

ЛЕКЦИЯ 1 (1 час)

ТЕМА: ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Студент должен иметь представление:

- об основных задачах здравоохранения в области медицинской реабилитации;
- о организации сестринского процесса в реабилитации.

знать:

- принципы медицинской реабилитации, средства реабилитации, задачи реабилитации при заболеваниях основных органов и систем,
- принципы комплексного применения немедикаментозных средств, основные этапы реабилитации;
- функции и задачи сестринского процесса на этапе реабилитации пациентов;
- цели сестринского процесса на этапе реабилитации пациента.

Содержание лекции:

Основные определения последствий болезни

Болезнь - нарушение нормальной жизнедеятельности организма, вызванное функциональными или морфологическими изменениями. Болезнь возникает от воздействия на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных) или из-за генетических дефектов.

Травма - повреждение тканей, органов или всего организма человека в целом, которое возникает при внешних механических, термических, электрических, химических или иных воздействий, в определенных условиях превышающих по своей силе прочность покровных и внутренних тканей тела. Возникая, травмы причиняют ущерб здоровью человека. В зависимости от выраженности ущерба различают макротравмы (повреждения со значительным нарушением здоровья) и микротравмы (мелкие ушибы, ссадины и т.д., которые, накапливаясь или вследствие осложнений при заболеваниях приводят к потере здоровья и трудоспособности человека, например, контрактуры, деформации).

Дефект- (лат. defectus) - изъян, недостаток.

Функциональные нарушения – состояния организма с изменениями проявлений жизнедеятельности организма, с отправлением функций какого-либо органа.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться,

ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной защиты.

Инвалидность - стойкое нарушение (снижение или утрата) общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы.

Реабилитация – это динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов (в виде тех или иных воздействий и мероприятий), направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида.

Абилитация– это:

- лечебные и/или социальные мероприятия по отношению к инвалидам или другим морально подорванным людям (осужденным и проч.), направленные на адаптацию их к жизни.
- система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, еще не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества.

Коррекционная педагогика -это область педагогического знания, предметом которой является разработка и реализация в образовательной практике системы условий, предусматривающих своевременную диагностику, профилактику и коррекцию педагогическими средствами нарушений социально-психологической адаптации индивидов, трудностей их в обучении и освоении соответствующих возрастным этапам развития социальных ролей.

Объектная область коррекционной педагогики в её современной трактовке — ситуации и состояния риска в развитии растущего человека, адаптационные нарушения, которые проявляются во взаимодействии индивида со средой и не обусловлены факторами, связанными с органической этиологией, явления социально-психологической, школьной

дезадаптации. Примером может служить - сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика и логопедия...

Целостный подход к реабилитируемому пациенту требует восприятия его не как носителя комплекса жалоб, симптомов и повреждений, а как некий социально-биологический объект со всей присущей ему индивидуальной гаммой взаимосвязей с обществом и его членами. В современной концепции реабилитация рассматривается как комплексный процесс, включающий ряд основных аспектов.

Виды реабилитации:

- Медицинская реабилитация.
- Психологическая реабилитация.
- Социальная реабилитация.
- Профессиональная реабилитация.

Медицинский аспект - восстановление, коррекция или компенсация утраченных и дефицитных физиологических функций.

Средства реабилитации - научно обоснованный индивидуальный комплекс различных методов лечения (фармакологическое, хирургическое, физиотерапевтическое, рефлексотерапевтическое, психотерапевтическое, диетическое). По мере возрастания двигательной активности пациента интенсивнее активируются механизмы саногенеза за счет регламентируемых лечебных физических нагрузок.

Физический аспект -воссоздание исходного или нового (оптимального) уровня двигательной дееспособности пациента в быту и достижимой социальной среде. Проводится начиная с госпитального этапа реабилитации средствами кинезотерапии (лечебной физкультуры) как одного из направлений рефлексотерапии. Последовательное, адекватное и оптимальное применение лечебных физических нагрузок обеспечивает целенаправленный патогенетический и генерализованный (общий) эффект на организм пациента. В результате стимулируются механизмы неспецифической резистентности, гипо-сенсibilизации, участвует в коррекции нарушенного психологического статуса реабилитируемого человека.

Психологический аспект -коррекция психического статуса пациента, измененного основной патологией для профилактики возможной соматизации нарушений психических функций пациента, адаптации его к прежней (или новой) бытовой и социальной среде. Коррекции может подвергаться навязчивое чувство ущербности в бытовой, семейной, профессиональной, социокультурной средах, различного рода фобии и т.п. В результате

формируется психология уверенности в достижении отдаленных задач реабилитационного процесса, создается устойчивая мотивация к достижению его декларируемой цели. В ряде случаев использование психологических методик направлено не только на самого пациента, но и на лиц его ближайшего социального окружения.

Социально-экономический аспект - включает социально-медицинскую, социально-психологическую, социально-педагогическую, социально-средовую, социально-бытовую формы реабилитации. Их целью является воссоздание утраченных и нарушенных общественных связей и отношений пациента или формирование новых (вынужденных), устранение социальных ограничений, вызванных патологией. Этот аспект является подчиненным по отношению к предыдущим видам реабилитации, дополняется рядом специфических форм и средств (включая систематический патронаж). Степень снижения зависимости реабилитируемой личности в удовлетворении своих жизненных потребностей от членов семьи и социального окружения является конечным критерием эффективности всей реабилитационной программы в целом.

Профессиональный аспект - профессиональное обучение (переобучение) и трудоустройство, адекватные сформировавшемуся стойкому дефекту физических и психических функций. Профессиональная реабилитация базируется на анализе формы и тяжести патологического процесса, характера и степени дефицита функций, особенностей психологического статуса и профиля личности пациента, его исходного образовательного уровня. Профессиональное образование лиц с ограниченными физическими возможностями требует нестандартных, специфичных методик и технологий. Трудоустройство такого сотрудника возможно в обычных и специализированных учреждениях; может требовать особого оборудования его рабочего места.

Факторы, способствующие росту интереса к реабилитации:

1. Интенсификация темпов научно-технического прогресса, сопровождающаяся дифференциацией трудовых процессов, возможностью выполнения части из них с ограниченным применением усилий человека.

2. Большая ценность квалифицированных кадров из-за длительности и дороговизны их подготовки.

3. Изменение демографической ситуации в обществе (рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста).

4. Изменение в состоянии здоровья населения (рост хронических заболеваний с длительным ограничением определённых возможностей жизнедеятельности и дееспособности).

5. Изменение условий жизни (урбанизация, частые поездки в транспорте, большая занятость в сфере производства, малочисленные семьи и др.), предъявляющие высокие требования к здоровью при само- и взаимообслуживании.

Задачи медицинской реабилитации:

1. Своевременная медикаментозная коррекция urgentных состояний у больных с различными заболеваниями.

2. Ускорить процесс реабилитации путём психологических и физических воздействий (средства и формы ЛФК, физиотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия и др.).

3. Не допустить растренировки больного во время пребывания его на лечении.

4. Ускорить выработку компенсаторных процессов и управления ими.

5. Управление процессом адаптации при необратимых изменениях.

В процессе медицинской реабилитации выделяют периоды:

1. Восстановительный период – обеспечение психологической и физиологической подготовок больного к началу активного лечения и профилактики развития дефекта функции, инвалидизации с целью уменьшения или устранения этих явлений.

2. Профилактический период – сохранение активной трудоспособности и предупреждение развития заболевания (приспособление больного к условиям внешней среды с увеличением числа всех лечебно-профилактических мероприятий, увеличением доли психосоциальных воздействий).

3. Заключительный период – возвращение ранее нетрудоспособных людей к полноценной общественно-трудовой и личной жизни (бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих, восстановление социального и по возможности первоначального (до болезни) трудового статуса).

Основные принципы реабилитации:

1. Комплексное использование средств патогенетической терапии и реабилитации.

2. Сочетание патогенетической терапии на основные звенья патогенеза заболевания и ведущих патогенетических процессов соответственно разным периодам заболевания.

3. Сочетание в реабилитации воздействий на разные механизмы саногенеза соответственно разным периодам заболевания.

4. Сочетание мероприятий медицинской, психологической, социальной и профессиональной реабилитации.

5. Дифференциация воздействия в зависимости от особенностей патоморфологического субстрата и клинических проявлений заболевания, а также двигательного режима и восстановительного периода при медицинской реабилитации.

6. Исходя из индивидуальных особенностей реабилитируемого, выбор конкретных лечебно-профилактических мероприятий и средств осуществляется в соответствии с современными данными об их механизмах влияния вообще и при конкретном заболевании в частности.

Этапы восстановительного периода медицинской реабилитации:

- Стационарный этап.
- Поликлинический этап.
- Санаторно-курортный этап.

Задачи стационарного этапа:

1. Стабилизация общего состояния больного, профилактика возможных осложнений.
2. Восстановление физической активности пациента, сниженной вследствие самого заболевания, травмы или вынужденной инактивации.
3. Восстановление нарушенных вследствие заболевания, хирургического вмешательства или травмы функций настолько, чтобы пациент мог обслуживать себя в той или иной мере, передвигаться самостоятельно или с помощью ортопедических приспособлений, быть психологически адаптированным к своему состоянию и настроенным на осуществление всей программы реабилитации.

Задачи поликлинического этапа:

1. Определение степени снижения физической работоспособности и проведение мероприятий по её повышению.
2. Осуществление периодического контроля за состоянием поражённых органов и систем с использованием клинических, биологических и инструментальных методов.
3. Проведение медикаментозного лечения с целью ускорения восстановления нарушенных функций организма вследствие заболевания, операции или травмы.
4. Применение средств физического аспекта медицинской реабилитации (ЛФК, физиотерапия и др.) в целях ускорения восстановительных процессов.

5. Оценка психологического статуса пациента и проведение при показаниях корригирующей терапии.

6. Оценка социального статуса пациента, определение статуса трудоспособности, решение вопроса трудоустройства, профессиональной переориентации.

7. Проведение мероприятий по вторичной профилактике.

Реабилитация на поликлиническом этапе особенно сложна, многопланова и длительна, а состояние интегрированных в общество пациентов со всеми вытекающими из этого последствиями в виде бытовых, профессиональных нагрузок, психологических и социальных проблем может в любое время дестабилизироваться.

В этом плане хорошо зарекомендовала себя британская модель организации реабилитационных мероприятий, основанная на принципе работы мульти дисциплинарной бригады (МДБ).

Эффективность реабилитации зависит от своевременного начала реабилитационных мероприятий, квалифицированной оценки реабилитационной способности больного, правильной координации и согласованности действий различных специалистов по реализации реабилитационного плана. Реабилитационный процесс объединяет специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает соблюдение единого подхода к постановке целей и реализации задач реабилитации.

В **состав мультидисциплинарной бригады**, как правило, входят: невролог, врач ЛФК и СМ, 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-невролог, прошедший специальную подготовку по вопросам медицинской реабилитации. В его задачу входит детальнейшая оценка неврологического статуса больного для получения базовой информации по формированию реабилитационной программы и формирование плана нейротрофической и регенераторно-репаративной терапии.

В задачу врача лечебной физкультуры 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 пациента к физическим нагрузкам.

Врач физиотерапевт — специалист по использованию лечебных физических факторов (преформированных) в целях реорганизации и восстановления функций нервной системы больного, а также для проведения симптоматической терапии, в том числе борьбы с осложнениями.

Инструктор-методист ЛФК — специалист с высшим педагогическим образованием, прошедший специальную подготовку по нейрореабилитации. В его задачу входит методичное выполнение программ по двигательной реабилитации и оказание консультативной помощи медицинским сестрам, родственникам и ухаживающим лицам.

Эрготерапевт — специалист по социальной и бытовой реабилитации больного (выполняет врач ЛФК и СМ 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.

Клинический психолог оценивает мотивацию больного к реабилитационному лечению и особенности активного участия в нем самого пациента, психоэмоциональное состояние пациента и его родственников, учитывая особенности психологического и социального статуса. Психолог осуществляет терапевтическую коррекцию настроения и поведения, дает рекомендации другим реабилитологам-специалистам, 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 и изменению социальной ролевой функции.

Медицинская сестра, специально обученная приемам реабилитации, также является членом МДБ.

Ей отводится особенно важная роль, поскольку она наиболее полно вовлечена в процесс повседневного контакта с больным. Реабилитационная медицинская сестра является основной опорой не только врачей, выполняя их назначения, но и эрготерапевта, психолога, оказывая помощь и обеспечивая основные нужды больных в течение дня. В задачу медицинской сестры входят: контроль за витальными функциями, удовлетворение физиологических потребностей, проведение катетеризации и специальная помощь в

опорожнении кишечника спинального больного, удовлетворение потребности в безопасности, профилактика осложнений, удовлетворение социальных потребностей, уважения и самоуважения.

В реабилитации и лечении больных участвуют также другие специалисты: массажисты, физиотерапевтические сестры, иглорефлексотерапевт, мануальный терапевт, травматолог-ортопед, уролог, нейрохирург, кардиолог, терапевт и др.

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

- индивидуальных для каждого специалиста с обследованными больными - пациентами реабилитационного центра;

- проведения мультидисциплинарных обходов в подразделениях реабилитационного центра не менее 1 раза в неделю с последующим обсуждением каждого пациента, входящего в компетенцию мультидисциплинарной бригады;

- индивидуальных для каждого специалиста по обследованию вновь поступивших пациентов;

- индивидуальных для каждого пациента с включением не только реабилитационных мероприятий, но и мероприятий гигиенических, лечебно-диагностических, связанных с приемом пищи, с посещением родственников и т.д.

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.

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

Медицинская сестра отделения реабилитации

Специфика работы медицинской сестры отделения реабилитации заключается в том, что она должна реализовать не только лечение, но и принять участие в реализации всего процесса реабилитации. Больные, которые в процессе реабилитации занимаются ЛФК, эрготерапией, получают массаж и т. д., могут и должны продолжать эти занятия и в вечернее время.

Медицинская сестра отделения реабилитации должна владеть основами лечебной физкультуры, массажа, эрготерапии, методами контроля адекватности нагрузки, специфичными для того или иного заболевания, методом малой психотерапии. Владея этими методами, она обязана организовывать и вести контроль за адекватностью мероприятий, осуществляемых больными самостоятельно. Так, например, при занятиях больным механотерапией медсестра, владея основами этого метода, должна проконтролировать правильность, выполнения им процедуры и адекватность получаемой нагрузки с помощью простых методов контроля — подсчетом частоты пульса, измерением артериального давления, наблюдением за внешним видом больного и т. п.

Владение медицинской сестрой основами эрготерапии позволит ей подсказать больному, как лучше выполнить задание эрготерапевта, и оценить реакцию больного на нагрузку, своевременно предложить прекратить ее при неадекватности реакции. Медсестра отделения реабилитации обязана владеть методом малой психотерапии, так как, общаясь с больными более продолжительное время, чем врач, она может достичь большего в коррекции его психологического статуса.

Медсестра этого отделения обязана следить за своевременностью и продолжительностью самостоятельных занятий больного. Она обязана владеть методами оказания первичной ургентной помощи при ухудшении состояния больного в период вечерних самостоятельных

процедур, регистрировать и доводить до сведения врача обо всех неадекватных реакциях за больного на нагрузку.

Взаимодействия между субъектами медицинской реабилитации в работе мультидисциплинарной бригады при заболеваниях терапевтического профиля.

Задачи на санаторно-курортном этапе:

1. Поддержание и укрепление общего состояния пациента.
2. Сохранение и если возможно повышение восстановленной физической активности пациента, сниженной вследствие самого заболевания, травмы или вынужденной инактивации.
3. Закрепление и усовершенствование восстановленных навыков, нарушенных вследствие заболевания, хирургического вмешательства или травмы настолько, чтобы пациент мог обслуживать себя в той или иной мере, передвигаться самостоятельно или с помощью ортопедических приспособлений, быть психологически адаптированным к своему состоянию и настроенным на осуществление всей программы реабилитации.

Осуществление целостной системы реабилитации (с учетом количества населения, нуждающегося в реабилитации, сложности задач, стоящих перед участниками этого процесса) возможно только в специализированных учреждениях с полномасштабной системой служб и сквозной программой мероприятий для всех указанных этапов. Такой подход позволит исключить огромные непроизводительные издержки сил, средств и финансирования, постоянно возникающие при смене этапов, а также между различными отраслями системы реабилитации. В основе управления данной системой лежит количественная оценка валидных критериев эффективности реабилитации.

СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГБУЗ «Волгоградский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации № 1»,

ГБУЗ «Волгоградский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации № 2»,

ГБУЗ «Волгоградский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации № 3»,

ГБУЗ «Волгоградский областной врачебно-физкультурной диспансер № 1»,

ГБУЗ «Волгоградский областной врачебно-физкультурный диспансер № 2»,
ГБУЗ «Волгоградский областной врачебно-физкультурный диспансер № 3»,
ГБУЗ «Волгоградский областной врачебно-физкультурный диспансер № 4»,

В муниципальных учреждениях здравоохранения г. Волгограда в 2013 году функционируют 10 отделений реабилитации, из них 3 для взрослого населения и 7 детских, 18 кабинетов ЛФК для взрослого населения и 7 кабинетов ЛФК для детей.

В муниципальных учреждениях здравоохранения г. Волжского функционирует 1 отделение восстановительного лечения и 8 кабинетов ЛФК для взрослых и 3 для детей.

РАЙОНЫ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Служба медицинской реабилитации организована во всех районах Волгоградской области. Во всех районах работают кабинеты массажа и физиотерапии. Служба лечебной физкультуры имеется в 16 районах Волгоградской области и представлена 3 кабинетами ЛФК для детей и 18 кабинетами для взрослых. Из 16 районов области врачи ЛФК работают только в 3-х районах: Камышинском, Михайловском, Урюпинском, в остальных районах служба ЛФК представлена только инструкторами ЛФК.

Всего в области функционирует 18 отделения реабилитации и восстановительного лечения и 63 кабинета ЛФК, из которых 8 отделений и 15 кабинетов ЛФК для детей, 153 физиотерапевтических кабинета.

Завершается программа реабилитации к тому времени, когда стабилизируются физический, психологический и социальный статусы больного человека и произойдет его интеграция в общество.