

УДК 616.311-056.3-07-08(07)
Л53

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

Авторы:

*Захаров В. И., Гайдук А. А., Яковлев А. А., Даниленко Л. А.,
Артамонова М. В., Сергеева Т. В.*

Рецензенты:

Потапчук А. А. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой
медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры СПбГМУ
им. акад. И. П. Павлова

Л53 **Лечебная** физкультура у больных, перенесших онконейрохи-
рургические вмешательства, в условиях санаториев / под ред.
В. И. Захарова. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. — 223 с.
ISBN 978-5-299-00762-6

Учебно-методическое пособие посвящено определению роли и места лечебной физкультуры в современных технологиях медицинской реабилитации больных после оперативного лечения опухолей нервной системы. Определены приоритетные задачи организации медицинской реабилитации, приведены характеристики медико-экономических стандартов восстановительного лечения и клинико-функциональные характеристики больных онконейрохирургического профиля в соответствии с МКБ-10 с характеристикой неврологических дефицитов. Представлены общие принципы лечебной физкультуры при поражении ЦНС и развивающемся при этом функциональном дефиците. В приложении представлены планы и алгоритмы выполнения услуг раздела немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных онконейрохирургического профиля.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов, клинических ординаторов, а также врачей нейрохирургов, неврологов, врачей по медицинской реабилитации, лечебной физкультуре. Утверждено учебно-методическим советом ФГБОУВО СПбГПМУ.

УДК 616.311-056.3-07-08(07)

ISBN 978-5-299-00762-6

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017

Оглавление

Глава 1. Проблемы медицинской реабилитации пациентов, перенесших онконейрохирургические вмешательства	5
Глава 2. Характеристика стандартов медицинской реабилитации больных онконейрохирургического профиля в соответствии с МКБ-10	14
Глава 3. Клинические проявления и организация медицинской реабилитации больных после удаления злокачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями	18
Глава 4. Клинические проявления и организация медицинской реабилитации больных после удаления доброкачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями	47
Глава 5. Клинические проявления и медицинская реабилитация больных после удаления злокачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями.	75
Глава 6. Клинические проявления и медицинская реабилитация больных после удаления доброкачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями	100
Глава 7. Клинические проявления и медицинская реабилитация больных после удаления новообразований периферических нервов	120
Глава 8. Клинические проявления и медицинская реабилитация больных после удаления невриномы VIII черепного нерва с признаками дисфункции на уровне ствола головного мозга	139
Приложение 1. План выполнения услуг по лечебной физкультуре у пациентов после удаления злокачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями.	156
Приложение 2. График выполнения услуг по лечебной физкультуре в разделе немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных после удаления злокачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями	162
Приложение 3. План выполнения услуг по лечебной физкультуре у пациентов после удаления доброкачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и /или речевыми нарушениями	167

Приложение 4. График выполнения услуг по лечебной физкультуре в разделе немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных после удаления доброкачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями	172
Приложение 5. План выполнения услуг по лечебной физкультуре у пациентов после удаления злокачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями	175
Приложение 6. График выполнения услуг по лечебной физкультуре в разделе немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных после удаления злокачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями.	180
Приложение 7. План выполнения услуг по лечебной физкультуре у пациентов после удаления доброкачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями	183
Приложение 8. График выполнения услуг по лечебной физкультуре в разделе немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных после удаления доброкачественных новообразований спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями.	188
Приложение 9. План выполнения услуг по лечебной физкультуре у пациентов после удаления новообразований периферических нервов.	191
Приложение 10. График выполнения услуг по лечебной физкультуре в разделе немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных после удаления новообразований периферических нервов.	197
Приложение 11. План выполнения услуг по лечебной физкультуре у пациентов после удаления невриномы VIII черепного нерва с признаками дисфункции головного мозга на уровне ствола головного мозга	200
Приложение 12. График выполнения услуг по лечебной физкультуре в разделе немедикаментозных методов медицинской реабилитации больных после удаления невриномы VIII черепного нерва с признаками дисфункции головного мозга на уровне ствола головного мозга.	205
Приложение 13. Шкалы, используемые в клинической практике для определения степени выраженности функциональных нарушений у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу новообразования головного и спинного мозга	208
Литература	216

Глава 1

Проблемы медицинской реабилитации пациентов, перенесших онконейрохирургические вмешательства

Проблемы медицинской реабилитации пациентов нейрохирургического профиля, перенесших оперативные вмешательства, наиболее демонстративны при онкологической патологии центральной и периферической нервной системы.

Еще в 1978 г. на Всесоюзном симпозиуме по проблемам реабилитации онкологических больных, а также на III Всесоюзном (1979) и II Всероссийском (1980) съездах онкологов была показана несомненная медицинская и экономическая эффективность медицинской реабилитации онкологических больных, подтвержденная математическими расчетами. На высокую эффективность медицинской реабилитации, проводимой в стационарах, указывает ряд авторов. За прошедшие годы эти данные подкреплены исследованиями о возможностях применения физиотерапии, лечебной физкультуры и психотерапии в онкологии (Комарова Л. А., Егорова Г. И., 1994; Сорокина Е. И., 1995; Гринзайд М. И. [и др.], 1996; Шкловский В. М., Визель Т. Г., 2000; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Пухов А. Г., 2001; Белова А. Н., 2002; Вакуловская Е. Г. [и др.], 2003; Лосев Ю. А., 2004; Пономаренко Г. Н., 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Johnson P. H., 2000; Cuccurullo S. J., 2004; Delisa J. A., 2005; Huang V. S., Krakauer J. W., 2009; Marchal-Crespo L., Reinkensmeyer D. J., 2009; Tanovic E., 2009). При этом одним из основных приоритетов, влияющих на качество и доступность медицинской реабилитации, являются разработка и внедрение стандартов восстановительного лечения (Кудрявцев А. А., 2004; Мадьянова В. В., 2008).

В предыдущие периоды пациенты, перенесшие оперативные вмешательства по поводу новообразований нервной системы, после хирургического лечения выписывались в амбулаторно-поликлиническое учреждение для диспансерного наблюдения, где и должна была проводиться медицинская реабилитация. Как правило, после онконейрохирургического вмешательства ранняя выписка больного из специализированного стационара становилась невозможной в связи с нарушениями двигательных функций и тяжелой сопутствующей соматической патологией (Исанова В. А., 1996; Белова А. Н.,

2002; Камаева О. В. [и др.], 2000; Эрнандес Ойос Д. Х., 2000; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Черникова Л. А., 2003; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Щербук А. Ю., 2012; 2013; Щербук А. Ю., Щербук Ю. А., 2013; 2014). Это приводило к удлинению сроков пребывания пациентов на койках специализированных нейрохирургических отделений (Иванов Е. М., Эндакова Э. А., 1996; Исанова В. А., 1996; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Пухов А. Г., 2001; Белова А. Н., 2002; Лосев Ю. А., 2004; Розуменко В. Д., Хорошун А. П., 2004; Григорьева В. Н. [и др.], 2000; 2008; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; 2013; Щербук А. Ю., Щербук Ю. А., 2013; 2014; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014).

В современной нейроонкологии основным принципом в лечении больных является комплексная терапия: оперативное вмешательство, лучевая, химио-, гормоно- и иммунотерапия. Такой подход позволил улучшить результаты лечения больных злокачественными и доброкачественными новообразованиями ЦНС и увеличить продолжительность их жизни. Постоянно совершенствуются методы диагностики и лечения доброкачественных и злокачественных новообразований, что оказывает существенное влияние на увеличение продолжительности жизни нейроонкологических больных. Успех радикального хирургического вмешательства следует оценивать не только по числу спасенных жизней, но и по числу людей, прошедших полноценный курс медицинской реабилитации и способных вновь стать полноценными членами общества (Евсеев Н. Ф., 1994; Исанова В. А., 1996; Шкловский В. М., Визель Т. Г., 2000; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Пухов А. Г., 2001; Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г., 2004; Григорьева В. Н. [и др.], 2000; 2008; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014; Huang V. S., Krakauer J. W., 2009; Marchal-Crespo L., Reinkensmeyer D. J., 2009; Tanovic E., 2009).

Обширное хирургическое вмешательство, лучевая, цитостатическая и гормональная терапия, используемые в онкологической практике, зачастую приводят к возникновению серьезных нарушений различных функций организма, снижающих трудоспособность и изменяющих социальный статус больных. Поэтому медицинская реабилитация играет первоочередную роль в оптимальном приближении больного к нормальным социальным и физиологическим условиям жизни (Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Савченко Ю. Н., Савченко А. Ю., 2001; Пухов А. Г., 2001; Демиденко Т. Д., Ермако-

ва Н. Г., 2004; Григорьева В. Н. [и др.], 2000; 2008; Кадыков А. С. [и др.], 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014; Ahlbom A., 1988; Johnson P. H., 2000; Cuccurullo S. J., 2004; Grill E. [et al.], 2005; Delisa J. A., 2005; Huang V. S., Krakauer J. W., 2009; Marchal-Crespo L., Reinkensmeyer D. J., 2009; Tanovic E., 2009).

Помимо очагового неврологического дефицита, для всех нейроонкологических больных характерно наличие функциональных нарушений нервной системы характерно в результате тяжелого эмоционального стресса, вызванного получением информации об опухолевом характере заболевания, пребыванием в специализированном стационаре, последствиями обширных операций, иногда носящих калечащий характер, а также длительными курсами лучевого и химиотерапевтического лечения.

Нарушения функций ЦНС у прошедших радикальное лечение нейроонкологических больных проявляются в виде астено-невротического, ипохондрического и депрессивного синдромов. Достаточно часто развивается своеобразный синдром «самоизоляции» больного, что резко нарушает его трудоспособность, адаптацию в семье и обществе, а также влияет на сроки восстановления функций ЦНС и возвращения к трудовой деятельности (Барлас Т. В., 1994; Камаева О. В. [и др.], 2000; Шкловский В. М., Визель Т. Г., 2000; Пухов А. Г., 2001; Кадыков А. С. [и др.], 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; 2013; Щербук А. Ю., Щербук Ю. А., 2013, 2014; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014).

Для повышения эффективности реабилитации пациентов, перенесших высокотехнологичные нейрохирургические вмешательства, целесообразно применение этапного подхода в медицинской реабилитации (нейрохирургический стационар, стационар медицинской реабилитации, санаторий, поликлиника). При соблюдении преемственности на каждом этапе лечения появляется возможность сократить сроки пребывания больного на специализированной нейрохирургической койке, тем самым уменьшить их дефицит и обеспечить доступность этого вида медицинской помощи (Алексеев Г. К., Бредихин В. В., 1995; Иванов Е. М., Эндакова Э. А., 1996; Белова А. Н., 2002; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Черникова Л. А., 2003; Лосев Ю. А., 2004; Григорьева В. Н. [и др.], 2000; 2008; Кадыков А. С. [и др.], 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014).

Говоря об организации медицинской реабилитации больных онконейрохирургического профиля на этапах оказания медицинской помощи, следует отметить, что в специализированном нейрохирургическом стационаре при назначении пациенту подготовительных курсов ЛФК должны учитываться следующие факторы: ограниченность времени предоперационной подготовки, вероятность метастазирования опухоли вследствие большой физической нагрузки (при наличии нелеченного новообразования или прогрессирования процесса на фоне лечения), а также психическое состояние больного в связи с характером заболевания (Ченских Н. Л., 1992; Постоловский В. Г., Дорничев В. М., 2000; Белова А. Н., 2002; Цветкова Л. С., 2004; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014).

Особую роль в реабилитации больных онконейрохирургического профиля играет медицинская реабилитация в условиях санатория. Естественные и «модифицированные» курортные лечебные факторы обладают мощным биологическим эффектом, влияющим практически на все системы и органы человека. К сожалению, в клинической практике до недавнего времени имело место неоправданное запрещение санаторно-курортного лечения всем нейроонкологическим больным, несмотря на то что они после радикальной противоопухолевой терапии достаточно часто возвращаются к труду.

Отсутствие комплексной последовательной этапной реабилитации пациентов, перенесших сложные онконейрохирургические вмешательства, приводило к удлинению сроков возвращения их трудоспособности и не позволяло им довольно длительное время ощущать себя полноценными членами общества (Евсеев Н. Ф., 1994; Сорокина Е. И., 1995; Иванов Е. М., Эндакова Э. А., 1996; Пухов А. Г., 2001; Пономаренко Г. Н., 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014). В то же время у значительного числа нейроонкологических больных имелась отчетливая психологическая установка на санаторно-курортное лечение, вызванная, главным образом, их общим недомоганием. Формальным противопоказанием для санаторно-курортного лечения являлось наличие у пациента злокачественной опухоли. При этом совершенно не учитывались результаты проведенного лечения.

Считалось, что многие ведущие физические факторы курортов (грязи, торфы, озокерит, горячие ванны и души, радоновые и сульфидные воды), высокоинтенсивные методы электротерапии способ-

ны в значительной степени стимулировать рост злокачественных опухолей и вызывать прогрессирование основного процесса. Однако никаких достоверных данных, однозначно свидетельствующих об этом, в литературе нами не обнаружено. Более того, по мнению ряда авторов, больные, попадая в обстановку санаторно-курортного учреждения, переставали фиксировать свои соматические ощущения и вовлекались в ритм санаторного распорядка, выходили из тяжелой стрессовой ситуации, связанной с основным заболеванием и последствиями радикального лечения (Сорокина Е. И., 1995; Гринзайд М. И. [и др.], 1996; Иванов Е. М., Эндакова Э. А., 1996; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Пономаренко Г. Н., 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014; Johnson P. H., 2000; Delisa J. A., 2005). По данным зарубежной литературы проведение химиотерапии возможно и в санаторно-курортных условиях, что облегчает переносимость пациентом ее побочных эффектов и улучшает психологический настрой больного на лечение (Ahlbom A., 1988; Delisa J. A., 2005).

Характеризуя этап медицинской реабилитации больных онко-нейрохирургического профиля в амбулаторно-поликлинических учреждениях, ряд авторов отмечают, помимо значительно большей экономичности, возможность использования комплексного подхода, сохранение привычного уклада жизни больного и вследствие этого достижение значительного психосоциального эффекта (Алексеев Г. К., Бредихин В. В., 1995; Глоба Г. А., 1995; Ганцев Ш. Х. [и др.], 2001; Белова А. Н., 2002; Кадыков А. С. [и др.], 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011; Захаров В. И. [и др.], 2012; Щербук А. Ю., 2012; Щербук Ю. А., Щербук А. Ю., 2014). Большинство авторов рекомендуют на всех этапах медицинской реабилитации особое внимание уделять психотерапевтической поддержке больного и его родственников (Барлас Т. В., 1994; Глоба Г. А., 1995; Белова А. Н., 2002; Кадыков А. С. [и др.], 2009; Исанова В. А., Цукурова Л. А., 2011).

Одним из основных приоритетов в реформировании системы здравоохранения Российской Федерации является разработка и внедрение стандартов и протоколов ведения больных. В связи с этим нами решалась задача по разработке научно обоснованных стандартов по профилю медицинской реабилитации для онко-нейрохирургических больных в условиях стационаров, санаториев и амбулаторно-поликлинических учреждений с тщательным соблюдением преемственности на каждом этапе реабилитации с целью уве-

личения объемов и обеспечения доступности весьма востребованного вида медицинской помощи. Это позволило объединить накопленные знания и создать возможность отделениям медицинской реабилитации госпитализировать пациентов данной нозологической группы, а в условиях санаториев и амбулаторно-поликлинических учреждений обеспечить преемственность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проведение операций по удалению опухолей нервной системы является высокотехнологичной онконейрохирургической медицинской помощью и выполняется нейрохирургом-онкологом. В специализированном отделении пациент находится на лечении от 7 до 20 дней. В период госпитализации проводятся предоперационная подготовка, выполнение операции, стабилизация состояния и восстановление после операции. В связи с этим возникает проблема дефицита специализированных коечных отделений.

Для решения данного вопроса нами применен этапный подход в медицинской реабилитации нейроонкологических больных. Пациент на первом этапе находится на лечении в специализированном нейрохирургическом отделении, где ему проводится комплекс реабилитационного лечения. После проведения нейрохирургических операций больной, в зависимости от функционального состояния, переводится в стационарное или санаторное отделение или продолжает курс медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлиническом учреждении. При соблюдении преемственности на каждом этапе лечения появляется возможность сократить сроки пребывания пациента на специализированной койке, тем самым уменьшив их дефицит и обеспечив доступность этого вида высокотехнологичной медицинской помощи.

Современная медицинская реабилитация является сложившейся системой научных знаний и методов, применение которых на практике осуществляется с соблюдением принципов междисциплинарного взаимодействия разными специалистами в учреждениях здравоохранения стационарного, поликлинического и санаторно-курортного типа.

Согласно докладам Комитета экспертов ВОЗ, к патологическим состояниям, требующим проведения мероприятий по медицинской реабилитации, относятся: нарушения функции — любая потеря или патология психологической, физиологической или анатомической структуры или функции; инвалидность — ограничение или недостаток (вследствие нарушения функции) способности осуществлять деятельность в той форме или том объеме, которые принято считать

нормальными для человека; физические и другие дефекты — недостаток или дефект данного индивида, возникающий вследствие нарушения функции или инвалидности, которые ограничивают или препятствуют выполнению роли, являющейся нормальной (с учетом возраста, пола и социальных и культурных факторов) для данного индивида. В связи с этим медицинская реабилитация включает в себя все меры, направленные на уменьшение воздействия инвалидирующих факторов и условий, приводящих к физическим и другим дефектам, а также на обеспечение возможности для инвалидов достичь социальной интеграции.

Конечной целью мероприятий по медицинской реабилитации является возвращение пациента к общественно полезной, активной трудовой деятельности в соответствии с его функциональными возможностями. Оптимальным решением этой проблемы является возвращение к прежней трудовой деятельности в полном ее объеме лицом, прошедшим курс медицинской реабилитации. При невозможности выполнения такой задачи мероприятия по медицинской реабилитации должны быть направлены на максимально достижимый при данном заболевании возврат к физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, т. е. восстановление у пациента способности к самообслуживанию и самообеспечению.

Основополагающими принципами медицинской реабилитации являются:

- этапность в осуществлении мероприятий по медицинской реабилитации;
- раннее начало проведения мероприятий по медицинской реабилитации;
- комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных методик;
- индивидуальный подход к каждому пациенту с соблюдением принципов персонификации программы реабилитации;
- междисциплинарное взаимодействие на всех этапах медицинской реабилитации;
- непрерывность процесса и соблюдение преемственности на протяжении всех этапов медицинской реабилитации;
- использование методов объективизации, контроля безопасности и адекватности нагрузок и эффективности медицинской реабилитации.

Ведущую роль в проведении медицинской реабилитации играет полноценное применение лечебной физкультуры.

ЛФК — область медицинской науки, использующая физические упражнения и массаж как средства сохранения больного в деятельном состоянии, стимуляции его внутренних резервов, в предупреждении и лечении болезней, вызванных вынужденной гиподинамией, решения частных задач медицинской реабилитации. ЛФК показана при всех заболеваниях. Противопоказания крайне ограничены и носят в большинстве случаев временный характер. Это позволяет использовать средства ЛФК на всех этапах медицинской помощи, включая и отделения реанимации и интенсивной терапии (табл. 1).

Особое значение в повышении качества оказываемой медицинской помощи занимает предоперационная подготовка пациентов средствами ЛФК. В курсе ЛФК применяется метод естественного биологического содержания, в основе которого используется движение (методы неспецифической, патогенетической, функциональной, поддерживающей и восстановительной терапии). Двигательный режим является составным элементом лечебного режима, а ЛФК — частью двигательного режима. Выделяют несколько видов двигательного режима: строгий постельный режим, постельный режим, палатный (полупостельный) режим и свободный (общий) режим.

Важна своевременность применения ЛФК на разных этапах развития заболевания с целью предотвращения утраты функций, максимального восстановления нарушенных функций, а также наибольшего приспособления к условиям жизни в случае невозможности полного восстановления функционального состояния. При применении методов ЛФК в комплексной медицинской реабилитации учитывается возможность комбинированного применения различных средств ЛФК, в зависимости от прогноза восстановления функций, вероятности развития осложнений гиподинамией, выявленного при обследованиях функционального дефицита. Методы ЛФК применяются в сочетании как с медикаментозной терапией, так и с другими методами немедикаментозного лечения (физиотерапией, методами традиционной медицины, педагогическими занятиями и др.).

При осмотре больного различными специалистами (членами мультидисциплинарной бригады), безусловно, обеспечивается междисциплинарное взаимодействие. Результаты оформляются протоколом, и составляются планы лечения с графиками выполнения медицинских услуг.

Виды активной кинезиотерапии

Разновидность	Тип
Лечебная гимнастика	Дыхательная
	Общеукрепляющая (кардиотренировка)
	Рефлекторная
	Аналитическая
	Корректирующая
	Психомышечная
	Гидрокинезитерапия
Эрготерапия	Коррекция активности и участия пациента в повседневной привычной деятельности, активное взаимодействие с факторами окружающей среды
Лечение с помощью ходьбы	Дозированная ходьба, терренкур, ходьба с препятствиями, дозированные прогулки
Специализированные методические системы	Баланс, Фельденкрайса, Фелпса, Темпла Фея, Френкеля, Тардые, Kenni, Klapp, Bobath, Woitta, PNF, Brunnström и др.
ЛФК и биологическая обратная связь	С использованием данных электронейромиографии (ЭНМГ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), стабилотерапии, спирографии
Высокотехнологичные компьютерные программы	Компьютерные комплексы виртуальной реальности, биоробототехника
Лечебная гимнастика	Лечение положением
Механотерапия	Приборы и аппараты, экстензионное оборудование
Мануальные манипуляции	Вертебротерапия, суставные манипуляции, мышечно–фасциальные манипуляции
Массаж	Рефлекторный, сегментарный, механический, вибрационный, пневмо- и гидромассаж

Глава 2

Характеристика стандартов медицинской реабилитации больных онконейрохирургического профиля в соответствии с МКБ-10

Стандарт медицинской реабилитации — нормативный документ, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации. Принципы разработки стандартов формируются с учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта по формированию национальных стандартов — протоколов ведения больных в соответствии с ГОСТ Р 52600—2006, стандартов медицинской помощи Минздрава России, клинических рекомендаций (руководств), научных публикаций и действующих нормативных документов, по качеству медицинской помощи.

Согласно действующему законодательству, субъект Федерации может инициировать разработку собственных стандартов по теме, по которой национальные федеральные нормативные документы отсутствуют. До 2012 г. не существовало стандартов оказания помощи по медицинской реабилитации пациентов, прооперированных по поводу опухолей центральной и периферической нервной системы. А учитывая распространенность онкологической патологии и успехи современной нейрохирургии, задача медицинской реабилитации таких пациентов после оперативного лечения стала еще более актуальной. Поэтому были сформированы рабочие группы по созданию стандартов МР стационарного, амбулаторного и санаторно-курортного этапов у больных, оперированных по поводу опухолей центральной и периферической нервной системы. Учитывая отсутствие вышеуказанных национальных протоколов и стандартов медицинской помощи Минздрава России, новые стандарты формировались рабочими группами, укомплектованными ведущими специалистами в области нейрохирургии, неврологии, физических методов лечения, медицинской реабилитации, с учетом принципов и порядка разработки стандартов медицинской помощи:

— ГОСТ Р 1.4—2004. Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты организаций. Общие положения;

— ГОСТ Р 52600—2006. Протоколы ведения больных. Общие положения;

— ГОСТ Р 52623—2008. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения.

Стандарты разрабатывались для решения следующих задач:

— выбор оптимальных технологий МР для конкретного больного;

— защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;

— проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации, и планирования мероприятий по его совершенствованию;

— планирование объемов медицинской помощи;

— расчет необходимых затрат на оказание медицинской помощи;

— обоснование территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению.

Разработанные стандарты медицинской реабилитации имеют следующие разделы:

— модель пациента;

— перечень медицинских услуг основного и дополнительного ассортимента;

— перечень лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента;

— стандартные операции и процедуры по выполнению требований стандарта;

— возможные исходы для каждой модели с учетом каждого этапа диагностики и лечения, временных параметров достижения исхода;

— оценка качества медицинской помощи больным, помощь которым оказывается в соответствии с данными стандартами, и оценка объемов выполнения стандарта.

В перечнях диагностических и лечебных медицинских услуг для каждой модели указывались:

— код медицинской работы (услуги) согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;

— наименование медицинской работы (услуги) согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;

— частота предоставления услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данному плану (для основного перечня составляет 1,0, т. е. 100 %);

— кратность оказания услуги каждому пациенту, т. е. количество услуг в среднем на одного больного;

**ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОНЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА, В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЕВ**

*Учебно-методическое пособие для студентов,
клинических ординаторов, врачей*

Под редакцией В. И. Захарова

Редактор *Косенко О.В.*

Корректор *Полушкина В.В.*

Компьютерная верстка *Саватеевой Е.В.*

Подписано в печать 14.11.2016. Формат 60 × 88^{1/16}.

Печ. л. 14. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».

190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.

Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12

<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в ГП ПО «Псковская областная типография»
180004, г. Псков, ул. Ротная, д. 34

ISBN 978-5-299-00762-6



9 785299 007626