

СОСТАВЛЕНИЕ КИНЕЗОРЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Сентябрев Н.Н.¹, Иванов И.Н.¹

¹ФГБОУ ВПО «Волгоградская государственная академия физической культуры», Волгоград, Россия (400005, Волгоград, проспект им. В.И. Ленина, 78); e-mail: academy@vgafk.ru

Важнейшим моментом в разработке кинезореабилитационных программ является диагноз основного и сопутствующих заболеваний и их прогноз, определяющий показания и противопоказания к использованию средств и методов физической культуры и направленность методик кинезореабилитации. Разработка индивидуальной комплексной целевой программы кинезореабилитации для инвалидов начинается с ознакомления с индивидуальной программой реабилитации инвалида, которая включает комплекс мер медицинского, социального, психологического, профессионального и педагогического характера, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных биосоциальных функций, устранение или уменьшение ограничений привычной жизнедеятельности, а также содействие больному в приспособлении к окружающей среде. Технология формирования индивидуальной комплексной стратегической программы реабилитации включает следующие узловые моменты: 1) выявление социальных функций, которые необходимо восстановить на данном этапе реабилитационного процесса (например, ограничение самообслуживания; ограничение способности обуваться; ограничение способности надевать и застегивать обувь); 2) проведение анатомо-физиологического и психологического анализа нарушенных функций с уточнением: элементов выполнения, условий выполнения, элементов функций; 3) выявление нарушенных элементов функций с указанием степени их нарушения и их ранжирование в аспекте восстановления; 4) определение средств и методов реинтеграции инвалидов (протезы, ортезы, технические устройства) и реабилитационной среды жизнедеятельности инвалида (пандусы, спецтранспорт). Методист-кинезореабилитатор с учетом степени социальной дезинтеграции инвалида, его реабилитационного потенциала, этапов реабилитационного процесса и задач каждого из периодов отбирает средства, формы и методы кинезореабилитации, а также с учетом материально-технической оснащенности планирует свои мероприятия.

Ключевые слова: реабилитация, реабилитолог, кинезореабилитация

KINESIREHABILITATION PROGRAMS DEVELOPMENT AT THE STAGES OF REHABILITATION OF SICK AND DISABLED PEOPLE

Sentyabrev N.N., Ivanov I.N.

Volgograd State Academy of Physical Education, Volgograd, Russia (400005, Volgograd Lenin Avenue, 78), e-mail: academy@vgafk.ru

The most important point in the kinesirehabilitation programs development is the diagnosis of prior and concomitant diseases and their prognosis which determine the indications and contraindications of the means and methods of physical culture usage and the kinesirehabilitation techniques orientation. The development of kinesirehabilitation individual complex target program for people with disabilities begins with a review of the individual program of rehabilitation of a disabled person, which includes the necessary measures of medical, social, psychological, professional and pedagogical nature, aimed at restoring and compensating of impaired or lost function. The technology of formation of individual integrated strategic rehabilitation program includes the following key elements: 1. Identifying of the social functions which are necessary to recover at the given stage of the rehabilitation process, for example: - self-service limiting; - limits of the ability to put your shoes on; - limits of the ability to put on and zip up shoes. 2. The disturbed functions anatomical, physiological and psychological analysis conducting with the following specification: a) elements of implementation, b) performance conditions, c) functions elements. 3. The disturbed functions detection with their violations extent and their ranking in the recovery aspect indication. 4. The definition of means and methods of reintegration of persons with disabilities and rehabilitation of the living environment of the disabled person.

Keywords: rehabilitation, physiotherapist, kinesirecovery

Реабилитация больных и инвалидов как система правовых, организационных, медико-социальных и психолого-педагогических мероприятий представляет собой фазный процесс,

складывающийся из этапов и периодов. Каждый этап и период имеют свои цели и задачи. Целью стационарного этапа реабилитации является реконвалесценция больного или травмированного. Целью санаторно-курортного этапа реабилитации является реадaptация реабилитанта, а целями поликлинического или собственно реабилитационного этапа реабилитации являются ресоциализация и восстановление трудоспособности [6].

В соответствии с целями этапов реабилитации формируются задачи этапов и периодов реабилитаций и отбираются средства, формы и методы реабилитации. Всю эту работу выполняют врачи-реабилитологи.

Основным документом, регламентирующим планирование кинезореабилитационных программ для инвалидов методистом-реабилитатором, является индивидуальная программа реабилитации инвалида. Помимо паспортных данных, индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит сведения об образовании, профессии, квалификации, социально-экономическом, социально-бытовом и социально-средовом статусе реабилитанта и условиях его проживания. Эти сведения определяют потребности и мотивацию реабилитанта в кинезореабилитации. Важнейшими моментами в разработке кинезореабилитационных программ являются диагноз основного и сопутствующих заболеваний и их прогноз, определяющий показания и противопоказания к использованию средств и методов физической культуры и направленность методик кинезореабилитации.

В социально-педагогическом плане немаловажное значение для кинезореабилитации имеют структура потребностей реабилитанта, круг его интересов, уровень притязаний, реабилитационный потенциал, включающий физическое развитие, эмоциональную устойчивость, психофизиологическую выносливость и социально-психологическую реактивность, уровень и структуру кругозора, уровень развития профессиональных знаний, навыков, умений, способность выстраивать производственные и социально-бытовые взаимоотношения.

На основе оценки реабилитационного потенциала (высокого, удовлетворительного, низкого) определяется реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, неясный, неблагоприятный). В частности, по трехбалльной системе определяются способности к ориентации, передвижению, самообслуживанию, общению, обучению, контролю за своим поведением, к труду, которые подлежат или не подлежат восстановлению или компенсации.

Реабилитационно-экспертное заключение подытоживает степень социальной дезинтеграции инвалида, и на его основании составляются программы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации [4]. Программа медицинской реабилитации включает использование средств и методов восстановительной терапии, протезно-

ортопедической помощи, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации [2]. Средствами и методами восстановительной терапии являются: реконструктивная хирургия, физиотерапия, психотерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, фитотерапия, при необходимости — логопедическая помощь и, естественно, кинезотерапия, механотерапия, массаж и трудотерапия.

Средства и методы физической культуры широко используются в условиях санаторно-курортного лечения, при обучении навыкам локомоций в процессе овладения протезами [3].

Программа профессиональной реабилитации включает: профориентацию, психологическую поддержку, общее и профессиональное образование, обучение и переобучение, профессионально-производственную адаптацию, трудоустройство. Использование средств и методов физической культуры на этапе профессиональной реабилитации предполагает совершенствование навыков локомоций, психологическую поддержку при занятиях профессионально-прикладной и адаптивной физической культурой.

Программа социальной реабилитации предполагает использование преимущественно следующих средств и методов социально-бытовой адаптации:

- 1) архитектурно-планировочного решения проблем быта (реконструкция помещения, закупка или изготовление подъемника, коляски и т.п.);
- 2) обучение навыкам социальной независимости, безопасности жизнедеятельности, самообслуживания;
- 3) психотерапия, психокоррекция.

Применение средств физической культуры на этапе социальной реабилитации заключается в форме обучения навыкам использования технических и вспомогательных средств самообслуживания, навыкам проведения досуга [1].

Составлению кинезореабилитационных программ на этапах реабилитации больных и инвалидов способствует и системное отображение реабилитационного процесса.



Рис. 1. Структура системы «реабилитация»

Поставщиком контингента реабилитантов в реабилитационные структуры является среда обитания человека, а непосредственно — медицинские учреждения и службы социального обеспечения. «Входом» системы реабилитации считаются те ее элементы, которые подлежат преобразованию на «Выходе». «Выходом» системы реабилитации является реабилитированный человек, достигший желаемого результата.

На «Входе» решаются следующие задачи:

- 1) функциональная диагностика состояния реабилитанта с отражением его:
 - а) биологического (структурно-функционального) состояния;
 - б) психологического (отношение реабилитанта к болезни и реабилитации) состояния;
 - в) социального (возможность восстановления трудоспособности, самообслуживания) состояния;
- 2) конкретная оценка макро- и микросреды существования реабилитанта;
- 3) конкретная оценка состояния системы реабилитации.

«Блок управления» комплекса подсистемы, регулирующей реабилитационный процесс, представлен главврачом реабилитационного учреждения или заведующим отделением реабилитации, а также реабилитационным советом, врачом-реабилитологом, врачами-специалистами и другим персоналом реабилитационного учреждения.

Блок «Реабилитационная наука» отражает современный уровень реабилитологии в лице ее носителей: ученых, экспертов, справочной и научной литературы.

«Блок организаторов и исполнителей реабилитационных мероприятий» представлен врачом-реабилитологом и другим персоналом реабилитационного учреждения.

Управление системой реабилитации складывается из:

- 1) принятия решения специалистами и реабилитантом на основе научных знаний и эмпирического опыта, а также интегральной оценки состояния и функциональных возможностей реабилитанта с учетом положительного прогноза результата;
- 2) разработки индивидуальной программы реабилитации;
- 3) уточнения и реализации ее соисполнителями;
- 4) контроля за выполнением программы на уровне науки о реабилитации и практики с учетом ее принципов и этапов;
- 5) контроля конечного результата деятельности системы и сопоставления его с запрограммированным;
- 6) анализа результата деятельности системы и эффективности конкретной многоцелевой программы со стремлением к оптимуму;
- 7) организаторской деятельности по реализации реабилитационной программы;
- 8) обеспечения развития и усовершенствования реабилитационной системы при устойчивости ее функции.

Блок «Организационная структура системы реабилитации» подразумевает учреждения реабилитации (реабилитационные палаты или отделения в больнице, поликлинике или реабилитационные центры). Блок «индивидуальная реабилитационная программа» разрабатывается врачом-реабилитологом и контролируется реабилитационным советом. Индивидуальная реабилитационная программа подписывается как врачом-реабилитологом, так и реабилитантом. Реабилитационные мероприятия проводятся персоналом реабилитационного учреждения в соответствии с индивидуальной реабилитационной программой. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивается с помощью средств и методов функциональной диагностики [9].

Блок «Среда обитания человека» предполагает совокупность условий и факторов риска, в которой проживают будущие объекты реабилитации и возвращаются реабилитированные.

Уже из схемы видно, что врач-реабилитолог занимает ключевое место в блоке управления и организации реабилитационного процесса, руководя составлением реабилитационной программы и организуя реабилитационные мероприятия. Содержанием работы врача-реабилитолога являются:

- 1) оценка медико-социального статуса реабилитанта (реабилитационная диагностика, экспертное обследование, выявление реабилитационного потенциала);

- 2) разработка индивидуальной стратегической реабилитационной программы;
- 3) контроль за выполнением реабилитационной программы и формирование реабилитационных маршрутов для больных и инвалидов.

Реабилитационная диагностика ставит своей целью определение характера, степени и причин социальной дезинтеграции на основе имеющихся патологических изменений. Выделяют 3 этапа реабилитационной диагностики:

- 1) этап клинической диагностики, устанавливающий основной и сопутствующие диагнозы болезни;
- 2) этап диагностики медико-биологических последствий заболевания и соответствие их международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности;
- 3) этап диагностики социальных последствий болезни.

На заключительном этапе реабилитационной диагностики врач-реабилитолог должен решить следующие задачи:

- 1) установить характер ограничений привычной жизнедеятельности в соответствии с международной номенклатурой (способность общаться с окружающими, ухаживать за собой, совершать двигательные действия, обеспечивающие самообслуживание, локомоции, трудовые операции);
- 2) определить признаки социальной недостаточности (степень ограничений, возможность компенсации утраченных функций при конкретных условиях жизни больного, социально-экономический статус инвалида).

При наличии признаков социальной недостаточности выявляются уровень социальной дезинтеграции (низкий, средний, высокий), его причины, объем, качество и эффект восстановительных мероприятий.

На основании реабилитационной диагностики и нормативных документов формируется экспертное заключение, отражающее степень социальной дезинтеграции, трудовой прогноз больного, вид нетрудоспособности.

Трудовой прогноз может быть: а) благоприятным, б) неблагоприятным, в) сомнительным. Благоприятный трудовой прогноз может проявиться в форме временной нетрудоспособности, а неблагоприятный — стойкой. Наличие выраженных признаков стойкой нетрудоспособности предполагает направление больного на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.

Реабилитационный потенциал отражает возможности социальной реинтеграции инвалида. Составляющими реабилитационного потенциала являются:

- 1) функциональный фактор, характеризующий компенсаторные резервы организма;

- 2) психологический фактор, включающий ценностные ориентиры, задатки, склонности, нереализованные у реабилитанта;
- 3) профессиональный фактор, определяющий состояние трудоспособности и степень адаптации к профессиональному труду;
- 4) социальный фактор, обусловленный бытовыми и семейными обстоятельствами.

Реабилитационный потенциал — категория не только многокомпонентная, но и динамичная. Реабилитационный процесс должен быть организован таким образом, чтобы обеспечить постоянный уровень реабилитационного потенциала. Выделяют больных с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Делается попытка разработки балльной оценки реабилитационного потенциала.

Разработка индивидуальной комплексной целевой программы кинезореабилитации методистом для реконвалесцента вытекает из принципов и постулатов кинезотерапии и задач реабилитации, стоящих на каждом этапе и в каждом из периодов кинезотерапии, с учетом диагноза болезни, стадии ее течения, осложнений и индивидуальных особенностей больного. Реабилитационный процесс включает организационный момент, предусматривающий выбор форм занятий, двигательный режим, порядок восстановительных мероприятий, и методический, определяющий специфику воздействий средствами кинезореабилитации.

При составлении кинезореабилитационной программы рекомендует придерживаться классификации возможных вариантов восстановления функциональных способностей, предложенных МОТ: 1) полное восстановление; 2) частичное восстановление; 3) компенсация (при ограничении или отсутствия восстановления); 4) замещение (ортопедическое) [8].

Кинезореабилитация больных и реконвалесцентов с непродолжительным течением реабилитационного процесса проводится по наработанным технологиям нередко без составления письменных реабилитационных планов.

При восстановительном лечении больных с тяжелыми последствиями болезни, хронических больных, требующих продолжительной кинезореабилитации, и инвалидов возникает необходимость планирования кинезореабилитационных мероприятий в виде планов-графиков с учетом задач, стоящих на каждом этапе восстановления. В этом случае методист-кинезореабилитатор составляет перспективный план индивидуальной реабилитации больного или инвалида. Схема комплексной программы лечебно-восстановительных мероприятий предусматривает:

- 1) название этапов реабилитации и их цель;
- 2) место проведения реабилитационных мероприятий (стационар, поликлиника, реабилитационный центр), иначе — маршруты реабилитации;

3) задачи реабилитационных мероприятий;

4) формы (и содержание) реабилитационных мероприятий, которые можно принять за основу долгосрочного планирования, дополнив педагогическим содержанием.

Для конкретизации и детализации содержания материала к каждому занятию методист-кинезореабилитатор готовит план-конспект занятия, раскрывающий задачи, средства, формы и методы реализации частных задач, определяет параметры и характер нагрузок и отдыха, материально-техническое оснащение, уточняет методические указания. Примерные планы-конспекты можно найти в любом учебнике по лечебной физкультуре [7].

Список литературы

1. Верхало Ю.Н. Тренажеры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов. – М.: Советский спорт, 2004. – С. 15–17.
2. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник В 2 т. Т. 1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Советский спорт, 2007. – 296 с.: ил.
3. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры (Текст): учебник В 2 т. Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2007. – 448 с.: ил.
4. Илларионов В. Основа реабилитологии // Врач. — 1997. № 3: — С. 6–8.
5. Лисицкая Т.С. Принципы оздоровительной тренировки. //Теория и практика физической культуры. 2002. — № 8. —С. 6.
6. Матвин Б. Организация лечения и реабилитации в Польской народной республике. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 1987. — № 5. — С. 61–63.
7. Николаева Л.Ф. Пути развития реабилитационного направления в здравоохранении //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 1989.- №1.-С.1-6.
8. Павленко С.М. Системный подход к изучению проблем нозологии и концепция саногенеза //Советская медицина. 1980. — № 10. — С. 93–96.
9. Шамардин А.А., Солопов И.Н. Функциональные аспекты тренировки спортсменов // Фундаментальные исследования. 2013. № 10-13. С. 2996–3000.

Рецензенты:

Мандриков В.Б., д.п.н., профессор, заведующий кафедрой физической культуры и здоровья
ФБГОУВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград;

Анатолий А.К., д.п.н., профессор, заведующий кафедрой «Теория и история физического
воспитания» ФБГОУ ВПО ВГАФК, г. Волгоград.