**Условия реабилитации и концепция междисциплинарного ухода.**

Физическая и реабилитационная медицина (ФРМ) как направление стратегии реабилитации, ключевым результатом которого является функционирование.

Целью Физической и реабилитационной медицины (ФРМ) является достижение наилучшего возможного «функционирования» человека с хроническими заболеваниями. Ясно, что классическая биомедицинская модель лечения не применима к ФРМ. Более приемлема «биопсихосоциальная модель», которая нацелена на лечение личности в целом, как это описано в Международной классификации функционирования, жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (1).

 Объект деятельности ФРМ – это не отдельная часть тела или ее функция, а человек в целом, включая его психологию и мотивацию («личностные факторы») и его социальную среду («факторы участия» и «средовые факторы»). В общем и целом, ФРМ занимается проблемами функционирования и ограничения функции; деятельность ФРМ нацелена на снижение «ограничений активности» и на борьбу с другими дефектами, а также на решение проблемы «ограничения участия» на элементарном уровне здравоохранения (взаимодействие врача с пациентом). На последующих уровнях: локальном (больницы, службы реабилитации и т.д.), и федеральном (политика здравоохранения) должны решаться проблемы ограничений участия людей с инвалидностью и хроническими заболеваниями. При этом необходима помощь врачей-реабилитологов, всех  социальных работников, включая политиков, педагогов и всех ответственных за принятие решений в этой сфере. Вышеперечисленные уровни здравоохранения относятся, соответственно, к уровню взаимодействия с пациентом, организации и политике здравоохранения.

«ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ» ПОДХОД К ФРМ

Физическая и реабилитационная медицина занимается множеством нарушений, в том числе последствия травм, операций, болезней и врожденных пороков. Более того, ФРМ изначально сосредоточена не на самой болезни, а на её последствиях в виде ограниченных активности и   участия.

Для ФРМ характерен пациенто- или личностно-ориентированный подход, который учитывает личностные характеристики пациента, что служит отличием от подхода, ориентированного на болезнь или конкретный орган. Понятие «личностно-ориентированный подход» имеет следующие значения:

- обращение к частным и общим свойствам личности;  
- решение проблем пациента в повседневной жизни;  
- пациент как эксперт: участие и реализация всех прав и возможностей пациента;  
- уважение к личности, несмотря на нарушение или болезнь.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КООПЕРАЦИЯ В ФРМ

Следствием такого целостного подхода является то, что реабилитологи ФРМ не работают в одиночку. Они должны вовлекать в работу врачей многих других специальностей. Врачи-специалисты работают в многопрофильной команде и используют таким образом междисциплинарный подход. В этой работе участвует и сам пациент, его родственники (опекуны) и его врач-консультант по заболеванию.

В деятельность вовлечены специалисты многих профилей, обладающие обширным клиническим опытом. Вместе они работают как хорошо слаженная система, позволяющая достичь результатов реабилитации, необходимых пациенту и его семье (4). Такая многопрофильная командная работа отличает ФРМ от многих других специальностей.

Модель междисциплинарной бригады объединяет в себе разные дисциплины посредством высокого уровня коммуникации и сотрудничества специалистов, использующих общую согласованную стратегию. Лидерство в этой команде принадлежит врачу-реабилитологу (врачу ФРМ). Коллектив ФРМ должен ставить реальные цели и обсуждать принимаемые решения с пациентом и его попечителями.

Успешная реабилитация зависит от следующих факторов:

- менеджмент, лидерство и определенная форма иерархии во главе с врачом-реабилитологом, ответственным за принятие клинических решений;  
- время, уделенное созданию сплоченной, хорошо функционирующей команды;  
- уважение и учет мнений каждого члена команды;  
- внимание к индивидуальным качествам каждого участника в эффективном распределении обязанностей; создание благоприятного климата на рабочем месте.

В зависимости от заболевания, а также целей, которые ставит перед собой пациент, требуется широкий спектр профессиональных знаний и умений. Ключевыми участниками междисциплинарной команды, помимо врача-реабилитолога, могут быть:

- физиотерапевты  
- профпатологи  
- речевые терапевты, логопеды  
- клинические психологи и нейропсихологи  
- реабилитационные медсестры  
- общественные работники  
- физические терапевты, спортивные врачи  
- протезисты, ортопеды, техники и инженеры в области физической реабилитации  
- врачи-диетологи

ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ БОЛЬНОГО

Цель реабилитации – оптимальные двигательные функции и возвращение пациента к общественной жизни. Так что планирование выписки  начинается с госпитализации пациента. Реабилитация должна обеспечивать непрерывный уход, так что планирование выписки отличается от такового в палатах первого (неотложного) этапа помощи. Существует множество направлений выписки больных: домой (с дополнительными процедурами на дому или без них), в центры послебольничной реабилитации (амбулаторно или стационарно), пансионаты, дома престарелых, центры содействия самостоятельности инвалидов или другие более подходящие для конкретного пациента ЛПУ. Если больному показана послебольничная реабилитация, ему могут быть назначены разные уровни интенсивности и специфичности услуг ФРМ, сменяющие друг друга со временем.

Оценка состояния больного, лечение, а затем перевод или выписка – все это формирует непрерывный процесс в цикле реабилитации. По окончании реабилитации конечное направление выписки будет зависеть от нужд пациента: наличия состояний здоровья, требующих особого ухода; степени мобильной независимости пациента; когнитивных и поведенческих характеристик; доступности среды для пациента; от ухода, оказываемого семьей или опекунами.

ЭТАПНАЯ МОДЕЛЬ ФРМ

Физическая и реабилитационная медицина должны составлять постоянный уход за пациентом. В соответствии с этим была разработана специальная этапная модель лечения. Собственно этапы зависят от функциональных потребностей пациента, а также от временных аспектов заболевания: врожденное или приобретенное, хроническое или острое, прогрессирующее или регрессирующее. Для разных этапов или типов заболеваний применимы разные условия лечения.

Для детей с наследственными или рано приобретенными заболеваниями понятие «абилитация» используется в процессе их роста. Абилитация задает условия для наилучшего остаточного развития нарушенной функции, приобретение новых (компенсаторных) навыков и нормального развития тех функций, которые непосредственно не были нарушены. Абилитация – это длительный процесс, состоящий из более интенсивных стадий в соответствии с контрольными показателями развития. В качестве условий могут быть спецшколы, центры реабилитации, центры детского развития. Такая абилитация будет осуществляться по большей части амбулаторно, если только не произойдет значительного вмешательства других дисциплин, как, например, хирургии при лечении спастичности у детей с ДЦП.

Для людей с острыми приобретенными заболеваниями этапы ФРМ делятся на острую, послеострую и хроническую фазы. Совсем недавно в стратегию ФРМ внедрили термин «пререабилитация». Он состоит из образовательной программы и приведения больного в небоходимое физическое и психическое состояние перед операцией. Это необходимо для улучшения послеоперационных функциональных показателей и, как итог, менее продолжительного пребывания в больнице. Обычно «пререабитация» используется в амбулаторных условиях.

ФРМ на стадии обострения, или ранней стадии, состоит из составленной специалистом стационарной программы реабилитации, которая определяется во время поступления неотложного больного в стационар после травмы, болезни, или в связи с осложнениями (6). Это также относится к пациентам с прогрессирующими или хроническими заболеваниями в случае обострения, при повторном инсульте или рецидивом у пациента с рассеянным склерозом. Целью является предотвратить осложнения иммобилизации и восстановить функцию и активность. Программы острой и ранне-острой стадии реабилитации ускоряют восстановление самостоятельности пациента и обеспечивают ему скорейшую выписку. Эти программы включают обезболивание, обучение пациента, прогнозирование и составление плана реабилитации, который служит основой для дальнейшего перевода на другие уровни (этапы) реабилитации.

            Пациенты с (потенциальными) остаточными формами инвалидности после травм или обострений и/или имеющие потребности в дальнейшей реабилитации будут направлены в после-острую [post-acute PRM] ФРМ для дальнейших мероприятий. Это реализуется на базе стационара или амбулаторно (7). Пациенты проходят программу целенаправленной многопрофильной реабилитации под ответственностью врача ФРМ. Врач ФРМ уточняет диагноз, сообщает прогноз больному и его родственникам (опекунам), направляет деятельность команды во всех аспектах работы. После-острая ФРМ в основном ориентирована на больных с внезапно возникшими заболеваниями, однако имеет успех и в лечении больных с периодическими, прогрессирующими или постоянными во времени состояниями здоровья, используя разные фазы в зависимости от нужд. Пациент проходит так называемый реабилитационный цикл, состоящий из: оценки состояния, назначения, проведения процедур и повторной оценки. Службы после-острой реабилитации имеют разные уровни специализации согласно разнообразию нужд пациента и целей лечения, а также от частоты и распространенности заболевания: общий, специальный и узкоспециальный уровни. Эти службы ФРМ должны работать во взаимодействии, чтобы пациент мог развиваться согласно своим потребностям, проходя различные фазы реабилитации. Например, больной  с инсультом может быть переведен из инсультного блока в специальную реабилитационную службу стационара. При стабильном состоянии и достаточной самостоятельности для основных видов повседневной деятельности пациент может вернуться домой и ежедневно посещать амбулаторную службу реабилитации. На следующем этапе он может быть переведен на специальный когнитивный и профессиональный тренинг с целью возвращения к профессиональной деятельности. Затем, на этапе поддержки, физиотерапевт первичной медико-санитарной помощи совершает физиотерапевтические процедуры. Регулярная сортировка и осмотр пациентов с последующим направлением на необходимый уровень реабилитации является обязательной и проходит под наблюдением врача ФРМ.

            На этапе после обострения на первый план выступает реинтеграция человека в общество. Она включает в себя независимую жизнь, трудовую деятельность, образование, и другие сферы участия в жизни общества. Это также подразумевает работу с семьей пациента, социальными службами и работодателями, а также просвещение и подготовку пациента. Общественные службы, занимающиеся поддержкой людям с инвалидностью, по-разному организованы в Европе в зависимости от национальных, региональных и местных органов власти. Большинство европейских стран подписали и ратифицировали Конвенцию ООН о правах инвалидов (CRPD) (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-withdisabilities.html>). Статья 1 указанного документа гласит: «Цель настоящей Конвенции заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства. К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Несколько статей поднимают важные вопросы эффективного участия инвалидов в общественной жизни, но реализация предложенного очень разнится в странах Европы, так что остается множество пробелов, что касается, например: Доступности – Образования – Занятости – Участия в общественно-политической жизни – Участия в культурной жизни, досуге и спорте. Статья 26 Конвенции обращается к вопросам абилитации и реабилитации: «...государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания...»

            Таким образом, команды ФРМ, совместно с ассоциациями людей с ограниченными возможностями (Associations of People with Disabilities) должны добиваться полного включения пациента в общество. Это может быть достигнуто через сотрудничество и интеграцию служб ФРМ со школами и университетами, службами занятости, организациями спорта и досуга. Ключевым аспектом функционирования является доступность и мобильность в широком смысле слова: личная мобильность (пешком или с помощью инвалидного кресла), передвижение на велосипеде, вождение автомобиля, общественный транспорт: автобус, трамвай, поезд, самолет.

            В ст. 2 Конвенции дается определение «универсальному дизайну»: он означает «дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к пользованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна. «Универсальный дизайн» не исключает ассистивные устройства для конкретных групп инвалидов, где это необходимо».

            После ухода, оказанного в период после обострения, пациенту может потребоваться реабилитационный уход при хроническом заболевании: мед. помощь, оказываемая больным с хронической формой заболевания или сложностью двигательных функций. Службы по уходу при хроническом заболевании могут быть организованы в форме периодического стационарного лечения или продолжительного амбулаторной реабилитации (на дому). Специалист ФРМ должен участвовать в реабилитационных программах в Общинах (домах престарелых), например как консультант или наставник для социальных реабилитологов. Специалист ФРМ может поддерживать участковых врачей, врачей первичного медико-санитарного обслуживания и других медицинских специалистов, консультируя и направляя их деятельность в вопросах, связанных с реабилитацией.

            При хронических заболеваниях акцент  в реабилитации делается на поддержании здоровья и вторичной профилактике.

            Службы реабилитации на разных этапах должны быть стратифицированы и взаимосвязаны таким образом, чтобы обеспечить наилучшую возможную помощь, адаптированную для нужд и целей пациента в рамках непрерывной программы ухода.

Ключевые моменты

- Целью ФРМ является достижение наилучшего функционирования пациента с хроническом заболеванием. ФРМ ориентируется на преодоление «ограничений активности», борьбу с нарушениями, а также на решение проблемы «ограничения участия».

- ФРМ использует пациент-ориентированный подход, включающий личные характеристики пациента, в отличие от подхода, ориентированного на болезнь или пораженный орган.

- В работу вовлечены многопрофильные специалисты, обладающие необходимыми навыками и обширным клиническим опытом. Они преследуют многопрофильный подход к решению проблемы, вовлекая в этот процесс самого пациента, его родственников (опекунов) и консультанта по болезни.

- ФРМ должна осуществляться в виде непрерывного ухода. Этапы лечения зависят от функциональных нужд, так же как и от временного характера заболевания: врожденного или приобретенного, острого, прогрессирующего или стихающего. На разных фазах могут быть применены разные условия лечения: абилитация, преабилитация, острая, после-острая и хроническая реабилитация.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva:WHO Press; 2001.  
2. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report, WHO 2002. Available from:http://www.who.int/chp/knowledge/ publications/icccglobalreport.pdf  
3. Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefeve C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. Disabil Rehabil. 2007; 29: 20-1.  
4. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2010; 42: 4-8.  
5. Santa Mina D, Clarke H, Ritvo P, Leung YW, Matthew AG, Katz J, et al. Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. Physiotherapy. 2014; 100: 196-207.  
6. Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque H. UEMS Section of Physical and Rehabilitation Medicine: a position paper on Physical and Rehabilitation Medicine in acute settings. J Rehabil Med. 2010; 42: 417-24.  
7. Ward AB, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, Berteanu M, Christodoulou N. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). J Rehabil Med. 2012; 44: 289-98.