



Средства медицинской реабилитации. Аспекты медицинской реабилитации при различных заболеваниях.

к.м.н., доцент Е.Г. Вершинин L/O/G/O

Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

Общеизвестными причинами сосудистых заболеваний с нарушением периферического артериального кровоснабжения являются:

1. курение (80-90 %),
2. нарушение жирового обмена (50 %),
3. последствия сахарного диабета (30 %),
4. гипертоническая болезнь (30-40 %),
5. их комбинация в виде так называемого метаболического синдрома.



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

Интернационально признана классификация стадий по Fontaine, учитывающая функциональные аспекты нарушений.

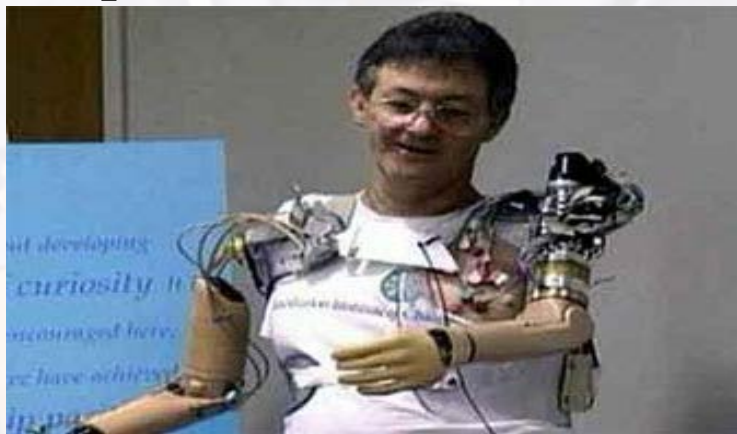
Стадия	Клиническая картина
I	асимптоматическое течение, признаки нарушения кровоснабжения
II	перемежающая хромота
IIa	дистанция ходьбы более 200 метров еще безболезненна
IIб	дистанция ходьбы ограничена ввиду болей 200 метрами
III	ишемические боли покоя
IV	ишемический некроз тканей, язвы, сухая гангрена



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

Целями медицинской реабилитации являются:

- увеличение дистанции ходьбы;
- снижение болей покоя;
- заживление трофических язв;
- профилактика ампутаций;
- определение границы ампутации, если она неизбежна;
- социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации.

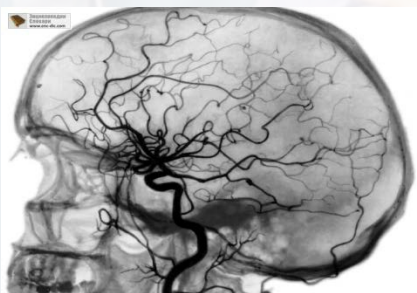


Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

К стандартным методам диагностики относятся:

1. тщательный сбор анамнеза,
2. клиническое исследование сосудистого статуса,
3. доплерная и дуплексная сонография,
4. ангиография (обычная или дигиталисная).

Определение клинической стадии заболевания базируется, кроме прочего, на проведении пробы на длительность ходьбы.



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

К стандартным общим лечебным мероприятиям по показаниям относятся следующие:

- повышение физической активности средствами и формами лечебной физкультуры;
- нормализация кровяного давления;
- оптимизация углеводного обмена и сахара крови;
- улучшение жирового обмена;
- запрет курения;
- снижение веса тела.



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

К стандартным физическим методам медицинской реабилитации относятся:

1. индивидуальная лечебная гимнастика,
2. групповая лечебная гимнастика,
3. интервалтренинг,
4. тренировка на эргометрических аппаратах (велоэргометр),
5. позиционные упражнения по Ratschow,
6. массаж.



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

Среди физиотерапевтических методов медицинской реабилитации используются:

1. электротерапия (чрескожная электронейростимуляция),
2. теплолечение (термотерапия),
3. водолечение (гидротерапия).



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

К методам МР для предупреждения ампутаций на стадии заболевания III-IV относятся также:

- адекватная профилактика флеботромбоза;
- адаптированная физическая нагрузка;
- лечение трофических нарушений;
- антибиотикотерапия на основании антибиотикограммы;
- стимуляция регионального кровоснабжения;
- лечение проявлений «диабетической стопы»;
- адекватная терапия боли.



Аспекты реабилитации при сосудистых заболеваниях с нарушением периферического артериального кровоснабжения

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации :

•Реабилитация в послеоперационном периоде предусматривает подготовку па-циента к использованию протеза. Необходимо учитывать возможность развития осложнений при заживлении ампутационного шва и предусматривать адекват-ное обезболивание для профилактики фантомных болей.

•Важно на ранних этапах лечения вы-яснить необходимость дальнейших социальных и профессиональных мер медици ии.



Аспекты медицинской реабилитации при неврологических заболеваниях

После окончания острого периода заболевания методы медицинской реабилитации призваны компенсировать образовавшийся функциональный дефицит. На этом этапе необходимо компетентное решение вопроса о **реабилитационном прогнозе, реабилитационной необходимости и реабилитационной способности.**



Аспекты медицинской реабилитации при неврологических заболеваниях

Более благоприятный прогноз медицинской реабилитации можно ожидать при:

1. последствиях заболеваний травматического характера и постинсультных состояниях,
2. локальных моторных нарушениях,
3. аксональных нарушениях без перерыва нервных волокон,
4. реактивных состояниях,
5. легких невропатиях.



Аспекты медицинской реабилитации при неврологических заболеваниях

Менее благоприятен прогноз при:

1. неврологических прогрессирующих заболеваний,
2. диффузных поражениях нервной системы,
3. вегетативных нарушениях, дистониях и тиках,
4. дементных процессах,
5. парезах при нарушениях целостности нервных стволов.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Проведение МР в неврологии в определенной степени стандартизировано. При оценке реабилитационной необходимости используются положения фазовой модели МР в неврологии, предусматривающей определенную тактику лечения соответственно фазе заболевания. При этом различают следующие фазы:

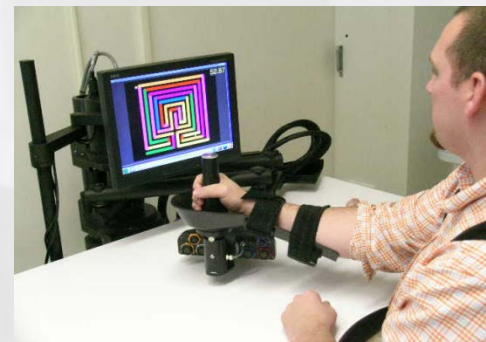
- **Фаза А.** Заключается в стационарном лечении острого состояния в неврологическом отделении крупных больниц, по необходимости - в отделении интенсивной терапии в зависимости от тяжести заб



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

- **Фаза В.** Определяющим критерием для этой фазы является наличие у пациента полного сознания. В этом случае может быть начата ранняя реабилитация. Развитие осложнений и ухудшение состояния ведут к возвращению в предыдущую фазу А.

Если состояние пациента стабилизируется и ранняя реабилитация хорошо переносится, то на основании клинической картины и благоприятного реабилитационного прогноза принимается решение о переводе в специализированную неврологическую реабилитационную клинику для проведения лечебных мероприятий, соответствующих фазе С.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Если же реабилитационный прогноз неблагоприятен, то больной переводится в фазу F, означающую необходимость долговременного ухода. Одним из вспомогательных критериев обоснования решения и объективизации клинической картины заболевания является Бартель-индекс (см. лекцию: **Организационно-методические основы медицинской реабилитации: функциональная диагностика в медицинской реабилитации**).

- Бартель-индекс используется для определения и документации функциональных способностей неврологических пациентов и обеспечивает большую преемственность и последовательность проводимого лечения.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

- **Фаза С.** Пациенты находятся в полном сознании, критичны к своему состоянию, мотивированы, но еще нуждаются в большом объеме посторонней помощи. Целью медицинской реабилитации в этой фазе является предотвращение необходимого ухода и достижение полной независимости пациента от посторонней помощи.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии


- **Фаза D.** В этой фазе продолжают дальнейшее развитие активности пациента и восстановление утраченных функций. Функции, не поддающиеся восстановлению, должны быть компенсированы при помощи вспомогательных средств. Задача обеспечения реабилитируемого пациента подобными средствами компенсации решается врачами и эрготерапевтами. Мероприятия этой фазы предусматривают также социальную и профессиональную направленность медицинской реабилитации. Лечение проводится стационарно с подготовкой плавного перехода к следующей амбулаторной фазе лечения - фазе E.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

- **Фаза Е.** В этой фазе лечения на первом плане стоят долговременное наблюдение за пациентами с неврологической патологией и систематическое амбулаторное (поликлиническое) лечение. Проводятся также активные последовательные профессиональная и социальная стороны медицинской реабилитации.





Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

- **Фаза F.** Эта фаза лечения не является очередным звеном медицинской реабилитации. Она предусматривает проведение долгосрочного необходимого ухода на дому или в домах инвалидов при значительном неврологическом или нейропсихологическом дефиците. Параллельно уходу необходима организация дальнейших лечебных процедур и постоянного врачебного наблюдения.
- Итак, фазы А-С проводятся только стационарно, в фазе D возможна стационарная/поликлиническая форма лечения, фаза E проводится в амбулаторных (поликлинических) условиях, фаза F соответствует организации необходимого ухода на дому или в специализированном учреждении.

Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

На этапе стационарного лечения (фазы А и В) проводится исчерпывающая диагностика, направленная на установление повреждения (*Impairments*) и функциональных нарушений (*Disability*). При переводе пациента в реабилитационную клинику для проведения очередной фазы лечения (фаза С) предоставляются исчерпывающая информация о результатах диагностики и установленной форме заболевания или поражения нервной системы, а также данные о сопутствующих заболеваниях, рекомендации лечебного учреждения в плане дальнейшего физио-терапевтического и медикаментозного лечения.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

При приеме в реабилитационную клинику обращается внимание на следующие пункты:

- биографические и социальные данные;
- клинические данные;
- сенсомоторные и когнитивные нарушения;
- эмоциональные личностные изменения;
- социальная ситуация и социальная недостаточность (*Handycaps*).



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

- В ходе реабилитации по показаниям проводятся контрольные обследования.
- Для контроля сопутствующих заболеваний приглашаются врачи-консультанты соответствующего профиля.
- Планирование дальнейших лечебных мероприятий проводится как на врачебном уровне в плане медикаментозных, физических и физиотерапевтических методов МР, так и на уровне организации необходимого ухода, занятий с логопедом при наличии у реабилитируемого пациента афазии, дизартрии, дисфагии.




Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Нейropsychологическая диагностика включает выявление нарушений:

- функции зрения и окуломоторики,
- пространственного визуального восприятия,
- концентрационных способностей,
- внимания,
- памяти,
- интеллектуальных способностей,
- поведенческих реакций,
- пространственного восприятия на основе органических нарушений.






Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

- Пациенты с выраженной патологией нервной системы оцениваются в ходе ре-абилитации по критериям самостоятельности в быту и способности заниматься домашним хозяйством. Если такие способности утрачены и в результате МР не могут быть восстановлены, то решается вопрос о возвращении домой при условии организации длительного необходимого ухода или о переводе в специализированное учреждение длительного ухода.
- Почти всегда необходимы психологические и социальные вспомогательные мероприятия, включающие различные виды помощи для преодоления последствий заболевания.



Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

• В подостром периоде необходимы индивидуальные занятия. В период ремиссии возможно интенсивное применение групповых занятий. Как можно раньше необходимо установить контакты с группами взаимопомощи по месту жительства больного. Особенно важно поддержание чувства собственного достоинства пациента и мотивации с участием членов семьи и родственников больного. С родственниками больного обсуждаются цели МР на основании реальной картины заболевания. При развитии у пациентов депрессивных состояний привлекаются клинические психологи. Качество МР в неврологии во многом определяется квалификацией лечащего персонала.


Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

В рамках социальных аспектов МР используют различные виды помощи на дому за счет средств, предоставляемых государством.

- Задачи реабилитации в плане профессиональной реинтеграции складываются из социально-политической ситуации; реабилитируемого пациента пытаются вернуть к его профессии и привычному ему образу жизни. В ходе МР устанавливается допустимая физическая нагрузка и оценивается ее соответствие требованиям рабочего места пациента, находящегося на МР.





Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

В качестве мер профессиональных аспектов МР применяются следующие:

- определение допустимых физических нагрузок;
- оценка реальной физической нагрузки на рабочем месте реабилитируемого пациента;
- пробные физические нагрузки при выполнении различной профессиональной деятельности в специализированном центре по подбору профессии;
- компенсация сенсомоторных и координационных дефицитов на рабочем месте;
- проведение поэтапной трудовой реадaptации;
- решение проблем с транспортом для приезда к рабочему месту.

Планирование и координация медицинской реабилитации в неврологии

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:


- Для сохранения профессиональных перспектив существует возможность трудовой деятельности в мастерской для инвалидов, возможность трудоустройства с учетом инвалидности.
- В мастерских для инвалидов предусмотрены тренировки по повышению выносливости, повышению темпа работы, решению усложняющихся комплексных заданий.
- Вместе с тем при МР необходимо учесть и вред чрезмерной опеки; основные усилия должны быть направлены на развитие личной инициативы реабилитируемого пациента.



Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

Медицинская реабилитация больных с последствиями острых органических заболеваний головного мозга направлена на организацию процесса восстановления утраченных в результате заболеваний функций и обучение преодолению сопряженных трудностей бытового, профессионального и социального характера. Она проводится в соответствии с фазовой моделью, представленной выше.






Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- **Фаза В** имеет целью поддержание спонтанной ремиссии с учетом естественной «пластичности» структур головного мозга, пре-дотвращение развития ложных моторных стереотипов, профилактику вторичных повреждений и осложнений течения восстановительного периода (инфекции, пролежни, контрактуры). По Voss (1993), своевременное достижение целей МР позволяет в **70 %** случаев предотвратить наступление длительного вынужденного ухода.

Конкретный объем мероприятий включает:

1. активизирующий уход;
2. улучшение активности сознания;
3. стимуляцию различных анализаторов;
4. улучшение нарушений восприятия;
5. упражнения по улучшению глотательного акта и речевых функций;
6. снижение спастичности и непроизвольной моторики;
7. предупреждение контрактур;
8. улучшение активности в повседневной жизни и коммуникации;
9. повышение социальной адаптации.



Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

Рассмотрим некоторые стороны стадии В.

• *Укладка больного.*

Важно соблюдение укладки больного в соответствии с особенностями заболевания. В целом придерживаются того, что больного уклады-вают парализованной стороной к центру помещения, чтобы активизировать его реакции на происходящие события (двигательные, когнитивные). В положении лежа на больной стороне парализованные конечности укладывают со сгибани-ем в суставах под углом 90 градусов. В положении на здоровой стороне укладка парализованных конечностей производится также под углом 90 градусов. Поло-жение на спине избегается, так как оно способствует развитию спастики. Кроме того, при укладке больного большое значение придается профилактике пролежней и контрактур.

Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- ***Нарушение функций мочевого пузыря.***

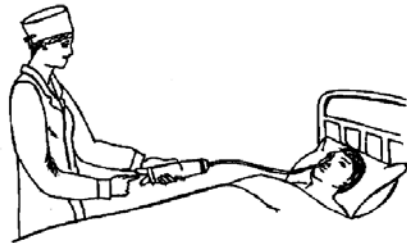
На ранней стадии заболевания контроль функций мочевого пузыря и прямой кишки часто утрачен. При сохранившейся функции брюшного пресса функция прямой кишки может быстро восстановиться. Утраченная функция мочеиспускания может угрожать состоянию почек и подлежит контролю со стороны урологов. Чаще всего применяется длительная катетеризация мочевого пузыря, при этом большое внимание уделяется асептике. Возможные бактериальные инфекции мочевых путей требуют назначения анти-биотиков в соответствии с полученной антибиотикограммой.



Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- *Прием пищи.*

На стадии ранней реабилитации могут наблюдаться значительные нарушения акта глотания. В подобном случае для кормления больного необходимо применение желудочных зондов, а при длительных нарушениях глотания - гастральных зондов, вводимых эндоскопически через брюшную стенку (PEG-зонд). Одновременно проводится закрепление навыков акта глотания и приема пищи, обучение навыку использования столового прибора. Большое значение приобретает при этом профилактика аспирации и аспирационной пневмонии.





Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- ***Восстановление и тренировка движений повседневной жизни.***

Эти мероприятия проводятся эрготерапевтами. Развивается способность пациента к самообслуживанию: прием пищи, одевание, применение вспомогательных средств.

- ***Восстановление способности к движению - мобильности.***

Применяется лечебная концепция по Bobath (1965, 1970). По определению Bobath, первый шаг по восстановлению мобильности пациента - это самостоятельный поворот туловища при его укладке. Этот момент должен быть зафиксирован в истории болезни. Следующий важный шаг - это активная стабилизация корпуса в положении сидя, активная помощь со стороны пациента при его пересаживании в инвалидную коляску. Затем следует закрепление навыков стояния и ходьбы.

Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- ***Закрепление навыков сенсомоторных функций.***

Проводится в рамках лечебной гимнастики инструктором по лечебной физкультуре и эрготерапевтами с использованием упражнений на нейрофизиологической основе. На первом плане стоит тренировка стабильности в положении стоя и при ходьбе. Для этого вначале используется тренировка чувства равновесия, а затем начинается тренировка ходьбы. Свою способность к ходьбе пациент должен демонстрировать при каждом обходе, что дополнительно мотивирует пациента.



Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- ***Закрепление навыков сенсомоторных функций.***

Восстановление функций плечевого-го пояса и рук проводится инструктором по лечебной физкультуре совместно с эрготерапевтами. Важно проводить упражнения по предотвращению развития синдрома «плечо - кисть»: в связи с парезом стабилизирующей мускулатуры про-исходит каудальное смещение головки плечевой кости, сопровождающееся раз-витием болевого синдрома. В программу лечебной гимнастики включаются упражнения для улучшения подвижности пальцев рук под совместным контролем вышеуказанных специалистов.





Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- *Специальные виды закрепления навыков.*

Клиническая картина заболевания с развитием таких нарушений, как апраксия, зависит от локализации поражения участков левого или правого полушарий головного мозга. Лечение подобных нарушений требует применения специальных упражнений, соответственно клинической картине. Нарушение полей зрения, затрудняющее способность больного к ориентации, чтению или пользованию телевизором, наличие у пациента афазии, нарушения внимания и концентрационных способностей требуют привлечения к лечению нейропсихологов и нейролингвистов.

- Нарушения речевых навыков с потерей контроля над продукцией речи делает необходимым привлечение логопедов. Кроме прочего, эффективным оказывается применение компьютерных обучающих программ.

Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- ***Обеспечение вспомогательными средствами ухода.***

Вспомогательные средства ухода не должны чрезмерно замещать собственные возможности пациента, он должен в полной мере уметь ими пользоваться. Для облегчения положения стоя и ходьбы применяются разного рода трости и приспособления для ходьбы, например устойчивая четырехопорная трость. Принципиальным для подбора трости является ее длина, которая должна превышать уровень тазобедренного сустава. Этим предотвращается перекос туловища в здоровую сторону и уменьшается спастическое напряжение мышц пораженной стороны.



Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- *Обеспечение вспомогательными средствами ухода.*

Бытовые или профессиональные вспомогательные средства должны быть освоены пациентом во время медицинской реабилитации. Выбор вспомогательных средств обсуждается с пациентом и осуществляется по специальным каталогам. Применение различных вспомогательных средств должно быть согласовано с родственниками больного, осуществляющими дальнейший уход.

- *Вторичная медикаментозная профилактика приобретенных органических поражений головного мозга проводится в зависимости от этиологии заболевания.*



Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

- Важным моментом дальнейшей медицинской реабилитации на стационарном этапе (фазы С и D) становится выявление остаточных функциональных дефицитов, которые пациент должен полностью осознать. Одновременно необходим позитивный настрой пациента на преодоление выявленных нарушений.
- Применение лечебной концепции по Vobath призвано всесторонне стимулировать выпавшие функции и одновременно подавлять патологические двигательные стереотипы.




Аспекты медицинской реабилитации при последствиях инсульта, черепно-мозговых травм и других органических поражений головного мозга

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

Медико-социальная оценка служит обоснованию дальнейших мер профессиональной реабилитации в плане определения работоспособности и возможностей профессиональной реабилитации лиц трудоспособного возраста. Предусматривается определение допустимой физической нагрузки пациента по классификации степеней тяжести физического труда. Со стороны невропатологов необходима оценка концентрационных способностей и внимания пациента, играющих первостепенную роль в процессе восприятия учебного материала.





Аспекты медицинской реабилитации при хронических заболеваниях нервной системы

Аспекты МР при хронических заболеваниях нервной системы представлены на примере *паркинсонизма и рассеянного склероза*.

Цель медицинской реабилитации в целом - устранить угрозу домашнего ухода и достигнуть полной психосоциальной и при необходимости профессиональной реинтеграции.

Паркинсонизм - инволюционное хроническое заболевание, которое развивается чаще после 60 лет. В клинической картине преобладают двигательные нарушения с замедлением походки, склонностью к падениям, бедностью мимики, нарастанием деменции.

Паркинсонизм

В ходе медицинской реабилитации проверяется:

1. соответствие меди-каментозного лечения нуждам пациента,
2. проводятся активизирующий уход,
3. ле-чебная гимнастика,
4. упражнения в плавательном бассейне.

Методами лечебной гимнастики достигается улучшение:

1. двигательной актив-ности,
2. осанки,
3. функции суставов,
4. больные обучаются правильной походке.

Для этого привлекаются инструкторы ЛФК, логопеды, эрготерапевты. Из нейропсихологических методов лечения применяются упражнения на концентрацию внимания с целью предотвращения деменции, используются компьютерные обучающие программы.

Паркинсонизм

Важной частью МР является обеспечение пациентов вспомогательными средствами по потребности, а именно:

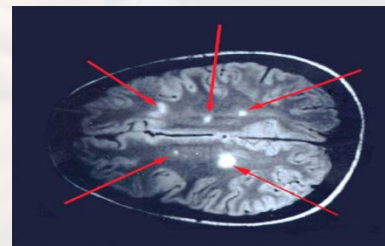
1. ортопедическая обувь;
2. ролляторы (трех- или четырехколесная мобильная опора);
3. инвалидные коляски;
4. индивидуальное оборудование жилья для повышения двигательной активности в повседневной жизни.

Обеспечивается взаимодействие с группой взаимопомощи больных паркинсонизмом по месту жительства, что способствует поддержанию социальных контактов пациентов и повышению их бытовой независимости.

Рассеянный склероз

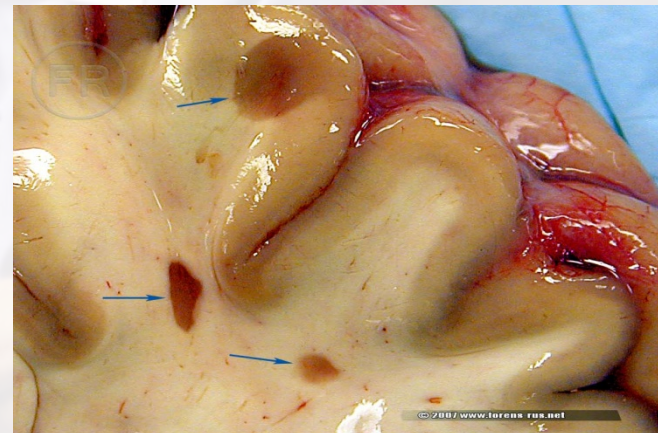
Это нейроиммунологическое заболевание проявляется чаще всего на тре-тьем десятке жизни, преобладают женщины, манифестация может происходить исподволь.

- Задачи медицинской реабилитации ориентируются на состояние пациента, особенно учи-тываются периоды обострения. Обращается внимание на поддержание стадии ремиссии, сохранение трудоспособности на рабочем месте, стабилизацию психи-ческого состояния.
- Медикаментозное лечение применяется чаще всего с целью обезболивания и мышечной релаксации. Стандартом является применение глюкокортикоидов во время обострения или при шубообразном течении заболевания.



Рассеянный склероз

Активизирующий уход способствует самостоятельности пациента и направлен на жизненные ситуации, в которых пациент может обойтись без помощи посторонних. Преследуется стратегия обучения больного приемам самопомощи, например самостоятельной катетеризации мочевого пузыря с применением одно-разовых катетеров. Большое значение имеет профилактика пролежней у лежачих больных. Должны учитываться высокая утомляемость пациентов, повышенная спастика, нарушение акта глотания, диплопия.



Рассеянный склероз



- Применение вспомогательных средств предусматривает обеспечение больно-го инвалидной коляской, тростями и костылями, оборудование ванны, туалета, душа необходимыми поручнями, применение подъемников при наличии ступе-ней. Должна преследоваться цель обеспечения пациента возможностями наи-большей свободы передвижения в собственном жилище.
- Эрготерапевтические методы упражнений служат улучшению тонкой мотори-ки пальцев рук, тренировке бытовых двигательных стереотипов.
- С целью противодействия снижению интеллекта применяются нейропсихологические методы для тренировки концентрации внимания, коммуникативных способностей.

Аспекты медицинской реабилитации при хронических заболеваниях нервной системы

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

Медико-социальная оценка необходима, как правило, у лиц трудоспособного возраста. Ранняя инвалидизация оказывает дополнительное травмирующее влияние на больных, поэтому сохранение рабочего места имеет в реабилитации рассеянного склероза первостепенное значение. Задачей профессиональной стороны медицинской реабилитации является индивидуальная поэтапная реадaptация пациентов на рабочем месте. Работа в положении сидя пациентами, как переносится.



Аспекты медицинской реабилитации при хронических заболеваниях нервной системы

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

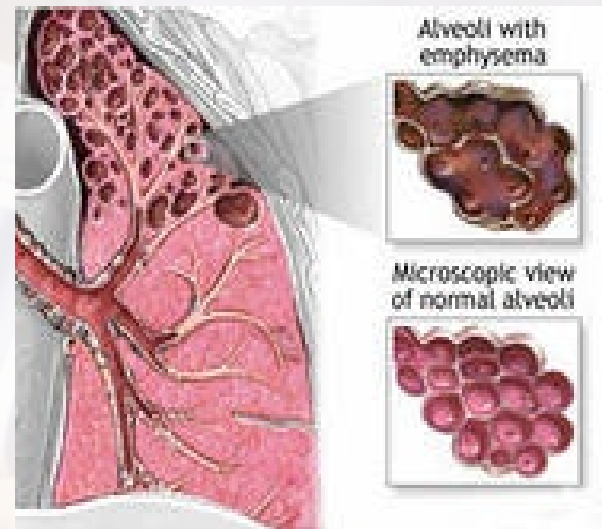
Ритм работы должен быть организован индивидуально на компромиссной основе. Внимание обращается на применение на рабочем месте технических вспомогательных средств. Должно быть продумано, каким образом реабилитируемый пациент может перемещаться (к своему рабочему месту, в туалет, в столовую) и какая помощь ему необходима. По месту жительства организуется контакт с группой взаимопомощи больных рассеянным склерозом.



Аспекты медицинской реабилитации при пульмонологических заболеваниях

Наиболее трудоёмкими в медицинской реабилитации среди пульмонологических заболеваний являются:

1. хронический обструктивный бронхит,
2. эмфизема лёгких,
3. бронхиальная астма,
4. муковисцидоз.



Хронический обструктивный бронхит

Задачами медицинской реабилитации являются:

1. повышение работоспособности организма,
2. целенаправленные физические упражнения на вспомогательную дыхательную мускулатуру,
3. общий инспирационно-экспирационный тренинг (дыхательная гимнастика),
4. борьба с курением,
5. выявление сопутствующих заболеваний,
6. нормализация веса тела,
7. обследование рабочего места на содержание пыли.



Хронический обструктивный бронхит

1. Медикаментозный метод МР,

2. Физический метод МР, который является существенной составляющей частью. Основное внимание уделяется:

- обучению определенной технике дыхания,
- трени-ровке дыхательной мускулатуры,
- дыхательной гимнастике,
- обучению кашлевой технике,
- проведению вибрационных и позиционных дренажей,
- соединительно-тканному массажу,
- упражнениям для улучшения движений грудной клетки.

3. Физиотерапевтический метод МР. Основное внимание уделяется следующим средствам:

- электролечение,
- аэрозольтерапия,
- гидротерапия,
- теплолечение.



Хронический обструктивный бронхит

С пациентами проводятся индивидуальные занятия по обучению оценке свое-го состояния. План индивидуаль-ных занятий включает обучение оценке мокроты (цвет, консистенция), peak-flow-измерения с ведением ежедневника, наблюдение за появлением отеков и их оценку, технику расслабления, отказ от алкоголя и никотина.

- Кроме того, акцентируется внимание на амбулаторном наблюдении (напри-мер, у окулиста - при проведении гормонального лечения; амбулаторный кон-троль электролитов - при гипокалиемии).



Хронический обструктивный бронхит

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

Медико-социальная оценка предусматривает объективную оценку рабо-тоспособности больного. У молодых пациентов при работе в условиях высокой запыленности воздуха возможна переквалификация.



Эмфизема лёгких

Задачами медицинской реабилитации являются:

1. предотвращение прогрессирования заболевания,
2. борьба с курением,
3. лечение сопутствующих заболеваний.

Пациентам показана физиотерапия и лечебная физкультура (дыхательная гимнастика, направленная на улучшение бронхиальной стабильности, лечебная гимнастика направленная на основную и вспомогательную дыхательную мускулатуру).

Кроме того, необходимо применение таких аспектов лечения, как обучение технике самопомощи с использованием позиционного дренажа, обучение син-хронному дыханию, технике губного тормоза, эргометрическому тренингу соответственно работоспособности, применению кислорода в домашних условиях.



Эмфизема лёгких

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

После проведения психологического лечения (укрепление самооценки, повышение чувства уверенности в себе) необходимо предусмотреть адекватную деятельность для использования остаточной рабо-тоспособности пациента. В случае необходимости следует решать вопрос о переквалификации или пенсии по инвалидности с согласия пациента.



Бронхиальная астма



При бронхиальной астме наблюдается воспалительная или гиперактивная обструкция дыхательных путей, которую возможно определить и оценить при помощи простого реак-*flow*-измерения. В индустриальных странах около 5 % взрослого населения страдает бронхиальной астмой.

Стандартным является выделение 3 степеней тяжести бронхиальной астмы.

- **Легкая степень** - интермиттирующие непродолжительные приступы (1-2 раза в неделю), реак-*flow*-измерения - более 80 % от нормальной величины - при развитии приступа рекомендуется ингаляция бета-2-симпатомиметиков.



Бронхиальная астма

- **Средняя степень** - обострения чаще, чем 1-2 раза в неделю, ночные приступы чаще, чем 2 раза в месяц, peak-flow -измерения - 60-80 %, spread-измерения -20-30 %, что требует ежедневных ингаляций бронхолитиков. Возможно применение длительно действующих бронходилататоров, локально действующих кортикостероидов.
- **Тяжелая степень** характеризуется продолжительными обострениями, ведущими к ограничению трудоспособности, необходимости стационарного лечения, и состоянием, угрожающим жизни пациента; peak-flow -измерения - менее 60 %, spread-измерения - более 30 %. Показаны ежедневные ингаляции локально-действующих стероидов, системное лечение кортикостероидами.

Бронхиальная астма

Задачами медицинской реабилитации являются:

1. препятствие прогрессированию заболевания,
2. выяснение и устранение факторов риска,
3. психическая стабилизация,
4. улучшение трудоспособности,
5. адаптация личной и профессиональной жизни к специфике заболевания.



Бронхиальная астма

В время медицинской реабилитации возможно проведение дополнительных специальных методов обследования:

- peak-flow -измерение;
- определение эозинофилов в крови;
- определение ЕД-глобулинов;
- аллергические тесты;
- определение антител в сыворотке крови;
- исключение кардиологических заболеваний.



Бронхиальная астма

Стандартизированное лечение в реабилитационной клинике предусматривает:

1. медикаментозное лечение (проводится согласно стандартам на основе действующих методических указаний),
2. ингаляции,
3. физиотерапию,
4. лечебную физкультуру («школа дыхания», лечебная гимнастика),
5. психотерапию,
6. обучение пациента приемам самопомощи при приступе бронхиальной астмы.



Бронхиальная астма



В «школе дыхания» проводится обучение специальной технике дыхания в случае приступа астмы. Сюда относится, например, специальная техника выдоха с использованием «губного тормоза». Дополнительно назначаются муколитические препараты, вибрационный массаж, проводится обучение технике продуктивного кашля в комбинации с ингаляцией и обильным питьем.

- Важно обучить пациентов технике расслабления дыхательных мышц и определенной технике дыхания при нагрузке. Особенно эффективна целенаправленная тренировка вспомогательной дыхательной мускулатуры.
- При проведении лечебной гимнастики пациент постепенно адаптируется к более тяжелым нагрузкам. Целесообразно использовать групповые занятия с дыхательными упражнениями во время отдыха пациентов.

Бронхиальная астма



Методы клинической психологии при бронхиальной астме основаны на анализе причин заболевания с учетом психологических аспектов (преодоление чувства страха, разъяснение симптомов и способы купирования приступов удушья), применяются анализ клинической картины, методика биологической обратной связи, психологические тесты на работоспособность.

- В клинической практике оправдывают себя одиночная и/или групповая терапия по преодолению стресса, обучение технике расслабления, специальная психо-терапия у проблемных пациентов (алкоголь, табакокурение, ожирение), повышение мотивации, комплайенса (согласия и желания выполнять назначения). Психолог принимает решение о проведении групповой или индивидуальной терапии, составляет план психотерапии и проводит беседу с каждым пациентом.

Бронхиальная астма

Обучение пациента в «школе дыхания». Без обучения трудоспособных пациентов активному личному участию в лечении заболевания длительных успехов добиться невозможно. Обучение проводится по стандартной программе, которая состоит из определенных модулей (Delbruck, 1998):

- *Модуль 1.* Практическое обращение с техникой ингаляции, ведение спирометрических peak-flow -графиков. Руководитель: врач или обученный средний персонал. Продолжительность: 1 сдвоенный час.
- *Модуль 2.* Тема: хроническая и/или рецидивирующая бронхиальная обструкция и ее влияние на дыхание и кровообращение. Руководитель: квалифицированный врач-пульмонолог. Продолжительность: 1 сдвоенный час.
- *Модуль 3.* Медикаменты при бронхиальной астме. Руководитель: квалифицированный врач-пульмонолог. Продолжительность: 1 сдвоенный час.
- *Модуль 4.* Тема: жизнь с обструктивным заболеванием дыхательных путей. Руководитель: психолог и врач. Продолжительность: 1 сдвоенный час в форме семинара.
- *Модуль 5.* Дыхательная антиобструктивная терапия. Руководитель: врач или инструктор ЛФК. Продолжительность: 1 сдвоенный час в форме семинара.

Муковисцидоз

Наследственное заболевание, связанное с нарушением обмена веществ, представляющее собой кистозный фиброз с аутосомально-рецессивным типом наследования.

Генетическая причина - мутация CFTR-гена.

Различают три формы течения, для которых характерно поражение разных систем организма:

- легкие и бронхиальная система;
- пищеварительная система;
- комбинация первой и второй форм.

Наиболее часты нарастающая одышка, высокая степень эмфиземы, хронические инфекции, развитие легочного сердца. Для многих больных трансплантация легких является единственным методом лечения для спасения жизни.

Муковисцидоз

Задачи медицинской реабилитации сводятся к:

1. уменьшению хронического кашля,
2. физическим упражнениям на вспомогательную дыхательную мускулатуру,
3. обучению технике дыхания,
4. использованию физических нагрузок в соответствии с уровнем работоспособности пациента.
5. физиотерапии (применение ингаляций с соляными растворами или/и морской водой, муколитиками)
6. антибиотикотерапии.



Муковисцидоз



Мероприятия по вопросам питания предусматривают борьбу с низким весом, улучшение функции поджелудочной железы, обеспечение более чем на 20-70 % энергетических потребностей организма высококалорийными продуктами, исключение пищи, вызывающей вздутие живота, назначение пищеварительных ферментов, применение веществ, стимулирующих аппетит, диетическое лечение сопутствующего сахарного диабета.

• В «школе пациента» применяется структурная программа обучения. Подлежат обсуждению вопросы планирования семьи, наследственной причины заболевания, трансплантации органов как метода лечения.



Муковисцидоз

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

В медико-социальной оценке необходимы такт, чуткость и понимание со-стояния пациента при общем неблагоприятном прогнозе. На многие вопросы пациентов врачу ответить трудно. Особенно осторожно и сдержанно должны обсуждаться проблемы трансплантации. Ценным в процессе лечения являются группы самопомощи по месту жительства, в которые пациенты должны быть интегрированы.





Благодарю за внимание !