

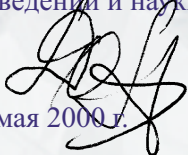
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста

10 мая 2000 г.



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский

11 мая 2000 г.

Регистрационный № 12-0001

**ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА
КАК ОСНОВА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТАПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ**

Минск 1999

Учреждения-разработчики:

Белорусский государственный институт усовершенствования врачей
Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов
(БНИИЭТИН)

Авторы: д-р мед. наук, проф. Л.С. Гиткина, д-р мед. наук В.Б. Смычек, канд. мед. наук Т.Д. Рябцева., А.Л. Пушкарев, И.С. Сикорская, И.Я. Чапко, А.В. Копыток

Рецензент: д-р мед. наук В.Б. Шалькевич

В настоящих методических рекомендациях дано определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, представлена характеристика основных факторов, определяющих реабилитационный потенциал больных мозговым инсультом, изложены принципы этапной организации реабилитации больных мозговым инсультом и показания к отбору на различные этапы реабилитации в зависимости от реабилитационного потенциала. В основу рекомендаций положен восьмилетний опыт реабилитации больных инсультом в БНИИЭТИНе.

Методические рекомендации предназначены для врачей-реабилитологов, невропатологов лечебно-профилактических учреждений, для врачей ВКК и МРЭК.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПОНЯТИЕ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ»	6
2. МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РП	9
2.1. Морфологические факторы	9
2.2. Клинические факторы	12
2.3. Факторы реабилитации	16
2.4. Физическое развитие и физическая работоспособность (толерантность к физическим нагрузкам) ..	21
3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РП	31
4. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ	40
4.1. Социально-средовые факторы	40
4.2. Социально-трудовые факторы	41
5. ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ	44

ВВЕДЕНИЕ

Развитие реабилитационной помощи с увеличением числа специализированных учреждений выдвигает задачу совершенствования знаний в вопросах реабилитации. Реабилитация проводится многим больным, однако целесообразность и ее эффективность, показания к отбору на реабилитацию зависят от правильной оценки возможностей реабилитанта, его реабилитационного потенциала (РП).

Оценка РП позволяет определить и уточнить цель и задачи у конкретного больного (инвалида) и индивидуализировать программу, оценить уровень и степень адекватных нагрузок, объем необходимых реабилитационных воздействий.

Задачами реабилитации являются социально-бытовое и профессиональное (социально-трудовое) восстановление больного, а конечной целью — интеграция его в семью и общество, обеспечение физической и экономической независимости, повышение качества жизни. Достижение конечного результата, в первую очередь зависит от степени восстановления дефектной функции (медико-биологических последствий болезни) в результате лечения и медицинской реабилитации. Успешное функциональное восстановление сопровождается одновременным устранением последствий болезни более высокого уровня — ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, то есть устранением бытовых (организменных) и социальных последствий болезней и травм. При невозможности функционального восстановления реабилитационные мероприятия осуществляются на организменном и/или социальном уровне за счет социально-бытовой и профессиональной реабилитации, результат которой может быть различным.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Определение РП необходимо проводить у всех реабилитантов на основе комплекса факторов. Наряду с общими факторами, характеризующими РП вне зависимости от конкретного заболевания и его последствий, существуют специфические для каждого заболевания факторы. В настоящих рекомендациях рассматривается оценка РП у больных с последствиями мозгового инсульта. В их основу положен 6-летний опыт реабилитации больных инсультом в БНИИЭТИНе.

Мозговой инсульт — одна из главных причин, вызывающих необходимость проведения реабилитации неврологическим больным. Многочисленные публикации по проведению реабилитации у указанных больных свидетельствуют о важности определения РП при разработке тактики реабилитации, отборе больных на реабилитацию, определении цели, задач и объема реабилитационных мероприятий, формировании индивидуальной программы реабилитации.

Настоящие методические рекомендации предназначены для врачей-реабилитологов, невропатологов и врачей МРЭК, они раскрывают особенности формирования индивидуальной программы реабилитации и оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий больным, перенесшим мозговой инсульт.

1. ПОНЯТИЕ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ»

РП — понятие, которое широко используется в реабилитации. Однако, конкретное его определение и трактовка содержания этого понятия не однозначны. Нередко под РП понимают реабилитационный прогноз (РПр), что не отражает его сути. В настоящее время большинство исследователей рассматривают РП как комплекс психо-физиологических свойств больного человека, его болезни и ее последствий для организма, а также характеристик среды его обитания.

В инструктивно-регламентирующих документах России по медико-социальной экспертизе (МСЭ) РП определяется как комплекс биологических, психофизических и психологических характеристик человека и социально-средовых факторов, определяющих потенциальную возможность восстановления жизнедеятельности и социального статуса больного.

РП — интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности больного и влияние среды его обитания на процесс восстановления функциональных возможностей, повседневной деятельности и профессиональной пригодности больного.

РП характеризует возможности реабилитации в целом. В соответствии с задачами реабилитации он может быть разделен на несколько составных частей: потенциал восстановления и компенсации нарушенных функций, потенциал восстановления основных способностей к повседневной деятельности — бытовой активности, потенциал восстановления способности к профессиональному труду.

Наряду с РП оценивается *реабилитационный прогноз*. Под РПр понимают прогнозирование возможности реализации РП. Для конкретизации РПр целесообразно определять его дифференцировано по отношению к отдельным составным частям РП:

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

- прогнозирование восстановления нарушенных функций — соответствует клиническому прогнозу и зависит от факторов, его определяющих;
- прогнозирование восстановления способности к труду, то есть трудовой прогноз;
- прогнозирование восстановления повседневной деятельности — социально-бытовой активности.

В зависимости от прогнозирования реализации всех или отдельных компонентов РП он подразделяется на 4 степени.

Высокий РП определяется в тех случаях, когда прогнозируется реализация всех задач реабилитации — функционального, социально-бытового и профессионального восстановления или при частичном восстановлении (компенсации) функции достигается полное социально-бытовое и профессиональное восстановление больного (иногда остается незначительное ограничение трудоспособности, требующее социально-трудовой реабилитации по линии ВКК).

Средний РП определяется, если прогнозируется сохранение умеренного или легкого нарушения функций (дефекта) при неполном профессиональном восстановлении (значительное ограничение трудоспособности — инвалидность III группы), а также полное восстановление социально-бытовой активности (реже частичное, без необходимости использования вспомогательных средств).

Низкий РП определяется, если прогнозируется сохранение выраженного функционального дефекта, значительное ограничение социально-бытовой активности с необходимостью использования вспомогательных средств при сохранении способности к самообслуживанию без помощи посторонних лиц, невозможность труда в обычных производственных условиях, иногда приспособление к труду в специально созданных условиях.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

РП отсутствует, если прогнозируется сохранение резко выраженного дефекта, который приводит к недоступности труда и делает невозможным без постоянной помощи посторонних лиц осуществление самообслуживания.

РП включает многие компоненты и определяется комплексом независимых и взаимосвязанных причин, которые могут быть объединены в 3 группы:

- медицинские факторы;
- психологические факторы;
- социальные факторы.

2. МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РП

Медицинские факторы, определяющие РП больных мозговым инсультом, многочисленны. К ним относятся: вид инсульта, локализация и размер очага поражения, тяжесть состояния в остром периоде инсульта (выраженность общемозговых симптомов и неврологического дефицита) и обратимость очаговых симптомов в раннем восстановительном периоде, которые вместе определяют тяжесть инсульта, характер и степень неврологического дефицита (гемипарез, афазия и др.), моно- или полисиндромность дефекта, выраженность основного сосудистого заболевания, предшествующие нарушения мозгового кровообращения, наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, время начала реабилитации, ее продолжительность и непрерывность, место проведения (этап организации) реабилитации, квалификация персонала, а также физическое развитие и физическая работоспособность пациента.

Условно перечисленные факторы могут быть разделены на 4 группы:

- морфологические факторы;
- клинические факторы;
- факторы организации реабилитации;
- физическое развитие пациента и физическая работоспособность.

2.1. Морфологические факторы

Морфологические факторы, характеризующие РП, включают вид инсульта, локализацию и размер очага.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Вид инсульта — геморрагический или ишемический — играет важную роль в прогнозировании выживания больного и лечебной тактике в остром периоде заболевания. В реабилитации роль этого фактора менее значима, за исключением времени начала реабилитации. При инфаркте мозга, если позволяет состояние больного, активная реабилитация может начинаться с 3 дня, а при кровоизлияниях в мозг с учетом сопутствующих патофизиологических процессов — на 2–3 дня позднее. Мнение о лучшем восстановлении функций при кровоизлияниях, по-видимому, связано с тем, что у выживших после кровоизлияния больных обычно бывают поверхностные и небольшого объема очаги, при которых РП достаточно высокий.

Важнейшими морфологическими факторами, влияющими на РП, являются локализация очага и его размеры.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Локализация очага влияет на РП в зависимости от его расположения по отношению к функционально значимой зоне, преимущественно в корково-подкорковых структурах или глубинных отделах мозга, с вовлечением внутренней капсулы или без такового. РП выше, если очаг располагается в коре и ближайшей подкорковой зоне и хуже при глубокой локализации очага. Эта закономерность одинаково проявляется и при инфарктах, и при кровоизлияниях. При медиальных кровоизлияниях (в подкорковые узлы и внутреннюю капсулу) возможности восстановления плохие, при латеральных (в подкорковое белое вещество) — значительно лучшие, несмотря на больший объем. Небольшие инфаркты, даже лакунарные, если они располагаются в области проводящих путей, особенно в местах их тесного расположения, вызывают грубые и необратимые функциональные дефекты. Так, лакунарные инфаркты в области пирамиды продолговатого мозга или в передних отделах заднего бедра внутренней капсулы вызывают стойкую гемиплегию («чистая» пирамидная гемиплегия по Fisher). Сказанное иллюстрирует не всегда четкую связь тяжести и обратимости дефекта с размерами очага. Однако несоответствие касается только небольших очагов, преимущественно инфарктов, которые могут вызывать грубые и малообратимые расстройства. Для больших очагов связь их размера с тяжестью дефекта и низким потенциалом восстановления функций прямая. Инфаркты, занимающие весь бассейн одной из мозговых артерий, особенно средней мозговой, связаны с высоким риском летального исхода, а у выживших — с развитием стойкого полисиндромного дефекта — гемиплегии, гемианестезии, гемианопсии, тотальной афазии (при левосторонних очагах) или анозогнозии, аутоапагнозии (при очаге справа). РП таких больных крайне низкий или отсутствует, вне зависимости от состояния других компонентов РП.

Несмотря на всю важность размера и локализации очага в оценке РП, на практике их определение проводится непостоянно и ориентировочно. Это связано с тем, что точное прижизненное определение размера и локализации очага, а в ряде случаев и характера инсульта возможно только с помощью компьютерно-томографического исследования мозга. Клинические данные не всегда позволяют достоверно оценить эти факторы. Так как компьютерно-томографическое исследование мозга пока мало доступно практическим учреждениям, важно выделить клинические факторы, которые могут быть эквивалентны морфологическим.

2.2. Клинические факторы

Тяжесть инсульта служит важнейшим клиническим фактором для оценки РП. Она прямо зависит от размера и локализации очага поражения и является клиническим эквивалентом морфологических критериев РП. Тяжесть инсульта представляет синтетическое понятие, так как отражает и тяжесть клинических проявлений в острой фазе инсульта, и степень обратимости симптомов в раннем восстановительном периоде, и выраженность очаговых симптомов (дефектов) к началу реабилитации — признаки, имеющие первостепенное значение в оценке РП и РПр.

Для характеристики тяжести инсульта определяют наличие и выраженность общемозговых и очаговых симптомов и их обратимость.

Тяжелый инсульт проявляется выраженными общемозговыми и/или грубыми и малообратимыми очаговыми симптомами. К тяжелым инсультам относятся не только обширные инфаркты и кровоизлияния, проявляющиеся грубыми общемозговыми и очаговыми симптомами, но и небольшие очаги в функционально значимых зонах, приводящие к проявлению тяжелых и малообратимых очаговых симптомов при полном отсутствии общемозговых проявлений.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Инсульт средней тяжести характеризуется отсутствием или умеренным проявлением общемозговых расстройств и выраженными или умеренными, неполностью обратимыми очаговыми симптомами.

Легкий инсульт — общемозговые симптомы отсутствуют (может быть кратковременная потеря сознания), очаговые симптомы — легкие или средней выраженности, значительно или полностью обратимые.

Малый инсульт (инфаркт мозга) или инсульт с обратимым (в течение от 2 дней до 3 недель) неврологическим дефицитом.

Существует прямо пропорциональная зависимость между тяжестью инсульта и РП и РПр: легкий и малый инсульт являются одним из ведущих критериев высокого РП и благоприятного РПр, тогда как тяжелый инсульт, вне зависимости от других компонентов РП, характеризует крайне низкий РП и абсолютно неблагоприятный РПр.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Моно- или полисиндромность неврологического дефицита оказывает существенное влияние на потенциал восстановления функций и жизнедеятельности. При моносиндромных нарушениях РП выше, чем при полисиндромных. Особенно неблагоприятным является сочетание таких дефектов, которые в норме участвуют в реализации одного вида деятельности или принимают участие в компенсации дефектов. Так, возможности реабилитации при гемипарезе ухудшаются при вовлечении афферентных систем, особенно мышечно-суставной чувствительности. Ее нарушение существенно снижает восстановление двигательных навыков, хотя объем и сила движений могут быть значительными. Отрицательно сказывается на восстановлении пирамидного гемипареза поражение экстрапирамидной системы, уменьшающее возможности развития компенсаторных реакций. При сочетании моторной и сенсорной афазии потенциал восстановления речи крайне низкий, тогда как изолированная моторная или сенсорная афазия, даже значительно выраженная, восстанавливается вполне удовлетворительно. Большое влияние на РП оказывает состояние психических функций, нарушение которых снижает возможности реабилитации всех дефектов. Отрицательно сказывается на процессе восстановления функций право-полушарные расстройства — нарушения гнозиса, конструктивно-пространственная апраксия и др.

Патологические состояния в паретичных конечностях — раннее резкое повышение мышечного тонуса или стойкая гипотония, «болевое плечо», артропатия, выраженная «спастичность», трофические отеки и др. приводят к снижению РП.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Выраженность основного сосудистого заболевания, приведшего к развитию инсульта, и предшествующие нарушения мозгового кровообращения — важнейший компонент РП. Основные причины инсульта — атеросклероз, гипертоническая болезнь и их сочетание, реже артерииты (артериопатии) и другие васкулиты (васкулопатии). В результате поражения сосудов при этих поражениях наступает очаговое и диффузное поражение мозга (атрофическая водянка — внутренняя, наружная либо смешанная, изменения белого вещества в перивентрикулярных отделах мозга, лакунарные, мелко- и крупноочаговые инфаркты). Они определенное время протекают латентно, но рано или поздно проявляются транзиторными ишемическими атаками, малыми инсультами, иногда инсультами со стойким неврологическим дефицитом, картиной дисциркуляторной энцефалопатии. Потенциальные резервы реабилитации у таких больных с продолжительным анамнезом сосудистого заболевания и предшествующими нарушениями мозгового кровообращения значительно снижены. Иллюстрацией этого является манифестация латентно протекавшей мозговой сосудистой недостаточности, выраженными расстройствами при развитии только мелкоочагового нарушения мозгового кровообращения. Здесь количество (предшествующие изменения мозга) переходит в качество.

Сопутствующие заболевания в большинстве случаев снижают РП, так как уменьшают функциональные резервы организма и ограничивают использование активных методов реабилитации. Любое сопутствующее заболевание, если оно сопровождается *выраженной недостаточностью* органов и систем (сердечной, легочной, печеночной, почечной, суставной и др.), создает противопоказания к активной реабилитации.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Неблагоприятно отражается на РП патология сердца, даже при малой и умеренной выраженности ее последствий (стенокардия напряжения — ФК II, ревматические пороки с Н1 — ПА, выраженная гипертрофия сердца при артериальной гипертензии и др.), так как она, во-первых, уменьшает перфузию мозга и возможности компенсации церебральной гемодинамики, во-вторых, снижает физическую работоспособность. В подобных случаях, как и при др. сопутствующих заболеваниях с небольшой или умеренной выраженностью последствий, РП может быть достаточным для проведения реабилитации, но при этом физические нагрузки должны быть снижены, а темп их нарастания и продолжительность курса реабилитации увеличены.

2.3. Факторы реабилитации

К важным критериям, определяющим возможности восстановления нарушенных функций, относятся, так называемые, факторы реабилитации: время начала реабилитации, продолжительность, непрерывность, комплексность и адекватность реабилитационных мероприятий, а также место проведения реабилитации и квалификация персонала.

Время начала реабилитации. Раннее начало реабилитации больных инсультом способствует более раннему и полному восстановлению функциональных дефектов, сокращает сроки пребывания больных в стационаре и общую продолжительность лечения и реабилитации путем оптимизации восстановительных процессов и предупреждения осложнений.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Восстановление функций в раннем периоде инсульта происходит за счет реституции — восстановления деятельности обратимо пораженных структур. Этот механизм включается в первые дни и недели от начала инсульта, обеспечивая наиболее физиологичный механизм восстановления функций. Раннее начало реабилитации способствует растормаживанию и активной стимуляции нервных центров, что ускоряет и оптимизирует процесс реституции, создает предпосылки для более полной его реализации. Позднее срабатывает менее физиологичный механизм-компенсация нарушенных функций за счет функциональной реорганизации, возможной вследствие пластичности нейронов головного мозга. Вначале перестраиваются сохранившиеся элементы пораженной структуры (через 1–3 мес.), позднее — соседние с очагом и затем отдаленные области мозга.

Для проявления реорганизации функций требуются длительные и упорные тренировки, побуждающие анатомические структуры к функциональной перестройке. Чем раньше начинается этот процесс, тем более значителен эффект реабилитации, хотя полного и даже значительного восстановления функции этим путем добиться не удастся.

Еще один аргумент в пользу раннего начала реабилитации — предупреждение патологических состояний. При двигательных нарушениях — это борьба со спастикой (мышечной гипертонией), патологическими позами, синкинезиями, автоматизмами, артропатиями. Раннее начало реабилитации способствует их предупреждению или смягчению.

Большое значение в реабилитации имеет сохранение сложных автоматизированных двигательных навыков, таких как повороты в постели, сидение, стояние и др. Способность к их осуществлению обеспечивается наличием в мозгу программы реализации двигательных навыков. Распад этой программы происходит уже через 10–14 дней, если ее не поддерживать повторением соответствующих движений, которые используются в раннем периоде реабилитации.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Наконец, ранняя реабилитация способствует предупреждению соматических осложнений острого периода инсульта, вызванных гиподинамией и гипокинезией — пневмоний, тромбоэмболий, пролежней и др., что повышает возможности реабилитации.

Пассивные методы реабилитации (повороты в постели, лечение положением) применяются с первых дней инсульта, активные методы включаются, как только позволяет состояние больного. Ранняя реабилитация проводится на фоне интенсивной медикаментозной терапии острой фазы инсульта.

Продолжительность, интенсивность и этапность реабилитации. Для полной реализации РП необходимо достаточно продолжительная или непрерывная реабилитация. Рекомендуемые в литературе сроки реабилитации больных инсультами варьируют от 3-х мес. до 1–2-х лет.

Мы рекомендуем проведение медицинской реабилитации в течение не менее одного года с выделением 2-х периодов:

- 3 мес. от начала инсульта — острый и ранний восстановительный период, вариант реабилитации — курсовая, продолжительность курсов — 3 мес. с использованием разных этапов организации реабилитации;
- 3–12 месяцев — поздний восстановительный период, медицинская реабилитация проводится по непрерывно-курсовому варианту — 1-2 курса в отделении реабилитации, дополненные домашним заданием, которое выполняется больным в перерывах между курсами.

Место проведения медицинской реабилитации, состав и квалификация персонала.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Оптимальные возможности для проведения реабилитации больных инсультами создаются в специализированных отделениях и центрах реабилитации. Здесь формируется реабилитационная среда, режим, интерьер, возможности занятости. Окружающая больного обстановка должна быть позитивной, эмоционально стимулирующей, приближенной к домашней. Специализированные отделения включают широкий спектр восстановительных методов и средств реабилитации, а эффективность реабилитации в таких отделениях на порядок выше, чем в общих отделениях реабилитации.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Другим условием полной реализации РП больного инсультом является наличие персонала, специально подготовленного для реабилитации этих больных. Оптимальной формой работы персонала отделения реабилитации больных инсультами является бригадная. Единая бригада (команда) включает междисциплинарную группу, в состав которой входят: врач реабилитолог-невропатолог, психолог или психотерапевт, кинезо-эрго-терапевт, логопед, медицинская сестра, по возможности, социальный работник. Допускается совмещение некоторыми специалистами нескольких функциональных обязанностей. Важную роль в бригаде играет медицинская сестра — незаменимый помощник врача во всех вопросах активного восстановительного лечения. Медсестры должны помогать больному в период адаптации — при переходе от щадящего к лечебно-тренировочному и активизирующему режиму. Заботливое отношение к больному, умение найти подход и проявить понимание его характера, создание благоприятных дружеских отношений между больным и персоналом — все это входит в содержание работы по уходу за больным. Непременным участником реабилитационного процесса должны быть пациент, члены его семьи и волонтеры. Члены реабилитационной бригады специально обучают их определенным методам реабилитации, используемым как дополнения к тренировочным в отделении или на домашнем этапе. Образовательная программа (школа для больного или его родственников, осуществляющих уход) — важный момент эффективности реабилитации. Приветствуется создание местных ассоциаций (клубов) пациентов и членов их семей с целью расширения возможностей общения, обмена информацией и улучшения социальной поддержки.

Представленная организация реабилитации больных инсультом относится к дорогостоящим технологиям. Это выдвигает необходимость отбора на реабилитацию, основным критерием которого является РП.

2.4. Физическое развитие и физическая работоспособность (толерантность к физическим нагрузкам)

2.4.1. Физическое развитие

Оценка РП включает в себя и определение уровня физического развития.

На протяжении всей истории учения о физическом развитии человека длина тела, масса тела и окружность грудной клетки рассматриваются как наиболее важные показатели физического развития. При определении физического развития человека используется метод антропометрии. Для научных разработок при оценке физического развития применяют различные методы — метод индексов (Кетле, Брока, Рорера и др.), метод стандартов (оцениваются отклонения индивидуальных показателей обследуемого от средних величин в долях сигм), метод корреляции (шкалы регрессии), в основе которых лежат специальные расчеты с использованием основных (ранее указанных) антропометрических показателей.

Для оценки уровня физического развития при определении РП у больных измеряются: масса и длина тела, обхват грудной клетки. Измеренные антропометрические показатели сравниваются с данными таблицы 1 и 2. В таблицах даны оценочные критерии для определения уровня физического развития мужчин (таблица 1) и женщин (таблица 2), рассчитанные с учетом возраста. Выделены низкий, ниже среднего, средний, выше среднего и высокий уровни физического здоровья. На основании сравнения измеренных показателей у больных с расчетными дается оценка каждого показателя в баллах. Средняя длина тела, масса тела и окружность грудной клетки получают оценку в 3 балла, выше среднего и ниже среднего – соответственно в 4 и 2 балла, а высокий и низкий — в 5 и 1 балл.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Согласно оценки каждого из исследованных признаков дается общая оценка физического развития обследуемого. Если оценки совпадают по всем или двум признакам, определяется соответствующий им уровень, если оценки не совпадают, рассчитывается средняя арифметическая и ей соответствующий уровень физического развития.

Показателем высокого РП соответствует уровень физического развития высокий и выше среднего; среднего РП — средний; низкого РП — ниже среднего и низкий.

Среди лиц, перенесших мозговой инсульт, часто встречаются люди, масса тела которых выше оптимального значения. Для определения излишнего веса и выявления лиц с избыточной массой тела и ожирением используется индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывается по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{вес тела в кг} / \text{рост}^2 \text{ в м}$$

ИМТ и связанный с ним относительный риск для здоровья интерпретируется по следующей шкале (согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, Европейского общества по атеросклерозу и Европейского общества по гипертензии, 1994):

- ИМТ менее 20 кг/м² — недостаток веса может быть связан с какими-либо проблемами здоровья;
- ИМТ между 20 кг/м² и 25 кг/м² является хорошим показателем для большинства людей;
- ИМТ между 25 кг/м² и 30 кг/м² свидетельствует об избыточном весе или ожирении 1-й ст., что может привести к проблемам здоровья для некоторых людей;
- ИМТ между 30 кг/м² и 40 кг/м² оценивается как ожирение 2-й ст., которое связано с умеренным риском для здоровья;
- ИМТ более 40 кг/м² – это тяжелая степень ожирения (3-я ст.), которая приводит к серьезным последствиям для здоровья.

Низкий ИМТ, как и ИМТ, соответствующий ожирению 2 и особенно 3 ст., снижают РП.

Оценочные таблицы уровня физического развития взрослого населения (мужчины) (по Тагако Л.И. и соавт., 1998)

Возраст	Признаки (см)	Уровни физического развития				
		низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий
20–29	Длина тела	162,86 и ниже	162,87–170,84	170,83–178,84	178,85–186,80	186,81 и выше
	Масса тела	64,10 и ниже	64,11–68,36	68,37–72,66	72,67–76,93	76,94 и выше
	Окружность грудной клетки	92,25 и ниже	92,26–93,55	93,56–94,85	94,86–96,14	96,15 и выше
30–39	Длина тела	160,45 и ниже	160,46–168,82	168,83–177,26	177,27–185,63	185,64 и выше
	Масса тела	68,86 и ниже	68,87–71,69	71,70–74,54	74,55–77,37	77,38 и выше
	Окружность грудной клетки	97,89 и ниже	97,90–98,13	98,14–98,38	98,39–96,63	98,64 и выше
40–49	Длина тела	159,65 и ниже	159,65–168,01	168,02–176,45	176,46–184,82	184,83 и выше
	Масса тела	65,75 и ниже	65,76–71,60	72,61–77,50	77,51–83,35	83,36 и выше
	Окружность грудной клетки	97,63 и ниже	97,64–99,61	99,62–101,60	101,61–103,58	103,59 и выше
50–59	Длина тела	158,56 и ниже	158,57–166,48	166,49–174,46	174,47–182,37	182,38 и выше
	Масса тела	66,81 и ниже	66,82–72,58	72,59–78,38	78,39–84,15	84,16 и выше
	Окружность грудной клетки	100,14 и ниже	100,15–101,37	101,38–102,60	102,61–103,83	103,84 и выше
60 и старше	Длина тела	158,86 и ниже	158,87–166,02	166,03–173,24	173,25–180,40	180,41 и выше
	Масса тела	66,09 и ниже	66,10–72,37	72,38–78,70	78,71–84,99	85,00 и выше
	Окружность грудной клетки	99,07 и ниже	99,08–101,38	101,39–103,70	103,71–106,01	106,02 и выше

*Оценочные таблицы уровня физического развития взрослого населения (женщины)
(по Тезако Л.И. и др., 1998)*

Возраст	Признаки (см)	Уровни физического развития				
		низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий
20–29	Длина тела	151,05 и ниже	151,06–159,90	159,91–168,83	168,84–177,68	177,69 и выше
	Масса тела	48,36 и ниже	48,37–53,58	53,59–58,85	58,86–64,07	64,08 и выше
	Окружность грудной клетки	81,50 и ниже	81,51–83,37	83,38–85,25	85,26–87,12	87,13 и выше
30–39	Длина тела	151,64 и ниже	151,65–158,84	158,85–166,11	166,12–173,31	173,32 и выше
	Масса тела	58,69 и ниже	58,70–63,15	63,16–67,65	67,66–72,11	72,12 и выше
	Окружность грудной клетки	89,01 и ниже	89,02–90,67	90,68–92,35	92,36–94,01	94,02 и выше
40–49	Длина тела	148,69 и ниже	148,70–156,80	156,81–164,96	164,97–173,01	173,08 и выше
	Масса тела	61,98 и ниже	61,99–66,51	66,52–71,07	71,08 –75,61	75,62 и выше
	Окружность грудной клетки	92,76 и ниже	92,77–93,69	93,70–94,63	94,64–95,56	95,57 и выше
50–59	Длина тела	149,32 и ниже	149,33–155,31	155,32–161,35	161,36–167,34	167,35 и выше
	Масса тела	68,04 и ниже	68,05–69,45	64,46–70,88	70,89–72,30	72,13 и выше
	Окружность грудной клетки	95,79 и ниже	95,80–97,16	97,17–98,53	98,54–99,90	99,91 и выше

2.4.2. Физическая работоспособность (толерантность к физическим нагрузкам)

Одним из важнейших компонентов РП, характеризующим функциональное состояние больного, является физическая работоспособность или индивидуальная толерантность к физической нагрузке. Физическая работоспособность — это потенциальная способность человека выполнить в течение заданного времени максимально возможное количество физической работы без утомления за счет значительной активации нервно-мышечной системы и аэробного энергетического обеспечения. Поэтому обычную работу, а у больного — физическую реабилитацию, лимитирует система транспорта кислорода, главным звеном которой является кардиореспираторная система. Характер реакции на физическую нагрузку, быстрота и результативность адаптации (толерантность) к повышенным требованиям являются главным критерием для определения допустимых лечебных, повседневных бытовых и, в дальнейшем, профессиональных нагрузок. При прочих равных условиях хорошая физическая работоспособность больного улучшает возможности его функционального восстановления.

В медицинской литературе принято сокращенное обозначение работоспособности РВС (от английского — physical working capacity) или же по-русски ФРС. Различают максимальную физическую работоспособность, под которой понимают способность данного человека выполнять в течение определенного времени работу такой интенсивности, при которой достигается максимальное потребление кислорода, и субмаксимальную, составляющую определенную часть (от 50% до 90%) от объема максимальной ФРС. В пределах субмаксимальных нагрузок существует прямая зависимость между потреблением кислорода, сердечным выбросом и частотой сердечных сокращений (ЧСС).

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Таким образом, об интенсивности выполняемой работы можно судить по ЧСС, достигнутой при нагрузке. По ЧСС можно стандартизировать нагрузку, определяя физическую работоспособность при достижении определенной частоты пульса (Комитет экспертов ВОЗ, 1965). Наиболее широко используется определение ФРС при частоте пульса 170 в минуту (PWC170). У больных с ограниченными физическими возможностями определяют ФРС и при частоте пульса 150, 130 и даже 120 уд./мин.

На ФРС оказывают влияние возраст, пол, физическое развитие. Достоверное влияние на толерантность к нагрузке больных, перенесших инсульт, оказывают факторы инсульта: тяжесть инсульта, степень пареза, повторность инсульта и др., а также сопутствующая патология кардиореспираторной системы. Результаты проведенного корреляционного анализа показали также достаточно тесную связь ФРС с системой АД у постинсультных больных и больных гипертонической болезнью (Белова А.Н., 1995).

Для определения физической работоспособности используют нагрузочные тесты, позволяющие точно учитывать и количественно оценивать выполняемую работу: степ-тест (проба Мастера), велоэргометрические пробы со ступенчато возрастающими непрерывными или прерывистыми нагрузками, нагрузочное тестирование на тредмиле (беговая дорожка). Поскольку нагрузочное тестирование не всегда доступно для постинсультного больного, предлагаются более простые методы исследования ФРС. К ним относится определение ФРС по формуле, предложенной В.С. Волковым и А.Е. Цикулиным (1989):

$$PWC = 1550 - 8,2 \times \text{возраст} + 5,23 \times \text{рост} - 7,36 \times \text{АД диа.} - 5,44 \times \text{АД сист.},$$

где возраст определяется в годах, рост — в сантиметрах, АД — в мм рт. ст. Полученная величина будет соответствовать ФРС больного, выраженной в кгм/мин.

Формула для ориентировочного расчета толерантности к физической нагрузке постинсультных больных предложена А.Н. Беловой (1995):

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

$$П = 19,7 + 22,1 \times X1 + 26,7 \times X2 + 18 \times X3 + 4,5 \times X4,$$

где П — пороговая нагрузка в Вт, 1 Вт = 6 кгм/мин,

X1 — степень гемипареза (0 — выраженная, 1 — умеренная, 2 — легкая, 3 — нет),

X2 — повторность инсульта (0 — повторный, 1 — первичный),

X3 — клинические проявления ИБС (0 — есть, 1 — нет),

X4 — степень изменений ЭКГ (0 — выраженные, 1 — умеренные, 2 — легкие, 3 — норма).

Методически более простым и доступным из нагрузочных тестов является степ-тест. Физическую нагрузку задают в виде восхождения на ступеньку определенной высоты в течение 3 или 5 мин. При этом модели нагрузок могут быть различными. ФРС больного рассчитывается по формуле и определяется в кгм/мин.

$$W = M \times H \times T \times 1,33,$$

где W — работа в кгм/мин,

M — масса тела,

H — высота ступени,

T — число подъемов на ступень в течение 1 мин.

1,33 — поправочный коэффициент, с учетом затрат на спуск со ступени (составляет около 1/3 от энергетических затрат на подъем).

Велоэргометрия получила наибольшее распространение среди аппаратных проб. Дозируемая нагрузка задается частотой педалирования (60–70 об./мин) и сопротивлением вращению педалей. Мощность выполненной работы выражается в ваттах или кгм/мин.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Больному последовательно задают две нагрузки по 5 мин каждая с интервалом 3 мин. Нагрузка выполняется без предварительной разминки. Первая нагрузка подбирается с учетом массы и физического состояния больного в пределах от 300 до 800 кгм/мин; вторая — в зависимости от ЧСС при первой: от 700 до 1600 кгм/мин. ФРС рассчитывается по формуле, предложенной В.Л. Карпманом (1988):

$$PWC\ 170 = W + (W2 - W1) \times$$

где $W1$ — мощность I степени нагрузки,

$W2$ — мощность II степени нагрузки,

$f1$ — ЧСС при I ст. нагрузки,

$f2$ — ЧСС при II ст.нагрузки.

Для больных старшего возраста и при наличии заболеваний, значительно, ограничивающих физическую работоспособность, используются тесты PWC 150 и PWC 130 и даже PWC 120.

В зависимости от величины ФРС можно выделить 5 уровней ее функционального состояния:

I — хорошая ФРС. Для мужчин она выше 900 кгм/мин, для женщин — выше 750 кгм/мин. В эту группу войдут больные с незначительным функциональным дефектом, который не ограничивает физическую активность и трудоспособность, хорошо физически развитые, тренированные, без сопутствующей патологии кардиореспираторной системы, РП таких больных высокий, у них допустимы значительные нагрузки во время физических тренировок и в профессиональной деятельности. Их физическая реабилитация проводится по наиболее полной программе, включающей, кроме специальных методик, дозированную ходьбу, элементы спортивных игр и трудотерапию.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

II — удовлетворительная ФРС. Для мужчин — 600–900 кгм/мин, женщин — 500 — 750 кгм/мин. В основном это больные с небольшим снижением резервов сердечно-сосудистой системы, с более низкой переносимостью физических нагрузок, в том числе в связи с двигательным дефектом. Важную роль в реабилитации таких больных играет тренирующий режим и длительные физические тренировки по программе «сильной» группы, которые проводятся на велоэргометре. В программу физической реабилитации включают групповые занятия со средней нагрузкой, лечебную ходьбу под наблюдением инструктора.

III — посредственная ФРС. Для мужчин — 300–600 кгм/мин, женщин — 300 — 500 кгм/мин. Эта группа объединяет больных с выраженным парезом со значительным снижением функциональных резервов, явными нарушениями центральной гемодинамики. Больным могут быть рекомендованы физические тренировки по программе «слабой» группы, нагрузки малые и средние, возможна трудотерапия. На протяжении дня больные способны выполнять лишь отдельные виды физического труда.

IV — низкая ФРС. Для мужчин и женщин — 100–300 кгм/мин.

Снижение физических возможностей полностью нивелирует функциональные различия, связанные с полом. Физическое состояние больных вполне достаточное для передвижения, самообслуживания, повседневной, бытовой активности, но лишает их возможности трудовой деятельности. Основой двигательной реабилитации для таких больных являются специальные методические системы (Bobath, PNF и др.), общеукрепляющая ЛФК и эрготерапия, не рекомендуется использование тренажерных комплексов.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

V — очень низкая ФРС — менее 100 кгм/мин, объединяет группу больных, требующих ухода, у которых патологические изменения привели к потере функциональных резервов. Энергетические возможности таких больных значительно нивелируют двигательную активность и затрудняют самообслуживание. Данной категории больных следует рекомендовать только ненагрузочные индивидуальные занятия с использованием методов компенсации.

Поскольку уровень физического состояния больного определяется характером и тяжестью двигательного дефекта, выраженного основного и сопутствующего заболеваний, степенью тренированности и физическим развитием, то индивидуально разработанные мероприятия по физической реабилитации, основанные на данных функционального тестирования, позволяют добиться улучшения физического состояния и социальной адаптации больных.

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РП

Одним из стержневых принципов реабилитации является опора на личность больного. Поэтому актуальной становится оценка особенностей психологического статуса с точки зрения эффективности проведения реабилитационных мероприятий у конкретного человека, с учетом индивидуальных характеристик личности и психического состояния. В связи с этим, возникает необходимость в обобщенной характеристике личностной готовности и возможностей больного к участию в реабилитационном процессе. В БНИИЭТИНе в 1992 г. было введено понятие «Реабилитационного потенциала личности» и предложена методика его оценки.

Реабилитационный потенциал личности (РПЛ) — это возможность эффективного включения *конкретного* больного или инвалида в условия *реального* реабилитационного процесса (на медицинском, медико-профессиональном, социальном этапе реабилитации). Как показал опыт психологической реабилитации, при оценке РПЛ наиболее значимо получение психодиагностических показателей и проведение анализа психологического статуса больных и инвалидов по предложенной 5-уровневой схеме:

- 1) нейро-психофизиологический уровень;
- 2) уровень саморегуляции;
- 3) нозогнозический уровень;
- 4) личностно-характерологический уровень;
- 5) мотивационно-личностный уровень.

Нарушения на любом из этих уровней могут значительно дезадаптировать больного и резко снизить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Нейро-психофизиологический уровень включает в себя оценку базовых психофизиологических процессов: внимания, памяти, мышления, работоспособности и интеллекта, а также оценку состояния высших психических функций и речевых нарушений. Оценка проводится при клиническом обследовании, клинико-психологическом обследовании, а также с использованием традиционных психодиагностических методов (корректирующие пробы, 10 слов, тестирование интеллекта и т.п.) и методов нейропсихологической диагностики.

Уровень саморегуляции включает в себя оценку состояния эмоционально-волевой сферы, активности, настроения, ответственности. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании. Возможно использование психодиагностических тестов типа САН, ШРЛТ, цветовой тест М. Люшера, УСК и т.п.

Нозогнозический уровень включает в себя оценку внутренней картины болезни как при помощи выявления типа отношения к болезни, так и в плане определения модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения.

Выделяется 12 типов отношения к болезни, как адаптивных, так и дезадаптивных, психологическую диагностику которых легко можно провести с помощью методики ТОБОЛ («Психологической диагностики типов отношения к болезни»).

Модель прогноза заболевания — одна из составляющих внутренней картины болезни. Она носит явно адаптационный характер и формируется больным на основе тех медицинских знаний, которые хочет, может и умеет использовать больной человек. Модель прогноза заболевания может включать ориентацию как на выздоровление, так и на смерть или на инвалидность.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Модель ожидаемых результатов лечения — создается самим больным, однако в ней большое значение имеет воздействие врача или окружающих людей, которые оказывают на человека влияние. Эта модель во многом определяет отношения больного к врачу — степень доверия, уровень открытости и т.п. Во время лечения у больных формируются психологические модели полученных результатов лечения. Это то эмоциональное содержание оценки результатов лечения, которое связано со сличением модели ожидаемых результатов и модели полученных результатов. Подобные эмоции могут быть причиной свертывания или разрушения модели ожидаемых результатов лечения, что приведет к отказу от лечения данным методом или от лечения и реабилитации вообще, может стать причиной депрессии.

Представление о типе отношения к болезни, модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов врач может получить при направленном расспросе больного.

Личностно-характерологический уровень включает в себя оценку поведенческих стереотипов, адаптационных возможностей личности. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании. Возможно использование личностных опросников (типа 16 PF, MMPI, FPI, BVNK-300, МЛО и т.п.).

Мотивационно-личностный уровень включает в себя оценку жизненных ценностей и устремлений, традиций и предпочтений. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании. Возможно использование опросников типа ОТЦ, Рокича, Хеккаузена, WPPF и др.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Итогом психологического оценивания по предложенным уровням является определение РПЛ, который может быть высоким, средним и низким. Оценка РПЛ может проводиться в количественной форме. Для этого принимается, что высокий РПЛ равен 3, средний — 2 и низкий — 1 баллу. Оценивается значение РПЛ по каждому уровню. Затем рассчитывается среднее значение РПЛ, которое квалифицируется в соответствии с таблицей:

	РПЛ		
	Высокий	Средний	Низкий
Среднее значение баллов по пяти уровням анализа психологического статуса	> 2,5	< 2,5 и > 1,5	< 1,5

В таблице 3 приведены критерии оценки РПЛ по 5 уровням.

Оценка психологических факторов, определяющих реабилитационный потенциал личности у больных, перенесших мозговую инсульт

Уровень анализа психологического статуса	Реабилитационный потенциал личности		
	высокий	средний	низкий
1	2	3	4
1. Нейропсихологический уровень	Высокие и средние показатели интеллекта, нормальное состояние предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.) или их легкое снижение. Устойчивый и достаточный уровень работоспособности или его легкое снижение. Легкая истощаемость психических функций или ее отсутствие. Отсутствие нарушений высших психических функций (ВПФ), либо элементы афазий, агнозий.	Показатели интеллекта соответствуют низкой норме или находятся на пограничном с дефектом уровне, умеренные нарушения предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.). Умеренно выраженное снижение уровня работоспособности. Умеренная истощаемость психических функций. Умеренные нарушения ВПФ, парциальность их поражения.	Показатели интеллекта соответствуют дефектному уровню, выраженные нарушения предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.). Выраженное снижение уровня работоспособности. Выраженная истощаемость психических функций. Грубые нарушения ВПФ, комбинированность или тотальность их поражения.

1	2	3	4
2. Уровень саморегуляции	Больной эмоционально адекватен, либо отмечается легкая лабильность. Критичен к своему состоянию, способен поддерживать моральную дистанцию, имеет реальные планы на будущее. Достаточный уровень спонтанной активности, способен поддерживать ровный фон настроения, склонен брать ответственность на себя при столкновении с трудными ситуациями.	Отмечается уверенная эмоциональная лабильность, легкая ригидность аффекта. Недостаточно критичен к своему состоянию, отмечаются появления анозогнозии. Планы на будущее носят формальный характер. Не всегда способен поддерживать достаточную моральную дистанцию. Уровень активности умеренно снижен, необходимы незначительные активизирующие воздействия со стороны. Фон настроения неустойчивый, с депрессивными или гипоманиакальными элементами. Не склонен брать ответственность на себя при столкновении с трудными жизненными ситуациями, возлагает ответственность на случай или стечение обстоятельств.	У больного выраженная эмоциональная лабильность, недержание аффекта, слабодушие. Резко нарушена критика к своему состоянию. Планы на будущее нереальные, либо отсутствуют. Не способен учитывать моральную дистанцию. Выявлена выраженная пассивность, либо нецелесообразная активность. Фон настроения крайне нестабильный, плач перемежается с периодами повышенного настроения; либо стабильное депрессивное или беспечное состояние. Снимает с себя всякую ответственность за происходящее с ним.

1	2	3	4
<p>3. Позогнозический уровень</p>	<p><i>Гармонический тип</i> отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения характеризуется трезвой оценкой своего состояния. Нет склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном цвете, но также и нет недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступны больному. <i>Эргопатический тип</i>, характеризующийся уходом от болезни в работу. Даже при тяжести болезни и страданиях, стремление, несмотря на это, продолжить работу. Характерно одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев — выраженное еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное, отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.</p>	<p><i>Сенситивный тип</i> отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза ожидаемых результатов лечения характеризуется чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут воспроизвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасением, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. А также <i>ипохондрических тип</i>, характеризующийся сосредоточением на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремлением постоянно рассказывать о них окружающими. На их основе возможное преувеличение и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарства. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.</p>	<p><i>Анозогнозический тип</i> отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения характеризуется активным отбрасыванием самой мысли о болезни и о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание появлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами». При эйфорическом варианте этого типа — необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание продолжить получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течении болезни. А также наличие таких дезадаптивных типов отношения к болезни как <i>тревожный, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойальный и дисфорический</i>.</p>

1	2	3	4
<p>4. Личностно-характерологический уровень</p>	<p>Такие больные считают всех людей добрыми и хорошими, откровенно рассказывают о себе даже малознакомым людям, легко доверяют им свои сокровенные мечты и материальные ценности. В коллективе всегда уживчивы, веселы, независливы, проявляют искреннюю заботу о своих товарищах, не стремятся конкурировать с ними, выделиться, обратить на себя внимание. Эту группу больных характеризует стремление к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. Такие люди считают, как правило, что самое главное в жизни — это учиться и получать новые знания. Хорошо адаптируются в любом коллективе и в любых социальных условиях.</p>	<p>Отсутствуют ярко выраженные характерологические черты и поведенческие паттерны, которые бы способствовали легкой адаптации к текущей социально-психологической ситуации и к окружающей микросоциальной среде, либо вызвали бы значительную личностную и социально-психологическую дезадаптацию больного. Успешность адаптации во многом зависит от «приветливости» окружения. И значительно зависит от окружающей обстановки.</p>	<p>Такие больные с самого начала подходят ко всем людям с предубеждением, настороженно, во всем ищут тайны, ждут от всех подвоха, никому не доверяют, считают своих друзей способными на нечестность, неоткровенны с ними. В коллективе они держатся обособленно, пекутся только о себе, завидуют успехам других людей, считают, что их недооценивают, уделяют мало внимания оценке их достижений. Требуют исключительной заботы, — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другими свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни. В отношениях с людьми проявляют себя как настойчивые, раздражительные, не терпящие конкуренции, не поддающиеся влиянию других людей, скептически относящиеся к моральным мотивам поведения окружающих. Также их характеризует высокий уровень тревожности и беспокойства, что можно рассматривать как предпочитаемый метод личностной защиты, как разновидность компенсирующего поведения.</p>

1	2	3	4
<p>5. Мотивационно-личностный уровень</p>	<p>Для таких больных характерна высокая значимость практически всех жизненных (терминальных) ценностей. Наибольшее предпочтение отдается таким ценностям, как <i>собственный престиж</i> (т.е. завоевание своего признания в обществе путем следования определенным социальным требованиям), <i>высокое материальное положение</i> (т.е. обращение к факторам материального благополучия как к главному смыслу существования), <i>активные социальные контакты</i> (т.е. установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли) и <i>достижения</i> (т.е. постановка и решение определенных жизненных задач как главных жизненных факторов). Реализация предпочитаемых жизненных ценностей важна во всех жизненных сферах. Высоко значимы все жизненные сферы (<i>профессиональной жизни, обучения и образования, семейной жизни, общественной жизни и увлечений</i>). Максимальное предпочтение отдается сфере <i>общественной жизни</i>.</p>	<p>Характерна схожая с высоким РПЛ структура предпочтения жизненных ценностей. Однако меньшее значение имеют такие ценности, как <i>собственный престиж</i>, активные социальные контакты, развитие себя (т.е. познание своих индивидуальных особенностей, постоянное развитие своих способностей и других личностных характеристик), <i>достижения</i> и резко снижена значимость такой жизненной ценности, как <i>духовное удовлетворение</i> (т.е. руководство морально-нравственными принципами, преобладание духовных потребностей над материальными). Реализация предпочитаемых жизненных ценностей, также, как и при высоком РПЛ, важна во всех жизненных сферах. Однако значимость таких жизненных сфер, как <i>профессиональная жизнь, обучение и образование, и общественная жизнь</i> гораздо ниже.</p>	<p>Резко снижена значимость всех жизненных ценностей, <i>кроме высокого материального положения</i>. Не имеют значения такие жизненные ценности, как <i>активные социальные контакты, развитие себя и духовное удовлетворение</i>. Практически равны нулю такие жизненные ценности, как <i>собственный престиж и сохранение собственной индивидуальности</i> (т.е. преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости). Не имеют никакого значения такие жизненные сферы, как обучение и образование, семейная жизнь и профессиональная жизнь. Однако на среднем уровне сохраняются мотивации в сферах общественной жизни и увлечений.</p>

4. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Социальная независимость больных, перенесших МИ (в семье, жилище, на рабочем месте, в коллективе, транспорте, учреждениях, в получении необходимой информации, участии в общественной жизни и др.), достигается не только сохранностью способностей, обеспечивающих жизнедеятельность, но в значительной степени зависит от РП социальной среды, т.е. готовность и способность общества предоставить инвалиду максимально равные, по сравнению со здоровыми людьми, возможности во всех социальных сферах: общественной, профессиональной, бытовой. Уровень социальной независимости человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности является показателем его интеграции в общество.

Факторы, составляющие РП для социальной реабилитации могут быть подразделены на две группы: социально-средовые и социально-трудовые.

4.1. Социально-средовые факторы

В свою очередь социально-средовые факторы условно можно подразделить на две группы: социально-бытовые и непосредственно социально-средовые.

Социально-бытовые факторы условия и средства, способствующие выполнению бытовой деятельности, самостоятельному проживанию и независимому экономическому существованию. К ним относятся наличие жилищных условий и семьи, позволяющих преодолеть затруднения в самообслуживании, физической зависимости, материальной обеспеченности, а также возможность получения и использования вспомогательных технических средств и др.

Социально-средовые факторы способствуют возможности самостоятельной общественной и семейной деятельности. К ним относятся доступность использования общественного транспорта, организация доступа к зданиям общественного назначения, возможность предоставления личного транспорта, вспомогательных технических средств, содействующих получению информации, выполнению общественной деятельности, занятиям физкультурой и спортом, организация досуга. Факторы социальной среды содействуют интеграции в общество, максимально возможной социальной независимости больного.

При низком РП по другим факторам, в частности сохранении грубого стойкого дефекта, благоприятные социально-средовые факторы способствуют обеспечению должного ухода — оптимально возможного для больного с дефектом качества жизни. При среднем и высоком РП они способствуют более полной физиологических возможностей реабилитации больного и его социальной интеграции.

4.2. Социально-трудоовые факторы

Высшей формой социальной интеграции больного является восстановление его профессиональной трудоспособности и возвращение к профессиональному труду. Потенциал восстановления профессиональной трудоспособности в равной мере зависит как от состояния здоровья и степени выраженности неврологического дефекта после инсульта, так и от социально-трудоовых факторов: образовательного уровня, профессии, требований, которые она предъявляет к состоянию здоровья, сохранности или утраты профпригодности. Наиболее частыми последствиями инсульта, являются парезы различной степени выраженности и речевые нарушения, что приводит к ограничению передвижения, ориентации, общения, контроля за своим поведением, снижению способности выполнять профессиональный труд.

РП для определения возможностей профессионально-трудоовой реабилитации оценивается по 2-м группам факторов:

1. Оценка состояния профессионально значимых функций и способностей, их соответствие требованиям профессии и производственной среды выполняется после проведения медицинской реабилитации. Важным условием для восстановления способности к профессиональному труду являются психологические факторы: наличие положительной установки и мотивации к профессиональному труду.

2. Оценка возможностей мер профориентации для устранения ограничений к выполнению профессионально-трудовой деятельности. Наиболее значимым фактором, позволяющим прогнозировать восстановление способности к профессиональной деятельности является сохранность профпригодности.

Устранение ограничений к труду возможно за счет манипуляции с производственными факторами среды и объемом профессиональных действий:

- подбор работ из общего перечня профессиональных действий, требующих минимального участия ограниченных способностей;
- подбор оптимального режима работ;
- оснащение рабочего места специальными приспособлениями, вспомогательными техническими средствами;
- возможность перевода на другую работу, показанную по состоянию здоровья;
- возможность сокращения объема работ, приводящего к снижению квалификации.

Для оценки Рп и РПр используются меры профориентации.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

В случае возможности возврата к своей профессии за счет восстановления нарушенных способностей, а также подбора и закрепления за реабилитантом работ в рамках профессии без снижения квалификации и объема деятельности или подбора равной по квалификации профессии без переподготовки РП оценивается как высокий. Средний уровень РП определяется в случаях, когда можно прогнозировать только частичное восстановление профтрудоспособности или продолжительность периода ее восстановления может быть более года. В таких случаях возврат к профессиональному труду возможен за счет подбора профессий более низкой квалификации или снижения общего объема работ, а также освоение новой показанной профессии после переобучения.

В случае невозможности восстановления нарушенных профессионально значимых способностей и возврат к профессиональной деятельности возможен только при создании специально организованных условий, уровень РП определяется как низкий. Профессиональная деятельность в специальных условиях предусматривает использование вспомогательных технических средств, ненормированный труд и др.

Оценка РП выполняется для РПр и назначения реабилитационных мероприятий на ближайший год. От точности оценки интегрального показателя РП и его профессионально-трудовой составляющей зависит правильность подбора реабилитационных назначений и их реализация.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

В Хельсинбургской декларации (согласительное заявление Общеввропейского совещания по ведению больных инсультами (1995 г.)) сформулированы основные принципы ведения больных инсультом:

- инсульт — неотложное медицинское состояние, требующее обязательной госпитализации пациента, желательно в течение 6 часов от начала заболевания (в период «терапевтического окна»);
- все пациенты после завершения острой стадии инсульта должны иметь доступ к специализированным методам лечения и к оценке потребности в реабилитационных мероприятиях, которые проводятся до положительного результата, либо пока существует вероятность его достижения;
- реабилитационная служба должна иметь междисциплинарную группу (врачей, кинезотерапевтов, эрготерапевтов, психологов, логопедов, социальных работников, медицинских сестер и др.), прошедших специальную подготовку по ведению больных инсультами;
- реабилитация наиболее эффективна, если она начинается в самые ранние сроки после развития инсульта и проводится в течение первых 6 месяцев; в более поздние сроки уменьшение неврологического дефицита под влиянием реабилитации маловероятно, но больной со стойким дефектом нуждается в медицинской и социальной поддержке для адаптации к повседневной деятельности и нагрузкам, проведению вторичной профилактики повторного инсульта и др. нарушений кровообращения.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Оптимальной формой организации медицинской помощи больным инсультом признана этапная система, составной частью которой является медицинская реабилитация, в свою очередь, предусматривающая различные организационные этапы реабилитации: стационарный, амбулаторный, санаторный и домашний.

Первый этап медицинской помощи больным инсультом охватывает острый его период и является лечебным, но и на этом этапе включаются ранние реабилитационные мероприятия.

Собственно реабилитационный этап начинается в раннем восстановительном периоде и продолжается от нескольких месяцев до одного года.

Организационными формами реабилитации являются следующие этапы:

1. Этап стационарный, реабилитационный — создание стационарных отделений реабилитации больных инсультом или реабилитационных коек в общих неврологических отделениях.

2. Этап амбулаторный — проведение МР больных инсультом в амбулаторных отделениях реабилитации.

3. Этап домашний — проведение реабилитации на дому (домашний этап).

4. Этап санаторный — проведение реабилитации в санатории.

Такая организация МР обеспечивает раннее ее начало, этапность и непрерывность.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Принципиальным вопросом организации реабилитации являются показания к ее проведению. Высокая стоимость реабилитационной помощи обосновывает необходимость отбора на реабилитацию с учетом перспективности и результативности ее проведения, то есть проведение реабилитации показано при наличии РП и благоприятном РПр. Недостаточное развитие реабилитационной сети делает эту задачу еще более актуальной. В то же время МР должна быть доступной для всех больных, которые в ней нуждаются и имеют РП. Выяснение РП в первые часы и дни инсульта в большинстве случаев невозможно. Оно требует времени для оценки тяжести и обратимости инсульта и др. факторов, определяющих РП. Отсюда вытекает важный принцип организации реабилитации — *в остром периоде инсульта реабилитация показана всем больным* и отбор на ее проведение не проводится, за исключением наличия противопоказаний. Реализация этого принципа вполне возможна, т.к. в остром периоде инсульта используются простейшие методы реабилитации в ограниченном объеме. Дальнейшая реабилитация проводится на основе отбора больных при наличии у них РП.

Первичная оценка РП возможна к концу острого периода инсульта, в среднем составляющего 21 день. К этому моменту, как правило, заканчивается время пребывания в инсультном или общем неврологическом отделении и возникает необходимость определить дальнейшие этапы организации лечения и реабилитации больного: перевод больного на стационарный, амбулаторный, санаторный или домашний этап. Решение этого вопроса не может быть стабильным и на ранних этапах реабилитации изменяется в соответствии с динамикой состояния больного. Это положение лежит в основе изменения этапов реабилитации в разные периоды инсульта с соблюдением принципа непрерывности и преемственности.

Оценка реабилитационного потенциала как основа определения этапов реабилитации больных мозговым инсультом

Повторная оценка РП проводится через 2–2,5 мес. от начала инсульта (к концу раннего восстановительного периода) и к моменту истечения их, когда наступает срок обязательного направления на МРЭК.

По окончании реабилитации, обычно через 6–12 мес., проводится оценка ее эффективности, степень реализации РП и точность его определения, изучаются причины, приведшие к нереализации РП.

Представленная система организации реабилитации больных МИ свидетельствует о необходимости отбора на каждый этап реабилитации, основным критерием которого является оценка РП.