

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	11
Список сокращений и условных обозначений	14
Глава 1. Основы медицинской реабилитации	16
1.1. Здоровье и болезнь (<i>А.Н. Разумов</i>)	16
1.1.1. Основные понятия	16
1.1.2. Средства укрепления здоровья	24
1.1.3. Режим человека	26
1.1.4. Качество жизни	27
1.2. Основы медико-социальной реабилитации (<i>М.С. Петрова, В.А. Епифанов</i>)	29
1.2.1. Цели, задачи, предмет реабилитации	29
1.2.2. Принципы и основные направления реабилитации	30
1.2.3. Виды реабилитации	32
1.2.4. Реабилитационная необходимость, способность и прогноз (потенциал)	35
1.2.5. Организация медицинской реабилитации	37
1.2.6. Оценка степени восстановления	42
Глава 2. Санаторно-курортное лечение (<i>А.Н. Разумов, М.С. Петрова</i>)	43
2.1. Санаторно-курортная помощь	43
2.2. Порядок организации санаторно-курортного лечения	44
2.3. Санаторно-курортное лечение и санаторно-курортный режим	45
2.4. Курортные факторы	47
2.4.1. Лечебная физическая культура	48
2.4.2. Физиотерапия	52
2.4.3. Диетическое питание	54
2.5. Курортная терапия (<i>М.С. Петрова, И.И. Иванова</i>)	57
2.5.1. Климатотерапия	57
2.5.2. Бальнеотерапия	67
2.6. SPA-технологии	73
2.7. Критерии эффективности санаторно-курортного лечения	75
Глава 3. Методы исследования физического развития (<i>В.А. Епифанов, А.В. Епифанов</i>)	77
3.1. Цель и задачи врачебного контроля в процессе медицинской реабилитации	77
3.2. Исследование и оценка физического развития	79
3.3. Соматоскопия	79
3.4. Антропометрия	88
3.4.1. Измерение длины и окружности конечностей	89
3.4.2. Исследование мышечной системы	92
3.4.3. Исследование суставов	93

3.4.4. Исследование позвоночного столба	96
3.4.5. Исследования стопы	97
3.4.6. Методы клинического анализа движений	99
3.4.7. Исследование мышечной системы	99
3.4.8. Оценка состава тела	103
3.4.9. Оценка целенаправленных движений	104
3.4.10. Метод индексов	104
3.4.11. Количественная оценка физического здоровья (по Г.Л. Апанасенко)	107
Глава 4. Исследование физической работоспособности <i>(А.В. Епифанов, В.А. Епифанов)</i>	110
4.1. Понятие физической работоспособности	110
4.1.1. Резервы физической работоспособности.	113
4.2. Стандартизация тестов.	113
4.3. Виды нагрузок	114
4.4. Измерение нагрузок	114
4.5. Методы дозирования нагрузок	115
4.6. Организация тестирования и меры предосторожности	116
4.7. Функциональные пробы с физической нагрузкой	118
4.7.1. Неспецифические функциональные пробы	119
4.7.2. Пробы со специфическими нагрузками циклического характера	124
4.7.3. Другие методы оценки физической работоспособности.	140
Глава 5. Лечебная физическая культура (В.А. Епифанов)	145
5.1. Кинезитерапия	145
5.2. Особенности метода лечебной физической культуры	146
5.2.1. Общая характеристика метода лечебной физической культуры	146
5.2.2. Механизмы лечебного применения физических упражнений.	150
5.2.3. Средства лечебной физической культуры	153
5.2.4. Формы и методы лечебной физической культуры	160
5.2.5. Дозирование физической нагрузки.	165
5.2.6. Двигательный режим	166
5.3. Методы, используемые в лечебной физической культуре.	173
5.3.1. Метод коррекции	173
5.3.2. Метод лечения положением (постуральные положения, позиционирование)	174
5.3.3. Метод аутогенной тренировки.	174
5.3.4. Физические упражнения в воде	174
5.3.5. Тракционная терапия	178
5.3.6. Механотерапия (тренажеры)	178
5.3.7. Метод проприоцептивного нейромышечного облегчения.	181
5.3.8. Метод лечения с использованием рефлексов (Бобат-терапия)	183
5.3.9. Метод сестры Элизабет Кенни (E. Kenny).	183

5.3.10. Иппотерапия и дельфинотерапия как особые формы лечебной физической культуры	183
5.3.11. Миофасциальный релиз	185
5.3.12. Ортезирование	188
5.3.13. Упражнения с использованием ортопедической опоры	190
5.3.14. Роботизированная механотерапия в реабилитации двигательной функции	195
5.3.15. Пилатес	199
5.3.16. Кинезиотейпирование	200
5.4. Эрготерапия (трудотерапия)	202
Глава 6. Массаж (А.В. Епифанов)	205
6.1. Общая характеристика	205
6.2. Лечебный (классический) массаж	205
6.2.1. Физиологическое действие лечебного массажа	205
6.2.2. Показания к назначению массажа (самомассажа)	209
6.2.3. Противопоказания к назначению массажа (самомассажа)	211
6.2.4. Основные и вспомогательные приемы лечебного массажа	213
6.3. Сегментарно-рефлекторный массаж	219
6.3.1. Основные и вспомогательные приемы сегментарно-рефлекторного массажа	220
6.4. Точечный массаж	221
6.4.1. Физиологическое действие точечного массажа	222
6.4.2. Методика проведения точечного массажа	224
6.5. Спортивный массаж	226
6.5.1. Виды спортивного массажа	227
6.6. Косметический массаж	228
6.7. Аппаратный массаж	230
6.7.1. Вибромассаж	230
6.7.2. Прессотерапия	230
6.7.3. Баночный массаж	231
6.7.4. Гидротерапия	232
6.8. Самомассаж	234
Глава 7. Физиотерапия (И.И. Глазкова)	236
7.1. Влияние естественных и преформированных физических факторов на организм человека	237
7.2. Классификация лечебных физических факторов	237
7.3. Общие принципы применения лечебных физических факторов	242
7.4. Основные методики физиотерапии	243
7.5. Совместимость различных физиотерапевтических процедур	244
7.6. Противопоказания к назначению физиотерапии	245
Глава 8. Мануальная терапия (В.А. Епифанов)	247
8.1. Основные понятия мануальной терапии	247
8.2. Принципы мануальной терапии	249
8.3. Терапевтические приемы	249
8.3.1. Методы мышечной релаксации	250
8.3.2. Мобилизационная и манипуляционная техники	250

8.3.3. Показания к назначению мануальной терапии	255
8.3.4. Противопоказания к мануальной терапии	255
Глава 9. Психотерапия (М.С. Петрова, В.А. Епифанов)	257
9.1. Виды психотерапии	257
9.1.2. Психотерапевтический подход	257
9.1.3. Специфическая психотерапия	258
9.2. Психологические факторы	258
9.3. Психотерапевтические воздействия	260
9.4. Методы оценки психологического статуса больного	263
Глава 10. Реабилитация больных с заболеваниями	
сердечно-сосудистой системы (И.Н. Макарова)	264
10.1. Средства и методы медицинской реабилитации	264
10.1.1. Лечебная физическая культура	264
10.2. Ишемическая болезнь сердца	270
10.3. Инфаркт миокарда	273
10.3.1. Стационарный период реабилитации.	273
10.3.2. Постстационарный период реабилитации.	276
10.4. Артериальная гипертензия	278
10.5. Артериальная гипотензия	279
10.6. Хроническая артериальная недостаточность	280
10.7. Хроническая венозная недостаточность	281
10.8. Основные принципы питания для профилактики	
сердечно-сосудистых заболеваний	283
10.9. Физиотерапия	287
10.9.1. Физиотерапия при ишемической болезни сердца	287
10.9.2. Физиотерапия артериальной гипертензии.	292
10.9.3. Физические методы лечения артериальной гипотензии	292
10.9.4. Физиотерапия облитерирующих заболеваний	
артерий нижних конечностей.	292
10.9.5. Физиотерапия хронической венозной недостаточности.	293
10.10. Массаж	294
Глава 11. Медицинская реабилитация больных	
с заболеваниями органов дыхания (И.И. Глазкова)	295
11.1. Клинико-физиологическое обоснование применения средств	
реабилитации при заболеваниях органов дыхания	295
11.1.1. Анатомо-физиологические особенности	
дыхательной системы.	295
11.2. Основные патофизиологические синдромы	
нарушения функции дыхания	298
11.3. Средства медицинской реабилитации при патологии	
органов дыхания.	302
11.3.1. Дыхательные упражнения.	302
11.3.2. Звуковая гимнастика	309
11.3.3. Физические упражнения в бассейне.	309
11.3.4. Массаж	310
11.3.5. Мануальная терапия	311

11.3.6. Физические тренировки	313
11.3.7. Физиотерапия	313
11.3.8. Рефлексотерапия	315
11.3.9. Психотерапия	316
11.3.10. Диетотерапия	317
11.3.11. Фитотерапия	318
11.3.12. Современные восточные дыхательные системы.	319
11.3.13. Санаторно-курортное лечение.	320
11.3.14. Оценка эффективности реабилитации.	320
11.4. Медицинская реабилитация при острой пневмонии	321
11.5. Медицинская реабилитация при хронической обструктивной болезни легких	322
11.5.1. Медицинская реабилитация при бронхиальной астме	322
11.5.2. Медицинская реабилитация при хроническом обструктивном бронхите.	324
Глава 12. Физическая реабилитация лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (М.С. Петрова, В.А. Енифанов)	326
12.1. Клинические варианты и проявления COVID-19.	326
12.2. Стационарный этап реабилитации	327
12.2.1. Этапы реабилитации в стационаре	328
12.3. Санаторно-курортный этап реабилитации (третий этап)	339
12.3.1. Оздоровительные тренировки	340
12.3.2. Массаж	344
12.3.3. Физиотерапия	345
12.3.4. Психотерапия	345
12.3.5. Диетотерапия	345
12.4. Постковидный синдром.	345
Глава 13. Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями органов пищеварения (И.Н. Макарова)	349
13.1. Лечебная физическая культура. Влияние физических упражнений на организм	350
13.2. Физиотерапия при заболеваниях органов пищеварения	352
13.3. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях органов пищеварения.	352
13.4. Медицинская реабилитация при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастрите.	353
13.4.1. Лечебная физическая культура	354
13.4.2. Физиотерапия	355
13.4.3. Санаторно-курортное лечение.	355
13.4.4. Диетотерапия	355
13.4.5. Психотерапия	356
13.5. Медицинская реабилитация при функциональных кишечных нарушениях.	356
13.5.1. Лечебная физическая культура	357
13.5.2. Массаж	358
13.5.3. Психотерапия	359

13.5.4. Диетотерапия	359
13.5.5. Физиотерапия	360
13.6. Лечебная физическая культура и массаж при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.	360
13.7. Медицинская реабилитация при опущении внутренних органов.	362
Глава 14. Медицинская реабилитация при болезнях эндокринной системы и нарушениях обмена веществ (В.А. Епифанов)	364
14.1. Метаболический синдром	364
14.1.1. Основные составляющие метаболического синдрома.	364
14.1.2. Клиническая картина и диагностика метаболического синдрома.	366
14.1.3. Лечение метаболического синдрома.	368
14.2. Ожирение	371
14.2.1. Этиология и классификация	371
14.2.2. Клинические симптомы ожирения.	373
14.2.3. Программа восстановительного лечения.	374
14.3. Сахарный диабет.	379
14.3.1. Классификация сахарного диабета	379
14.3.2. Клинические симптомы	380
14.3.3. Программа восстановительного лечения	381
14.3.4. Синдром диабетической стопы	388
Глава 15. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии	394
15.1. Нейрореабилитация (М.С. Петрова)	394
15.1.1. Цель, задачи и этапы нейрореабилитации.	394
15.1.2. Особенности применения лечебной физической культуры в неврологии и нейрохирургии.	396
15.2. Нарушение мозгового кровообращения (В.А. Епифанов, А.В. Епифанов)	397
15.2.1. Определение инсульта, этапы физической реабилитации	397
15.2.2. Компенсаторно-восстановительное лечение в отделении интенсивной терапии	398
15.2.3. Компенсаторно-восстановительное лечение в палатах ранней реабилитации неврологического отделения стационара	409
15.2.4. Компенсаторно-восстановительное лечение на амбулаторно- поликлиническом и санаторном этапах реабилитации.	421
15.2.5. Физиотерапия (И.И. Иванова)	424
15.3. Черепно-мозговая травма (А.В. Епифанов)	432
15.3.1. Терминология, этиология и классификация черепно-мозговой травмы.	432
15.3.2. Восстановительное лечение	433
15.4. Позвоночно-спинномозговая травма (В.А. Епифанов)	440
15.4.1. Этиология, механизмы повреждения, классификация позвоночно-спинномозговой травмы.	440
15.4.2. Оценка неврологического статуса пострадавшего	442
15.4.3. Этапы оказания специализированной медицинской помощи при травме спинного мозга	444

15.5. Боль в спине (<i>В.А. Епифанов, М.С. Петрова</i>)	456
15.5.1. Болевые синдромы в шейном отделе, плечевом поясе и верхних конечностях	457
15.5.2. Болевые синдромы в пояснично-крестцовом отделе и нижних конечностях	463
Глава 16. Медицинская реабилитация в хирургии (<i>К.В. Котенко, Н.Б. Корчажкина, А.А. Михайлова</i>)	473
16.1. Хирургические заболевания системы кровообращения	473
16.1.1. Кардиореабилитация	473
16.1.2. Медицинская реабилитация при хирургических вмешательствах по поводу пороков сердца	473
16.1.3. Медицинская реабилитация при аортокоронарном шунтировании	476
16.2. Хирургические заболевания органов дыхания	480
16.2.1. Врожденные и приобретенные пороки развития bronхолегочной системы	480
16.2.2. Лечебная физическая культура при оперативных вмешательствах на легких	480
16.3. Лечебная физическая культура при оперативных вмешательствах на органах пищеварения	486
16.3.1. Методы оперативного вмешательства на органах пищеварения	486
16.3.2. Средства и формы лечебной физической культуры	487
Глава 17. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата (<i>В.А. Епифанов, А.В. Епифанов</i>)	492
17.1. Медицинская реабилитация при повреждениях опорно-двигательного аппарата	492
17.1.1. Травматическая болезнь	492
17.1.2. Переломы костей	493
17.1.3. Переломы хирургической шейки плеча	497
17.1.4. Вывихи	501
17.1.5. Растяжения и разрывы связочного аппарата коленного сустава	503
17.1.6. Повреждение пяточного (ахиллова) сухожилия	511
17.1.7. Неосложненные повреждения позвоночника	512
17.1.8. Массаж при повреждениях опорно-двигательного аппарата	519
17.2. Медицинская реабилитация при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	521
17.2.1. Болезнь Бехтерева	521
17.2.2. Сколиоз	523
17.2.3. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов	533
Глава 18. Физическая реабилитация в гинекологии и акушерстве	544
18.1. Физическая реабилитация в гинекологии (<i>Н.Б. Корчажкина, В.А. Епифанов</i>)	545

18.1.1. Воспалительные заболевания органов малого таза	545
18.1.2. Физическая реабилитация при гормонозависимых состояниях женских половых органов	548
18.1.3. Физическая реабилитация при аномальных положениях матки	549
18.1.4. Физическая терапия при трубно-перитонеальном бесплодии	551
18.1.5. Физическая реабилитация после хирургических вмешательств.	552
18.2. Физические упражнения в акушерстве	556
18.2.1. Физические упражнения, подготавливающие женщину к активному участию в родах	557
18.2.2. Физические упражнения при беременности, осложненной заболеваниями сердечно-сосудистой системы	563
18.2.3. Массаж в период беременности.	565
18.2.4. Санаторно-курортное лечение беременных	567
18.2.5. Физические упражнения в родах	568
18.2.6. Физические упражнения в послеродовом периоде	569
18.2.7. Закаливание.	570
Глава 19. Физическая реабилитация в педиатрии (<i>М.А. Хан, И.В. Погонченкова, Е.Л. Вахова, Е.М. Тальковский</i>).	571
19.1. Особенности лечебной физической культуры и массажа у детей	571
19.1.1. Лечебная физическая культура в педиатрии	571
19.1.2. Массаж в педиатрии.	583
19.2. Новые технологии лечебной физической культуры в педиатрии.	589
19.2.1. Войта-терапия.	589
19.2.2. Бобат-терапия	589
19.2.3. Артикуляционная гимнастика по методу Кастильо Моралеса.	593
19.2.4. Фитбол-гимнастика	594
19.2.5. Виброплатформа Galileo	598
19.2.6. Метод биологической обратной связи	599
19.2.7. Пассивные подвесные системы	600
19.3. Физическая реабилитация детей с различными заболеваниями.	600
19.3.1. Физическая реабилитация детей с заболеваниями органов дыхания (<i>М.А. Хан, Н.А. Лян</i>).	600
19.3.2. Физическая реабилитация детей с травмой позвоночника (<i>М.А. Хан, Е.Л. Вахова</i>).	617
19.3.3. Физическая реабилитация детей с заболеваниями мочевой системы (<i>М.А. Хан, Е.В. Новикова</i>)	623
19.3.4. Физическая реабилитация детей с заболеваниями органов пищеварения (<i>М.А. Хан, Е.М. Тальковский</i>)	633
19.3.5. Физическая реабилитация детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (<i>М.С. Петрова, М.А. Хан, Н.А. Микитченко</i>)	640
Список литературы	655
Предметный указатель	658

Глава 1

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

1.1.1. Основные понятия

Болезнь и здоровье — две основные формы жизненного процесса. Состояния здоровья и болезни могут много раз переходить друг в друга на протяжении индивидуальной жизни человека. Еще Аристотель считал здоровье и болезнь двумя качественно отличными категориями.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье не только как отсутствие болезней и физических дефектов, но и как состояние физического, духовного и социального благополучия. Кроме того, необходимо рассматривать здоровье как многокомпонентный динамический процесс. Выделяют следующие компоненты здоровья.

- ▶ **Соматическое здоровье** — текущее состояние органов и систем организма, в основе которого лежит биологическая программа развития, действующая через универсальные базовые потребности.
- ▶ **Физическое здоровье** (физическое благополучие) — оптимальный уровень развития морфофункциональных возможностей органов и систем организма, обеспечивающий приспособительные реакции:
 - отсутствие каких-либо нарушений в строении тела и функционировании систем организма;
 - параметры, отражающие физическую работоспособность и переносимость физических нагрузок;
 - активное отношение к занятиям физической культурой и спортом, внимательное отношение к своему самочувствию.
- ▶ **Психическое здоровье** — оптимальное состояние психической сферы, связанное с полноценным развитием высших психических функций человека. Такое состояние обусловлено полноценным развитием на всех его этапах и определяется как биологическими, так и социальными потребностями, а также возможностями развития личности.
- ▶ **Психологическое здоровье** — совокупность интересов человека, касающаяся возможности самореализации, проявления инициативы, активности.
- ▶ **Нравственное здоровье** — комплекс характеристик жизнедеятельности человека, относящихся к мотивационной и потребностно-информативной сферам и определяющих его поведение, систему ценностей.

▶ **Репродуктивное здоровье** — состояние благополучия во всех вопросах, касающихся функций и процессов репродуктивной системы.

С медико-социальной точки зрения рассматривают здоровье:

- ▶ индивидуальное;
- ▶ групповое;
- ▶ региональное;
- ▶ общественное (здоровье населения, здоровье популяции).

Здоровьесбережение — это переход к новой триединой парадигме:

- ▶ **здоровье для здоровых** — предупреждение негативных последствий стресса с помощью современных антистрессорных, восстановительных и адаптационных программ для решения превентивных медицинских, спортивных, военных, социальных и экономических проблем;
- ▶ **здоровье для больных** — оказание доступной высокотехнологичной медицинской помощи с использованием современных антистрессорных и адаптационных программ для лечения заболеваний с последующей реабилитацией;
- ▶ **здоровье для выздоравливающих** — использование современных антистрессорных, санаторно-курортных, восстановительных и адаптационных программ для ускорения восстановления и полного возвращения состояния здоровья, особенно при пандемиях.

Здоровье — это временное равновесие между всеми повреждающими факторами и реакциями защиты организма, когда полноценная работа всех метаболических, адаптационных и иммунных реакций оптимально поддерживает общую резистентность (сопротивляемость) организма, обеспечивая постоянство внутренней среды в противостоянии патогенным факторам. Именно эти реакции определяют общий уровень здоровья.

- ▶ Необходимость работы со всеми морфологическими уровнями организма от элементарного до коркового (полиморфизм¹).
- ▶ Рассмотрение человека в качестве открытой термодинамической системы.

Базовая роль в этом отводится восстановительной медицине, призванной исполнять следующие специфические функции:

- ▶ оценку функциональных возможностей адаптации организма к тем конкретным нагрузкам, в условиях которых человеку приходится работать;
- ▶ управление способностью организма восстанавливать свои резервы адаптации в отведенное трудовым регламентом время;
- ▶ выявление преморбидных состояний, то есть нарушений гомеостатических и компенсаторных механизмов, когда биохимические, морфологические и функциональные сдвиги, предшествующие появлению выраженных симптомов и признаков заболевания, полностью обратимы;

¹ Полиморфизм в медицине и биологии — комплекс защиты организма на всех структурных уровнях: физических, биологических, физиологических, когда нормальные реакции каждого уровня совокупно и интегрально формируют ресурсы и уровень здоровья в целом, обеспечивают процессы жизнедеятельности и выздоровления (А.Н. Разумов, М.И. Фомин).

- ▶ применение природных и биогенных материалов для восполнения иммунологических, гормональных, ферментативных и прочих резервов адаптации, повышение уровня здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности, а также в результате болезни, путем использования преимущественно методов нелекарственной терапии.

В методологическом плане понимание термина «резервные возможности организма» может рассматриваться как анализ состояния его основных регуляторных и метаболических систем, обеспечивающих поддержание гомеостаза за счет согласованности основных обменных процессов, адекватную компенсаторную и защитную реакцию организма в ответ на возмущающее действие факторов внешней среды. Таким образом, предложенная система восстановления направлена на повышение компенсаторных функций организма и самоуправления здоровьем, развитие механизмов стрессоустойчивости.

Адаптационная медицина

Профилактика и лечение заболеваний с помощью адаптации организма к факторам среды или метаболитов стресс-лимитирующих систем — принципиально новые направления современной медицины, составляющие **абсолютно российский приоритет**.

Адаптационные возможности организма (способность к уравниванию с окружающей средой) — одно из фундаментальных свойств живой системы.

Здоровье как определенный уровень адаптационных возможностей организма (адаптоспособность, или адаптационный потенциал) включает и понятие гомеостаза, который следует рассматривать в качестве конечного результата деятельности многочисленных функциональных систем, как целевую функцию многоуровневого иерархического управления в организме.

Восстановление здоровья человека в первую очередь должно основываться на восстановлении нормального функционирования центра регуляции всего организма — ствола головного мозга, от нормальной работы которого зависит управление всеми внутренними процессами организма (гомеостазом, функциями сердечно-сосудистой системы и пр.), а следовательно, и уровень общего здоровья организма.

В основе этого подхода лежит «элевационная теория старения» В.М. Дильмана, согласно которой механизм старения начинает свою работу с постоянного возрастания порога чувствительности гипоталамуса (как части «центрального регулятора» организма — ствола головного мозга) к уровню гормонов в крови, в результате чего увеличивается их концентрация, и возникают различные формы патологических состояний, в том числе характерные для старческого возраста хронические неинфекционные заболевания (ожирение, сахарный диабет (СД), атеросклероз, гипертония, аутоиммунные заболевания и пр.), приводящие к старению организма и к его смерти.

Основное место образования новых адаптационных программ у человека — кора больших полушарий при участии таламических и гипоталамических структур

Уровни здоровья

На основе представлений об адаптации и гомеостазе предложен ряд классификаций уровней здоровья, одна из которых включает четыре градации.

- ▶ Удовлетворительная адаптация организма к условиям окружающей среды, достаточные функциональные возможности организма.
- ▶ Состояние напряжения адаптационных механизмов.
- ▶ Неудовлетворительная адаптация организма к условиям окружающей среды, снижение его функциональных возможностей.
- ▶ Срыв адаптации (полом адаптационного механизма), резкое снижение функциональных возможностей организма.

Адаптационный потенциал

Представленная классификация функциональных состояний одновременно служит и шкалой для измерения адаптационного потенциала, который определяется не столько уровнем активности функциональных систем, сколько их функциональными резервами и степенью напряжения регуляторных систем.

Степень напряжения при этом может быть охарактеризована показателями вегетативного гомеостаза, а также иммунобиохимическими параметрами метаболизма и его регуляции.

При этом оценка функционального состояния не является самоцелью, а лишь обосновывает выбор адекватных способов его коррекции (оздоровления).

Безусловная прерогатива здоровьесбережения здорового человека от пренатального периода и до преклонного возраста отводится методам профилактики, восстановительного и санаторно-курортного лечения.

Выделяют следующие **факторы**, оказывающие наибольшее влияние на формирование культуры здоровья у лиц разных возрастных групп.

- ▶ **Социальные и культурные.** Среди лиц интеллектуальных профессий в 2 раза больше тех, кто занимается оздоровительной физкультурой или имеет другую физическую нагрузку в свободное время, чем среди неквалифицированных рабочих или экономически неактивных людей (возраст старше 40–45 лет).
- ▶ **Педагогические.** Влияние накладывается на образ «культуры здоровья», уже сформированный культурной и социальной средой. Известно, что эффективное образование в области культуры здоровья может привести к изменению образа мыслей, правильной оценке и переоценке негативных жизненных ценностей, появлению необходимых навыков и в результате сформировать или изменить не только поведение, но и стиль жизни в целом.
- ▶ **Медико-физиологические** — уже существующие факторы, в частности у пожилых людей, режим двигательной активности, режим дня, оздоровительные мероприятия, организация физического воспитания, то есть опыт человека в области культуры здоровья и его привычки.

На уровень и состояние здоровья человека оказывает влияние множество факторов:

- ▶ биологические, психологические свойства человека (наследственность, конституциональные особенности и др.);
- ▶ природные условия (климат, флора, фауна и др.);
- ▶ состояние экологии;
- ▶ социально-экономические, политические условия, действующие в той или иной стране;
- ▶ уровень развития здравоохранения, степень подготовленности и квалификации медицинских кадров.

Факторы риска могут быть **первичными**, действующими изначально и способствующими нарушению здоровья; **вторичными**, которые выступают провоцирующими для развития заболеваний; **третичными** и т.д. Выделяют также первичные большие факторы риска — курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, психоэмоциональный стресс. К числу вторичных больших факторов риска относят СД, артериальную гипертензию (АГ), ревматизм, аллергию, иммунодефицит и др.

Факторы риска создают неблагоприятный фон и тем самым способствуют возникновению и развитию заболеваний (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Факторы, обуславливающие здоровье и риски

Фактор, определяющий здоровье (удельный вес, %)	Группа факторов риска
Образ жизни (49–53)	Курение, употребление алкоголя, наркотиков, несбалансированное питание, стресс, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, злоупотребление лекарствами, одиночество, низкий культурный уровень, низкий уровень образования, высокий уровень урбанизации и др.
Генетика, биология человека (18–22)	Предрасположенность к наследственным, дегенеративным болезням
Внешняя среда (17–20)	Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воздуха и воды, загрязнение почвы; резкие смены атмосферных явлений; повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения
Здравоохранение (8–10)	Неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество, малая доступность и несвоевременность оказания медицинской помощи

Теория факторов риска в обусловленности отклонений со стороны здоровья позволила выдвинуть концепцию создания здоровья (*promotion of health*), состоящую из двух фаз:

- ▶ фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска;
- ▶ фазы создания здоровья, его формирования (собственно «*promotion*»).

Вторую фазу реализовать гораздо труднее, так как она подлинно **профилактическая**, основана на недопущении факторов риска и непосредственных причин заболеваний. Более того, это фаза развития, укрепления здоровья здоровых людей — фаза саногенеза (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Фазы формирования здоровья (Лисицын Ю.П., 1988)

Фаза I (преодоление факторов риска)	Фаза II (формирование факторов здоровья)
Низкая социальная и медицинская активность. Низкая общая и гигиеническая культура	Высокая социальная и медицинская активность. Высокий уровень общей и гигиенической культуры, социального оптимизма
Низкая трудовая активность. Неудовлетворенность трудом. Психоэмоциональный стресс. Пассивность, апатия, психологический дискомфорт, депрессия и др.	Высокая трудовая активность. Удовлетворенность трудом. Физический и душевный комфорт. Гармоничное развитие физических, психических, интеллектуальных способностей и др.
Загрязнение окружающей среды. Низкая экологическая активность	Оздоровление окружающей среды. Высокая экологическая активность, экологически грамотное поведение
Низкая физическая активность, гиподинамия	Высокая физическая активность
Нерациональное, несбалансированное питание	Рациональное, сбалансированное питание
Злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, токсичных веществ	Отсутствие вредных привычек
Напряженность семейных отношений, неустроенность быта	Дружные семейные отношения, обустроенность быта

Здоровье и болезнь, представляя собой процесс приспособления (адаптацию), существенно различаются тем, что в первом случае адаптация осуществляется в рамках нормы реакции, во втором — при суженной норме реакции. Различия больше связаны с количественным критерием. Например, наличие хорошего здоровья не исключает какого-либо дефекта в организме, и наоборот.

Предболезнь — это латентный (скрытый) период болезни, или стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания. Начало болезни выражает процесс первичного воздействия болезнетворных причин на организм и его защитные реакции. Защитные реакции могут прекратить во многих случаях возникновение расстройств и не допустить развития клинических признаков заболевания. Начальный период при разных видах болезни может быть очень коротким (например, механическая травма, острое отравление) или очень длинным (болезни обмена веществ, опухоли). Однако для большинства известных в настоящее время болезней время наступления и продолжительность предболезни определить трудно. Они могут изменяться индивидуально при одном и том же заболевании (например, при гипертонической болезни или инфаркте миокарда), при некоторых вирусных болезнях, варьируя в широких пределах.

Слово «болезнь» происходит от слова «боль». Р. Вирхову (1821–1902) принадлежит самое краткое из известных определений болезни — «жизнь при ненормальных условиях». Первичный и основной процесс в развитии каждой болезни — повреждение, дезорганизация структур и функций организма; все реактивные, защитные, приспособительные процессы вторичны и развиваются вслед за повреждением в результате того или иного болезнетворного воздействия на организм.

Различают внешние и внутренние причины болезней:

- ▶ **внешние причины** — механические, физические, химические, биологические и социальные факторы;
- ▶ **внутренние причины** — наследственность, конституция, возраст, пол.

Следует отметить, что формирование внутренних причин в процессе эволюции складывается также в тесном взаимодействии с внешней средой.

Каждая болезнь развивается в течение некоторого времени (большего или меньшего). Одни болезни протекают очень быстро, другие развиваются медленно. В развитии болезни различают три следующие стадии.

- ▶ **Начало болезни** — латентный период развития болезни (предболезнь).
- ▶ Стадия **собственно болезни**.
- ▶ **Исход болезни** — выздоровление (полное и неполное); затягивание болезни или переход в хроническую форму; летальный исход.

Выздоровление — процесс восстановления нарушенных функций больного организма и его приспособления к существованию в окружающей среде. Для человека как социального существа основной критерий выздоровления — возвращение к трудовой деятельности. Выздоровление в этом смысле называют **реабилитацией** (от лат. *re* — снова, *abilitas* — годность). При этом имеется в виду как возвращение выздоровевшего человека к прежней трудовой деятельности, так и переквалификация его в связи с изменением состояния здоровья.

Различают выздоровление:

- ▶ **полное** — в организме не остается следов тех расстройств, которые были при болезни;
- ▶ **неполное** — есть следы болезни в виде различной степени нарушений функций определенных органов и их регуляции.

Одно из проявлений неполного выздоровления — **рецидив** (возврат) болезни. Механизмы выздоровления можно представить следующим образом:

- ▶ срочные, неустойчивые, «аварийные» защитно-компенсаторные процессы или реакции (секунды, минуты);
- ▶ относительно устойчивые защитно-компенсаторные механизмы умеренной длительности (фаза адаптации по Селье, «фаза закрепления» по А.И. Струкову);
- ▶ продолжительные и устойчивые защитно-компенсаторные процессы (месяцы, годы).

Оздоровление организма в доказательной медицине предполагает комплекс мер, направленных на повышение уровня физической культуры человека с помощью упражнений, двигательной активности, закаливающих процедур, чередования активного и пассивного отдыха, рационального питания.

Образ жизни и поведение человека, направленные на сохранение здоровья, благотворно на него влияющие, можно назвать **здоровым образом жизни**. Это понятие включает все элементы деятельности, направленной на охрану, улучшение и укрепление здоровья. Цель здорового образа жизни, по определению ВОЗ, — это уменьшение риска развития серьезных заболеваний или преждевременной смерти.

Основные факторы образа жизни, влияющие на здоровье человека, представлены на рис. 1.1.

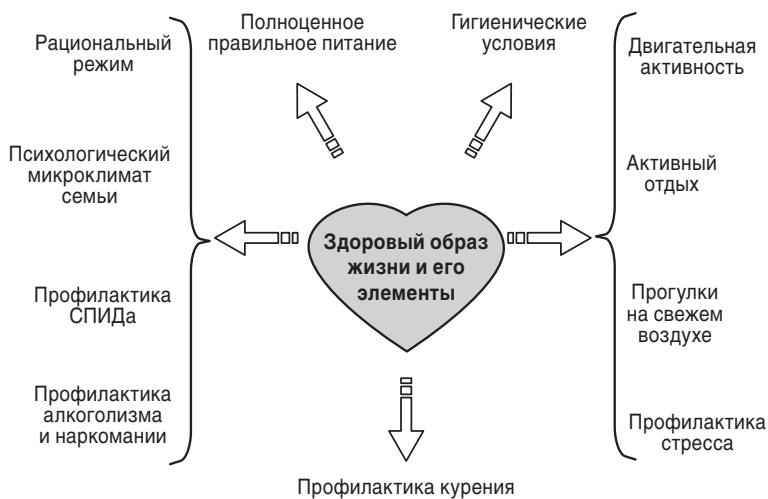


Рис. 1.1. Основные факторы образа жизни, влияющие на здоровье человека (по А.Н. Разумову)

Среди факторов образа жизни выделяют следующие основные факторы.

- ▶ **Физическая активность.** По данным ВОЗ, физическая активность способствует физическому, психическому и социальному здоровью и улучшает качество жизни пожилого человека. Физическую активность следует рассматривать как непрменный элемент профилактики хронических болезней, а также как основу здорового образа жизни.
- ▶ **Питание.** В настоящее время доказана связь пищевых факторов (особенно низкого потребления фруктов и овощей) с развитием сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.
- ▶ **Вредные привычки.** За счет прекращения курения, пересмотра рациона питания и увеличения уровня физической активности можно предупредить, например, не менее 75% случаев ишемической болезни сердца (ИБС).
- ▶ **Стресс.** Известно, что стресс связан с большой склонностью к ИБС, АГ и др. (рис. 1.2).

К ведущим факторам образа жизни взрослого населения относят:

- ▶ уровень образования;
- ▶ жизненную позицию;
- ▶ соответствие должности и места работы уровню образования;
- ▶ производственно-трудовую деятельность;
- ▶ морально-психологический климат на работе;
- ▶ физическое и психологическое состояние;
- ▶ физическую активность;
- ▶ морально-психологическую обстановку в семье.

Все население по уровню здоровья может быть распределено на следующие основные группы.

- ▶ Первая группа — здоровые люди.
- ▶ Вторая группа — практически здоровые люди, имеющие факторы риска.
- ▶ Третья группа — больные в стадии компенсации.
- ▶ Четвертая группа — больные в стадии декомпенсации.

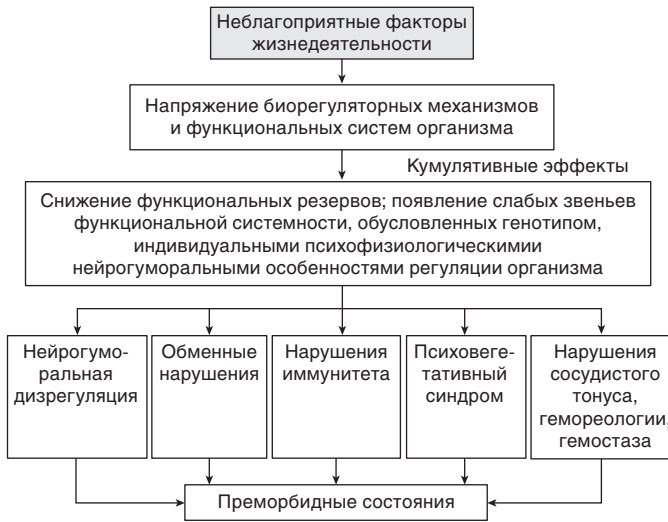


Рис. 1.2. Возникновение нарушений здоровья при стрессорных воздействиях (по А.Н. Разумову, В.И. Покровскому)

Среди **факторов здорового образа жизни** достаточно трудно выделить главные и второстепенные, так как только в комплексе они могут оказывать желаемый оздоровительный эффект, формировать и развивать здоровье человека. Тем не менее нельзя не выделить такой фактор образа жизни, как **двигательная активность** человека, его привычный двигательный режим, от особенностей которого в значительной степени зависит здоровье (а именно уровень и гармония физического развития, функциональное состояние организма) и по особенностям которого можно судить о морально-волевых и ценностно-мотивационных установках.

1.1.2. Средства укрепления здоровья

Активный двигательный режим

Людам, не имеющим хронических заболеваний, рекомендуется аэробная нагрузка (ходьба, бег, плавание, физические упражнения в режиме дня). При этом необходимо следить за частотой сердечных сокращений (ЧСС) до начала (в состоянии покоя) и во время выполнения нагрузки. Допустимое увеличение ЧСС — не более 70%. Например, если в состоянии покоя ЧСС составляла 70 в минуту, то во время занятий она не должна превышать 120 в минуту.

Физические упражнения

Физические упражнения необходимы для развития и нормального функционирования организма в течение всей жизни. Поддерживать высокую физическую подготовленность помогают регулярно выполняемые в режиме двигательной активности три основных вида упражнений:

- ▶ **аэробные** — для развития выносливости, совершенствования работы сердечно-сосудистой системы и органов дыхания;

- ▶ **на гибкость** — для сохранения и поддержания правильной осанки и подвижности в позвоночнике и суставах конечностей;
- ▶ **силовые** — для развития отдельных мышечных групп (они помогают выполнять повседневную работу, избегать травматизма и переутомления).

«Защитное» влияние занятий физическими упражнениями в соответствии с современными представлениями следует рассматривать как проявление важного оздоровительного эффекта — восстановления дефицита жизненно важных влияний двигательной активности. В условиях гиподинамии (снижение двигательной активности, например вследствие болезни, образа жизни и др.) формируется своеобразный порочный круг: двигательная недостаточность вызывает ослабление процессов обмена веществ и энергии, а это, в свою очередь, становится предпосылкой снижения функциональных возможностей организма и ускоренного развития старения.

Следующим звеном развивающихся изменений становится ухудшение способности воспринимать физические нагрузки, переносить их влияние. Это в еще большей мере уменьшает возможность выполнения физических нагрузок и, естественно, ведет к двигательной недостаточности (рис. 1.3).

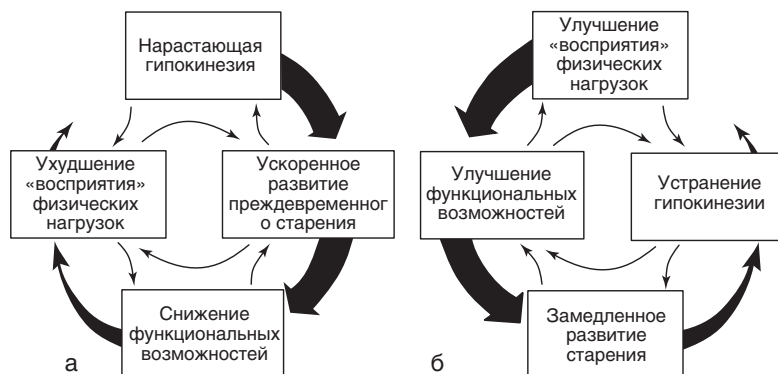


Рис. 1.3. Порочный круг двигательной недостаточности (а) и положительные изменения в организме, происходящие при устранении гипокинезии (б)

Оздоровительный бег

Оздоровительный бег относят к естественным движениям циклического характера (то есть движениям, при которых одинаковые по структуре действия стереотипно повторяются). Такие движения наиболее полезны для организма, они происходят в условиях, благоприятных для дыхания и кровообращения. Благодаря этому человек может выполнять достаточно длительную работу, прекрасно развивающую функциональные системы организма, прежде всего наиболее жизненно важные — сердечно-сосудистую и дыхательную.

Ходьба и бег

Ходьба и бег — классические образцы циклической мышечной деятельности, которая с физиологической точки зрения имеет некоторые особенности. Каждое элементарное движение, входящее в цикл, по механизму цепных рефлексов определяется предыдущим движением и обуславливает последующее.

Таким же образом связаны последовательные циклы — конец одного цикла подготавливает и запускает начало другого, что обеспечивает следование одного цикла за другим. Различают следующие виды ходьбы.

- ▶ **Обычная ходьба** улучшает обмен веществ, нормализует работу сердца, усиливает кровообращение, вентиляцию легких и остается одним из самых доступных средств укрепления здоровья.
- ▶ **Ускоренная ходьба** развивает мускулатуру, вырабатывает выносливость, настойчивость и другие волевые качества.
- ▶ **Дозированная ходьба** применяется для профилактики сердечно-сосудистых и других заболеваний; сопровождается меньшими энергозатратами, чем даже самый медленный бег. При регулярных занятиях дозированной ходьбой физическая работоспособность человека возрастает.
- ▶ **Скандинавская ходьба** — ходьба с использованием специальных палок. По сравнению с обычной ходьбой является более сложнокоординационным видом двигательной активности. Благодаря использованию палок, обеспечивающих вовлечение в движение большего количества мышц, чем при обычной ходьбе, беге и велоезде, повышается эффективность тренировок. За счет особой техники ходьбы осуществляется разгрузка суставов. Скандинавская ходьба используется не только в формате оздоровительной физической культуры, но и как средство медицинской реабилитации. Высокая эффективность скандинавской ходьбы показана в кардиореабилитации, реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и органов дыхания, при избыточной массе тела и ожирении, нарушении углеводного обмена и т.д.

1.1.3. Режим человека

Режим человека (суточный, недельный, годовой) рассматривают как обоснованную регламентацию различных видов его деятельности. Человек, привыкший в определенное время работать, принимать пищу, засыпать, отдыхать, заниматься физическими упражнениями, отличается, как правило, крепким здоровьем.

Выделяют следующие виды режима.

- ▶ **В суточном режиме** предусмотрены чередование труда и отдыха, приема пищи, занятия физическими упражнениями, общественная деятельность, достаточный сон. По силе воздействия физических нагрузок на организм человека условно выделяют:
 - режим № 1 — ограниченной физической нагрузки;
 - режим № 2 — выраженной физической нагрузки;
 - режим № 3 — усиленной физической нагрузки.
- ▶ **Недельный режим** появился вследствие социальных причин и стал необходимым условием жизни современного человека (часто с использованием целебных факторов природы).
- ▶ **Ежегодный режим** имеет цель предупредить хроническое утомление. Необходимо помнить, что работа и отдых — это две стороны единого процесса жизнедеятельности человека, а их чередование — верный путь повышения работоспособности и укрепления здоровья, профилактики тучности.

Физическая культура и спорт — мощные факторы воздействия на физическое развитие человека. Под категорией «физическая культура» подразумевают деятельность и ее результаты по обеспечению физической готовности людей к жизни. В качестве наиболее важных результатов физической культуры рассматривают здоровье, степень устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды, телосложение, состояние физиологических функций (в том числе двигательных), обеспечивающих определенный уровень развития физических качеств, двигательных навыков и умений, то есть **физического состояния человека**. Важнейшие социальные особенности физической культуры — связь с общественным производством, роль и место в системе воспроизводства, в системе научной организации труда.

Таким образом, физическая (двигательная) активность — это неотъемлемый и сложный комплекс поведения человека, зависящий от биологических и внешних факторов. Характерная особенность современного образа жизни, имеющая прогрессивную тенденцию, — это уменьшение объема двигательной активности (гипокинезия), снижение мышечных затрат (гиподинамия) в сочетании с нервно-психическими перегрузками. **Движение** — важнейшее свойство жизни. В настоящее время не известно более физиологичного метода стимуляции различных систем организма человека, чем мышечная деятельность. Она постоянно тренирует и совершенствует механизмы регуляции, направленные на восстановление функций различных органов и систем, а также уровня «дееспособности» человека в целом.

М.Р. Могендович сформулировал:

- ▶ в общебиологическом аспекте — концепцию кинезофилии;
- ▶ в физиологическом аспекте — теорию моторно-висцеральных рефлексов;
- ▶ в медицинском аспекте — принцип охранительного возбуждения.

Установлено, что двигательная активность — главный источник всей проприоцептивной афферентации с широкой зоной воздействия на вегетативную сферу по типу моторно-висцеральных рефлексов. Дефицит импульсов с любой афферентной системы (экстероцептивной и проприоцептивной) приводит к резкому ослаблению всей жизнедеятельности организма человека, характеризующемуся состоянием патологической дезактивации и астении, то есть может рассматриваться как экстремальный фактор. В то же время известно, что «вегетативный штиль» и отсутствие эмоций также не являются оптимальным состоянием организма. Именно активный двигательный режим и положительные эмоции — источники энергии для самозащиты организма на всех уровнях его жизнедеятельности: от поведенческого до клеточного, как в норме, так и при патологии.

1.1.4. Качество жизни

Согласно определению ВОЗ, **качество жизни** (англ. *quality of life*, сокращенно QOL; нем. *Lebensqualität*, сокр. LQ) — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными

факторами жизни человека, имеющими для него большое значение и на него влияющими. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Согласно мнению Организации Объединенных Наций (ООН), социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии.

В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

- ▶ физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- ▶ психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка);
- ▶ уровень независимости (повседневная активность, работоспособность);
- ▶ общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность);
- ▶ окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт).

Принципы измерения

Оценку качества жизни осуществляют с помощью специальных опросников, содержащих варианты стандартных ответов на стандартные вопросы, составленные для подсчета по методу суммирования рейтингов. При их составлении предъявляются весьма строгие требования. Общие опросники направлены на оценку здоровья населения в целом, независимо от патологии, а специальные — при конкретных заболеваниях.

Наиболее известные опросники для исследования качества жизни больных представлены ниже.

- ▶ Опросник качества жизни ВОЗ, ядерный модуль — ВОЗКЖ-100 (100 вопросов, 24 субсферы, 6 сфер, 2 интегральных показателя).
- ▶ Опросник качества жизни ВОЗ, специальный модуль психического здоровья — ВОЗКЖ-СМ (57 вопросов, 13 субсфер, 1 интегральный показатель).
- ▶ Краткая форма оценки здоровья — MOS SF-36 (от англ. Medical Outcomes Study-Short Form) — 8 шкал, 36 вопросов.
- ▶ Опросник оценки качества жизни Европейской группы изучения качества жизни (EUROQOL — EuroQOL Group).
- ▶ Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]).
- ▶ Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well-Being Index)
- ▶ Профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile) — 12 категорий, 136 вопросов.

- ▶ Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile) — 6 параметров оценки переживаний, 38 вопросов; 7 параметров оценки повседневной жизни, 7 вопросов.
- ▶ Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index [QWBI]).
- ▶ Опросник здоровья МакМастера (McMaster Health Index Questionnaire [МНИQ]).
- ▶ Опросник детского здоровья (Child Health Questionnaire [CHQ]).
- ▶ Опросник оценки качества жизни в педиатрии (PedsQL).
- ▶ Обобщенная шкала оценки качества жизни (Overall Quality of Life Scale).
- ▶ Индекс качества жизни (Quality of Life Index).

1.2. ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.2.1. Цели, задачи, предмет реабилитации

Термин «реабилитация» происходит от латинских слов *re*’ — восстановление и *habilis* — способность, то есть *rehabilis* — восстановление способности (свойств).

Реабилитация — это восстановление здоровья, функционального состояния и работоспособности организма, нарушенного болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Реабилитация (по ВОЗ) — совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций вследствие болезней, травм и врожденных дефектов приспособления к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут.

При этом, если **абилитацию** рассматривают как совокупность мероприятий, применяемых для становления и развития физического, личностного и социального статуса пациентов при врожденных и приобретенных в раннем детстве патологических состояний, то **реабилитация** трактуется с позиций восстановления (возвращения к исходному состоянию) физического, личностного и социального статуса при заболеваниях, возникших у пациентов остальных возрастных групп.

Цели реабилитации

- ▶ Эффективное и раннее возвращение пациентов и инвалидов к трудовым и бытовым процессам, в общество.
- ▶ Восстановление личностных свойств человека, духовного и психологического статуса.

Задачи реабилитации

- ▶ Полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата.
- ▶ Развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.
- ▶ Восстановление бытовых возможностей.
- ▶ Предупреждение развития патологических процессов, то есть осуществление мер вторичной профилактики.

Лечебные мероприятия отличаются от реабилитационных.

- ▶ **Задачи лечебных мероприятий** заключаются в попытке ликвидации этиологического фактора, раскрытии патогенетических механизмов и построении патогенетического лечения, стремлении к восстановлению нарушенных заболеванием функций или, при невозможности излечения, в попытке уменьшения проявлений заболевания, борьбе с возможными осложнениями и прогрессированием болезни. Конечная цель лечения — достичь выздоровления или улучшения состояния, уменьшения проявлений заболевания, его симптомов до той степени, при которой пациент ощущает себя либо здоровым, либо способным вести привычный для себя образ жизни, не испытывая при этом дискомфортных ощущений.
- ▶ **Задача реабилитации больных и инвалидов** состоит в том, чтобы с помощью системы координированно проводимых мероприятий медицинского, психологического, социального плана максимальное количество пациентов с различными заболеваниями и повреждениями восстановили свой статус настолько, чтобы по возможности избежать инвалидности или иметь наименьшую степень снижения трудоспособности, быть интегрированными в общество с достижением максимально возможной социальной и экономической независимости.

Главное же, что объединяет реабилитацию и лечение, — это личность больного как высший уровень интеграции жизнедеятельности. Важным различием концепций реабилитации и лечения выступает «конечная точка». Вместе с тем лечение и реабилитация — это неразрывные части единого процесса.

1.2.2. Принципы и основные направления реабилитации

Основные принципы медицинской реабилитации заключаются в следующем (рис. 1.4).

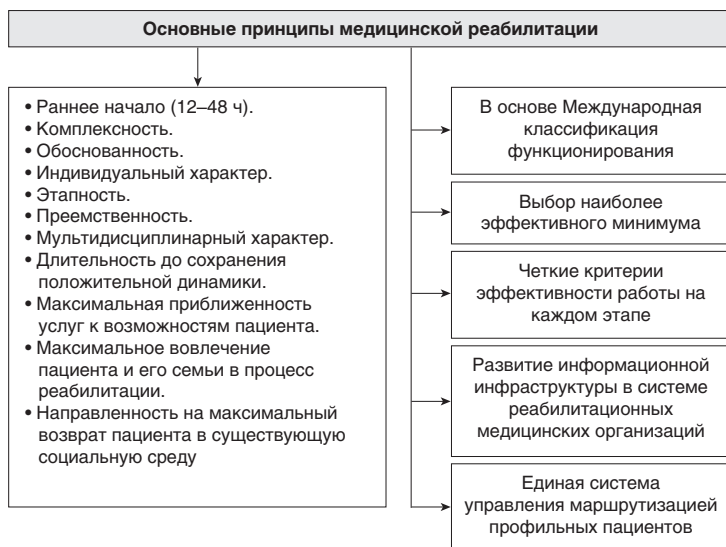


Рис. 1.4. Основные принципы медицинской реабилитации

Трудоустройство реабилитированного пациента (инвалида), во-первых, выступает логическим завершением реабилитации (возвращение к труду); во-вторых, означает не предоставление работы в облегченных условиях, а скорее возвращение к прежней работе путем создания соответствующего рабочего места; в-третьих, предусматривает полное самообеспечение пациента (инвалида), его материальную поддержку.

В настоящее время выделяют несколько направлений реабилитации (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Основные направления реабилитации (Аухадеев Э.И.)

Направление реабилитации	Содержание направления
Ноореабилитация	Восстановление интеллекта и свойств, которые лежат в его основе
Психореабилитация	Сохранение и восстановление психических функций индивидуума (эмоциональной, волевой и др.) в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), подробно детализированных в классе «Другие психические нарушения»
Сенсорреабилитация	Восстановление не только отдельных органов чувств, но и способности к синтезу различных ощущений — к восприятию
Логореабилитация	Восстановление внешней произносительной стороны речи, переходящей во внутреннюю языковую функцию: речевого дыхания, фонетики, фонемике, лексики и логики
Кинезореабилитация	Восстановление способности решать двигательные задачи в различных условиях и требованиях жизнедеятельности: от самых простых (механических) до сложных, имеющих интеллектуальное содержание. Восстановление двигательной функции не только при повреждении опорно-двигательного аппарата (костно-суставной и мышечной системы), но и повреждении структур и функций аппарата управления движением (центральной и периферической нервной системы)
Направление реабилитации	Содержание направления
Вегетореабилитация	Восстановление «трофологического статуса» организма (функции внутренних органов, вегетативные процессы, метаболизм)
Эргореабилитация	Восстановление способности к различным формам жизнедеятельности как основного проявления здоровья
Экореабилитация	Восстановление способности адаптации к природной и социальной среде как внешнего «фактора контекста» здоровья (сохранения и восстановление функций, активности и участия в жизненной ситуации)
Лудореабилитация	Подбор форм деятельности, стимулирующих творческую активность индивида в реабилитации (деятельность, выходящая за пределы актуального жизнеобеспечения). В МКН и Международной классификации функционирования (МКФ) способности и условия решения таких задач относят к классу «Досуг»
Эгореабилитация	Возвращение индивидуума на путь активного и осознанного личностного развития как внутреннего «фактора контекста» здоровья (сохранение и восстановление всей сложной совокупности внутренних характеристик индивидуума как личности)

Ноореабилитация выделена как ведущее направление в связи с тем, что именно от интеллектуальных свойств, их сохранности и уровня зависит многое, связанное с осмыслением пациентом всех других направлений реабилитации, методов их реализации.

Эгореабилитация имеет также особое значение как внутренний фактор «контекста здоровья», связанный с индивидуально-типологическими, врожденными свойствами и приобретенными личностными качествами пациента. Пациент может потерять какие-то свойства, необходимые для деятельности, которые представляют ядро его развития как личности. Тогда происходит разрушение личности и возникает психологическое явление, которое может быть названо деперсонизацией, а реабилитация принимает смысл реперсонизации.

Реперсонизация — процесс, связанный с восстановлением личности, главно мотивированной деятельности, обеспечивающий пациенту социальный статус, который является основным проявлением пациента как личности (Аухаев Э.И.).

Вместе с тем успех реабилитации зависит и от внешних условий, в первую очередь от помощи пациенту со стороны социального окружения. Медицинская реабилитация постепенно переходит в сферу социальной поддержки со своими средствами социальной реабилитации.

1.2.3. Виды реабилитации

В настоящее время различают четыре основных вида реабилитации — медицинскую, физическую, психосоциальную и профессиональную.

Медицинская реабилитация — все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного. Вместе с тем медицинская реабилитация выступает тем основным периодом, в котором осуществляется психологическая подготовка пострадавшего (заболевшего) к необходимой адаптации, реадаптации или переквалификации в случае неполного восстановления его профессиональных навыков. К медицинским разделам относят вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможного раннего применения патогенетической терапии и др.

Физическая реабилитация (от англ. *physical therapy*) — использование с лечебной и профилактической целью физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности. Физический аспект, представляющий собой часть медицинской реабилитации, предусматривает всевозможные мероприятия по восстановлению работоспособности больных, чего достигают своевременной и адекватной активизацией больных, применением различных средств лечебной физической культуры (ЛФК), а также проведением нарастающих по интенсивности физических тренировок в течение более или менее продолжительного времени

Физический аспект реабилитации — это восстановительное лечение, включающее все вопросы, относящиеся к применению физических факторов, средств ЛФК (физические упражнения в палате, зале ЛФК, в водной среде;

различные виды механотерапии; физические тренировки и др.), мануальной и рефлексотерапии, психотерапии, а также методы исследования, отражающие реакцию организма на применяемые реабилитационные мероприятия.

Основное значение использования средств физической реабилитации — это всемерное повышение физической работоспособности больных, лимитированной при заболевании или травматических повреждениях. Физическая работоспособность может возрасти и под влиянием только медикаментозного лечения, однако накопленный опыт по изучению этого вопроса указывает на большее значение реабилитационных мероприятий в повышении физической работоспособности (во всяком случае эффект одного дополняется другим). Разница заключается лишь в том, что, будучи узконаправленными по механизму специфического действия, лекарственные средства действуют на одно-два звена в патогенетической цепи, например ИБС, в то время как средства реабилитации, как правило, оказывают более широкое воздействие не только на сердечно-сосудистую систему, но и на дыхательную систему, тканевое дыхание, свертывающую и противосвертывающую системы и др.

Пренебрежительное отношение к физическому аспекту в прошлом приводило к весьма неблагоприятным последствиям — неоправданно затягивались сроки постельного режима, стационарного лечения и временной нетрудоспособности больных. Значительная часть больных не была в состоянии в течение первого года болезни вернуться к трудовой деятельности (например, после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), инсульта, травм опорно-двигательного аппарата и др.). У больных развивалась фобия активных движений, а также другие соматические расстройства, связанные с гиподинамией, что значительно ухудшало эффективность проводимой терапии.

Основные задачи физической реабилитации:

- ▶ ускорение восстановительных процессов;
- ▶ предотвращение или уменьшение опасности инвалидизации.

Функциональное восстановление невозможно обеспечить без учета естественного стремления организма к движению (кинезофилия), поэтому средства ЛФК, различные виды массажа, аппаратная физиотерапия должны стать основным звеном в восстановительном лечении больных.

Эрготерапия (трудотерапия) — элемент физического воздействия на организм и физического аспекта реабилитации. Средства эрготерапии способствуют восстановлению физической работоспособности, оказывая и благоприятное психологическое воздействие на больного. Эрготерапию проводят в период выздоровления, она может продолжаться не более 2–3 мес, поэтому ее задачей при различных заболеваниях (особенно при инфаркте миокарда и инсульте) не является освоение пациентом новой профессии. Переквалификация как часть профессионального аспекта реабилитации — задача органов социального обеспечения.

Эрготерапия тесно примыкает и к психологическим аспектам реабилитации, но, являясь одним из методов психотерапии, имеет отношение и к понятию «лечение».

Психологический аспект реабилитации. Почти в половине случаев психические изменения и психические факторы выступают основными причинами, препятствующими возвращению больного к труду после ряда заболеваний (например, ИМ, инсульта, черепно-мозговой травмы и др.). Депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, боязнь в том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, вызвать повторный ИМ, — все эти психические изменения могут свести на нет усилия специалиста-реабилитолога, стать непреодолимым препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства. Именно отношение к болезни, критическое или положительное отношение к реабилитационным мероприятиям, психологическим вмешательствам определяют участие больного в этих процессах, а следовательно, и получаемый эффект.

Отношение больного к возвращению к трудовой деятельности, самооценка своего состояния определяют в дальнейшем его социальную активность и формируют субъективную оценку качества жизни.

Важнейшие задачи психической реабилитации:

- ▶ ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни (травмы) жизненной ситуации;
- ▶ профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

Решение этих задач возможно лишь на основе глубокого изучения всего диапазона психических изменений в динамике на всех этапах заболевания, природы этих изменений, анализа «внутренней картины болезни», включая динамику доминирующих переживаний, исследования факторов, в частности социально-психологических, определяющих психическое состояние больного в разные сроки от начала болезни. Основные методы психической реабилитации — различные психотерапевтические воздействия и фармакотерапия.

Профессиональный аспект реабилитации. Профилактика потери трудоспособности включает различные элементы — правильную экспертизу трудоспособности, рациональное трудоустройство, систематическое дифференцированное медикаментозное лечение основного заболевания (травмы), а также выполнение программы, направленной на повышение физической и психической толерантности больных. Таким образом, успешное восстановление и сохранение трудоспособности — производное многих факторов. Восстановление трудоспособности зависит от реабилитационных мероприятий и служит наиболее ярким критерием эффективности реабилитации. В докладе Комитета экспертов ВОЗ (2007) было указано, что цель восстановления трудоспособности — не только вернуть больного к прежнему состоянию, но и развить его физические и психические функции до оптимального уровня. Это означает:

- ▶ вернуть больному самостоятельность в повседневной жизни;
- ▶ вернуть его к прежней работе или, если это невозможно, подготовить больного к выполнению другой работы с полным рабочим днем, соответствующей его физическим возможностям;
- ▶ подготовить к работе с неполным рабочим днем, к работе в специальном учреждении для инвалидов или, наконец, к неоплачиваемой работе.

Важную роль в профессиональном аспекте реабилитации играют и социальное законодательство, деятельность врачебно-трудовых комиссий. Работа этих комиссий определяется не только существующими инструкциями, но и зачастую установившимися субъективными представлениями о той или иной болезни.

Социальный аспект реабилитации. В социальный аспект входят многочисленные вопросы: влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий; социальное обеспечение инвалидов; вопросы трудового, пенсионного законодательства, взаимоотношения больного и общества, больного и производства и т.д. Этот аспект предусматривает и применение социальных методов воздействия на больного для успешного восстановления личности как социальной категории путем организации соответствующего образа жизни, устранения воздействия социальных факторов, мешающих успешной реабилитации, восстановления или усиления социальных связей.

Таким образом, социальный аспект реабилитации изучает влияние социальных условий на болезнь, выявляет механизм их действия, что дает возможность устранять причины, мешающие эффективному восстановлению личности в обществе.

Профессиональная реабилитация включает три основные составляющие.

- ▶ Профессиональную ориентацию, в том числе профессиональное информирование, психофизиологическую диагностику, профессиональный подбор и отбор, профессиональное консультирование. Конечная цель профессиональной ориентации — рекомендация выбора профессии, наиболее соответствующей пациенту.
- ▶ Профессиональное обучение, которое, будучи одним из необходимых этапов социально-трудовой реабилитации, способствует приобщению больных и инвалидов к общественно полезной деятельности.
- ▶ Трудовое устройство больных и инвалидов как процесс представляет собой оценку обоснованности экспертного заключения о трудоспособности, профессионально ориентированного решения, эффективности процесса предшествующего обучения. Опосредованное трудовое устройство свидетельствует и об эффективности медицинской реабилитации.

Трудовые мероприятия следует начинать как можно раньше и проводить параллельно с медицинскими, психологическими и другими реабилитационными мероприятиями.

1.2.4. Реабилитационная необходимость, способность и прогноз (потенциал)

Для выяснения потребности в медицинской реабилитации и определения ее целей оценивают следующие социально-медицинские предпосылки: необходимость, способность и прогноз.

- ▶ **Реабилитационная необходимость** наступает в том случае, если в результате повреждения или заболевания возникает опасность временного или длительного нарушения функциональных способностей, существует

угроза длительного ограничения или ухудшения состояния больного под влиянием негативных факторов окружающей среды.

- ▶ **Реабилитационная способность** подразумевает стабильное соматическое и психическое состояние пациента, его высокую мотивированность по отношению к предстоящему реабилитационному лечению.
- ▶ **Реабилитационный подход** предусматривает применение комплекса мер медицинского, педагогического, профессионального и социального характера во взаимодействии с врачебным, сестринским, физиотерапевтическим, эрготерапевтическим, логопедическим, диетологическим и психотерапевтическим обеспечением, включая различные виды помощи по преодолению последствий заболевания, изменению образа жизни, снижению воздействия факторов риска.
- ▶ **Реабилитационный потенциал** складывается из реабилитационных возможностей организма, личности и микросоциума, то есть той социальной системы, в которую непосредственно включен больной человек.

Реабилитационный потенциал — это обоснованная с медицинских позиций вероятность достижения намеченных целей проводимой реабилитации в определенный отрезок времени. Реабилитационный потенциал учитывает:

- ▶ клиническое течение заболевания (повреждения);
- ▶ психологическое состояние больного;
- ▶ индивидуальные ресурсы и компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и др.;
- ▶ факторы окружающей среды, влияющие на жизнеспособность и социальную активность больного на основании Международной классификации функционирования.

Выделяют четыре уровня реабилитационного потенциала:

- ▶ высокий;
- ▶ средний;
- ▶ низкий;
- ▶ крайне низкий.

Высокий уровень реабилитационного потенциала позволяет использовать лишь часть средств и методов из реабилитационного комплекса и сократить сроки активного общения с подобными больными. Больные с высоким потенциалом способны к спонтанной реабилитации.

Крайне низкий реабилитационный потенциал обуславливает нуждаемость больных в симптоматическом медикаментозном лечении, поддерживающем жизнь, и в пребывании на постоянном полупостельном/постельном режиме, в том числе в специальных лечебных заведениях для бесперспективных больных (в хосписах).

Больные *со средним реабилитационным потенциалом* составляют основной контингент для продолжительной комплексной реабилитации с применением всего реабилитационного набора программ и методов реабилитации. Как правило, они достигают высокого уровня эффективности реабилитационных воздействий и хорошего качества жизни.

Больные с *низким потенциалом*, безусловно, нуждаются в реабилитации. Однако для достижения эффекта необходимо использовать иные подходы при

их реабилитации, чем у больных предыдущих групп. Каждый этап реабилитации у них должен быть более продолжительным, применяемые физические нагрузки — меньшими по интенсивности и объему, а экспозиция применения осторожно повышаемых уровней физической активности — более продолжительной.

При общей оценке реабилитационного потенциала решающее значение имеет прогностическая оценка возможного исхода реабилитации и на социальном уровне.

1.2.5. Организация медицинской реабилитации

Организацию медицинской реабилитации проводят в соответствии с профилем заболевания пациента для определения индивидуальной реабилитационной программы, осуществления текущего медицинского наблюдения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи медицинская реабилитация может осуществляться в выездной форме. *Выездная бригада медицинской реабилитации* оказывает плановую реабилитационную помощь пациентам на основании решения врачебной комиссии по реабилитации медицинской организации. Специалисты, входящие в состав выездной бригады медицинской реабилитации, должны пройти подготовку в соответствии с программой повышения квалификации по вопросам организации и методам реабилитационного лечения соответствующего профиля.

Первый и второй этапы реабилитации. Для медицинской реабилитации, проводимой *в стационарных условиях*, направляют пациентов со значительными нарушениями функций при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), нуждающихся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации (рис. 1.5).

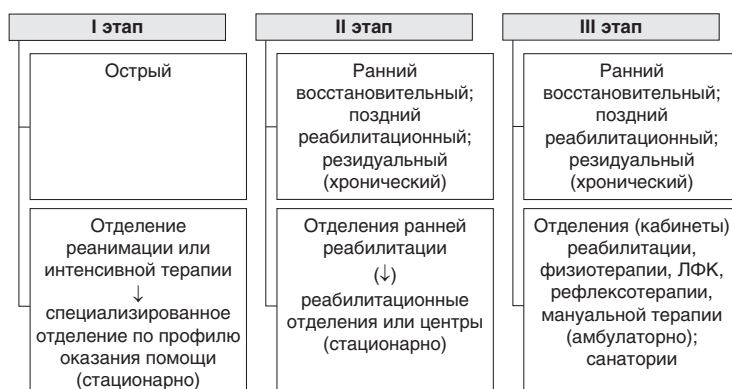


Рис. 1.5. Этапы медицинской реабилитации

На втором этапе реабилитации составляют следующий алгоритм совместного действия лечащего врача и специалиста-реабилитолога (рис. 1.6).

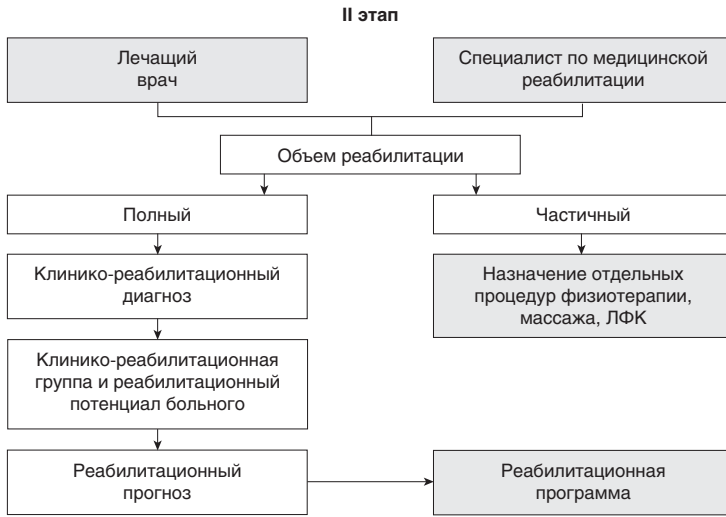


Рис. 1.6. Алгоритм совместной работы лечащего врача и реабилитолога

Решающее значение имеет коллективная работа персонала медицинского учреждения. В этом плане хорошо себя зарекомендовала **мультидисциплинарная бригада (МДБ)**, которая объединяет различных специалистов, осуществляющих всестороннюю помощь в лечении и реабилитации больных. Специалисты МДБ работают не отдельно, а как единая команда (бригада) с четкой согласованностью и координированностью действий, тем самым обеспечивая проблемный и целенаправленный подход, отличающийся от традиционного. На рис. 1.7 показана структура МДБ в неврологической клинике.

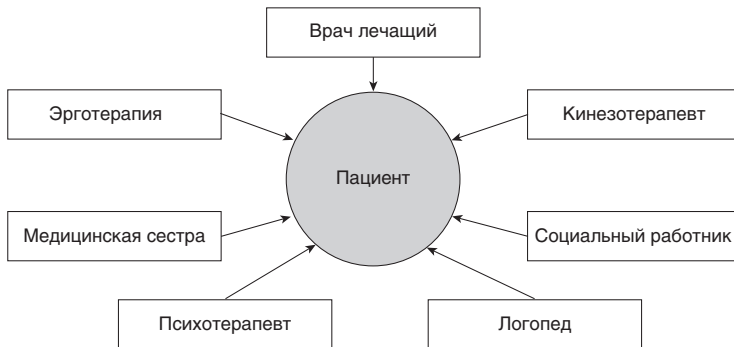


Рис. 1.7. Структура мультидисциплинарной бригады

Бригаду возглавляет, как правило, лечащий врач, прошедший специальную подготовку. Некоторые специалисты могут не быть постоянными членами бригады, а осуществлять консультацию по необходимости (невролог, кардиолог, ортопед, офтальмолог и др.).

МДБ — это не просто наличие определенных специалистов. Принципиально важен не столько состав МДБ, сколько распределение функциональ-

ных обязанностей и тесное сотрудничество членов бригады. Работа МДБ включает:

- ▶ совместное проведение осмотра и оценку состояния больного, степени нарушения функций;
- ▶ определение реабилитационного потенциала больного;
- ▶ совместное определение целей реабилитации и плана ведения больного (при необходимости с участием самого пациента и его близких), включая связь с поликлинической службой, которая будет помогать больному дома;
- ▶ привлечение при необходимости других специалистов (кардиолога, травматолога и др.).

Формы работы МДБ:

- ▶ мультидисциплинарные клинические обходы больных;
- ▶ врачебная комиссия и консилиум врачей;
- ▶ общение с родственниками и ухаживающим персоналом;
- ▶ средства внутрибольничной коммуникации (прикроватный индивидуальный стенд пациента, стационарный палатный стенд информации для родственников и ухаживающего персонала, стенд обращения к родственникам и посетителям отделения).

Определение **реабилитационного потенциала больного** — важный момент при подготовке программы, который требует решения нескольких задач.

- ▶ Выяснение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена локомоторного аппарата либо нарушенной функции поврежденного органа или системы.
- ▶ Определение дальнейшего прогноза развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма больного при данном заболевании.
- ▶ Оценка физической работоспособности и функциональной способности отдельных органов и систем с учетом определения переносимости различных по характеру, объему и интенсивности физических нагрузок в процессе реабилитации.

Внимание! Результаты оценки реабилитационного потенциала следует рассматривать в динамике, что позволяет объективно устанавливать эффективность реабилитационной программы и отдельных занятий с целью их последующей коррекции.

МДБ играет важную роль на всех этапах медицинской реабилитации, начиная с момента поступления больного в стационар; при этом характер и интенсивность работы каждого специалиста различаются на разных стадиях (периодах) заболевания (травмы).

Внимание! Если МДБ не функционирует, то исход реабилитации сомнителен.

Третий этап реабилитации (амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный) осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии (МТ),

психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), профильных специалистов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях, а также выездными бригадами на дому.

Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного (или с дополнительными средствами опоры) перемещения.

Особенности третьего этапа медицинской реабилитации — близость к месту жительства, возможность частичной трудовой деятельности одновременно с реабилитацией (исключая нетрудоспособных пациентов), проведение экспертизы трудоспособности.

Цель этого этапа — восстановление трудоспособности и поддержание ее на достигнутом уровне, а также предупреждение прогрессирования заболевания.

Задачи реабилитации:

- ▶ определение степени снижения физической работоспособности и проведение мероприятий по ее повышению;
- ▶ осуществление динамического наблюдения за состоянием пораженных органов и систем с использованием клинических, лабораторных и функциональных методов;
- ▶ проведение медикаментозного лечения для ускорения восстановления нарушенных функций организма вследствие заболевания (повреждения);
- ▶ расширение двигательного режима;
- ▶ применение средств ЛФК (физические упражнения, массаж, занятия на тренажерах, в водной среде, пешие прогулки, элементы спорта и др.), физиотерапии, рефлексотерапии, МТ, психотерапии, природных лечебных факторов, лечебного и профилактического питания для ускорения восстановительных процессов;
- ▶ проведение мероприятий по вторичной профилактике.

В программах физической реабилитации следует учитывать возможность оптимизации и повышения эффективности средств ЛФК, тренировочных нагрузок, занятий на тренажерах при сочетанном их применении с некоторыми видами физиотерапии, бальнеологическими процедурами, природными климатическими факторами, массажем и другими методами реабилитации.

Трудотерапия как один из важнейших компонентов психологической реабилитации занимает на этом этапе лечения важное место.

Одна из задач третьего этапа медицинской реабилитации — осуществление мероприятий по вторичной профилактике с целью предупреждения прогрессирования заболевания. В программу восстановительных мероприятий входит также «Школа для больных и их родственников» — программа, включающая систему занятий в определенной последовательности с учетом характера патологического процесса, проводимых для небольших групп больных с однотипным заболеванием.

Большое значение имеет решение социальных проблем. Прежде всего необходимо своевременное и адекватное проведение экспертизы трудоспособности.

Программа реабилитации завершается при стабилизации физического, психологического и социального статуса пациента и его интеграции в общество.

По показаниям пациенты могут быть направлены на продолжение реабилитации в санаторно-курортные учреждения по профилю имеющегося заболевания.

Санаторно-курортное лечение осуществляется с использованием курортных лечебных факторов, способствующих восстановлению нарушенных в результате болезни (травмы или операции) функций, повышению физической работоспособности больных, коррекции психологических отклонений, восстановлению трудоспособности, улучшению качества жизни.

Характерная особенность санаторного лечения — его **профилактическая направленность**. Для этого его назначают в период начальных нарушений функций органов и систем для предотвращения развития начинающегося заболевания и повышения защитных сил организма. При хронических заболеваниях лечение назначают для профилактики обострений и рецидивов, для предотвращения или замедления прогрессирования заболевания.

Другая особенность санаторного лечения — его **комплексный характер**: природные физические факторы применяют в сочетании с преформированными, то есть получаемыми искусственно (электро-, светолечение и другие виды физиотерапии), ЛФК, массажем, дозированной двигательной активностью, лечебным диетическим питанием и только по показаниям — с медикаментозным лечением. Такой подход позволяет осуществлять воздействие на различные звенья развивающегося патологического процесса, то есть является патогенетическим.

Санаторное лечение направлено:

- ▶ на восстановление нормальной реактивности организма;
- ▶ усиление функциональной активности ряда органов и систем, в том числе на иммунную систему;
- ▶ повышение защитных сил организма.

Таким образом, воздействие физических факторов носит неспецифический характер. Вместе с тем применение ряда физических факторов, адекватное по характеру и дозе тому или иному патогенетическому звену заболевания, может быть и специфическим.

В единстве тесно связанных между собой щадящих и тренирующих нагрузок и состоит сущность общесанаторного и индивидуального режимов. Санаторный режим включает также осторожное закаливание.

Время пребывания больного в санатории условно разделяют на три периода:

- ▶ **период адаптации**, составляющий несколько дней и предназначенный для привыкания больного к санаторным и климатическим условиям;
- ▶ **основной период** (наиболее длительный), в котором проводят полный курс лечения;
- ▶ **заключительный период**.

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляют лечебно-профилактические учреждения в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздравсоцразвития

России от 22 ноября 2004 г. № 256, амбулаторно-поликлинические (по месту жительства больного) или медико-санитарные части (по месту работы, учебы) при направлении его на профилактическое лечение, а также больничные учреждения при направлении больного на долечивание.

1.2.6. Оценка степени восстановления

По материалам Международного отдела по вопросам труда разработана шкала динамики восстановления и вероятных исходов заболеваний и оценки функциональных возможностей.

- ▶ Восстановление функциональной способности в той или иной степени:
 - полное восстановление;
 - частичное восстановление;
 - компенсация при ограниченном восстановлении функций и отсутствии восстановления;
 - замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии восстановления.
- ▶ Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни:
 - воспитание готовности к труду и бытовой деятельности;
 - трудотерапия (в кабинетах эрготерапии).
- ▶ Вовлечение в трудовой процесс — определение пригодности к трудовой деятельности, переподготовка.
- ▶ Диспансерное обслуживание реабилитируемых.