

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
« СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

по дисциплине «Медицинская реабилитация»

**для преподавания дисциплины на лечебном факультете
по теме**

**«Основные принципы и задачи современной медицинской
реабилитации »**

Настоящее пособие составлено в соответствии с учебной образовательной программой по дисциплине «Медицинская реабилитация» для студентов высших медицинских учебных заведений. Пособие разработано ассистентом кафедры психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской реабилитацией Антоянц Э.Р.

Дисциплина «Медицинская реабилитация» относится к циклу специальных дисциплин, обеспечивающих подготовку врача любого профиля по медреабилитации. Полноценная подготовка по медреабилитации предполагает преподавание на основе современных, постоянно обновляемых научно-практических данных.

«Основные принципы и задачи современной медицинской реабилитации»

Медицинская реабилитация, по определению комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения, – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество.

Закон Республики Беларусь от 17 октября 1994 г. №3317-XII "О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов" дает следующее определение понятия «реабилитация»: это 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.

Согласно международной классификации Всемирной организации здравоохранения, принятой в 1980 году, выделяют следующие уровни медико-биологических и психосоциальных последствий болезни или травмы, которые должны учитываться при проведении реабилитации: повреждение – любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций, нарушение жизнедеятельности – возникает в результате повреждения и означает утрату или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в пределах, которые считаются нормальными для человеческого общества, социальные ограничения возникают в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности и называют ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, которая считается нормальной для этого индивидуума.

В последние годы в реабилитацию введено понятие "качество жизни, связанной со здоровьем при этом качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую необходимо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных (понятие впервые появилось в Index Medicus в 1977 году). Организационными основами реабилитации считают: осуществление комплексной исходной оценки состояния больного с формулировкой реабилитационного диагноза перед началом реабилитации, проведение реабилитации по определенной программе, заключенное на основе оценки состояния больного; осуществления оценки эффективности реабилитационных мероприятий в динамике и после завершения курса реабилитации, составление рекомендаций по лечебных и социальных мероприятий, которые необходимы на последующих этапах реабилитации.

По данным международных организаций, каждый 10 житель Земли является инвалидом, почти 30 миллионов человек ежегодно получают увечья и различные поражения. Учитывая увеличение на планете количества людей с врожденными пороками, технократизации общества, количество инвалидов в

начале XXI в. возрастет до одного миллиарда. Итак, инвалидность – это всемирное социальное явление, к которому должно быть приковано постоянное внимание каждой страны, органов его государственной власти и управления, научных и медиков, психологов и педагогов, специалистов по физической культуре и спорту.

Реабилитация – это процесс, имеющий целью обеспечить инвалидов достижение и поддержание их оптимальных физического, чувственного, интеллектуального, психического, а также социального уровней деятельности, которые бы способствовали достижению более высокого уровня самостоятельности. Реабилитация может включать меры по поддержанию и / или восстановления функций или компенсации утраты или отсутствия функции или функционального ограничения. Реабилитационный процесс не включает первой медицинской помощи. Он охватывает широкий круг мероприятий и видов деятельности, начиная от основной и общей реабилитации и к действиям, направленным на достижение конечной цели, например, профессиональной реабилитации.

Составляющими общего процесса реабилитации являются следующие ее разновидности:

- Медицинская, задачей которой является максимально возможное восстановление состояния здоровья пациента средствами традиционной и нетрадиционной медицины;

- Профессиональная – предусматривает восстановление профессиональных навыков человека или обучение новым навыкам, которые отвечают функциональным возможностям человека;

- Социальная – обеспечивает возвращение человека к максимально активной жизни в обществе, наиболее полную ее интеграцию во все сферы его жизни;

- Физическая – направление в сфере здравоохранения, призван, главным образом предотвращать или облегчать двигательные дисфункции человека.

- Трудовая – система мероприятий, разработанных с учетом склонностей, физических, умственных и психических возможностей человека и направленных на овладение трудовыми навыками обеспечения трудовой деятельности и адаптацию в производственных условиях, в том числе путем создания специальных или специально приспособленных рабочих мест.

Физическая реабилитация – это применение физических упражнений и природных факторов с профилактической и лечебной целью в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности больных и инвалидов. Она является неотъемлемой частью лечебного процесса и применяется на всех этапах лечения.

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных конкретных целей в каждом конкретном случае необходимо соблюдение основных принципов реабилитации: комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе. Эти принципы были сформулированы и освещены в трудах многих

современных ученых-реабилитологов. Однако прежде, чем остановиться на каждом из вышеуказанных принципов следует сказать, что более тридцати лет назад основоположником реабилитации в Советском Союзе М.М. Кабановым (1978) были сформулированы основные принципы реабилитации, которые, наряду с их значением для теории реабилитации, являются практическим ориентиром для составления конкретных реабилитационных программ.

Хотя данные принципы реабилитации касались психиатрических больных, они являются справедливыми и для реабилитации больных с последствиями других заболеваний и актуальность данной формулировки сохраняется до настоящего времени.

Взаимосвязь основных принципов реабилитации по М.М. Кабанову и основных принципов реабилитации с позиций современных авторов выглядит следующим образом:

По М.М. Кабанову	Современный взгляд
Принцип разносторонности усилий	Комплексность Индивидуальный подход
Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия	Индивидуальный подход
Принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий	Раннее начало Непрерывность Этапность Последовательность Преемственность
Принцип партнерства	Индивидуальный подход Активное участие больного в реабилитационной программе

Итак, рассмотрим основные принципы реабилитации с современных позиций:

1. 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. Поэтому с целью реализации принципа комплексности сегодня в реабилитации реализуются:

методы психологической реабилитации с целью выработки у больного мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений (неврозоподобных синдромов), коррекции личностных особенностей реабилитанта (если болезнь усугубляет некоторые аномальные индивидуальные особенности человека);

методы физической реабилитации (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная и тракционная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, иглорефлексотерапия, бальнеолечение и др.);

медикаментозная реабилитация, выступающая при некоторых заболеваниях (сахарный диабет, эпилепсия и др.) как один из основных методов реабилитации человека;

ортотерапия (включающая средства временной иммобилизации, корсеты и головожердаты, ортезы, корригирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.);

реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.);

трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков больного на фоне положительного психотерапевтического воздействия);

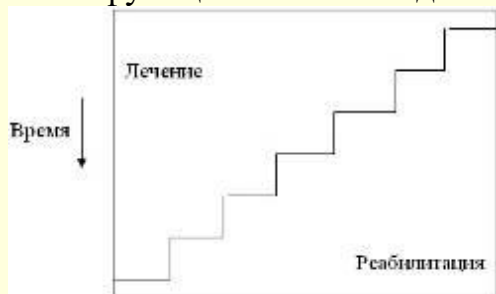
школа больного и родственников (как самый дешевый, но и более эффективный метод реабилитации, позволяющий преодолеть тяжелые психологические последствия заболевания или травмы, и научиться жить с имеющимися ограничениями жизнедеятельности).

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.

2. Возможно ранее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые органически включаются в терапию и должны ее дополнить и обогатить. Если человеку угрожает инвалидность, эти мероприятия являются ее профилактикой, если инвалидность развивается, они становятся первым этапом борьбы с ней. Принцип возможно раннего начала МР касается как больных с острыми, так и хроническими заболеваниями. В первом случае МР должна начинаться вместе с началом лечебных мероприятий. Некоторые исследователи (В.З. Кучеренко, 1987) считают целесообразным ее проведение с момента ликвидации угрозы жизни, но пассивные методы реабилитации могут и должны назначаться еще в реанимационном периоде и продолжаться на фоне интенсивного лечения острого заболевания. По мнению Ю.В. Гольдבלата (2006) такое раннее начало реабилитационных усилий необходимо в связи с наиболее активно протекающими именно в этот период процессами реституции и регенерации, а также с постепенным угасанием реабилитационного потенциала инвалида вследствие перестройки отношений его личности с изменившейся микросоциальной средой, «вживания» в инвалидность, ослабления мотивации на реадaptацию и развития рентных установок. При хронических заболеваниях раннее начало, возможно, при условии своевременной диагностики, желательно еще до развития функционального дефекта или при незначительной его выраженности. В отечественной медицине превалирует тенденция рассматривать мероприятия по профилактике инвалидности в рамках медицинской реабилитации. В.З. Кучеренко, (1987), подчеркивает, что объектом медицинской реабилитации

должны являться лица с возможными последствиями болезни, а не только с уже сформировавшимися. Мы также относим больных с начальными проявлениями инвалидизирующих заболеваний и даже с потенциальной угрозой их развития к реабилитационному контингенту.

Таким образом, принцип раннего проведения реабилитационных мероприятий подразумевает следующее: отдельные мероприятия медицинской реабилитации должны начинаться в первые дни (а иногда и в первые часы) болезни или полученной травмы после стабилизации жизненно важных функций. Это наглядно продемонстрировано на рисунке.



Если в первые дни удельный вес лечения значительно превышает удельный вес реабилитационных мероприятий, то с течением времени этот дисбаланс выравнивается и наступает момент, когда реабилитация является основным методом ведения больного на фоне поддерживающего медикаментозного лечения. Зубчики на рисунке подчеркивают тесную взаимосвязь чисто лечебных и реабилитационных мероприятий.

М.М. Кабанов (1985) указывает, что «не всегда легко провести четкую границу между профилактикой и лечением, и тем более трудно провести ее между лечением и реабилитацией. Это мешает делу, а иногда отдаст схоластикой... Успех любой реабилитационной программы зависит как от учета клинико-биологических, так и психосоциальных факторов».

3. Принцип этапности подразумевает оказание реабилитационной помощи человеку на протяжении довольно длительного отрезка времени. Это связано с тем, что больной переходя от острой фазы заболевания к подострой и затем к хронической, последовательно должен получать соответствующую реабилитационную помощь: в профильном стационарном отделении, стационарном моно- или многопрофильном реабилитационном центре, в реабилитационном отделении амбулаторно-поликлинического учреждения, на дому, в санатории и т.д. Данный принцип М.М. Кабанов выделил как принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий, выделяя при этом три основных этапа: первый этап – восстановительная терапия, второй этап – реадaptация, третий этап – реабилитация (в прямом смысле этого слова). Еще раз подчеркнем, что перечисленные принципы и этапы были разработаны М.М. Кабановым применительно к больным, страдающим психическими заболеваниями.

Т.Д. Демиденко (1979, 1989) адаптировала данные этапы для реабилитации больных с цереброваскулярной и другой патологией. Так, по Т.Д. Демиденко основными задачами I этапа являются психологическая и физиологическая подготовка больного к началу активного лечения и проведение мероприятий,

предупреждающих развитие дефекта функций, инвалидизации, а также устранение или уменьшение этих явлений. Задачи II этапа – приспособление больного к условиям внешней среды – характеризуются наращиванием объема всех восстановительных мероприятий, увеличением удельного веса психосоциальных воздействий. Задачи III этапа – бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих, восстановление социального и, по возможности, доблезненного трудового статуса. В реабилитационных программах на всех этапах предусматривается обращение к личности больного, сочетание биологических и психосоциальных форм лечебного воздействия.

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, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, в том числе утраты трудоспособности, семейного и социального положения реабилитанта, его профессии, возраста и т.д. При этом больного нужно ориентировать на достижение конкретных результатов по окончанию данной программы реабилитации.

5. Непрерывность реабилитации, является краеугольным камнем эффективности, так как только за счет непрерывности проведения реабилитационных мероприятий достигаются предотвращение инвалидности, уменьшение тяжести инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности. Как указывает С.Н. Зорина (1970) «Очень важным является положение о непрерывности реабилитации: медицинская реабилитация должна начинаться в процессе лечения, профессиональная реабилитация должна начинаться сразу же по окончании медицинской; работать человек должен начать сразу же по окончании курса профессиональной реабилитации. В противном случае, больной привыкает к пенсии, страдает его психика, и практика показывает, что привлечь его к реабилитации в поздние сроки после лечения очень трудно».

6. Последовательность. Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий, что должно способствовать максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

7. Преемственность. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться

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

8. Активное участие больного в реабилитационной программе пожалуй, является основой успешного выполнения индивидуальной программы реабилитации и достижения поставленной цели. Разъяснение ему целей и задач реабилитационной программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия существенно помогает привлечь больного к активному сотрудничеству вместе со специалистами в борьбе с последствиями болезни или травмы. Положительная установка на труд, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха. 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.

Вышеописанные основные принципы реабилитации касаются так называемого нозологического периода реабилитации, который направлен непосредственно на уменьшение или ликвидацию последствий каких-либо заболеваний или травм либо на предупреждение хронизации стойко утраченной трудоспособности, то есть на устранение или уменьшение имеющихся нарушений и/или ограничений жизнедеятельности и конечном итоге на повышение качества жизни реабилитанта.

В то же время некоторые ученые выделяют и так называемый донозологический период. Так, Н.К. Гусева и др. (2005) указывает, что основой донозологического (предупредительного) периода является внедрение восстановительных мероприятий как элементов здорового образа в поведении реабилитируемого, не имеющего клинически выраженной патологии. При этом в перечень мероприятий донозологической реабилитации включают и систему профессиональной ориентации и отбора для обучения отдельным специальностям, и комплекс мер по повышению работоспособности лиц, занятых во вредных и опасных условиях труда, и восстановление нормального самочувствия здорового, но утомленного человека. Безусловно, как таковая донозологическая реабилитация играет большую роль в первичной профилактике заболеваний, но рассматривать ее как непосредственно реабилитационное мероприятие исходя из сформулированных выше и представленных в этой главе реабилитационных определений не совсем правомерно.

Учитывая вышеизложенное, можно сформулировать следующие положения реабилитации:

Реабилитация, в том числе и медицинская, является совместной задачей медиков, педагогов, специалистов по лечебному труду, экономистов, работников социального обеспечения при активном участии самого реабилитанта.

Это положение еще раз подтверждает многовекторность реабилитации как таковой, ибо достижение цели в каждом конкретном случае предполагает участие в едином реабилитационном процессе не только врачей и среднего медицинского персонала, но и других специалистов, помогающих вернуть больного к максимально полноценной жизни. Однако, непременным условием достижения цели всегда остается одноположительная установка больного на выздоровление, на интеграцию в общество, на возвращение к труду.

Основной целью реабилитации является максимальная ликвидация имеющихся ограничений жизнедеятельности, восстановление здоровья пострадавшего, возвращение его к труду и в общество.

Исходя из современной концепции последствий болезни перед врачом-реабилитологом и другими специалистами, участвующими в процессе реабилитации стоит конкретная задача – устранить не просто последствия заболевания, травмы или дефекта, а максимально уменьшить или полностью ликвидировать имеющиеся ограничения передвижения, ориентации, самообслуживания, обучения, общения, поведения, участие в трудовой деятельности.

Решающая роль в реабилитации принадлежит врачу, хотя его роль на отдельных этапах выполнения индивидуальной программы реабилитации больного или инвалида может меняться.

Этот тезис еще раз подчеркивает важность такого основного принципа реабилитации как «комплексность». Ведь помимо врача в составлении программы реабилитации участвуют и многие другие специалисты. Более того, в ходе выполнения программы реабилитации на первое место могут выходить услуги, предоставляемые педагогами, психологами, физиологами труда, социологами и др.

В процессе реабилитации и приспособления больного к повседневной жизни важное значение приобретает труд как один из методов восстановительного, воспитательного и производственного лечения.

Трудотерапия – это активный лечебный метод восстановления нарушенных или утраченных функций. Психологически она способствует уравниванию больного, отвлекая внимание от основного заболевания. С другой стороны трудотерапия имеет большое воспитательное значение, так как, не предусматривая производственной цели, развивает у больных интерес к данному занятию, ориентируясь на профессиональный профиль больного и возможность выполнять конкретное задание.

Многие реабилитанты нуждаются в длительном проведении реабилитационных мероприятий, что требует создания сети реабилитационных учреждений в системе здравоохранения.

Различная выраженность ограничений жизнедеятельности как следствие перенесенного заболевания или травмы требует различного времени проведения реабилитационных мероприятий. К сожалению, довольно часто их нужно осуществлять на протяжении длительного времени. Это предопределяет нахождение больного на разных этапах медицинской реабилитации в различных медицинских учреждениях: в стационарных моно-

или многопрофильных центрах или отделениях медицинской реабилитации, в отделениях или кабинетах медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлинических учреждений, в санаториях и др. Кроме того, для полноценного оказания реабилитационной помощи необходимо создание реабилитационных учреждений для больных различного профиля: кардиологического, онкологического, неврологического, травматологического и др.

6. Соблюдение основных принципов реабилитации (комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе) способствует приобщению инвалида к труду и максимальной его интеграции в общество.

Только соблюдение вышеперечисленных основных принципов реабилитации позволяет рассчитывать на максимально возможное восстановление реабилитанта, ликвидацию или уменьшение ограничений жизнедеятельности, снижение тяжести или предотвращение выхода на инвалидность.

Задачи, которые ставит реабилитационное направление, значительно расширяют рамки традиционного лечебного подхода, объединяют усилия профилактической, лечебно-восстановительной медицины с деятельностью органов социального обеспечения. Вполне обоснованно Овчаров В.К. и соавторы пишут, что профилактика призвана поставить надежный заслон комплексу факторов, доминирующих в формировании современной патологии; центр ее тяжести перемещается в сторону активной профилактики, имеющей целью проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в возможно полном объеме. Технология динамического наблюдения за больными с хроническими и острыми заболеваниями в зависимости от состояния индивидуального здоровья каждого предусматривает активные реабилитационные мероприятия с последующей диспансеризацией реабилитантов. Медицинская реабилитация (МР) является важной частью общей системы диспансеризации. Все это направлено на восстановление социального и трудового статуса больного. Общеизвестно, что в цивилизованной стране прогресс немыслим без одновременного развития медицинской помощи, неотъемлемой частью которой является реабилитация.

Общеизвестно разделение реабилитации на три основных вида: МР (медико-восстановительная), включающая весь комплекс лечебных мероприятий медицинского характера по восстановлению здоровья; профессиональная (трудовая, производственная), основной целью которой является подготовка больного (инвалида) к трудовой деятельности; социальная и социально-психологическая, бытовая), предусматривающая восстановление основных навыков самообслуживания, возвращения в общество.

Некоторые авторы выделяют еще два вида: педагогическую и психологическую реабилитацию. Однако разделение реабилитации на виды в какой-то степени носит условный характер, так как каждый из них

взаимосвязан, взаимодополняет друг друга и изолированно существовать не может. Например, МР направлена на развитие функциональных способностей и психологических возможностей больного, социальная – на возвращение к нормальной жизни в обществе путем снижения экономических и социальных нагрузок; профессиональная – на обучение, переквалификацию, подбор подходящей работы, сохранение прежней профессии; педагогическая – на образование в процессе реабилитации и оптимальное вовлечение детей и подростков в трудовой процесс, психологическая – на профилактику и лечение развивающихся патологических психических нарушений.

Вопросы организации службы реабилитации тесно связаны с подготовкой кадров. Обучение и подготовка их в ряде стран осуществлялась дифференцированно по узким специальностям, реже по общему профилю. Это, прежде всего, связано с созданием специализированных отделений и ЦМР для отдельных контингентов больных (специализированный подход). В других странах основной упор делался на улучшение подготовки студентов-медиков за счет интегрированного обучения методам реабилитации в сочетании с профилактическими и лечебными аспектами инвалидности. Подобный подход имеет целью побудить всех врачей осуществлять реабилитацию в качестве неотъемлемой части их повседневной работы (неспециализированный подход). Комитет экспертов ВОЗ предлагает подготовку кадров по реабилитации осуществлять по упрощенным учебным программам, с сокращением специализации. Они считают, что потребность в реабилитации настолько велика, что ее нельзя удовлетворять только за счет использования специалистов, основные методы реабилитации следует вводить в программы подготовки врачей, медицинских сестер, работников служб социальной помощи, преподавателей и другого персонала.

Врач общей практики – это основное ответственное лицо за организацию и проведение МР, независимо от того, осуществляется ли она в домашних или поликлинических условиях. ВОЗ рекомендует врачу широкого профиля овладеть знаниями, касающимися психологического, профессионального и физического ведения таких больных. Эти рекомендации особенно актуальны для врачей, работающих в районах, не охваченных сегодня системой поэтапной МР.

По мнению экспертов ВОЗ, решение вопросов медицинской ответственности за реабилитацию больных с локомоторными поражениями возможно двумя способами:

- дать возможность ортопедам, невропатологам, ревматологам, педиатрам, кардиологам и т.д. оставаться ответственными за реабилитацию своих больных;
- возложить эту ответственность на врача, который, помимо необходимой специальной подготовки по реабилитации, мог бы иметь особую компетенцию в области ортопедии, неврологии, педиатрии и т.п., т.е. готовить специалиста-реабилитолога широкого профиля.

Заслуживает внимания квалификационная система для специалиста-реабилитолога, действующая в Японии. Специалист по реабилитологии – врач,

прошедший клиническое обучение (3 года и более) по общей реабилитационной медицине; эксперт по реабилитации – врач, специализирующийся в других областях медицины и обладающий глубокими знаниями и опытом реабилитации по данной специальности.

С 1973 г. в Польше с целью совершенствования реабилитации было предложено реорганизовать преподавание в медицинских академиях, пополнить программы специализации врачей элементами реабилитации, совершенствовать последипломную подготовку врачей к потребностям реабилитации, реорганизовать подготовку медсестер и обучение социальных работников и включить их в реабилитационные бригады, обучить руководящий состав службы общественного здоровья вопросам реабилитации.

Вполне обоснованно специалист по реабилитации должен знать подробно методы МР в каждой клинической специальности и уметь руководить процессом ресоциализации всех неполнофункциональных людей. Специалисты других специальностей обязаны знать основы реабилитации в своей специальности.

Заслуживает внимания, сложившаяся в Польше с 70-х годов, двухступенчатая подготовка врача-реабилитолога: врач с трехлетним стажем заканчивает курсы, сдает экзамен и считается специалистом по общей реабилитации; вторая ступень предполагает двухлетний стаж работы в данной области медицины, курсы высшего звена, экзамен по реабилитации, после чего специалист может работать по узким проблемам. Подготовка врачей-реабилитологов ведется на базе медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей. Основы реабилитации отражены во всех программах специализации по всем медицинским дисциплинам. Кафедры реабилитации академий проводят со студентами-медиками 4 курса занятия, давая основные представления по данной дисциплине.

Американские авторы считают, что реабилитолог в целях повышения качества реабилитации должен знать обо всех приспособлениях, уметь пользоваться ими и обучать пациентов с учетом индивидуальных особенностей каждого реабилитируемого. К сожалению, в США около половины медицинских школ не имеют кафедр реабилитации. Американская ассоциация восстановительной терапии в своем печатном органе «Журнал восстановительной терапии» пишет, что вопросы восстановительной терапии и реабилитации должны привлечь к себе внимание широкого круга врачей в целях оказания действенной помощи нуждающимся в ней.

Отдельные университеты, медицинские школы США проводят подготовку реабилитологов по специальным программам. Так, центр медицинских наук при университете штата Висконсин предусматривает подготовку медицинских работников с целью специализированного обслуживания больных с хронической закупоркой дыхательных путей в небольших городах и сельских районах. Они считают, что личный врач может руководить программой по реабилитации и в данном случае расходы больного на лечение ниже, чем при централизованной программе. В выполнении программ

реабилитации значительное место занимает санитарное просвещение. На это указывают многие авторы. Основная трудность заключается в том, чтобы убедить больного в возможности вести обычный образ жизни, принимать активное участие в процессе реабилитации. Для этого необходима санитарно-просветительная работа с ними, родственниками, соседями, знакомыми, друзьями.

В Германии обращают внимание на подготовку дипломированных педагогов в области естественных наук, получивших дополнительную квалификацию по санитарному просвещению. Они информируют больного относительно характера его болезни, возможностей лечения, многообразия факторов риска и т.д. Подготовка специалистов по реабилитации осуществлялась на курсах усовершенствования врачей, основы реабилитации были включены в учебные программы медицинских институтов. Реабилитация требует знания логопедии, аудиологии, протезирования, подготовки по профессиональным консультациям, подбору работы и др.

Г.И. Кассирский считает, что реабилитология – это раздел науки, изучающий различные вопросы восстановления здоровья. Возникновение этой дисциплины отвечает требованиям, предъявляемым в настоящее время обществом к медицине и здравоохранению. Реабилитация требует синтеза различных знаний, открывает новые пути пересмотра ряда теоретических положений в медицине. В соответствии с этим необходима подготовка врачей реабилитологов соответствующего профиля.

В странах СНГ в ходе развития и совершенствования организации МР отмечена слабая обеспеченность кадрами и низкая их квалификация, нехватка оборудования и помещений, недостаточная медицинская пропаганда успехов и возможностей реабилитации, что снижает полноту охвата и эффективность ее. В программах клинических дисциплин недостаточно представлены вопросы реабилитации и трудоустройства инвалидов.

Вполне обоснованно предложение Л.В. Михеевой, которая указывает на разнообразие форм подготовки кадров в зависимости от потребности в специалистах на этапах медицинской помощи. Например, в поликлиническом отделении реабилитации лечебный процесс должен проводиться единым лечащим врачом-специалистом, получившим специальную подготовку и владеющим всеми видами МР. Он обследует больного, составляет индивидуальную программу, контролирует ее выполнение. В результате такой организации лечебного процесса отпадает необходимость в других специалистах (врачах-физиотерапевтах, по лечебной физкультуре и т.д.).

Некоторые авторы предлагают не обучение студентов, а повышение квалификации специалистов на соответствующих профильных кафедрах. Программа усовершенствования врачей должна включать цикл лекций и занятий по вопросам организации и методам МР на базе ЦМР. Аналогичные изменения должны быть внесены в программу подготовки средних медицинских работников. Необходимо расширить творческое сотрудничество учреждений здравоохранения с научно-исследовательскими и медицинскими институтами. Некоторые авторы считают, что все специалисты по профилю

наряду с участковыми врачами должны быть подготовлены и ответственны за реабилитацию больных.

Мы полагаем, что подготовку врачей-реабилитологов надо начинать в медицинских институтах на всех клинических кафедрах с учетом использования их в системе ПМСП, а специализацию и усовершенствование обеспечивать в институтах усовершенствования врачей. Программы должны учитывать возможность подготовки специалистов по общей реабилитации для многопрофильных поликлинических и больничных учреждений МР, а также специалистов-реабилитологов для монопрофильных центров и отделений. Следует реорганизовать подготовку медицинских сестер с учетом особенностей МР на этапах медицинской помощи, а также медицинских психологов, трудотерапевтов, инструкторов по трудотерапии.

Заключение

Изучение литературных данных позволило выявить многообразие организационных форм МР в учреждениях здравоохранения. В анализируемых работах в основном содержатся материалы об учреждениях и службах МР, созданных для обеспечения реабилитационными мерами городских жителей и рабочих промышленных предприятий. Опыт функционирования их может быть использован при формировании структур МР для жителей сельских районов.

Более сложно и трудно обеспечить поэтапную МР сельскому населению. На это указывают многие авторы. Главным препятствием на пути развития этих служб являются особенности расселения сельских жителей и организации медицинской помощи на селе. В системе поэтапной МР должны быть задействованы большинство районных учреждений здравоохранения: ФАП, амбулатории, УБ, районные больницы, ЦРБ. межрайонные, областные и республиканские учреждения здравоохранения. Кроме того, как обязательный элемент в эту систему включаются местные санатории и санатории-профилактории колхозов и совхозов. Последние в ряде случаев играют решающую роль в восстановлении трудоспособности и здоровья работников агропромышленного комплекса. Полностью себя оправдывает система поэтапной реабилитации в сельской местности (ФАП, УБ, районная больница, ЦРБ, санаторий-профилакторий).

Несовершенство законодательства о здравоохранении препятствует реализации программ реабилитации. Если в системе здравоохранения предпринимаются определенные меры по формированию службы МР, то в других системах народного хозяйства эти мероприятия носят случайный характер.

Требуют решения вопросы взаимоотношений систем образования, социального обеспечения, промышленности и сельского хозяйства, санаторных служб, службы занятости населения и др. Не решены вопросы подготовки и повышения квалификации врачей-реабилитологов. Все это указывает на необходимость глубокого всестороннего исследования возможностей организации системы поэтапной МР населению районных систем расселения, выявления потребности в ней взрослого населения с

четким определением целей и задач системы МР, путей реализации МР в учреждениях здравоохранения, разработки технологии управления МР в территориальных системах расселения.

Список литературы

1. Аносов И.А., Рыбинская М.Т., Синькова Н.В. Некоторые пути совершенствования санаторной помощи населению СССР // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1988.
2. Буракова Т.Я. Уточнение перевода термина "Реабилитация" // Науч. конф. молодых ученых ИГМИ им. Н.С. Бубнова: Тез. докл. – Иваново, 1987.
3. Гаврилов В.А. Социально-трудовое восстановление больных в больнице восстановительного лечения // Организация, нормирование и планирование труда в учреждениях и отделениях восстановительного лечения и долечивания. – М., 1981.
4. Грандо А.Л., Дмитриева З.Д. Реабилитация больных в амбулаторно-поликлинических условиях // Сов. здравоохранение. – 1980.
5. Журавлева К.И., Матвеев С.А. Совершенствование медицинской реабилитационной службы крупного города // Сов. медицина. – 1984.
6. Обучение и подготовка специалистов по медицинской реабилитации. Отчет о конференции Константин, Польша. 10-16 ноября 1971 года, Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1974.
7. Общие вопросы реабилитации больных и инвалидов: Метод рекомендации. – Мн., 1984.
8. Роговой М.А., Ладыгина В.Е., Чемякина С.Н. Изучение труда медицинского персонала отделений восстановительного лечения поликлиник для целей нормирования // Медицинский персонал поликлиник, его планирование и рациональное использование: Сб. науч. тр. – М., 1983.