

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневич

2012 г.

Регистрационный № 178-1212

ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО
ОСТЕОХОНДРОЗА

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Авторы: профессор, д.м.н. В.Б. Смычек, к.м.н. И.Я. Чапко,
д.м.н. А.Н. Филиппович, к.м.н. Е.Ф. Святская, Н.В. Стахейко,
Т.В. Черевко, В.А. Милькота

Городище, 2012

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
20.12.2012

Регистрационный № 178-1212

**ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО
ОСТЕОХОНДРОЗА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук И.Я. Чапко, д-р мед.
наук А.Н. Филиппович, канд. мед. наук Е.Ф. Святская, Н.В. Стахейко,
Т.В. Черевко, В.А. Милькота

Минск 2012

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для организации реабилитации пациентов с неврологическими проявлениями (осложнениями) поясничного остеохондроза и вызванными ими ограничениями жизнедеятельности в аспекте задач, решаемых медицинской реабилитацией.

Область применения: медицинская реабилитация пациентов с неврологическими проявлениями (осложнениями) поясничного остеохондроза.

Уровень внедрения: потребителями инструкции являются врачи-специалисты реабилитационных поликлинических и стационарных отделений, врачебно-консультационных комиссий организаций здравоохранения, медико-реабилитационных экспертных комиссий, санаторно-курортных учреждений, непосредственно занимающихся реабилитацией пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Технология медицинской реабилитации пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза предусматривает реализацию следующих этапов:

- выбор объекта реабилитации и предмет реабилитации;
- экспертно-реабилитационная диагностика;
- первичная оценка реабилитационного потенциала (РП), краткосрочного и долговременного прогноза реабилитации;
- дифференцированная реабилитационная оценка с соотношением реабилитанта к клинико-реабилитационной группе (КРГ) и подгруппе;
- медицинская экспертиза (с оценкой категорий и степени ограничений жизнедеятельности, степени риска инвалидизации);
- формирование индивидуальной программы реабилитации (ИПР);
- практическое выполнение ИПР;
- оценка эффективности реабилитационных мероприятий и формирование дальнейшего реабилитационного маршрута.

Выбор объекта реабилитации и предмет реабилитации предусматривает определение лиц, нуждающихся в реабилитации (в соответствии с показаниями и противопоказаниями), реализацию определенного порядка направления на этап реабилитации).

Выбор объекта и предмет реабилитации осуществляется в соответствии с показаниями и противопоказаниями (обобщенный порядок организации реабилитации определяется «Инструкцией о порядке организации медицинской реабилитации в Республике Беларусь», утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее — МЗ РБ) № 666 от 21.06.2011).

Ранняя стационарная медицинская реабилитация осуществляется в раннем послеоперационном периоде (по поводу дискогенных радикулопатий и стенозов позвоночного канала) с умеренными и выраженными двигательными нарушениями (реабилитация проводится в отделении медицинской реабилитации пациентов неврологического профиля, перевод осуществляется на 14–16-е сут от проведения операции, продолжительность реабилитации 21 день). Повторная

стационарная реабилитация данной категории пациентов, как правило, не осуществляется (в соответствии с вышеуказанным Приказом МЗ РБ) или выполняется при оплате пациентом медицинских услуг. Все остальные контингенты реабилитантов, которым не осуществляется реабилитация (согласно приказу № 666), но нуждающиеся в длительном реабилитационном восстановительном лечении, могут получить реабилитационную помощь на платной основе (согласно приказу МЗ РБ № 795 от 05.08.2011 «Об установлении перечня медицинских показаний для направления пациентов в стационарные отделения медицинской реабилитации на платной основе»).

Перечень медицинских противопоказаний для направления пациентов в стационарные отделения ранней медицинской реабилитации совпадает с общими медицинскими противопоказаниями к медицинской реабилитации: отсутствие у пациента реабилитационного потенциала; острые, в т. ч. инфекционные, заболевания до выздоровления; паразитарные заболевания до окончания срока изоляции; заболевания в стадии декомпенсации; терминальная стадия заболевания; лихорадочные состояния; острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний; резко выраженные нарушения интеллектуально-мнестической сферы; выраженные психические нарушения.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 666 от 21.06.2011 не предусмотрено осуществление амбулаторной реабилитации пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. Вместе с тем, реабилитация данной категории пациентов может осуществляться на платной основе (также в соответствии с приказом МЗ РБ № 795 от 05.08.2011).

Экспертно-реабилитационная диагностика — предусматривает клинико-реабилитационную оценку проявлений патологии с целью выделения клинических, функциональных и социально значимых объектов реабилитации. Оценка выраженности нарушенных функций и способностей проводится по функциональным классам (ФК): при этом определяются сформировавшиеся у реабилитанта нарушения и ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной недостаточности. Экспертно-реабилитационная диагностика клинических неврологических проявлений поясничного остеохондроза имеет два основных аспекта практического использования: в контексте медицинской экспертизы как оценки клинического проявления болезни и социальных последствий, а также в реабилитационном аспекте (планирование реабилитационных мероприятий, оценка эффективности реабилитации).

Перечень методов экспертно-реабилитационной диагностики, как правило, включает: анализ субъективных проявлений заболевания (жалоб); изучение анамнестических данных (анамнеза заболевания), представленных в медицинской документации; оценку общего статуса пациента; оценку состояния рефлексорной сферы; оценку состояния чувствительной сферы; результаты специальных экспертно-диагностических и реабилитационных тестов; результаты специальных (в т. ч. инструментальных исследований (нейрофизиологическое исследование, рентген-визуализационная диагностика, исследование кровообращения в сосудах нижних конечностей, вегетативного статуса, стабилметрическое исследование);

оценку психологического статуса; оценку ограничений жизнедеятельности и качества жизни.

Экспертно-реабилитационная оценка предусматривает трехуровневую схему диагностики. Первый уровень экспертно-реабилитационной диагностики — оценка функциональных последствий заболевания, которые являются объектом восстановительного лечения как начальной ступени реабилитации. Клинические методы, используемые в процессе диагностики, направлены на оценку характера и степени выраженности последствий болезни (функциональных нарушений) и включают анализ жалоб, анамнеза, неврологического статуса (двигательной, рефлекторной, чувствительной сфер, вегетативного статуса). Дополнительные методы первого уровня экспертно-реабилитационной диагностики — это инструментальные методы.

Второй уровень экспертно-реабилитационной диагностики — оценка последствий заболевания, которые формируют ограничения жизнедеятельности и являются объектом непосредственно реабилитации. Для объективизации категорий ограничения жизнедеятельности, прежде всего, способностей передвижения и реже самообслуживания (ухода за собой), которые являются основными категориями жизнедеятельности, нарушившимися в результате осложнений поясничного остеохондроза, целесообразно использовать реабилитационные тестовые методики: «Островский опросник нарушений жизнедеятельности при болях в нижней части спины», «Батарей тестов физических возможностей РАНД», «Батарей тестов функциональных ограничений РАНД», «Опросник Роланда-Мориса для оценки жизнедеятельности пациента при болях в нижней части спины».

Третий уровень экспертно-реабилитационной диагностики — оценка последствий заболевания, которые формируют ограничения жизнедеятельности по категории продолжения способности к профессиональной деятельности. Реабилитационно-экспертная диагностика включает установление ограничений жизнедеятельности по способности выполнять профессиональный труд и в случае их наличия оценка степени выраженности. По способности выполнять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы, должна проводиться оценка профессионально-трудового статуса реабилитанта, оценка условий труда; влияние физических, химических, биологических факторов производственной среды на способность реабилитантов выполнять профессиональный труд в течение рабочего дня; оценка способности выполнять в полном объеме работы, предусмотренные профессией, с учетом имеющихся нарушений; оценка способности выполнять профессиональный труд по показателям организации труда. Оцениваемые профессионально-трудовые характеристики включают: уровень образования (общее и профессиональное); основную профессию (специальность); квалификацию; профессиональный маршрут: общий трудовой стаж; соответствие психофизиологических требований, предъявляемых основной профессией, состоянию пациента или инвалида; условия и организация труда, рациональность трудоустройства; установки пациента или инвалида на труд; сохранность его профессиональных знаний и

навыков; уровень профессиональных притязаний, способности к приобретению знаний, овладению навыками.

Первичная оценка реабилитационного потенциала, краткосрочного и долгосрочного прогноза реабилитации направлена на формирование целей и задач реабилитации на конкретном этапе, прогнозирование клинико-социальных исходов реабилитации.

Реабилитационный потенциал представляет собой комплекс физиологических, биологических и психологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовывать его потенциальные способности и определяющих принципиальную возможность восстановления нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в результате перенесенных заболеваний и травм.

Реабилитационный потенциал пациента с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза — показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в т. ч. участия в трудовой деятельности. Оценка реабилитационного потенциала должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсированности функциональных нарушений, психологическую готовность пациента или инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а также возможность сохранения уровня патологии при прогрессирующем течении процесса.

Определение реабилитационного потенциала пациентов должно базироваться на комплексной этапной оценке 3-х групп факторов: медицинских, психологических, социальных.

Медицинские факторы: клиническое течение заболевания (характер и вид синдромальных нарушений, степень выраженности последствий заболевания и операции по декомпрессии корешков, наличие сопутствующих заболеваний, частота обострений, наличие синдрома взаимного отягощения, эффективность лечения и потребность в курсовом, поддерживающем лечении для стабилизации патологического процесса, возможности обратного развития заболевания); наличие функциональных резервов организма, определение способностей организма к развитию компенсаторных возможностей (определение показателей работоспособности в условиях физических и психоэмоциональных нагрузок и «цены» адаптации к ним); клинико-трудовой прогноз с определением возможности продолжения трудовой деятельности в своей специальности или оценкой доступной тяжести и напряженности трудового процесса.

Психологические факторы: психологические особенности личности реабилитанта; определение установки на продолжение трудовой деятельности или возможность ее коррекции; адекватное отношение к болезни и лечению; наличие пре- или постморбидных нервно-психических нарушений.

Социальные факторы: место жительства реабилитанта; уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки; профессиональная пригодность в основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей; возможность приобретения другой,

показанной по состоянию здоровья профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии); наличие условий для рационального трудоустройства; экономическое положение реабилитанта и его семьи.

С учетом медицинских, психологических и социальных факторов необходимо определять следующие категории (градации) реабилитационного потенциала: высокий, средний или низкий.

Высокий реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на практически полную обратимость или компенсируемость функциональных нарушений или возможности компенсации (в т. ч. техническими средствами) патологии на уровне функционального класса (ФК) — 1, (незначительные или легкие нарушения функций до 25%) без явного ограничения жизнедеятельности, в т. ч. полное восстановление трудоспособности или незначительное ее ограничение.

К реабилитантам с высоким РП относятся лица: с незначительными или умеренными нарушениями функций вследствие основного заболевания; при благоприятном течении, с редкими, непродолжительными обострениями, на фоне преимущественно немедикаментозной поддерживающей терапии (средствами гимнастики, тренировки и поддержания мышечного корсета).

Средний реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на частичную обратимость функциональных нарушений (до ФК 1–2). Он также может определяться при наличии сопутствующей патологии (преимущественно при нарушении опорно-двигательного аппарата) или низкой мотивации на труд. Эти нарушения приводят к умеренному, реже значительному ограничению трудоспособности, другие критерии нарушаются в легкой степени (ФК 1).

К реабилитантам со средним РП относятся лица: с умеренными (реже выраженными), но стойкими нарушениями функций вследствие основного заболевания, с умеренно выраженным синдромом взаимного отягощения; при средней частоте обострений на фоне поддерживающего лечения; при умеренном снижении физической работоспособности (у лиц физического труда), которая может быть в дальнейшем сохранена или повышена в результате медицинской реабилитации; с адекватной внутренней картиной болезни (при наличии анозогностического и эргопатического типов отношения к болезни и лечению); с благоприятным клиническим прогнозом по результатам клинико-эргометрического наблюдения; имеющие положительную трудовую установку или с возможностью ее коррекции при реализации некоторых условий; профпригодные к выполнению работы в своей профессии, но со снижением объема или имеющие возможности для переобучения в новой показанной профессии меньшего объема.

К реабилитантам с низким РП относятся лица: со значительными нарушениями функций вследствие основного заболевания или с тяжелым синдромом взаимного отягощения при сочетании двух и более заболеваний с выраженными нарушениями функций (чаще всего сочетание болевого синдрома, двигательных нарушений с проявлениями коксартроза); при обострениях средней частоты или частые несмотря на постоянное комплексное курсовое и поддерживающее лечение (постоянные реабилитационные мероприятия); при

низкой физической работоспособности с незначительной ее динамикой или без динамики в течение 1–2 лет и более (несмотря на реабилитационные мероприятия); при незначительном эффекте медицинской реабилитации; при неадекватной внутренней картине болезни с преобладанием эгоцентрического типа отношения к болезни и лечению; профпригодные к труду со значительными ограничениями в своей профессии или иной, подобранной с учетом ранее приобретенных профессиональных навыков; при возможности рационального трудоустройства в специально (индивидуально) созданных условиях.

Основными задачами программы реабилитации в зависимости от реабилитационного потенциала являются следующие.

При высоком реабилитационном потенциале основные задачи реабилитации: повысить до требований основной профессии физическую работоспособность, сниженную в результате возникшего заболевания; сформировать адекватное отношение к болезни и лечению; вернуть к основной профессии (без ограничений в труде) или обучить новой показанной профессии (в случае ограничения трудоспособности) с последующим рациональным трудоустройством.

При среднем реабилитационном потенциале основные задачи реабилитации: уменьшить степень функциональных изменений, обусловленных патологией; стабилизировать клиническое течение хронического процесса и уменьшить тяжесть нарушений функций; повысить физическую работоспособность; сформировать адекватное отношение к болезни и лечению; оптимизировать методику реабилитации с постоянно поддерживающим реабилитационным режимом в случае нестабильного течения (с обострениями средней частоты или частыми); обеспечить возможность работы в своей профессии или ее продолжение с уменьшением объема; вернуть к работе после переобучения в новой показанной профессии; при необходимости провести эффективную коррекцию трудовой установки.

При низком реабилитационном потенциале у лиц с положительной трудовой установкой: необходимо получить умеренный или даже незначительный клинический эффект со стабилизацией течения хронического процесса; повысить хотя бы незначительно работоспособность; выработать более адекватное отношение к болезни и лечению, которое должно быть при хронической патологии постоянно поддерживающим и комплексным, с проведением повторных курсов; обеспечить продолжение трудовой деятельности в специально созданных условиях и с использованием профессиональных навыков и знаний.

Низкий РП позволяет рассчитывать на сохранение имеющихся нарушений до уровня ФК 2–3 или компенсировать патологию доступными средствами до этого.

Так как реабилитационный прогноз представляет собой предполагаемую вероятность реализации реабилитационного потенциала при выполнении индивидуальной программы реабилитации и является конкретным выражением меры реально достижимой цели реабилитации в процессе осуществления реабилитационных мероприятий на различных этапах с учетом комплексного воздействия корригируемых и некорригируемых медицинских,

профессиональных, социально-средовых и иных факторов, целесообразно оценивать реабилитационный прогноз при первичном составлении индивидуальной программы реабилитации.

Реабилитационный прогноз необходимо определять относительно конкретных видов (категорий) ограничений жизнедеятельности в раннем и позднем реабилитационных периодах, что позволяет грамотно составить индивидуальную программу реабилитации. Реабилитационный прогноз должен формироваться исходя из нозологической формы, синдромальных нарушений и характера течения заболевания, возраста, степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и предполагаемого влияния средовых факторов.

Реабилитационный прогноз целесообразно оценивать с учетом вероятности реализации целей реабилитации относительно отдельных составляющих реабилитационного потенциала (в зависимости от тяжести проявлений последствий заболевания): для пациентов с высокой тяжестью ограничений жизнедеятельности (ФК 3) прогнозирование должно осуществляться с учетом предполагаемого восстановления в полугодовой период после операции активной повседневной деятельности с вероятностью возвращения к труду; у пациентов с категориями ограничений жизнедеятельности в рамках ФК 2 прогнозирование должно исходить из предполагаемого восстановления способности к труду (соответственно реализации трудового прогноза).

Благоприятный реабилитационный прогноз может определяться при высокой вероятности полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности при наличии объективных возможностей (реабилитационных средств и условий) для реализации реабилитационного потенциала в полном объеме с учетом полного восстановления повседневной деятельности и способности к труду.

Реабилитационный прогноз определяется как сомнительный при вероятной возможности частичной реализации реабилитационного потенциала в случаях недостаточной эффективности мероприятий по осуществлению индивидуальной программы реабилитации при прогнозировании частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности с уменьшением степени их ограничений.

Неблагоприятный реабилитационный прогноз возникает, когда имеется неосуществимость частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и уменьшения степени их ограничений, невозможность реализации реабилитационного потенциала.

С учетом определения РП и реабилитационного прогноза определяется перечень показаний к проведению конкретных реабилитационных мероприятий и формируется индивидуальная программа реабилитации.

Этап дифференцированной реабилитационной оценки с соотнесением реабилитанта к клинико-реабилитационной группе и подгруппе предполагает распределение реабилитантов на группы и подгруппы в зависимости от категории и степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности, типа и уровня риска инвалидизирующих последствий, оцененного на предыдущем этапе

реабилитационного потенциала. Этап предполагает определение целей и задач реабилитации, прогнозируемых исходов и эффективности в каждой группе и подгруппе пациентов.

В зависимости от фазы медицинской реабилитации целесообразно выделять четыре основные КРГ, в каждой из которых по дополнительным критериям могут быть дифференцированы 2–3 подгруппы, организация реабилитации в которых, как правило, осуществляется в соответствии с определенным структурным алгоритмом.

КРГ-1 — группа ранней реабилитации — включает пациентов в ранней фазе острого процесса (после оперативного вмешательства: удаление секвестров выпавшего диска, декомпрессия корешков и др.) или хронического заболевания (длительные и частые обострения, неэффективность проводимого лечения, выраженный стойкий болевой и вертебральный синдромы), создающего угрозу инвалидности. Пациенты КРГ-1 дифференцируются на 2 подгруппы в зависимости от типа проявления инвалидизирующих последствий — острого или постепенного. Обе подгруппы несколько отличаются друг от друга. КРГ-1.1 — подгруппа пациентов с остро проявившимися инвалидизирующими последствиями заболеваний. Сюда относятся пациенты в ранней фазе острого процесса (после оперативного вмешательства: удаление секвестров выпавшего диска, декомпрессия корешков и др.), у которых прогнозируется длительная временная нетрудоспособность и высокая активность реабилитационных мероприятий. КРГ-1.2 — вторая подгруппа ранней реабилитации — включает пациентов с условно начальными проявлениями хронического заболевания (длительные и частые обострения, неэффективность проводимого лечения, выраженный стойкий болевой и вертебральный синдромы), создающего угрозу инвалидности. Данные проявления поясничного остеохондроза как постепенно прогрессирующего дегенеративно-дистрофического процесса еще не вызвали последствий или проявляются только легкими последствиями на органном уровне. Основным условием формирования данной клинико-реабилитационной группы является не только ранняя диагностика обострения хронического процесса, но и прогнозирование риска его неблагоприятного развития, позволяющие реализовать один из основных принципов медицинской реабилитации — раннее начало.

КРГ-2 — группа реабилитации пациентов, у которых уже проявились явные инвалидизирующие последствия на органном или организменном уровне, и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности. Это могут быть затянувшиеся или стойкие последствия острого вертебрального процесса или постепенно проявляющиеся последствия хронических дегенеративно-дистрофических процессов в сегментах позвоночника в выраженной стадии. Вторая КРГ является чисто реабилитационной и обозначена как «группа реабилитации пациента», ибо непосредственно процесс реабилитации с использованием широкого спектра ее методов начинается после возникновения последствий болезни. Ведущей целью реабилитации остается профилактика инвалидности в условиях ее угрозы и снижение тяжести возможной инвалидности.

Дифференциация пациентов КРГ-2 на 2 подгруппы проводится с учетом уровня проявления инвалидизирующих последствий и угрозы инвалидности. КРГ-2.1 — подгруппа пациентов со стойкими последствиями на уровне органа с нарушением функций (в данном случае «орган» — это позвоночно-крестцовый сегмент позвоночника, относящиеся к нему структуры спинного мозга и периферической нервной системы, сосудистая система), которые еще не привели к ограничению жизнедеятельности или нарушают ее в незначительной степени (потенциальная угроза инвалидности). КРГ-2.2 — подгруппа пациентов с выраженными последствиями болезни не только на органном, но и на организменном уровне, что создает реальную угрозу инвалидности. Цель реабилитации пациентов КРГ-2.2 — предупреждение инвалидности на уровне третичной ее профилактики (предупреждение перехода ограничений жизнедеятельности в последствия на социальном уровне — социальную недостаточность) или смягчение тяжести инвалидности. При этом причиной социальной дезадаптации может быть не только нарушение трудоспособности, но и ограничение других сторон жизнедеятельности (передвижения, самообслуживания).

КРГ-3 — группа реабилитации пациентов в фазе инвалидности. Для формирования подгрупп инвалидов КРГ-3 наиболее значимым является потенциал восстановления трудоспособности и трудовой прогноз. В зависимости от возможности восстановления трудоспособности инвалиды КРГ-3 подразделяются на 3 подгруппы. КРГ-3.1 — инвалиды с высоким РП, у которых возможно полное восстановление трудоспособности. Это может быть достигнуто как за счет восстановления функций и критериев жизнедеятельности, так и за счет медико-профессиональной реабилитации — подбора профессии, равноценной утраченной вследствие заболевания и не содержащей медицинских противопоказаний к ее выполнению. КРГ-3.2 включает инвалидов со средним РП, у которых возможно частичное восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях. В эту подгруппу попадают инвалиды с выраженными затянувшимися последствиями болезни (обычно при остром их проявлении после оперативного лечения), которые в результате реабилитации могут быть уменьшены или компенсированы с помощью технических средств, что будет способствовать частичному восстановлению трудоспособности пациентов. КРГ-3.3 — лица с низким РП. Сюда относятся инвалиды, как правило, II группы (I группа инвалидности при неврологических осложнениях поясничного остеохондроза не определяется), которые могут быть адаптированы к труду в специально созданных условиях, или инвалиды, нуждающиеся в социально-бытовой реабилитации (пациенты пожилого возраста (достигшие пенсионного возраста), у которых речь идет уже не о трудоспособности, а о адаптации социального окружения к изменившемуся состоянию здоровья и жизнедеятельности).

КРГ-4 — группа реабилитации пациентов с субклиническими проявлениями поясничного остеохондроза (группа риска развития дезадаптирующих клинических неврологических проявлений поясничного остеохондроза). Цель реабилитации данных пациентов — не допустить или отсрочить наступление

клинических проявлений патологии. В данной группе ведущее место принадлежит физической (тренирующей) реабилитации, а также психологической реабилитации. Целесообразно выделение двух подгрупп – группа профилактики здоровых лиц старше 40 лет и группа пациентов с имеющимися факторами риска развития патологии: мужчины, лица старше 40 лет, занятые видами профессионального труда, создающими риск неблагоприятного течения поясничного остеохондроза (строители, водители, дорожные рабочие и др.), имеющие повышенный вес, некорригированную двигательную активность (преобладание длительных статических поз, нагрузка на поясничный сегмент позвоночника с частыми наклонами и переносом тяжестей и т. п., «вредные привычки» — курение, злоупотребление алкоголем и др.).

Медицинская экспертиза предусматривает оценку степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности; анализ динамики изменения состояния в процессе лечения в период временной нетрудоспособности, динамики инвалидности (в случае ее наличия), анализ профессионального маршрута и определение основной профессии реабилитанта; изучение его социального и бытового статуса, предварительное предполагаемое экспертное решение на момент первичного анализа клинико-реабилитационного статуса.

Медицинская экспертиза пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза включает экспертизу временной нетрудоспособности и экспертизу инвалидности, подробно изложена в разработанной инструкции (Методика медицинской экспертизы пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза: инструкция по применению, рег. № 129-1211, утв. МЗ РБ 29.12.2011 / В.Б. Смычек [и др.]; РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации. — Минск, 2012. — 28 с.).

Следующий этап — *формирование индивидуальной программы реабилитации* конкретного реабилитанта, в которой отражаются исходное состояние нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности, определяется конкретная цель реабилитации на данном этапе и формируется объем реабилитационных мероприятий.

Формирование программы реабилитации (организационный порядок) определяется рядом регламентирующих документов, в частности «Инструкцией о порядке организации медицинской реабилитации в Республике Беларусь» (утв. приказом МЗ РБ № 666 от 21.06.2011). Инструкцией определено, что на всех уровнях медицинской реабилитации должны соблюдаться ее основные принципы: раннее начало, преемственность, комплексность, этапность, непрерывность, индивидуальный подход; медицинская реабилитация осуществляется посредством применения немедикаментозной и лекарственной терапии; проводится врачами-реабилитологами, врачами-специалистами.

Отбор пациентов для проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется лечащим врачом (врачом-реабилитологом) организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) пациента с учетом медицинских показаний и медицинских противопоказаний. Если последствия заболевания не вызывают ограничений

жизнедеятельности, в медицинской карте амбулаторного пациента врач-реабилитолог (а при его отсутствии — лечащий врач) составляет план медицинской реабилитации пациента.

Пациентам при наличии ограничений жизнедеятельности с признаками инвалидности и инвалидам врач-реабилитолог составляет индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента и регистрирует в журнале учета пациентов, на которых составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации. При отсутствии врача-реабилитолога лечащим врачом составляется план медицинской реабилитации пациента.

Реализация выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации (плана медицинской реабилитации пациента) контролируется и при необходимости корректируется врачом-реабилитологом (лечащим врачом) на протяжении всего курса медицинской реабилитации и отражается в медицинской карте амбулаторного пациента.

Форма индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента утверждается Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В настоящее время порядок заполнения индивидуальной программы реабилитации инвалида определяется Постановлением МЗ РБ № 65 от 01.07.2011 «Об установлении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждении инструкции о порядке ее заполнения и о признании утратившим силу Постановления министерства здравоохранения Республики Беларусь № 10 от 02.02.2009».

При поступлении в стационарное отделение медицинской реабилитации пациент осматривается мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-реабилитолога; врача лечебной физкультуры; врача-физиотерапевта; инструктора-методиста физической реабилитации (инструктора лечебной физкультуры); медицинского психолога; других специалистов. При осмотре (реабилитационно-экспертная диагностика) мультидисциплинарная бригада оценивает реабилитационный потенциал, устанавливает клинико-функциональный диагноз, определяет реабилитационный прогноз, функциональный класс нарушений, категорий ограничений жизнедеятельности. После проведения реабилитационно-экспертной диагностики составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента.

Реализация выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента контролируется и при необходимости корректируется на протяжении всего курса медицинской реабилитации и отражается в дневнике наблюдения.

Практическое выполнение индивидуальной программы реабилитации предполагает выполнение реабилитационных мероприятий, запланированных на этапе ее формирования, включая психологические, физические, медикаментозные методы, методы диетотерапии, бытовой адаптации, «школы пациента» и др. В ходе выполнения индивидуальной программы реабилитации пациент динамически контролируется врачом-реабилитологом, представляется на заседания реабилитационной бригады для коррекции проводимой реабилитации, промежуточной оценки ее качества и эффекта. Немаловажное значение в

процессе организации реабилитации имеет оценка резервной физической толерантности (физической работоспособности), которая осуществляется для более адекватной оценки реабилитационного потенциала, подбора индивидуальной нагрузки, осуществления тренирующего эффекта. Для оценки возможно использование ряда тестов, применение которых индивидуализируется в зависимости от стадии и выраженности нозологии, наличия и выраженности функциональных синдромов. В организации самого процесса реабилитации приоритет также должен быть уделен бригадной форме проведения реабилитации, а также образовательному компоненту обучения пациентов и их родственников с целью соблюдения принципа этапности и закрепления полученных навыков восстановления (которым обучили реабилитологи) на амбулаторном этапе реабилитации.

Реабилитация пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза представляет собой длительный процесс, который начинается с острого периода («периода острых болей») и продолжается практически бессрочно, когда меняются лишь этапы реабилитации: стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный.

Вместе с тем, реабилитационное воздействие должно начинаться после купирования острого болевого синдрома (что относится к процессу лечения). Основными направлениями программы ранней реабилитации в остром периоде заболевания (после купирования острого болевого синдрома) являются следующие: мероприятия по формированию активного мышечного корсета при щажении (иммобилизации) пораженного позвоночно-двигательного сегмента (с предупреждением срыва компенсации болевого синдрома); восстановление нормальной статодинамической функции, рефлекторной деятельности, уменьшение степени проявления сенсорных нарушений; исключение неблагоприятных статодинамических нагрузок, снижение мышечного гипертонуса при вертебральном синдроме, ликвидация асимметрий в позвоночно-двигательных сегментах; комплексность, этапность, непрерывность реабилитационного воздействия на вертебральные и экстравертебральные патологические процессы, активизация саногенетических механизмов; предотвращение формирования патологических двигательных стереотипов ходьбы, повышение амплитуды и точности движений, улучшение проприорецепторно-сенсорного обеспечения нормального двигательного акта; акцентуация восстановительных мероприятий на тренировку профессионально значимых функций и качеств (с учетом и анализом особенностей профессионального труда реабилитанта); повседневно-бытовая и социальная адаптация пациента с формированием установки на независимый образ повседневной жизни; психологическая коррекция с предупреждением развития «психогенного компонента» болевого синдрома, ориентация пациента на возвращение к активной социальной, профессионально-трудовой деятельности; профилактика обострений (рецидива) заболевания, формирование устойчивой ремиссии.

Комплексное выполнение индивидуальной программы реабилитации в восстановительном периоде предусматривает реализацию преимущественно

мероприятий двигательной физической реабилитации, физиотерапии с использованием аппаратных средств, психологической реабилитации, в меньшей степени медикаментозной коррекции.

Задачи и содержание конкретных мероприятий реабилитации, применяемых методик определяется рядом факторов: характером синдрома, стадией процесса, индивидуальными психологическими особенностями пациента, морфологическими особенностями (проявлениями) патологического процесса (определяемые при компьютерно-томографическом исследовании структур позвоночника, электронейромиографическом исследовании, реовазографии сосудистой системы нижних конечностей) и др.

Мероприятия медицинской реабилитации целесообразно осуществлять с использованием протоколов медицинской реабилитации, что позволяет учесть принципы этапности, преемственности мероприятий, постепенность возрастания нагрузок с учетом функциональных резервов. Разработанные протоколы реабилитации построены по синдромологическому принципу, дифференцированы в зависимости от степени выраженности нарушений (распределены по функциональным классам). Подраздел реабилитационно-экспертная диагностика содержит методы обследования, разделенные на обязательные и дополнительные, которые необходимы для оценки наличия и выраженности нарушений, реабилитационного потенциала, динамики восстановления нарушений в процессе реабилитации.

Мероприятия медицинской реабилитации в протоколах представлены объемом реабилитационной помощи (продолжительность курса медицинской реабилитации, кратность курсов в течение года, количество отдельных процедур, продолжительность процедуры, время проведения — при необходимости выстраивания процесса в определенной последовательности и предполагаемый конечный результат). Протоколы предполагают критерии оценки эффективности медицинской реабилитации.

В первые дни после поступления пациента в реабилитационный стационар рекомендовано осуществлять прогнозирование предполагаемых исходов реабилитации, что позволяет составить грамотную и адекватную индивидуальную программу реабилитации, исходя из действующих стандартных протоколов реабилитации, и в соответствии с текущим состоянием пациента (т.к. мероприятия у пациентов с благоприятным и относительно неблагоприятным прогнозом будут отличаться по предполагаемому исходу — полное возвращение пациента к повседневной, в т. ч. трудовой деятельности, или социализация в среде без возвращения к труду).

По результатам дополнительного обследования пациента в ходе реабилитации и в динамическом процессе восстановления функций и ограничений жизнедеятельности (в зависимости от характера восстановления: быстрый темп восстановления, медленный, отсутствие восстановления) реабилитационный прогноз может уточняться, что позволяет уточнять индивидуальную программу реабилитации (в соответствии с имеющимися протоколами) и формировать рекомендации по дальнейшей реабилитации

пациента (реабилитационная тактика, виды и сроки реабилитационных воздействий) на амбулаторном этапе.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий и формирование дальнейшего реабилитационного маршрута предусматривают конечную оценку реализации этапа реабилитационных мероприятий и определяют достигнутый эффект. На этом же этапе реабилитационного маршрута врачом-реабилитологом составляются рекомендации по дальнейшей медицинской или медико-профессиональной реабилитации (в случае угрозы потери профессиональной пригодности), мероприятиям социальной реабилитации или выносятся рекомендации о направлении пациента для освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии (в случае необходимости продления временной нетрудоспособности или освидетельствования на предмет установления инвалидности).

При последствиях тяжелых клинических форм (в плане риска инвалидизации) неврологических проявлений поясничного остеохондроза (прежде всего, пациенты с миелорадикулоишемией после операции) с наличием дефицитарных синдромов (выраженный вертебральный синдром, выраженный парез стопы) наиболее рациональным с точки зрения оценки степени выраженности нарушенных функций, а также качества проведенной реабилитации является определение эффекта реабилитации в количественных критериях — функциональных классах по основным видам синдромов и вызванным ими ограничениям жизнедеятельности. Функциональные классы позволяют в количественной форме оценить состояние каждого параметра, осуществить принцип унификации при проведении реабилитации в различных реабилитационных учреждениях.

У пациентов с хронически протекающим вертеброгенным процессом (наличием коротких по продолжительности обострений, быстро и полно поддающихся восстановительному лечению, без развития клинических и функциональных нарушений выше ФК 1), являющихся контингентом амбулаторно-поликлинических, санаторных отделений реабилитации, для оценки эффективности медицинской реабилитации целесообразно определять характер изменения течения хронического заболевания во II полугодии после проведения реабилитационных мероприятий.

Оценка эффективности медицинской реабилитации должна проводиться на кратковременном и долгосрочном интервалах. Непосредственно после курса медицинской реабилитации (которая должна для достижения полной завершенности этапов заканчиваться санаторно-курортным восстановительным лечением в санаториях Республики Беларусь с использованием не только реабилитационных методик, но и преформированных факторов, тренирующих, оздоровительных методик) реабилитологом проводится оценка эффективности относительно степени восстановления функциональных дефицитарных синдромов, динамики признаков болезни при невыраженности синдромов, степени восстановления способности к труду. При этом врачом оцениваются такие признаки, факторы и показатели, как самооценка пациента (общая), достижение конечной цели реабилитации, данные оценки субъективной

симптоматики, визуальной оценки, антропометрические, клинические показатели, функциональные показатели систем (физическая работоспособность) (функциональные пробы с нагрузкой и без), психологическая самооценка тревоги, самочувствия, активности, настроения, депрессии (по психологическим методикам), инструментально-аппаратные показатели, степень адаптации к выполнению трудовых и бытовых навыков, степень восстановления нарушенных функций, категорий жизнедеятельности, степень повышения резервных возможностей организма (по устойчивости к неблагоприятным факторам — охлаждению, статической устойчивости в вынужденных позах профессионально обусловленных, закалывающим мероприятиям), степень восстановления сниженной способности к профессиональной деятельности.

Оценка эффективности на амбулаторном этапе (оценка долгосрочной эффективности) за 12 мес. после завершения этапа реабилитации, как правило, осуществляется врачом, непосредственно наблюдающим пациента. При этом оценивается: количество обострений по основной нозологии без временной нетрудоспособности — с временной нетрудоспособностью, средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности, госпитализированная заболеваемость (в случаях), количество обращений в поликлинику в период между обострениями, общая частота случаев временной нетрудоспособности (за 12 мес.), общая длительность случаев временной нетрудоспособности (за 12 мес.), динамика функциональных нарушений, динамика ограничений жизнедеятельности, выход на инвалидность.

На завершающей стадии реабилитационного процесса врачом-реабилитологом составляются рекомендации по дальнейшей медицинской или медико-профессиональной реабилитации (в случае угрозы потери профессиональной пригодности), профессиональной реабилитации (в случае необходимости приобретения новой профессии или адаптации рабочего места), мероприятиям социальной реабилитации.