

## Организация реабилитационного процесса

Г.Е. Иванова

ГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Предлагается система реабилитационных мероприятий, базирующаяся на трех основных принципах: комплексности, преемственности и индивидуализации. Мультидисциплинарная реабилитация должна представлять собой комплекс интенсивных, патогенетически и саногенетически направленных, максимально индивидуализированных, непрерывных и преемственных мероприятий, проводимых на фоне дифференцированной медикаментозной терапии, отличающейся при различных вариантах течения патологического процесса.

Определены состав и задачи членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады. Для четкой согласованности и координированности действий всех участников реабилитационного процесса рекомендовано еженедельное формирование графиков их работы.

Выявлены факторы, связанные с пациентом, которые могут задерживать восстановление, а также внешние лимитирующие факторы. Сформулированы задачи реабилитации в стационаре и конкретизированы методы, применяемые на стационарном этапе реабилитации.

**Ключевые слова:** система реабилитационных мероприятий, мультидисциплинарная реабилитация, реабилитационная бригада.

The author proposes a system of rehabilitative measures which is based on three basic principles: complex structure, continuity and individual approach. Multidisciplinary rehabilitation should look like a complex structure of intensive, pathogenetically and sanogenically directed measures, though highly individualized and continuous, which are provided in combination with differentiated medicamentous therapy depending on the types of pathological process.

Tasks and goals are outlined for all members of the rehabilitation team. To have a well-coordinated work a weekly schedule is recommended for all team members.

Patients' factors as well as outer limiting factors which could delay recovery have been defined as well. Tasks for rehabilitation in the hospital are determined; techniques for hospital rehabilitation are specified.

**Key words:** a system for rehabilitative measures, multidisciplinary rehabilitation, rehabilitation team.

В современных условиях возрастает внимание к медицинской реабилитации как к неотъемлемому компоненту лечебного процесса. В целом медицинская реабилитация может быть рассмотрена как комплексный процесс, целью которого является сведение к минимуму функциональных последствий повреждения позвоночника и спинного мозга и негативных влияний их на жизнь больного, его родственников и ухаживающих за ним лиц; увеличение степени самостоятельности больного. Для достижения наилучшего для больного исхода требуется комплексный реабилитационный подход, который направлен не только на лечение первичной патологии, но и на устранение возникших при этом нарушений на всех интегративных уровнях функционирования организма.

Восстановление утраченной функции, приспособление сохранившейся функции или формирование компенсаторной функции всегда является сложным и многогранным процессом. Анатомо-морфологическое разнообразие вариантов повреждения, индивидуальные особенности метаболизма после повреждения, процессов нейротрансмиссии, иммунного, эндокринного статуса, своевременность оказания специализированной медицинской помощи и начала реабилитационных мероприятий обуславливают варибельность клинических проявлений болезни, динамики состояния даже при сходных характере, локализации и размерах повреждения. Все перечисленное требует построения системы реабилитационных мероприятий, базирующейся на трех основных принципах:

1) **комплексность**, которая может быть обеспечена только при мультидисциплинарном подходе;

2) **преемственность** на всех этапах реабилитационного процесса;

3) **индивидуальный характер** построения реабилитационной программы.

Предлагаемый методологический подход к реабилитационным мероприятиям основан на ранней, комплексной, всесторонней, совместной оценке различными специалистами патологического процесса, учитывающей особенности поражения различных функциональных систем организма в целом.

Мультидисциплинарная реабилитация должна быть начата как можно раньше после оперативных вмешательств, реанимационных мероприятий по наступлении стабилизации основных жизненных функций. Мультидисциплинарная реабилитация должна представлять собой комплекс интенсивных, патогенетически и саногенетически направленных, максимально индивидуализированных, непрерывных и преемственных мероприятий, проводимых на фоне дифференцированной медикаментозной терапии, отличающейся при различных вариантах течения патологического процесса.

Эффективность реабилитации зависит от своевременности, правильной координации и согласованности действий различных специалистов. Реабилитационный процесс объединяет специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в постановке целей и реализации задач реабилитации. В состав мультидисциплинарной бригады, как правило, входят врач-специалист по профилю оказываемой помощи, терапевт

(кардиолог), врач ЛФК, врач-физиотерапевт, инструктор-методист по лечебной физкультуре, клинический психолог, эрготерапевт (или бытовой реабилитолог), социальный работник, медицинская сестра по физиотерапии, специально обученные приемам ухода и реабилитации медицинские сестры. Очень важно включение в состав бригады диетолога и врача функциональной диагностики.

Ведущим врачом и координатором работы всей бригады является лечащий врач-специалист по профилю оказываемой помощи, прошедший специальную подготовку по вопросам медицинской реабилитации. В его задачу входит детальнейшая оценка клинического статуса больного для получения базовой информации по формированию реабилитационной программы.

В задачу врача ЛФК и спортивной медицины входит детальная оценка нарушения двигательной функции и функциональных возможностей больного и составление этапных программ восстановления статического и динамического стереотипов пациента, а также повышение уровня толерантности к физическим нагрузкам.

Инструктор - методист ЛФК — специалист с высшим педагогическим образованием, прошедший специальную подготовку по профилю оказываемой специализированной помощи. В его задачу входит методичное выполнение программ по двигательной реабилитации и оказание консультативной помощи медицинским сестрам и родственникам и ухаживающим лицам в мероприятиях по уходу за больным.

Физиотерапевт — врач-специалист по использованию лечебных физических факторов (естественных и преформированных) с целью реорганизации и восстановления функций различных систем больного на основе профилактического, патогенетического и симптоматического подходов.

Эрготерапевт — специалист по социальной и бытовой реабилитации больного (выполняет врач ЛФК и спортивной медицины или инструктор-методист по ЛФК, прошедшие специальную подготовку). Задачей эрготерапевта является адаптация имеющихся и восстановленных на данный момент функциональных возможностей к его повседневной деятельности, восстановление бытовых и социальных навыков и умений пациента, достижение максимальной независимости в самообслуживании.

Медицинская сестра, специально обученная приемам реабилитации, также является членом мультидисциплинарной бригады. Ей отводится важная роль, поскольку она наиболее полно вовлечена в процесс повседневного контакта с больным. Реабилитационная медицинская сестра является основной опорой не только врача-невролога (нейрохирурга), выполняя его назначения, но и эрготерапевта, врача ЛФК, психолога, оказывая помощь и обеспечивая основные нужды больных в течение дня. В задачу медицинской сестры входят: контроль за витальными функциями, удовлетворение физиологических потребностей, удовлетворение потребности в безопасности, профилактика осложнений, удовлетворение социальных потребностей, уважения и самоуважения.

Клинический психолог оценивает мотивации больного к реабилитационному лечению и особенности активного участия в нем самого пациента, учитывая особенности психологического и социального статуса. Психолог осуществляет терапевтическую коррекцию настроения и поведения, дает рекомендации другим специалистам-реабилитологам, родственникам и ухаживающим лицам по особенностям ведения реабилитационного процесса.

Задача психолога — по возможности более полно способствовать облегчению восприятия актуальной ситуации и адаптации к ограничению трудоспособности.

В реабилитации и лечении больных участвуют также другие специалисты: терапевт, кардиолог, уролог, массажисты, физиотерапевтические сестры, иглорефлексотерапевт, врач функциональной диагностики, диетолог и др.

Для четкой согласованности и координированности действий всех участников реабилитационного процесса необходимо еженедельное формирование графиков работы:

- 1) индивидуальных для каждого специалиста с обследованными больными — пациентами реабилитационного подразделения медицинской организации;
- 2) проведения мультидисциплинарных обходов не менее 1 раза в неделю с последующим обсуждением каждого пациента, входящего в компетенцию мультидисциплинарной бригады;
- 3) индивидуальных для каждого специалиста по проведению обследования вновь поступивших пациентов;
- 4) индивидуальных для каждого пациента с включением не только реабилитационных мероприятий, но и мероприятий гигиенических, лечебно-диагностических и связанных с приемом пищи.

Штат реабилитационного отделения зависит от коечного фонда и тяжести клинического состояния больных, принимаемых на реабилитацию данным отделением (центром). Количество персонала исчисляется в соответствии с нормативами временной нагрузки на специалиста.

Членами мультидисциплинарной бригады совместно определяются все аспекты ведения больного:

- исходная оценка состояния больного и степень нарушения функций;
- анализ проблем каждого больного (индивидуально);
- формулировка реабилитационного диагноза;
- выработка конкретных реабилитационных целей (как краткосрочных, так и долгосрочных);
- составление плана основных реабилитационных мероприятий;
- оценка эффективности реабилитационных мероприятий в динамике;
- осуществление координации работы участников мультидисциплинарной бригады.

Особо следует подчеркнуть необходимость формирования информационной службы, обеспечивающей коммуникации в двух направлениях: ведомственном — для сотрудников центра и общественном — для родственников и ухаживающих за больным лиц. Наличие общедоступной информации о динамике состояния больного в режиме реального времени — температура, АД, рекомендуемая укладка, рекомендуемая форма питания, контроль за функцией мочевого пузыря, двигательный режим, динамика индексов American Spinal Injury Association (ASIA) и др. — позволяет правильно ориентироваться в содержании проводимых мероприятий, осуществлять их эффективный контроль.

Перед выпиской из центра не только совместно оценивается достигнутая степень восстановления, но и прогнозируется возможность дальнейшей нормализации функций и составляются рекомендации для проведения реабилитационного лечения на последующих этапах.

Еще раз следует подчеркнуть, что медицинскую реабилитацию необходимо рассматривать как комплексный процесс, целью которого является сведение к минимуму функциональных последствий и негативных влияний заболевания на жизнь больного и ухаживающих за ним лиц; увеличение степени самостоятельности больного.

Направленность реабилитационных мероприятий зависит от множества факторов, к основным из которых относятся следующие: тип и характер повреждения; вид, уровень и степень повреждения; период течения заболевания; характер осложнений и последствий повреждения или заболевания, а также социальные условия семьи больного.

Факторы, которые могут задерживать восстановление, связанные с пациентом:

- отсутствие мотивации к реабилитационным мероприятиям;
- неадекватная оценка больным наличия дефицита функции;
- болевые реакции;
- трофические нарушения;
- депрессивный фон настроения;
- низкая толерантность к физическим нагрузкам;
- низкий социальный уровень семьи больного.

Генеральная тактика реабилитационных мероприятий заключается в четкой диагностике сохранившихся функциональных возможностей; комплексном лечении имеющихся расстройств; активном контроле за временем достижения максимально возможного для данного больного уровня компенсации нарушенных функций, и затем, при необходимости, развертывании мероприятий по социальной реабилитации.

Внешние лимитирующие факторы:

- факторы, ограничивающие мобильность, преграды;
- факторы, ограничивающие самообслуживание и выполнение естественных отпращиваний;
- факторы ограничивающие общение и выполнение социальной роли;
- отсутствие средств технической реабилитации.

При составлении реабилитационной программы врач должен получить ответы на следующие вопросы:

- Что лимитирует процесс восстановления?
- Что является фактором риска в процессе реабилитации?
- Как восстановить нарушенную функцию?
- Какова эффективность избранной тактики?
- Насколько возможно восстановление функции?
- Как наиболее эффективно компенсировать утраченную функцию?
- Какие протезно-ортопедические средства помогут компенсировать утраченную функцию?
- Какие технические средства позволят облегчить социальную адаптацию?

С деонтологической точки зрения при тяжелой травме или заболевании особенно опасна гипердиагностика тяжести состояния и выраженности функциональных нарушений. Выбор пассивной выжидательной тактики вследствие фатального прогноза приводит к общей гипокинезии больного, образованию стойких негативных функциональных сдвигов в различных системах организма, что значительно затрудняет, а иногда полностью останавливает восстановительный процесс, приводит к потере мотивации больного поправить свое положение, развитию тревожно-депрессивных расстройств.

Неоправданные сверхоптимистические прогнозы состояния больного приводят к снижению эффективности реабилитационного процесса, развитию осложнений и к потере времени для своевременного начала социально-бытовой и профессиональной реабилитации.

Задачи реабилитации в стационаре:

- контроль за процессами восстановления;
- обеспечение слаженной работы всех систем и органов;
- дестабилизация патологических систем;
- восстановление правильной пусковой афферентации и рефлекторной деятельности;
- интенсификация процессов восстановления и (или) компенсации дефекта с активацией индивидуальных резервов организма пациента;
- компенсаторное формирование новых функциональных связей;
- торможение нефизиологических движений и патологических позных установок;
- коррекция нарушения функции дыхания;
- коррекция нарушения функции мочеиспускания и дефекации;
- психологическая коррекция и социальная адаптация;
- профилактика осложнений;
- ранние психолого-социальные интервенции (раннее вмешательство).

На стационарном этапе реабилитации применяются следующие методы:

- обучение самоуходу;
- постуральная коррекция;
- дыхательные упражнения (пассивные и активные приемы);
- ранняя, регулярная, этапная роботизированная вертикализация больных;
- лечебная гимнастика;
- мануальная терапия;
- методы биоуправления, основанные на принципе обратной связи;
- механотерапия;
- занятия на тренажерах;
- эрготерапия;
- физиотерапевтическое лечение;
- иглорефлексотерапия;
- функциональное ортезирование;
- психологическая коррекция;
- профессиональная коррекция и др.

Обязательным условием реабилитационного процесса является активное участие пациента и его активное согласие (а в случае недееспособности — его ближайших родственников) на выполнение всех мероприятий.

### Литература

1. Леонтьев М.А. Лечение и реабилитация пациентов с травматической болезнью спинного мозга // Реабилитация инвалидов с нарушением функций опоры и движения / Под ред. Л.В. Сытина, Г.К. Золоева, Е.М. Васильченко. — Новосибирск, 2003. — С. 299–335.

2. Иванова Г.Е. К вопросу об организации реабилитационного процесса // Сборник трудов Всероссийского форума «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации» 22–24 июня 2010 г.

И др. авторы.