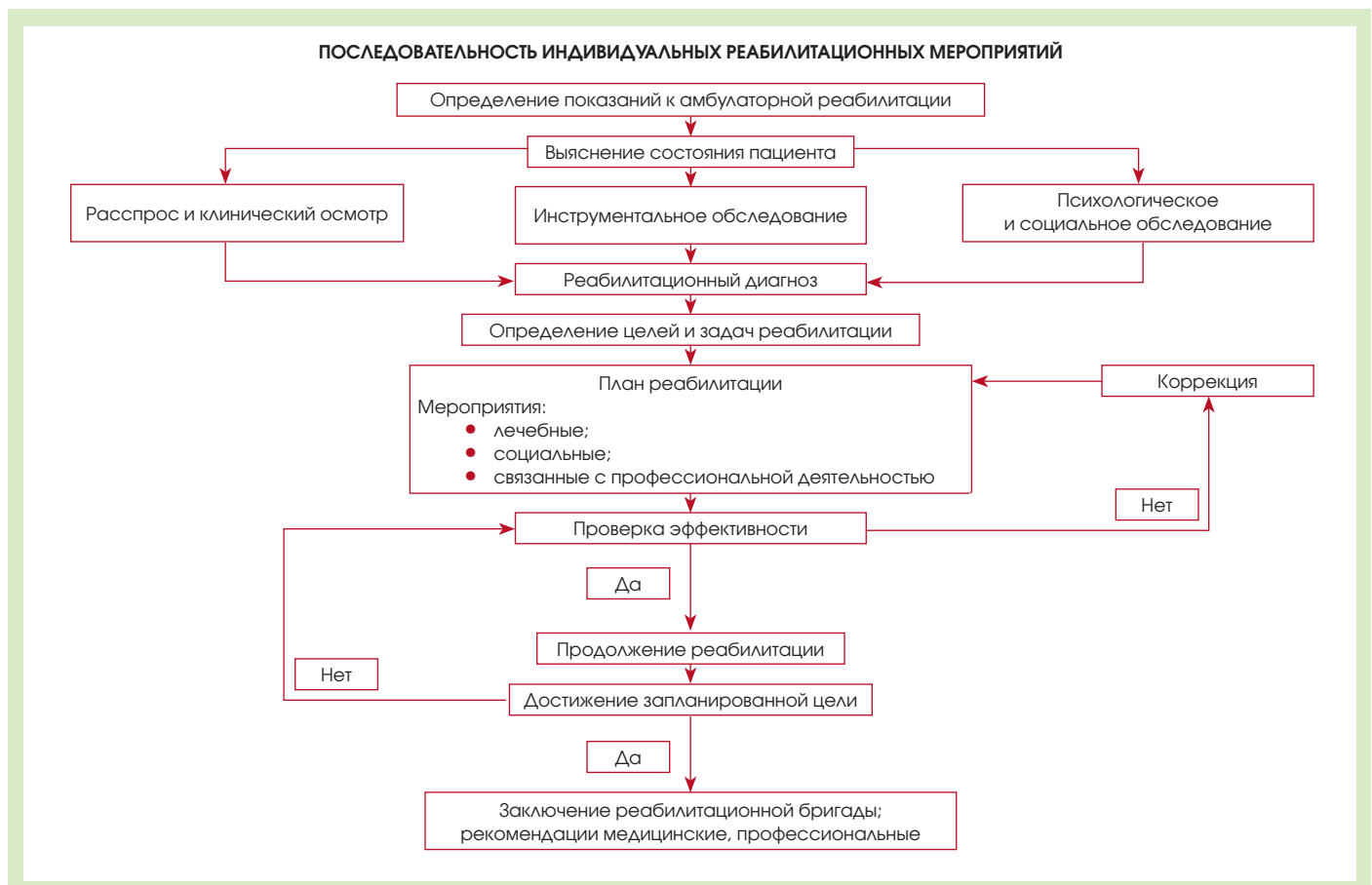
- раннее начало;
- комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мер;
- индивидуализация программы реабилитации;

- этапность реабилитации;
- непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации;
- социальная направленность реабилитационных мероприятий;
- использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Программа реабилитации предусматривает не только проведение восстановительных мероприятий и контроль за их эффективностью, но и решение экспертных вопросов, протезирование, трудоустройство и соцобеспечение. Госпитальный этап реабилитации осуществляется в больнице, куда поступают больные в остром периоде заболевания, где проводятся лечебные мероприятия и формируется базовая программа реабилитации. Амбулаторно-поликлинический этап реализуется в поликлиниках, поликлинических отделениях, медико-санитарных частях (восстановительные мероприятия для лиц, способных к самостоятельному передвижению на большие расстояния, коррекция программы реабилитации), санаторно-курортный этап – в санаториях (специализированных и общего типа) с реализацией всего комплекса восстановительных мер, дополненных климато- и бальнеотерапией.

В зависимости от особенностей патологического процесса разрабатывается индивидуальная программа реабилитации для конкретного пациента (см. схему).

При повреждении и заболеваниях опорно-двигательной системы принято выделять 5 периодов реабилитации, продолжительность которых зависит от тяжести травмы и выбранного метода лечения.



1-й период – лечебно-щадящий (стадия травматического воспаления); проводится в больнице или реабилитационном центре; продолжительность – 1–2 нед; задачи:

- уменьшение спонтанных болей и ликвидация отека;
- комплексное использование лечебных мероприятий для рассасывания кровоизлияний и выпотов и заживления ран мягких тканей.

2-й период – функционально-тренировочный (перестройка рубцовых тканей и образование первичной костной мозоли); место проведения – реабилитационный центр, санаторий; продолжительность – со 2-й по 8-ю неделю; задачи:

- уменьшение болевой реакции на тренировку и оптимизация остеорепарации;
- профилактика трофических расстройств;
- профилактика тугоподвижности и контрактур суставов, а также атрофии мышц.

3-й период – компенсаторный, активного восстановления утраченных функций (формирование прочных рубцов и костной мозоли, восстановление анатомической целостности поврежденных структур); продолжительность с 8-й по 16-ю неделю после травмы или ранения; задачи:

- усиление процессов минерализации костной мозоли;
- размягчение рубцов и рассасывание спаек;
- усиление функционирующих мышц и увеличение объема движений в суставах;
- полное функциональное восстановление поврежденных сегментов.

4-й период – выявление и лечение стойких нарушений функции (стойкие последствия ранения: патологические рубцовые процессы, нейротрофические расстройства мягких тканей, остеоартрозы, хронические синовиты, стойкий болевой синдром, контрактуры суставов, нарушение опорности конечности и др.); продолжительность – обычно до 16–20 нед; на этом этапе проводятся реконструктивно-восстановительные хирургические вмешательства либо выносятся экспертные решение; задачи:

- восстановление нервно-мышечного аппарата и опорности конечности;
- восстановление функции мышц и движений в суставах;
- составление новой индивидуальной программы реабилитации при проведении повторных операций либо возникновении осложнений.

5-й период – у лиц со стойким неблагоприятным исходом лечения травм (ложные суставы и дефекты костей, хронический остеомиелит, стойкие комбинированные контрактуры и анкилозы суставов, длительно незаживающие гнойно-некротические раны, трофические язвы, обширные дефекты мышц, сосудов, нервов и пр.); проводится в специализированных учреждениях здравоохранения травматолого-ортопедического профиля; продолжительность – от нескольких месяцев до 1 года и более; задачи:

- лечение осложнений и компенсация утраченных функций;
- экспертиза трудоспособности;
- обеспечение протезно-ортопедическими изделиями;
- обучение навыкам бытового самообслуживания.

Для достижения целей реабилитации используются активные, пассивные и психорегулирующие средства. Активные средства – все формы кинезотерапии: лечебная физическая культура (ЛФК), элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения и виды спорта, работа на тренажерах и механотерапевтических аппаратах, трудотерапия, хореотерапия и др. К пассивным средствам относят массаж, мануальную терапию, физиотерапию, рефлексотерапию, санаторно-курортное лечение (климато- и бальнеотерапия), лечебное питание, медикаментозную коррекцию, фитотерапию, музыкотерапию, аэротерапию и пр., к психорегулирующим – психотерапию и психокоррекцию, аутогенную тренировку, мышечную релаксацию и др.

Кинезотерапия – лечение движением. Ей принадлежит ведущая роль в реабилитации больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Кинезотерапия предусматривает как коррекцию частных нарушений моторики, так и уменьшение неблагоприятных последствий гиподинамии в целом. Являясь неизбежным следствием поражения опорно-двигательного аппарата, гиподинамия ведет к значительному уменьшению проприорецептивной импульсации, выключению моторно-висцеральных рефлексов, что способствует ухудшению функции сердечно-сосудистой системы и снижению общей адаптационной способности организма.

ЛФК влияет на сложные психические, физиологические и биохимические процессы, протекающие в организме. Дозированные мышечные нагрузки оказывают общетонизирующее воздействие, поскольку двигательная зона коры больших полушарий головного мозга, посылая импульсы двигательному аппарату, одновременно возбуждает и центры вегетативной нервной системы, что приводит к активизации деятельности надпочечников и других желез внутренней секреции, стимуляции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышению обмена веществ. В мышцах, принимающих участие в движениях, улучшаются трофические процессы регенерации, поскольку в результате проприорецептивной импульсации усиливается приток к ним крови, активизируются окислительные процессы, увеличивается поступление пластических белковых фракций и их усвоение, восстанавливается нейрогенная регуляция трофики тканей, нормализуются процессы ремоделирования костной ткани, восстанавливаются функции сухожильно-связочного аппарата. Влияние кинезотерапии на психику характеризуется повышением настроения, отвлечением мыслей от болезни, что также немаловажно. ЛФК показана практически всем больным с двигательными нарушениями, поскольку правильно подобранные (по характеру, интенсивности, длительности) упражнения дают положительный эффект. Противопоказания к ее назначению могут быть лишь временными: это – острый период заболевания либо острое инфекционное заболевание, общее тяжелое состояние больного, высокая температура, сильные боли, опасность массивного кровотечения. На протяжении курса лечения и реабилитации упражнения ЛФК могут меняться в зависимости от характера заболевания, его течения, состояния, физической подготовки больного, типа лечебно-профилактического учреждения (стационар, поликлиника и т.д.). ЛФК широко ис-

пользуется в процессе медицинской реабилитации в разные периоды, характеризующие анатомо-функциональное состояние поврежденного органа и организма в целом. Различают 3 ее этапа:

1-й (щадящий); соответствует острому периоду болезни, когда анатомическое и функциональное состояние органа и организма в целом нарушены; например, при переломе костей предплечья в этот период нарушены анатомическая целостность костей и функции поврежденной конечности; задачи: предупреждение осложнений и стимуляция процессов репарации; профилактика застойных явлений; физиологическая кривая нагрузки на этом этапе в основном – одновершинная с максимальным подъемом в центре основной части занятия АФК; соотношение дыхательных упражнений и общеразвивающих, и специальных – 1:1; темп – медленный и средний; в занятие включают 25% специальных и 75% общеразвивающих и дыхательных упражнений;

2-й (функциональный); соответствует периоду восстановления функций, когда анатомически орган в основном восстановлен, а функция его резко нарушена; например, при переломе иммобилизация снята, костная мозоль образована, но движения в суставах ограничены; задачи: ликвидация морфологических нарушений, восстановление функции больного органа, формирование компенсаций; в это время физиологическая кривая нагрузки – многовершинная, исходные положения разные; соотношение дыхательных упражнений и общеразвивающих, и специальных: 1:2; темп – средний; в занятие включают по 50% общеразвивающих и дыхательных упражнений;

3-й (тренировочный); это – этап окончательного восстановления функции не только пострадавшего органа, но и организма в целом; например, после перелома ко-

стей предплечья наступило полное восстановление: костная мозоль окрепла, подвижность в суставах приблизилась к норме, но большие физические нагрузки (упоры, поднятие тяжестей) больной выполнить не может; необходимо постепенно восстановить возможность выполнения этих упражнений; задачи: ликвидация остаточных морфологических и функциональных нарушений, адаптация к бытовым нагрузкам и тренировка всего организма; на этом этапе физиологическая кривая нагрузки – многовершинная, исходные положения различные; темп – медленный, средний и быстрый; соотношение дыхательных упражнений и общеразвивающих, и специальных – 1:3; в занятие включают 75% специальных упражнений и 25% – общеразвивающих и дыхательных.

В реабилитации больных с двигательными нарушениями применяют физические упражнения 3 видов: гимнастические, спортивно-прикладные, постуральные (лечение положением).

Дальнейшее совершенствование системы реабилитационных мер – перспективный путь улучшения анатомо-функциональных результатов лечения и повышения качества жизни больных с травмами и болезнями опорно-двигательной системы.

REHABILITATION IS A SOCIOMEDICAL PROBLEM

N.M. Nasybullina, PhD; G.M. Krivoshapko; S.V. Krivoshapko
Kazan State Medical University

Rehabilitation is a process of recovering health, functional status, and working capacities impaired by illness, injury, or physical, chemical, and social factors.

Key words: types of rehabilitation, rehabilitation measures, goals and objectives.