

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УКРАИНЕ

Г.М. Сухомлин

Кировоградский университет «Украина» МОН Украины

Все большее развитие в качестве самостоятельного направления в медицине получает восстановительная медицина (в ряде стран – ресторативная медицина) – система знаний и практической деятельности, направленных на восстановление функциональных резервов человека, повышение его здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности или в результате болезни (на этапе выздоровления или ремиссии) путем применения преимущественно немедикаментозных методов. Актуальность данного направления обусловлена ростом заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидизацией, и соответственно увеличением контингента больных, нуждающихся в реабилитационной помощи [1-3].

Термин «реабилитация» происходит от лат. *rehabilitatio*: *re* – повторное, возобновляемое действие или противоположное действие, противодействие; *habilis* – удобный, приспособленный, т. е. восстановление пригодности к чему-либо. В широком смысле реабилитация – это восстановление в правах, в медико-биологическом значении – лечебно-восстановительные мероприятия. Реабилитация – это система государственных, социально-экономических, психологических, медицинских, профессиональных, педагогических мероприятий, направленных на восстановление здоровья человека, его трудоспособности и социального статуса, которое базируется на биологических, социально-экономических, психологических, морально-этических и научно-медицинских основах [1, 6, 9].

Реабилитацию можно рассматривать, как процесс, направленный на многогранную помощь больным и инвалидам, для достижения ими максимально возможной при определенном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности. Следовательно, реабилитация включает ряд основных аспек-

тов: медицинский, физический, психологический, профессиональный (трудовой) и социально-экономический [1].

Основные задачи физического аспекта реабилитации заключаются в ускорении регенерации, снижении до минимума степени и объема функциональных и структурных нарушений, интенсификации компенсаторных процессов и облегчение реадаптации к окружающей среде при необратимых органических изменениях. Проводится физическая реабилитация, начиная с госпитального этапа, средствами кинезотерапии (лечебной физкультуры). Психологический аспект реабилитации направлен на коррекцию психического состояния пациента, адаптацию его к бытовой и социальной среде, а также формирование отношений пациента к лечению, рекомендациям врача, выполнению реабилитационных мероприятий. В результате формируется психологическая уверенность в достижении задач реабилитационного процесса [3, 8, 10].

Профессиональный аспект реабилитации предусматривает адаптацию / реадаптацию на рабочем месте. Анализируется форма и тяжесть патологического процесса, характер и степень дефицита функций, особенности психологического статуса и профиль личности пациента, его исходный образовательный уровень. Социально-экономический аспект реабилитации основан на восстановлении утраченных и нарушенных общественных связей и отношений пациента или формирование новых, устранение социальных ограничений, вызванных патологией, а также гарантировании больному бесплатной медицинской помощи, льготном получении лекарств и путевок в санаторий, материального обеспечения при частичной или полной утрате трудоспособности и т.д.

Медицинская реабилитация в нашей стране имеет большие и славные традиции. Следует вспомнить, что около 2/3 раненых солдат и офицеров в годы II Мировой войны возвращались в строй. Медицинская реабилитация – раздел восстановительной медицины, направленный на восстановительное лечение и вторичную профилактику заболеваний, увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций и возвращение здоровья [7, 9].

В 1980 году комитетом ВОЗ было сформулировано определение медицинской реабилитации [1, 8, 10]:

Медицинская реабилитация (ВОЗ, 1980) – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления

нарушенных вследствие заболевания или травмы функций либо оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Медицинская реабилитация включает в себя целый спектр лечебных мероприятий, осуществляемых от момента заболевания или травмы до максимального восстановления нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных функций. Целью медицинской реабилитации является предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности в случае развития инвалидности, т.е. возвращение к общественно полезной, активной трудовой деятельности в соответствии с функциональными возможностями больных и инвалидов [1, 8].

В XXI веке современной концепцией восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации является улучшение качества жизни исходя из биопсихосоциальной модели медицины. К задачам медицинской реабилитации относят: повышение качества жизни; восстановление здоровья; устранение патологического процесса; предупреждение осложнений и рецидивов; восстановление либо частичная или полная компенсация утраченных функций; подготовка к бытовым и производственным нагрузкам; предупреждение стойкой утраты трудоспособности (инвалидности).

Основным результатом медицинской реабилитации для самого реабилитируемого и общества является не только возвращение больного к достижению и поддержанию им независимого образа жизни, а собственно, качество жизни.

В медицинской реабилитации выделяют уровни медико-биологических и психосоциальных последствий болезней или травмы, которые учитываются при проведении реабилитационных мероприятий: повреждение – любая патология или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций; нарушение жизнедеятельности (инвалидность) – возникающие в результате повреждения утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в пределах, считающихся нормальными для человеческого общества; социальные ограничения – возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограниче-

ния и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной (с учетом возраста, пола и социальных и культурных факторов) для данного индивидуума [1, 7, 10].

В реабилитации важное значение имеет метод подхода к больному человеку. Выделяют четыре принципиальных положения воздействия на больного: принцип партнёрства (привлечение больного к активному сотрудничеству с персоналом в процессе реабилитации); принцип разносторонности усилий направленность их на разные сферы функционирования (психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга); принцип единства психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) и биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.) методов воздействия; принцип ступенчатости проводимых воздействий (необходимость соблюдения определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного комплекса, постепенность роста нагрузок).

Современная медицинская реабилитация базируется на саногенетическом подходе. Рассматривая механизмы заболевания и выздоровления, можно отметить, что патогенез и саногенез представляют собой единый процесс адаптации организма к факторам внешней среды, но при этом имеется принципиально качественное отличие в разнонаправленности их действия.

Саногенез – динамическая система защитно-приспособительных механизмов (физиологического и патофизиологического характера), возникающая на стадии предболезни, развивающаяся на протяжении всего болезненного процесса и направленная на восстановление нарушений саморегуляции организма [1-3].

Сущность саногенетических механизмов – адаптация к окружающей среде на качественном уровне в связи с патологическим процессом. К саногенетическим механизмам относят: наследственные: видовые, индивидуальные; приобретенные в онтогенезе: индивидуальные; специфические и неспецифические.

Реабилитационные мероприятия тесно содействуют саногенетическим механизмам, основными из которых являются нижеперечисленные. Адаптация – активный процесс приспособления к окружающей среде, направленный на формирование и сохранение возможного оптимального баланса между субъектом, его внутренним состоянием и окружающей его внешней средой.

В основе адаптации лежит нормализация функционирования т.н. гомеостатического треугольника – иммуннонейроэндокринной системы. Реактивность – свойство организма отвечать изменением жизнедеятельности на различные воздействия окружающей среды. Резистентность – устойчивость организма к действию патогенных факторов. Компенсация – активизация функций сохранившихся частей поврежденной ткани или органа, а также других органов, функционально родственных поврежденному органу. Включает: *реституцию* – восстановление деятельности поврежденных структур; *регенерацию* – структурно-функциональное восстановление целостности тканей и органов после их повреждения или частичной утраты. Выделяют регенерацию – физиологическую и репаративную [2-6].

В процессе восстановления на клеточно-мембранном уровне происходят следующие изменения: сдвиг pH в слабощелочную сторону, нормализация окислительно-восстановительного потенциала, нормализация клеточно-межклеточной проводимости, усиление антиоксидантной защиты, нормализация внутриклеточной оксигенации, насыщение клетки макроэргами, нейтрализация аутоинтоксикации продуктами параметаболизма улучшение всасывания питательных веществ [2, 5, 8].

Целостный процесс реабилитации включает три этапа – реконвалесценция, реадаптация и ресоциализация каждый из которых имеет свои конкретные задачи: реконвалесценция – этап выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психологических функций человека. Цели, которые необходимо достигнуть на этом этапе реабилитации – предотвращение дефекта и восстановление нарушенных функций, для этого проводится активное лечение в стационарах или полустационарах; реадаптация – этап приспособления к быту, труду, обучению, окружающей среде. Больные находятся в лечебно-трудовых мастерских, диспансерах, особых цехах; ресоциализация – этап восстановления социальных функций и положения индивидуума в социальной макро- и микросреде. С больным работает персонал диспансера, общественные организации и др.

Медицинскую реабилитацию следует начинать сразу же после выявления заболевания и проводить комплексно с использованием всех средств, способствующих развитию компенсаторных процессов и приспособительных реакций организма, включая: режим

двигательной активности, диетотерапию, методы кинезотерапии (ЛФК, массаж, дозированная ходьба, мануальная терапия и др.), гидротерапию, физиотерапию, бальнеотерапию и грязелечение, натуропатические методы (фито-, арома-, апи-, мумие-, гирудотерапия), психотерапию, трудотерапию (эрготерапия), медикаментозную терапию, санаторно-курортное лечение. [1-3].

Большое значение в период реабилитации имеет реабилитационный режим. Он должен быть адекватен степени выраженности заболевания, которая оценивается по нарушению приспособительной активности. Приспособительная активность – интегративный показатель состояния организма в целом, который обеспечивает выполнение определенных биопсихосоциальных функций (самообслуживание, самостоятельное передвижение, взаимообслуживание, общение с окружающими, адекватность поведения, способность к контролю физиологических функций, способность к труду и обучению).

Для определения в полной ли мере достигнут результат восстановления здоровья, личного и социального статуса больного, используют такой показатель, как «уровень реабилитации». Для определения уровня реабилитации необходимо оценить предельность и полноту реабилитации.

Полнота реабилитации – достижение оптимального восстановления всех или части функций реабилитируемого, возможного для данного уровня (полная и частичная реабилитация). Предельность реабилитации – достижение оптимального в соответствии с прогнозом уровня реабилитации (предельная и непредельная реабилитация). Для реализации полной реабилитации необходима активная помощь, не только со стороны медицинских работников, но и выполнение нескольких условий самим реабилитируемым: активное выполнение программы реабилитации; осведомительное информирование управляющей системы об изменении состояния; активация коррекции программы при ее несоответствии функциональным возможностям на определенном этапе реабилитации; организационная (инициативная) деятельность по установлению связей с окружающей социальной макро- и микросредой для обеспечения успешной профессиональной и социальной реабилитации; активное соблюдение условий, необходимых для устойчивости достигнутого уровня реабилитации после завершения реабилитационных мероприятий [2, 4, 9].

Базисными принципами медицинской реабилитации являются [1-3]:

- Принцип непрерывности и этапности – проведение восстановительного лечения, начиная с этапа возникновения болезни или травмы, и вплоть до полного возвращения человека в общество, с использованием всех организационных форм реабилитации – стационар, поликлиника, санаторий
- Принцип комплексности – реабилитационными могут считаться только те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий
- Принцип мульти- (меж-) дисциплинарности
- Раннее начало мероприятий
- Преемственность реабилитационных мероприятий
- Своевременность проведения мероприятий
- Адекватность реабилитационных мероприятий
- Индивидуальный подход при назначении и проведении реабилитационных мероприятий

Основой восстановительного процесса служит специальная реабилитационная программа, состоящая из трех последовательных этапов: клинического, санаторного и адаптационного. Первый - клинический этап реабилитации начинается в отделении реанимации или интенсивной терапии, продолжается в одном из отделений больницы и завершается в реабилитационном отделении поликлиники, где возможно выполнение индивидуализированных программ физических тренировок. На этом этапе реабилитационные мероприятия направлены на ликвидацию основной клинической симптоматики при обострениях хронических патологических процессов [1,8].

Следующий этап реабилитации осуществляется в специализированных санаториях, которые имеют необходимые ресурсы для физической реабилитации. Результатом реабилитации на этом этапе – полная ликвидация клинической симптоматики и морфофункциональных нарушений или формирование нестойкой компенсации дефицитных функций при обострении хронических патологических процессов. Завершающий, адаптационный, этап реализуется в центрах медико-социальной реабилитации. На этом этапе процесс реабилитации основывается на предупреждении прогрессирования основного заболевания, профилактике возможных осложнений последнего, сохранение работоспособности

ти реабилитируемого (с учетом не только тяжести перенесенного патологического процесса, но и функциональных резервов организма) и проведение экспертизы трудоспособности.

Поэтапная реабилитационная программа основывается на четком соблюдении следующих принципов: максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии с привлечением специалистов разного профиля; непрерывность реабилитационных мероприятий; преемственность между отдельными этапами реабилитации; индивидуализированный характер всех реабилитационных мероприятий; осуществление реабилитации в коллективе больных.

Реабилитационное учреждение состоит из следующих структурных подразделений: стационар, отделение физиотерапии (аппаратная физиотерапия, залы лечебной гимнастики), кабинет механотерапии, кабинет иглорефлексотерапии, кабинет мануальной терапии, кабинет (отделение) трудотерапии, кабинет (отделение) функциональной диагностики, кабинет (отделение) психодиагностики и психотерапии, лаборатория, рентгенологическое отделение [1, 3, 8].

Современной организационной формой в реабилитации является меж- (мульти-) дисциплинарная реабилитационная команда (бригада), эффективно зарекомендовавшая себя при реабилитации постинсультных больных. В состав такой бригады, возглавляемой неврологом-реабилитологом входят: физиотерапевт, эрготерапевт, кинезотерапевт (инструктор ЛФК), рефлексотерапевт, медицинский психолог (психотерапевт), медицинская сестра. Следует считать, что такие бригады должны быть в структуре восстановительных учреждений.

Таким образом, медицинская реабилитация, с нашей точки зрения, в настоящее время сформировалась в самостоятельную науку, которая имеет конкретный субстрат исследования – сано-генетические механизмы в их биосоциальном единстве, методику исследования – использование специфических функциональных нагрузок, многообразие специальных методов восстановительной медицины, понятийный аппарат и терминологию, а также единичные специализированные организационные формы в структуре отечественного здравоохранения. Как у всякой молодой и бурно развивающейся науки, у медицинской реабилитологии накопилось много вопросов организационного, лечебно - диагностического и кадрового характера.

К вопросам организационного характера следует отнести «кого реабилитировать»? В связи со структурой заболеваемости в нашей стране следует указать, прежде всего, на восстановительное лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с последствиями операций на сердце и сосудах (кардиореабилитация). Необходимо отметить, что в срезе ресторативной медицины это направление представляется наиболее стройным и имеющим необходимую этапность (амбулаторную, стационарную и санаторно-курортную). Данное направление было заложено в Украине академиком Малой Л.Т. и ее учениками еще в 70-80-ые годы.

Нейрореабилитация – актуальнейшее направление ресторативной медицины. К сожалению, здесь скорей, отсутствует этапность, хотя имеются прекрасные реабилитационные центры оказания помощи инсультным больным в Виннице, Черкассах, Крыму. Во многих сосудистых центрах активно внедряется ранняя реабилитация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Огромных успехов достигла реабилитация больных с детским церебральным параличом (герой Украины проф. В.И. Козьявкин (Львов), проф. С.К. Евтушенко (Донецк). Однако, данный успех носит местный (локальный) характер.

Не менее актуальна реабилитация больных с последствиями травм и заболеваний, даже после оперативных вмешательств больным с патологиями опорно-двигательного аппарата. Внедряются первые наработки реабилитации онкологических больных. К основным вопросам лечебно-диагностического характера следует отнести открытие новых реабилитационных центров различной формы собственности по вышеперечисленным направлениям. Необходимо возродить работу реабилитационных комиссий. Лечебно-диагностический процесс во многом следует позаимствовать из ресторативной медицины передовых стран (Израиля, Германии, Англии, Чехии). Не стоит забывать, что наша страна имеет уникальные санаторно-курортные возможности. И здесь главным является их модернизация, в том числе и возможность круглогодичного лечения [1, 3, 8].

Среди кадровых вопросов следует выделить следующие: привести в соответствие с международными стандартами вопросы подготовки данных специалистов на кафедрах ВУЗов; открытие интернатуры, ординатуры, аспирантуры и докторантуры по дан-

ной специальности; более широко и углубленно освещать вопросы восстановительной медицины на циклах тематического усовершенствования. Огромный кадровый потенциал для учреждений медико-социальной реабилитации представляют собой выпускники ВУЗов физической культуры (по специальности физическая реабилитация). Необходимо узаконить их статус и разрешить работать в медицинских учреждениях. По-прежнему, трудности данного вопроса лежат в юридической плоскости ввиду принадлежности к различным министерствам. Следует улучшить и адаптировать подготовку специалистов социальной реабилитации к современным условиям для учреждений восстановительного лечения [6, 7, 10].

Подводя итоги, можно сделать вывод о том, что роль медицинской реабилитации трудно переоценить, если учесть, что ущерб государства от временной нетрудоспособности граждан ежегодно составляет десятки процентов от внутреннего валового продукта.

Литература

1. Керівництво з немедикаментозного лікування у клінічній та спортивній медицині / За ред. О.М. Хвисяка [та ін.]. – Харків: Майдан, 2008. – 464 с.
2. Лукомский И.В. Физиотерапия. ЛФК. Массаж / И.В. Лукомский, Э.Э. Стэх, В.С. Улащик; под ред. проф. В.С. Улащика. – [2-е изд.]. – Минск: Высшая школа, 1999. – 217 с.
3. Медицинская реабилитация: руководство / Под ред. В.А. Епифанова. – М., 2005. – С. 168-190.
4. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении. Адаптированный вариант рекомендаций ВОЗ «Prevention in primary care» / Под ред. И.С. Глазунова, Р.Г. Оганова, Н.В. Перовой, Р.А. Потемкиной. – М.: Тасис, 2000. – 217 с.
5. Самосюк И.З. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов / И.З. Самосюк, Н.В. Чухраев, С.Т. Зубкова [и др.]. – Київ: Здоров'я, 2004. – 624 с.
6. Строева В.С. Современные подходы к физической реабилитации лиц трудоспособного возраста с артериальной гипертензией в сочетании с недостаточностью кровоснабжения мозга / В.С. Строева, М.Е. Солодянкина // Вестник Южно-Уральского госуниверситета. – 2004. – № 6 (б). – С. 170-174.
7. Физическая реабилитация: руководство / Под ред. С.Н. Попова. – Ростов-на-Дону, 2005. – 359 с.
8. Фомин Н.А. Адаптация: общепсихологические и психофизиологические основы / Н.А. Фомин. – М., 2003. – 382 с.

9. *Энциклопедия натуротерапии* / В.А. Малахов, А.В. Гетманенко, А.Н. Завгородняя, Т.И. Чернышова. – М.: Эксмо, 2008. – 400 с.

10. *Медицина та соціальна реабілітація: навч. посібник* / [І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко, М.І. Швед та ін]; за заг. ред. І.Р. Мисули. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.

Резюме

Сухомлин А.Н. Актуальные вопросы восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации в Украине.

В обзорно-методическом аспекте рассмотрены актуальные вопросы восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации. Автор приходит к выводу, что роль медицинской реабилитации трудно переоценить, если учесть, что ущерб государства от временной нетрудоспособности граждан ежегодно составляет десятки процентов от внутреннего валового продукта.

Ключевые слова: реабилитация, восстановительное лечение, актуальные вопросы, методология.

Резюме

Сухомлин Г.М. Актуальні питання відновлювального лікування та медико-соціальної реабілітації в Україні.

В оглядово-методичному аспекті розглянуто актуальні питання відновлювального лікування та медико-соціальної реабілітації. Автор приходить до висновку, що роль медичної реабілітації важко переоцінити, враховуючи, що збитки держави від тимчасової непрацездатності громадян щорічно складають десятки відсотків від внутрішнього валового продукту.

Ключові слова: реабілітація, відновлювальне лікування, актуальні питання, методологія.

Summary

Suhomlin G.M. Pressing questions of recovery treatment and medical-social rehabilitation in Ukraine.

The purpose of medical rehabilitation is prevention of disability during the treatment of a disease and the help to the patient in achievement of the greatest possible physical, mental, professional, social and economic adequacy in case of disability development, i.e. return to socially useful, active labor activity according to functionality of patients and disabled people. To sum it up, it is possible to draw a conclusion that it is difficult to overestimate a role of medical rehabilitation if to consider that the damage of the state from temporary disability of citizens annually accounts for tens percents from the Gross Domestic Product.

Key words: rehabilitation, recovery treatment, pressing questions.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.О. Пересадін

УДК 616.12-002.77-036.12-008.64-055

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКОВ И ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Г.С. Такташов

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Введение

Пороки сердца ревматического генеза достаточно широко распространены и занимают ведущее место среди приобретенных пороков сердца, характер формирования и течения клапанных поражений имеет свои особенности у мужчин и женщин, определяя клиническую картину течения сердечной недостаточности.

Цель исследования - изучить гендерные особенности развития различных пороков при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) с целью определения прогноза основного заболевания, течения сердечной недостаточности и оптимизации методов лечения.

Материал и методы исследования

Обследовано 105 больных ХРБС в возрасте от 15 до 60 лет (в среднем $39,7 \pm 1,17$ лет) из них 29 (27,6%) мужчин и 76 (72,4%) женщин соответственно в возрасте $35,1 \pm 2,50$ лет и $41,5 \pm 1,26$ лет. Показанием к включению в исследование являлись позитивные критерии Джонсона (модификация Американской ревматологической ассоциации, 2003 г.), верифицированная ревматическая этиология пороков сердца (митральная недостаточность (МН), митральный стеноз (МС), аортальная недостаточность (АН), аортальный стеноз (АС), комбинированные пороки сердца с преобладанием недостаточности, комбинированные пороки сердца с преобладанием стеноза, комбинированный митрально-аортальный порок), активность ревматического процесса 1-3 степени и I-III функциональный класс сердечной недостаточности (ФКСН) по NYHA. Всем пациентам выполняли стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования в т.ч. эхокардиографию (аппарат "Acuson-Aspen-Siemens", Германия). Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью