

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

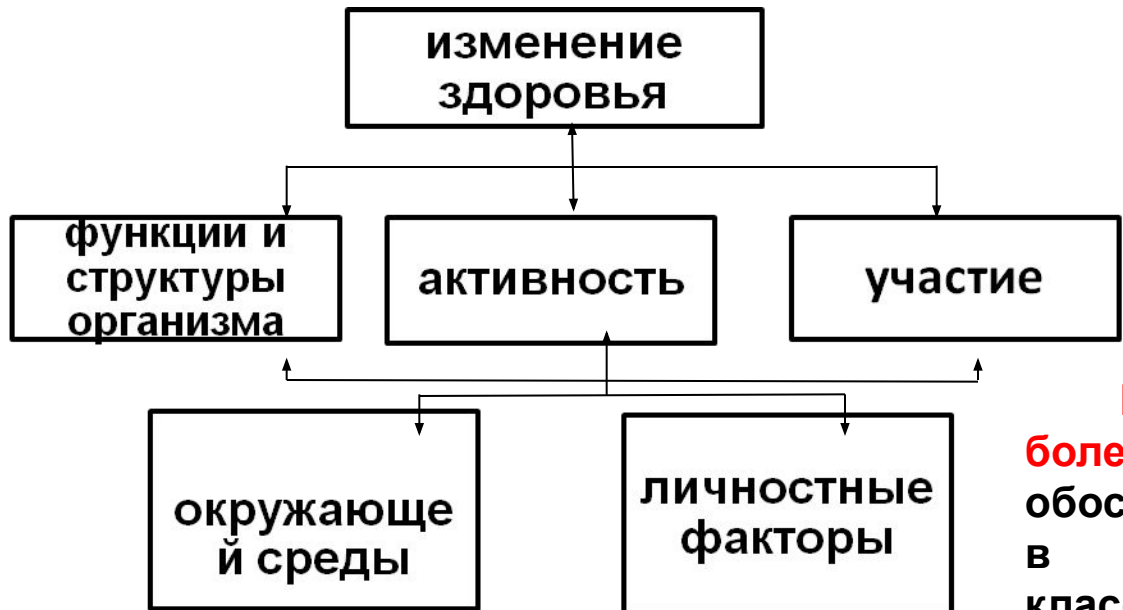
лекция 3

Концепция последствий болезни

Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности

**Уральский государственный
медицинский университет
Кафедра физиотерапии, ЛФК и
спортивной медицины
ФПК и ППС**

г. Екатеринбург



Концепция **последствий**
болезни – теоретическое обоснование реабилитации, издана в виде Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МСФ, 2002)

Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности

Последствия болезни рассматриваются на трех уровнях:

- органном – нарушение функций;
- организменном – ограничение категорий жизнедеятельности;
- Социальном – социальная недостаточность (дезадаптация).

I этап болезни – нарушения функции (дефект) – любая утрата психической, физической или анатомической структуры (или функции) или отклонение от нее.

Классификация основных функциональных нарушений:

- *Умственные* – сопровождаются нарушением интеллекта, памяти, инертностью процессов, недостаточной концентрацией внимания.
- *Психологические* – личностные особенности: некоммуникабельность, застенчивость, малословие.
- *Речевые* – нарушения речи: афазия (моторная, сенсорная, сенсомоторная или тотальная, амнестическая), дизартрия, заикание, немота.
- *Слуховые* – вызывают нарушения ориентации, обучения, контроля за своим поведением.
- *Зрительные* – те же, что и слуховые, а также нарушение передвижения, самообслуживания.

• *Висцеральные* нарушения (последствия поражения внутренних органов):

1. сердечно-сосудистые заболевания;
2. патология органов дыхания;
3. желудочно-кишечного тракта;
4. печени;
5. эндокринной системы;
6. обмена веществ.

• *Локомоторные* нарушения: костно-мышечной системы; нервной системы; сердечно-сосудистой системы.

• *Уродующие* нарушения.

• *Прочие* нарушения.

II этап болезни – проявляется на организменном уровне в виде ограничения жизнедеятельности в результате нарушения функции.

Жизнедеятельность – показатель состояния организма в целом (тогда как «нарушение» - дефект - показатель состояния отдельного органа или системы), отражающий выполнение человеком сложных биосоциальных функций:

Передвижение – способность эффективно передвигаться в своем окружении, зависит от состояния локомоторных функций.

Самообслуживание – способность ухаживать за собой, обеспечивать физическую независимость. При этом оцениваются:

- Нуждаемость в посторонней помощи и уходе при удовлетворении регулируемых и нерегулируемых потребностей.
- Интервалы:
 1. эпизодические (1-2 раза в неделю);
 2. длительные интервалы (24 ч.);
 3. короткие (каждые несколько часов);
 4. критические;
 5. постоянная нуждаемость.
- Возможность коррекции с помощью вспомогательных средств

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

Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются:

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

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

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

Поведение – процесс установления и развития всех форм контактов между людьми, является проявлением социального бытия человека, средством передачи форм культуры, опыта организации производственных, научных видов деятельности, формирование психической и эмоционально-волевой сферы человека.

Обучение – способность воспринимать, усваивать и накапливать передаваемые знания, формировать опыт, умения и навыки; зависит от состояния психических функций (интеллект, память, внимание, ясность сознания, мышление и др.), сохранности систем коммуникации (речи) и ориентации (зрение, слух и др.) с использованием способности к общению, передвижению, самообслуживанию, определяемых психологическими особенностями личности, состоянием локомоторного аппарата, висцеральных функций и др.

Параметрами оценки способности к обучению служат:

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

Трудоспособность.

Критерии изменений:

ФК-0 – трудоспособность полностью сохранена;

ФК-1 – незначительное ограничение трудоспособности (трудоустройство по ВКК);

ФК-2 – значительное ограничение трудоспособности (инвалидность III группы);

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

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

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

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

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

Социальная недостаточность (дезадаптация) – социальные последствия имеющегося ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания, дефекта или травмы, приводящие к неспособности человека выполнять обычную для его положения роль в жизни (с учетом возраста, пола, образования, места жительства), поддерживать экономическую независимость, осуществлять присущую индивидууму деятельность (в том числе профессиональную), создающие потребность в дополнительной помощи и социальной защите.

Социальная недостаточность возможна вследствие ограничений:

физической независимости;

мобильности;

способности заниматься обычной деятельностью;

способности к получению образования;

способности к профессиональной деятельности;

экономической самостоятельности;

способности к интеграции в общество

Цели медицинской реабилитации

- восстановление (компенсация) функций (полное или частичное);
- профилактика ограничений жизнедеятельности;
- восстановление трудоспособности (полное или частичное);
- восстановление социально-бытовой активности (полное или частичное);
- техническая компенсация ограничения жизнедеятельности.

Основные задачи медицинской реабилитации

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

Частные задачи медицинской реабилитации

- восстановление бытовых возможностей больного, то есть способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;
- восстановление трудоспособности, то есть утраченных инвалидом профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;
- предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, то есть осуществление мер вторичной профилактики.

В отличие от лечения, медицинская реабилитация:

- длительный или непрерывный процесс (при острых и хронических заболеваниях), разрабатывается комплексный подход восстановления функций, с использованием активирующих методов: физических, психологических, медикаментозных.
- восстанавливает реактивную сопротивляемость и защитные силы организма.
- использует элементы труда (эрготерапия), медико-технические средства для компенсации нарушенных функций и повышения возможностей организма (очки, протезы, коляска, автомобиль, что улучшает передвижение, ориентацию).

- Лечение направлено на проявления болезни, реабилитация – на последствия.
- Лечение воздействует на этиопатогенетические факторы, а реабилитация – на саногенетические механизмы, т.е. механизмы выздоровления, заложенные в генотипе человека.
- Лечение направлено на настоящее, реабилитация – на будущее.
- Лечение – метод пассивный, участие и согласие больного не всегда обязательно, а реабилитация требует личного участия и заинтересованности больного, т.к. психологическая установка больного играет большую роль в эффективности реабилитации.

Классификация основных средств медицинской реабилитации

- **Активные** – все формы кинезотерапии (физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения, и виды спорта, работа на тренажерах, трудотерапия и др.);
- **Пассивные** – фармако- и физиотерапия, а также комплиментарная (дополнительная) терапия (рефлексо-, фитотерапия, гомеопатия и др.);
- **Психорегулирующие** – эстето-, фонотерапия, аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.

«Технические средства реабилитации» – устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности и (или) компенсации нарушенных или утраченных функций организма (Ст. 11.1 ФЗ от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Согласно Федерального перечня, к техническим средствам медицинской реабилитации отнесены:

- протезы, в том числе эндопротезы, ортезы;
- протезы глазной полости;
- противопролежневые матрацы и подушки;
- медицинские термометры и тонометры с речевым выходом;
- слуховые аппараты;
- голосообразующие аппараты;
- специальные средства при нарушении функции выделения (моче- и калоприемники, катетеры, мешки для сбора мочи, средства по уходу за стомой);
- абсорбирующее белье, подгузники.

Основные принципы организации и проведения реабилитационных мероприятий

1. Принцип комплексности – максимально широкое использование разных методов медицинского и другого характера:

- психологическая реабилитация для выработки у больного мотивации на реабилитацию;
- физическая реабилитация (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная, массаж, аппаратная физиотерапия, иглорефлексотерапия, бальнеолечение и др.);
- медикаментозная реабилитация – ведущее направление при некоторых заболеваниях (сахарный диабет, эпилепсия и др.);
- ортотерапия (включающая средства временной иммобилизации, корсеты и головожердатели, ортезы, корригирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.);
- реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.);
- трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков больного);
- школа для больного и его родственников.

2. Максимально раннее начало проведения реабилитационных мероприятий – необходимо в связи с наиболее активно протекающими именно в этот период процессами реституции и регенерации, а также с постепенным угасанием реабилитационного потенциала больного, ослабления мотивации на адаптацию.

3. *Принцип этапности* подразумевает оказание реабилитационной помощи больному в профильном стационарном отделении, стационарном моно- или многопрофильном реабилитационном центре, в реабилитационном отделении амбулаторно-поликлинического учреждения, на дому, в санатории и т.д.

Выделяют три основных этапа:

первый – восстановительная терапия,

второй – реадаптация,

третий – реабилитация.

Задачи I этапа – проведение мероприятий, предупреждающих развитие дефекта функций, инвалидизации, а также устранение или уменьшение этих явлений.

Задачи II этапа – приспособление больного к условиям внешней среды.

Задачи III этапа – бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих, восстановление социального и трудового статуса.

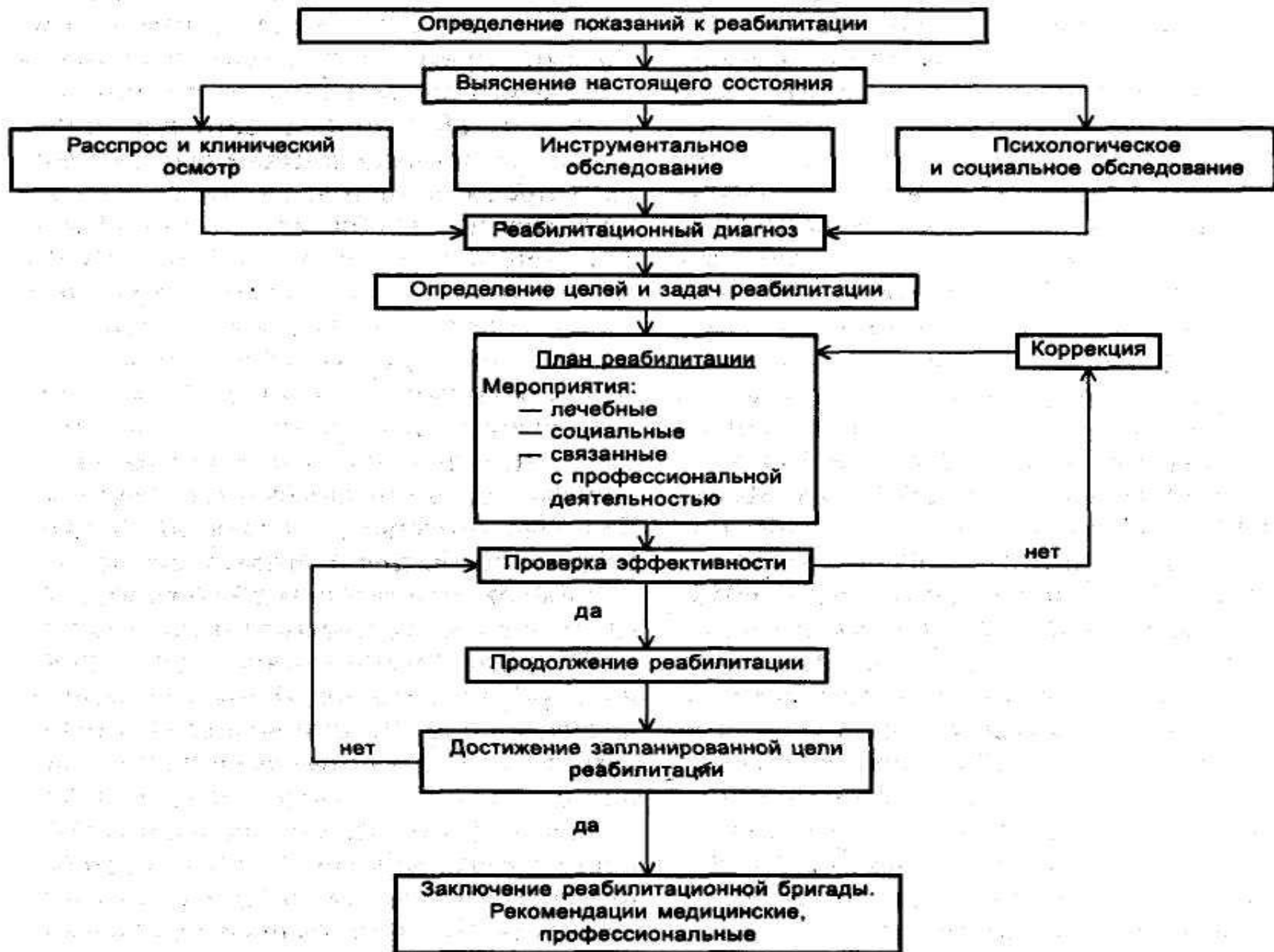
4. Индивидуальность реабилитационных мероприятий реализуется в составлении индивидуальной программы реабилитации больного и инвалида, которая ориентирована на конкретную личность с учетом особенностей болезни и ее последствий, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, в том числе утраты трудоспособности, семейного и социального положения реабилитанта, его профессии, возраста и т.д.

5. Непрерывность реабилитации необходима для предотвращения инвалидности, уменьшение ее тяжести и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности.

6. Последовательность реабилитации – все процедуры и мероприятия осуществляются в строгой последовательности, что способствует максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

7. Преемственность реабилитации соблюдается как в отдельных этапах медицинской реабилитации (стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный), так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная).

8. Активное участие больного в реабилитационной программе – основа успешного выполнения индивидуальной программы реабилитации. Больной должен понимать, что реабилитация – это длительный процесс и успешность в достижении цели зависит от взаимного доверия среди всех участников выполнения программы реабилитации: как самого больного, так и медицинского персонала, социальных работников, родственников.



Показания и противопоказания к проведению медицинской реабилитации

Реабилитация показана:

1. Практически здоровым людям, с повышенным риском возникновения инвалидизирующего заболевания, обусловленным условиями проживания или работы:

- Работающие во вредных и опасных условиях труда;
- Спортсмены после напряженных соревнований;
- Руководящие кадры, работающие с большим нервно-психическим напряжением.

2. Часто болеющим лицам (3-4 случая в течение 12 месяцев родственных заболеваний или 5-6 случаев разных болезней) и **длительно болеющим лицам** (более 30 дней подряд, если такая продолжительность нехарактерна для данного заболевания), **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 реабилитации – «долечивание» для восстановления неспецифической резистентности организма.

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

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

4. Больным с выраженными стойкими или малообратимыми последствиями острых и 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.

5. Инвалидам с различной тяжестью социальной недостаточности и разным реабилитационным потенциалом – с момента определения инвалидности во МСЭК, где составляется индивидуальная программа реабилитации (ИПР) инвалида.

Цель реабилитации: преодоление инвалидности (полная реабилитация, смягчение инвалидности (частичная реабилитация), стабилизация тяжести инвалидности с частичной компенсацией ограничений жизнедеятельности с помощью индивидуальных технических средств, обустройства жилья.

6.«Экспертные показания» для проведения реабилитации:

- Больные, выписанные из стационара с невозстановленной трудоспособностью;
- Часто и длительно болеющие.
- Прединвалиды.
- Инвалиды с наличием реабилитационного потенциала, возможно даже до полного или частичного восстановления трудоспособности.

Критерии отбора на медицинскую реабилитацию

1. Наличие заболевания, травмы или дефекта, которые вызвали последствия на органном или организменном уровне или есть высокий риск возникновения таких последствий.

2. Высокая частота встречаемости патологии, как причины заболеваемости и инвалидности детей и заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности взрослых.

3. «Управляемость процессом», наличие технологии медицинской реабилитации, позволяющей предупредить, смягчить или преодолеть последствия болезни.

4. Детский и подростковый возраст с высоким реабилитационным потенциалом, большой продолжительностью предстоящей жизни, благоприятным соотношением показателя «затраты – эффективность».

5. Инвалиды с наличием реабилитационного потенциала для полного или частичного восстановления трудоспособности и инвалиды для проведения мероприятий как медицинской, так и социальной реабилитации.

Общие противопоказания к проведению медицинской реабилитации

- выраженные психические нарушения;
- грубые нарушения интеллектуально-мнестической функции;
- высокая некорригируемая АГ;
- выраженная коронарная недостаточность;
- тяжелая степень нарушения функции органов и систем;
- активная фаза ревматизма;
- активные формы туберкулеза;
- лихорадочные состояния;
- острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний;
- инкурабельные злокачественные новообразования;

Качество жизни(КЖ) – удовлетворенность человека своим физическим и психологическим состоянием, а также – социальным статусом.

Качество жизни можно определять исходя из трех основных компонентов:

- функциональная способность;
- восприятие;
- симптомы и их последствия.

Функциональная способность – способность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, поддерживать свою экономическую обеспеченность.

Восприятие – взгляды человека и его суждения о жизненных ценностях; восприятие общего состояния здоровья, уровня своего благополучия удовлетворения жизнью.

Симптомы – следствие основного или сопутствующих заболеваний, они уменьшаются, исчезают или видоизменяются в результате медицинского вмешательства.

Показатели качества жизни используются для:

- оценки степени тяжести состояния больного;
- оценки эффективности лечения;
- использования в качестве дополнительного критерия при подборе индивидуализированной терапии;
- возможного использования с целью экспертизы трудоспособности;
- клинической оценки новых лекарственных препаратов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!