

**Тема: Организационно - методические основы реабилитации.  
Медицинские аспекты инвалидности**

Согласно определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда, реабилитация - это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и общественной полезной жизни.

В истории развития реабилитации можно выделить периоды: начало - это Первая мировая война, когда в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. Здесь широко применяли трудотерапию, использовали элементы спортивных игр, соревнований (стрельбы из лука, настольный теннис, баскетбол, волейбол на колясках и др.). Опыт этих госпиталей был использован в нашей стране (Горьковский автозавод и др.). Начала развиваться медицинская педагогика. Значительное развитие реабилитации произошло после II мировой войны, когда создавались различные реабилитационные службы и центры. Во второй половине XX в. возрос интерес к реабилитации, и эта деятельность стала государственной задачей в нашей стране.

Для лучшей координации работы специалистов в области реабилитации в 1980 г. были рекомендованы следующие уровни последствий болезни и травм, которые должны учитываться при реабилитации:

- повреждение - это слабая утрата или отклонение от нормы анатомических, физиологических или психических структур, или функций организма (умственные, психические, языковые, зрительные, двигательные, ушные [слуховые]).
- нарушение жизнедеятельности - возникающие в результате повреждения, утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в пределах, считающихся нормальными для человеческого общества (ухаживать за собой, владеть телом, действовать руками, общаться с окружающими).
- социальные ограничения или недостаточность из-за неспособности:
  - к физической независимости;
  - мобильности;
  - занятиям обычной деятельностью;
  - получением образования;
  - профессиональной деятельности;
  - экономической самостоятельности;
  - интеграции в общество.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания социальной сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий.

Оптимальные устранения или полная компенсация повреждения путем проведения восстановительного лечения, если это невозможно, то нужно организовать жизнедеятельность больного так, чтобы использовать влияние анатомического дефекта. Если прежняя деятельность больного невозможна или

отрицательно влияет на состояние здоровья, необходимо переключить больного на другие виды социальной активности, которые в наибольшей степени удовлетворяли бы его потребности.

Многочисленность задач реабилитации обуславливает необходимость условного выделения всех направлений этой работы на виды или аспекты:

- 1) медицинский
  - 2) физический
  - 3) психологический
  - 4) профессиональный
  - 5) педагогический
  - 6) трудотерапия (эрготерапия)
- (наиболее важные первые 5).

К медицинской реабилитации относятся вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможного раннего применения патогенетической терапии и лечебно-профилактические мероприятия.

К физическому аспекту относят медицинские мероприятия, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, лечебная физкультура, механотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, а также проведение физических тренировок).

Психологический аспект предусматривает преодоление отрицательных реакций со стороны психики больного, возникших в связи с болезнью больного и обусловленными ею изменениями материального и социального положения больного, профилактика и лечение развившихся патологических психических изменений.

Профессиональный аспект затрагивает вопросы приспособления больного к соответствующему виду труда по специальности или его переквалификация; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, трудового обучения.

Социальный аспект охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношения больного и семьи, общества и производства. Этапы медицинской реабилитации.

В зависимости от тяжести состояния пациента выделяют:

- стационарный или госпитальный этап - восстановительная терапия проводится пациентам, которые требуют круглосуточное медицинское наблюдение, применение интенсивных методов лечения и реабилитация;
- санаторный этап: проводится реадaptация в соответствующих санаторно - курортных учреждениях с продолжением всех необходимых мероприятий, начатых на стационарном этапе;
- амбулаторно-поликлинический этап - проводится продолжение и (или) завершение всего комплекса реабилитационных мероприятий в поликлинике или диспансере по месту жительства.

Проведение комплекса реабилитационных мероприятий возможно лишь при последовательном решении организационных, технических, а затем медицинских задач. Для того, чтобы отделение называлось реабилитационным необходимо иметь материально-техническую базу и штатную обеспеченность реабилитационных учреждений. Структура и оснащенность отдельных кабинетов и подразделений определяется мощностью учреждения и составом больных, проходящих реабилитацию. Наиболее общими структурными подразделениями являются: отделения физиотерапии, включающие кабинеты аппаратной физиотерапии, залы лечебной гимнастики и механотерапии, кабинеты лечебного

массажа, мануальной терапии, рефлексотерапии и трудотерапии, для осуществления профессиональной реабилитации - мастерские; отделение функциональной диагностики, отделение психодиагностики и психотерапии; в крупных центрах - комплекс лабораторий, рентгенологическое отделение.

Для успешного лечения пациентов решающее значение имеет коллективная работа персонала медицинского учреждения. Хорошо зарекомендовала себя британская модель организации работы мультидисциплинарной бригады (МДБ), которая объединяет различных специалистов, осуществляющих всестороннюю помощь в лечении и реабилитации больных, специалисты работают не по отдельности, а как единая команда (бригада) с четкой согласованностью и с координированностью действий. На примере неврологического отделения бригаду возглавляет лечащий врач, прошедший специальную подготовку, некоторые специалисты не могут быть постоянными, а только осуществлять консультации (кардиолог, ортопед, офтальмолог). Основными специалистами, входящие в бригаду неврологического отделения могут быть: врач-физиотерапевт, специалисты среднего звена по физиотерапии, лечебной физкультуры и массажа, эрготерапевт, мануальный терапевт, психолог, психотерапевт, социальный работник, логопед, диетсестра, медсестра.

МДБ - это не просто наличие специалистов, его состав, а сколько распределение функциональных обязанностей и тесное сотрудничество членов бригады.

Работа МДБ предполагает:

1. Совместный осмотр и оценку состояния больного, степени нарушения функций;
2. Создание адекватной окружающей среды для больного;
3. 1 раз в неделю совместное обсуждение больных;
4. Определение реабилитационных целей и потенциала, включая связь с поликлиникой;
5. Привлечение других специалистов.

В России принцип работы МДБ был впервые внедрен и сейчас успешно применяется в неврологической клинике г. Санкт-Петербурга. Основная особенность - специально обученный персонал и мультидисциплинарный подход к лечению и уходу за больными. В результате этого подхода показаны эффективность лечения, существенное уменьшение смертности и инвалидизации при нахождении пациентов в созданных по британской модели консультных блоках больницы.

### ***Принципы медицинской и психологической реабилитации.***

1. поэтапность;
2. преемственность всех проводимых мероприятий;
3. обязательность их своевременного проведения;
4. раннее начало и до полного возвращения в общество
5. комплексность (применение всевозможных средств и методов реабилитации);
6. индивидуальный подход при проведении реабилитации;
7. принцип курсового лечения.

Объектом реабилитации являются:

больные, травмированные, раненые и реконвалесценты после различных заболеваний с временной утратой трудоспособности или ее снижением, в различной степени больные с хроническими заболеваниями, пострадавшие с

последствиями травм, ранений со стойкой утратой трудоспособности и временной инвалидизацией, у которых в результате принятых мер возможна положительная коррекция, инвалиды с последствиями заболеваний, травм, ранений с различной степенью стойкой утраты трудоспособности.

### ***Медицинские аспекты инвалидности.***

1. ВОЗ определяет инвалидность, как любое ограничение или отсутствие способности из-за нарушений здоровья осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека.

В России под инвалидностью понимают степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма.

Федеральный закон дает определение основным понятиям, связанным с представлением об инвалидности.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью.

Инвалидность представляет собой социальный феномен, от которого не свободно ни одно общество и поэтому задачей любого цивилизованного общества сделать все возможное, чтобы люди с тяжелыми нарушениями здоровья могли участвовать в экономической и общественной жизни. И этот вопрос основных прав человека, который должно обеспечить государство.

Инвалидность, ее масштабы обусловлены множеством факторов: состоянием здоровья нации, уровнем здравоохранения, социально-экономического развития, состоянием экологии и др. В России все перечисленные факторы имеют ярко выраженное негативное направление и представляет в виде высоких показателей инвалидности в обществе. В настоящее время численность инвалидов приближается к 10 млн. человек (7% населения) и продолжает расти.

Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничения трудоспособности в основной профессии до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности. Основанием для установления инвалидности I группы является такое нарушение функций организма, при котором не только полностью утрачена трудоспособность, но и возникает необходимость в постоянной посторонней помощи, уходе и надзоре. Инвалидность II группы устанавливается при значительно выраженных функциональных нарушениях, которые не вызывают необходимости в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре, но приводит к полной длительной или постоянной нетрудоспособности или к такому состоянию, когда для инвалида могут быть доступны отдельные виды труда только в специально созданных условиях или на дому.

Инвалидность III группы устанавливается лицам, которые по состоянию здоровья не могут в полном объеме продолжать трудиться по своей основной

профессии и по профессии равноценной квалификации, а также лицам, которые не допускаются к выполнению своей работы по эпидемиологическим показаниям (например, при туберкулезе легких). При этом перевод на другую работу, сокращения объема трудовой деятельности или изменение характера и условий труда ведут к снижению квалификации. Кроме того, инвалидность III группы может устанавливаться ограниченно трудоспособным учащимся и лицам до 40 лет, нуждающимся в приобретении специальности, а также ограниченно трудоспособным лицам с низкой квалификацией или не имеющим профессии (на период обучения или переобучения).

Причины инвалидности:

1. общие заболевания
2. увечье, трудовое и профессиональное заболевание
3. инвалидности с детства
4. инвалидность в связи с ранением (при защите отечества и т.д.)
5. инвалидность, связанная с аварией на ЧАЭ
6. иные причины утвержденные законодательством РФ.

#### ***Структура инвалидности по России.***

Ведущие причины инвалидности в значительной мере определяются возрастным составом инвалидов. Так, около 60% лиц, впервые признанных инвалидами имели пенсионный возраст (муж.-старше 60 лет, жен.-старше 55). Доля "молодых" (16-44 года жен., 16-49 лет муж.) инвалидов и инвалидов предпенсионного возраста примерно одинаково. В свою очередь, нозологический и возрастной состав инвалидов, определяют структуру инвалидности по тяжести. Подавляющее большинство инвалидов (около 70%) имеют вторую группу, доли инвалидов первой и третьей группы также примерно одинаковы. Очевидно, что в различных возрастах ведущие причины инвалидности заметно различаются.

В возрасте до 40-45 лет спектр инвалидизирующих заболеваний достаточно широк. Первое по значимости место делят психические заболевания и травмы, давая примерно по 16% новых инвалидов в этой возрастной группе. Третье место занимают болезни системы кровообращения (14.8% "новых инвалидов"), четвертое - болезни нервной системы и органов чувств (12.4%), пятое - злокачественные новообразования (9.3%), шестое - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8.0%).

Все шесть классов болезней являются причинами более 75% случаев инвалидности в возрасте до 45-50 лет.

В последнем предпенсионном десятилетии жизни (45-54 года для женщин, 55-59 лет для мужчин), на первом месте болезни системы кровообращения более 37% инвалидов. На втором месте - новообразования, около 17%. Примерно равное значение (7-8%) имеют болезни нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также травмы. Эти пять классов болезней являются причинами более 75% случаев инвалидности в последнем предпенсионном десятилетии жизни.

#### ***Факторы риска инвалидности:***

1. Бремя болезни
2. Депрессия
3. Курение
4. Употребление алкоголя
5. Низкая частота социальных контактов

6. Низкий уровень физической активности
7. Ограничение функции нижних конечностей
8. Ослабление умственной деятельности
9. Повышенный и пониженный индекс массы тела
10. Слабое здоровье по собственной оценке
11. Ухудшение зрения.

#### ***Заболевания и травмы, приводящие к инвалидности:***

- Злокачественные опухоли
- Заболевания нервной системы, влияющие на изменение в моторике и в работе чувствительных органов
- Доброкачественные опухоли головного мозга
- Умственные заболевания, не поддающиеся лечению
- Тяжелые формы нервных заболеваний
- Дегенеративные процессы головного мозга
- Тяжелые заболевания внутренних органов с прогрессирующим течением
- Дефекты нижних и верхних конечностей в состоянии ампутации
- Полное отсутствие зрения и слуха.

#### ***Реакция членов семьи на инвалида:***

Семья встала перед фактом: в семье инвалид или тяжело больной человек. Родственников гнетет чувство страха, вины, депрессия; разочарование, а также ярость, вызванная неразрешимостью самой проблемы заболевания. Эта реакция семьи - не отклонения, а нормальные человеческие реакции на чрезвычайно сложную, раздражающую, непостижимую и явно неподвластную им ситуацию. Человек в данном случае сталкивается с объективными и субъективными трудностями.

1. Объективные: дороговизна лекарств и лечения, т.е. возросшие расходы семьи, дополнительные нагрузки на здоровых членов семьи, нарушение ритма и распорядка жизни семьи.
2. Субъективные: разнообразие переживания в связи с заболеванием члена семьи, (горе, чувство вины, отчаяния, страха), т.е. эмоциональная реакция (стресс).

Нагрузка между членами семьи, имеющей в своем составе тяжело больного или инвалида, распределяется как „слоеный пирог“.

#### ***Проблемы семей, имеющих инвалида.***

Основными проблемами, с которыми сталкиваются семьи инвалидов это:

1. Образование детей-инвалидов и компенсаций затрат родителей на эти цели.
2. Размеры компенсационных выплат и пенсий неработающим родителям и опекунам, осуществляющим уход за инвалидами.
3. Транспортного обслуживания инвалидов и порядка обеспечения их техническими средствами реабилитации.
4. Проведения медико-социальной экспертизы и разработки индивидуальных программ реабилитации.

#### ***Консультативная помощь медсестры семьям, имеющим инвалида***

Семейная медицина - это медицина, в рамках которой врач и медсестра обеспечивают первичную, непрерывную и всестороннюю медицинскую помощь не только пациенту, но и членам его семьи.

Медсестра осуществляет тесный контакт с семьями пациента, профилактическая направленность действий, постоянная их оценка, совершенствование практических умений и постоянное повышение уровня профессиональных знаний.

***Функции медсестры:***

- проводить занятия (по специально разработанным методикам или составленному и согласованному с врачом плану);
- оказывает консультативную помощь пациентам и членам их семей по вопросам сохранения и укрепления здоровья, медико-социальной помощи;
- организует и проводит гигиеническое обучение и воспитание населения, профилактические мероприятия, иммунопрофилактика, мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний и т.д.

***Семейная медсестра должна уметь:***

1. Выявлять основные социально-экономические, культурные и религиозные проблемы семьи, влияющие на состояние здоровья ее членов.
2. Оценивать уровень здоровья семьи, планировать мероприятия по ее оздоровлению.
3. Оказывать консультативную помощь семье на разных стадиях ее развития по воспитанию потребности в здоровом образе жизни по сохранению и укреплению здоровья, преодолению кризисных ситуаций.