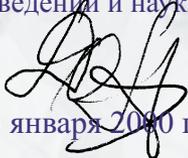


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

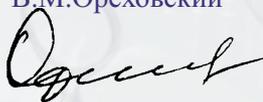
**СОГЛАСОВАНО**

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

  
5 января 2000 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

Первый заместитель  
министра здравоохранения  
В.М.Ореховский

  
5 января 2000 г.  
Регистрационный № 142-9912

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**Минск 2000**

*Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

*Учреждение-разработчик:* Белорусский государственный институт усовершенствования врачей (БелГИУВ)

*Авторы:* д-р мед. наук, проф. Э.А. Вальчук, А.И. Ильницкий

*Рецензенты:* В.В. Колбанов, канд. мед наук К.А. Самушия

В методических рекомендациях изложены пути повышения эффективности медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях (на примере пациентов с хроническими заболеваниями терапевтического профиля). Они заключаются в совершенствовании организации процесса медицинской реабилитации на основных его этапах. Представлены меры по совершенствованию организации процесса медицинской реабилитации на этапах отбора больных, составлении индивидуальной программы реабилитации, собственно реабилитационных мероприятий, оценки эффективности медицинской реабилитации. Методические рекомендации предназначены врачам-реабилитологам, заведующим отделениями медицинской реабилитации поликлиник, заместителям главных врачей по медико-социальной экспертизе и реабилитации, главным специалистам по медико-социальной экспертизе и реабилитации органов здравоохранения. Они могут быть полезны также врачам-терапевтам, заведующим терапевтическими отделениями поликлиник.

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

# Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Эффективность МР больных в амбулаторно-поликлинических условиях .....</b>	<b>6</b>
<b>II. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МР</b>	
<b>НА ЭТАПЕ ОТБОРА .....</b>	<b>9</b>
<b>III. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	
<b>ПРОЦЕССА МР НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИПР .....</b>	<b>12</b>
1. Оптимальная продолжительность курса МР .....	12
2. Проведение МР в условиях дневного стационара .....	13
3. Проведение мероприятий социально-трудовой реабилитации .....	15
4. Планирование оптимального числа методов МР .....	16
<b>IV. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МР НА ЭТАПЕ СОБСТВЕННО</b>	
<b>РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ .....</b>	<b>18</b>
<b>V. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА</b>	
<b>МР НА ЭТАПЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МР .....</b>	<b>26</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>32</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	
<b>Характеристика этапа собственно реабилитационных мероприятий у больных хронической патологией</b>	
<b>терапевтического профиля .....</b>	<b>33</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Современное общество характеризуется наличием некоторых неблагоприятных медико-социальных тенденций. Они заключаются в значительном распространении хронических неинфекционных заболеваний, увеличении числа хронически больных и инвалидов. Закономерным ответом на эти тенденции явилось формирование в Республике Беларусь системы реабилитации. Реабилитация представляет собой комплексную проблему, которая состоит из нескольких аспектов. Одним из них является медицинский. В его рамках развивается служба медицинской реабилитации (МР).

Деятельность службы происходит по двум взаимосвязанным направлениям: МР больных и МР инвалидов. Мы рассматриваем пути повышения эффективности МР больных. Это связано с высокой потребностью в реабилитации больных по сравнению с инвалидами, большим медицинским и социальным эффектом МР больных по сравнению с МР инвалидов.

МР больных осуществляется в амбулаторно-поликлинических, стационарных и санаторных условиях. Нами описаны пути повышения эффективности МР больных в поликлинике, поскольку именно там функционирует подавляющее большинство отделений МР. Это обуславливает значимость вопроса повышения эффективности МР в амбулаторно-поликлинических условиях.

## ***Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях***

Пути повышения эффективности МР представлены на примере больных с хроническими заболеваниями терапевтического профиля. Это связано с двумя факторами. Первый заключается в том, что МР больных направлена на предупреждение обострений, рецидивов хронических заболеваний; снижение показателей временной нетрудоспособности (ВН); профилактику инвалидности. Все это характеризует социальную значимость реабилитации при хронических заболеваниях. Соответственно, МР подлежит контингент больных, страдающих социально значимыми хроническими заболеваниями. К ним в первую очередь относятся хронические заболевания терапевтического профиля. Второй заключается в том, что поток больных с хроническими терапевтическими заболеваниями в многопрофильном амбулаторно-поликлиническом отделении МР является одним из основных.

Методические рекомендации предназначены прежде всего врачам-реабилитологам и заведующим отделениями МР поликлиник. Они нередко нуждаются в сведениях по вопросам совершенствования организации процесса МР, которые возникают в повседневной деятельности — при составлении индивидуальной программы реабилитации (ИПР), назначении собственно реабилитационных мероприятий, оценке эффективности МР и т. д. Надеемся, что методические рекомендации дадут ответ на часть из этих вопросов. Важным представляется то, что предложенные в них меры по совершенствованию организации процесса МР на амбулаторно-поликлиническом этапе одновременно являются путями повышения эффективности МР. Методические рекомендации могут быть также использованы заместителями главных врачей по медико-социальной экспертизе (МСЭ) и реабилитации, главными специалистами по МСЭ и реабилитации органов здравоохранения; в учебном процессе на кафедрах социальной гигиены и организации здравоохранения при рассмотрении вопросов МР; при подготовке врачей-реабилитологов. Они могут быть полезны врачам-терапевтам, заведующим терапевтическими отделениями поликлиник.

## **I. Эффективность МР больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

Понятие эффективности МР больных вытекает из задач, стоящих перед службой МР. К ним относятся:

### *1. Профилактика инвалидности*

Профилактика инвалидности заключается в воздействии мероприятий МР на последствия болезни. Последствия болезни выделены в соответствии с Международной классификацией нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, принятой в 1980 г. в Женеве. В Республике Беларусь на основе этой классификации различают последствия, проявляющиеся на трех уровнях. Первый уровень проявления последствий — морфофункциональные нарушения (поражение органов-мишеней). Второй — ограничение жизнедеятельности (нарушение интегративных функций целостного организма — передвижения, самообслуживания, ориентации, общения, обучения, трудовой деятельности). Третий — социальная недостаточность (невозможность выполнения человеком свойственных ему социальных функций).

*Профилактика инвалидности включает:*

- предупреждение морфофункциональных нарушений;
- остановку прогрессирования морфофункциональных нарушений и предупреждение ограничений жизнедеятельности.

*2. Предупреждение обострений, ухудшений, декомпенсаций хронического заболевания (далее по тексту обострений)*

*3. Улучшение структуры ВН:*

- снижение числа обострений с ВН,
- снижение общей продолжительности всех случаев ВН,
- снижение средней продолжительности одного случая ВН.

## *Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

### *4. Снижение госпитализированной заболеваемости*

### *5. Оптимизация обращаемости больного в поликлинику*

Основой для выделения задач МР больных послужили медико-социальные показатели течения хронических заболеваний терапевтического профиля. Задачи МР заключаются, таким образом, в улучшении медико-социальных показателей течения хронического заболевания после МР, профилактике инвалидности. Они относятся преимущественно к пациентам, заболевания которых протекают с последствиями первого, незначительно и умеренно выраженными последствиями второго уровня.

Эффективность МР больных определяется степенью достижения изложенных задач. Под эффективностью МР понимается характер изменения медико-социальных показателей течения хронического заболевания после МР, включая наступление инвалидности. Целесообразно рассматривать два варианта изменения показателей течения. Первый — улучшение либо стабилизация показателей течения хронического заболевания. В таком случае МР является эффективной. Второй — ухудшение показателей течения хронического заболевания. В этом случае, а также при наступлении инвалидности, МР больных является неэффективной.

Процесс МР в амбулаторно-поликлинических условиях состоит из нескольких последовательных этапов. Основные из них следующие:

1. Отбор больных на МР.
2. Составление ИПР.
3. Собственно реабилитационные мероприятия.
4. Оценка эффективности МР.

### *Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

Эффективность МР больных зависит от того, насколько совершенна организация процесса МР на перечисленных этапах. Следовательно, пути повышения эффективности МР больных заключаются в совершенствовании организации процесса МР на каждом из них. Совершенствование организации процесса МР целесообразно осуществлять посредством учета причин эффективной и неэффективной МР (на 1–3 этапах), оптимального назначения собственно реабилитационных мероприятий (на 3 этапе), применения критериев эффективности МР больных и механизма критериальной оценки эффективности МР (на 4 этапе).

Причины эффективной и неэффективной МР, оптимальные параметры назначения собственно реабилитационных мероприятий, критерии эффективности МР разработаны на основе данных, полученных в результате комплексного социально-гигиенического исследования процесса МР больных с хроническими заболеваниями терапевтического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях. Объем выборочной совокупности составил 1111 таких больных.

## **II. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МР НА ЭТАПЕ ОТБОРА**

При проведении отбора больных на МР необходимо оценить показания к ее проведению. МР показана больным, у которых нарушение здоровья создает потенциальную или реальную угрозу снижения качества жизни, нарушает социальный, семейный и профессиональный статус. Существует два основных показания к отбору больных на МР. Первое — высокая частота распространения патологии как причины инвалидности или заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Второе — наличие технологии МР, которая позволяет преодолеть последствия болезни. С учетом данных показаний МР должны подвергаться больные терапевтического профиля со следующими основными заболеваниями на уровне появления или формирования последствий: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (преимущественно стенокардия напряжения различных функциональных классов), хронический бронхит, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, деформирующий остеоартроз, ревматоидный артрит и прочие.

При проведении отбора указанного контингента больных на МР необходимо учитывать, что для достижения эффективной МР целесообразно:

*1. Проводить отбор больных с преимущественно первым функциональным классом (ФК)*

## *Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

Под ФК понимают количественное выражение степени снижения функции, которое выражается в процентах или баллах. Состояние функции определяется на основе данных параклинических методов обследования. Выделяют четыре ФК. Если утрачено до 25% функции, то это свидетельствует о наличии первого ФК. Утрата от 25% до 50% функции свидетельствует о наличии второго ФК; от 50% до 75% функции — третьего ФК; от 75% до 100% — четвертого ФК. При первом ФК имеет место незначительное, втором ФК — умеренное, третьем ФК — значительное, четвертом — значительное и резкое ограничение жизнедеятельности. Соответственно, при первом ФК возникает незначительная социальная недостаточность (либо она отсутствует), втором ФК — незначительная или умеренная, третьем ФК — умеренная или значительная, четвертом ФК — резко выраженная социальная недостаточность. ФК, таким образом, позволяет оценить состояние последствий болезни на всех трех уровнях.

### *2. Проводить отбор больных с преимущественно высоким РП*

Под РП понимают совокупность функциональных, социально-бытовых, профессиональных, психологических и других особенностей реабилитируемого больного, на основании которой прогнозируется возможность восстановления функции и жизнедеятельности после МР. Выделяется четыре уровня РП: высокий, средний, низкий, отсутствие РП. Высокий РП присущ больному, которому после МР возможно полностью восстановить функцию и жизнедеятельность.

*3. Проводить отбор больных с продолжительностью заболевания, по поводу которого проводится МР (далее по тексту — заболевание) до начала МР, от одного года до десяти лет.*

4. Проводить отбор больных с продолжительностью заболевания и наличием последствия» первого уровня до начала МР от шести месяцев до трех лет. Значительная эффективность мероприятий МР имеет место при продолжительности заболевания с последствиями первого уровня от шести месяцев до одного года. При проведении отбора больных на МР необходимо учитывать, что неэффективная МР может быть обусловлена:

- низким РП. Он присущ больному с плохими перспективами восстановления функции, жизнедеятельности и социального статуса;
- продолжительностью заболевания до начала МР свыше пятнадцати лет, когда уже сформировались стойкие последствия.

Таким образом, совершенствование организации отбора больных на МР, как один из путей повышения эффективности МР, заключается в выполнении следующих двух требований.

1. Максимально раннее начало мероприятий МР, когда сформировались последствия, соответствующие первому ФК; имеет место преимущественно высокий РП; продолжительность заболевания до начала МР составляет от одного года до десяти лет, предпочтительно один — два года; продолжительность заболевания с первым ФК (последствия первого уровня) до начала МР составляет от шести месяцев до трех лет, предпочтительно от шести месяцев до одного года.

2. Не допущение позднего начала мероприятий МР, когда имеет место низкий РП; продолжительность заболевания до начала МР составляет свыше пятнадцати лет; происходит формирование последствий болезни, соответствующими высоким значениям ФК.

### **III. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МР НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИПР**

ИПР является медицинским документом, который содержит информацию о мероприятиях МР, запланированных на определенный период времени. При составлении ИПР необходимо учитывать, что эффективная МР может быть достигнута при соблюдении следующих условий:

#### **1. Оптимальная продолжительность курса МР**

Примерная продолжительность МР, согласно данной ИПР, должна быть запланирована уже при ее составлении. Целесообразно заметить, что МР подлежат больные с хроническими заболеваниями. Это обуславливает необходимость длительного ее проведения. Поэтому по окончании мероприятий МР в соответствии с одной ИПР, зачастую необходимо составлять следующую и продолжать МР дальше. МР, таким образом, становится непрерывным процессом. Для конкретизации временных рамок проведения МР целесообразно определить понятия курса МР и цикла МР.

Курс МР — длительный период времени, на протяжении которого осуществляется комплекс мероприятий МР в отделении и домашних условиях, предусмотренной одной ИПР.

Цикл МР — небольшой период времени, в течении которого больному назначаются мероприятия МР в отделении. Циклы МР повторяются несколько раз в течении курса.

Необходимо подчеркнуть, что МР должна проводиться больным с острыми заболеваниями терапевтического профиля (например, пневмония, инфаркт миокарда и прочие). В таких случаях продолжительность реабилитационных мероприятий также определяется рамками курса и цикла МР.

## ***Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях***

Продолжительность курса МР зависит от ряда факторов — характера патологического процесса, состояния больного на момент составления ИПР, степени выраженности последствий заболевания, РП, наличием сопутствующей патологии и синдрома взаимного отягощения и прочих. Оптимальная продолжительность курса МР, которая позволит достичь эффективной МР, составляет от шести месяцев до одного года.

### **2. Проведение МР в условиях дневного стационара**

Дневной стационар — форма организации работы отделения МР поликлиники, которая направлена в основном на оказание комплексных реабилитационных мероприятий. С учетом важности применения этой формы работы отделения МР для повышения эффективности МР больных, целесообразно остановиться на основных вопросах ее организации. Они включают задачи, потоки больных и порядок направления больных на дневной стационар.

*Задачи дневного стационара* заключаются прежде всего в оказании комплексных реабилитационных мероприятий; долечивании больных, получивших основной курс лечения в стационарных отделениях при возможности перевода их на полустационарный режим (в отдельных случаях); оказании лечебных мероприятий и при отсутствии необходимости динамического врачебного наблюдения в течении суток (в отдельных случаях); оказании неотложной помощи.

*Потоки больных.* Целесообразно выделение двух потоков больных — реабилитационного и дополнительного. Первый должен состоять из больных, поступающих в плановом порядке согласно ИПР. Вторым является незначительным и должен состоять из больных, которые нуждаются в лечебных мероприятиях, долечивании, неотложной медицинской помощи.

**Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

*Направление на дневной стационар.* Основной поток больных дневного стационара формируют врач-реабилитолог, при необходимости усиления реабилитационного воздействия, при затянувшихся сроках ВН — врачебно-консультативная комиссия (ВКК); участковые врачи; врачи специализированных служб; цеховые врачи. На лечебные мероприятия, включая долечивание, направление осуществляется участковыми врачами или врачами специализированных служб поликлиники, в которой функционирует отделение МР. В том случае, когда продолжительность курса МР составляет от шести месяцев до одного года, в ИПР рекомендуется планировать соответственно один — два цикла МР с участием дневного стационара.

### **3. Проведение мероприятий социально-трудовой реабилитации**

Социально-трудовая реабилитация является одной из наиболее важных составляющих МР, заключающаяся в создании благоприятных для больного условий труда. Она в обязательном порядке должна быть запланирована в ИПР при наличии показаний. Важность мероприятий социально-трудовой реабилитации обусловлена тем, что состояние реабилитируемого пациента, уровень проявления последствий болезни и их динамика в немалой степени зависят от факторов окружающей среды. Из них особой значимостью обладают те факторы, которые действуют в производственных условиях. Неблагоприятные условия труда, которые постоянно влияют на больного, могут привести к двум последствиям. Первое — усугубление функциональных расстройств, ухудшение состояния. Второе — нивелирование эффекта от проведения реабилитационных мероприятий. Отсюда следует обязательное при проведении МР изучение характера производственной деятельности больного, поиск и распознавание производственных факторов, неблагоприятно действующих на его состояние. При обнаружении таких факторов целесообразно направление больного на ВКК с целью проведения социально-трудовой реабилитации. Это необходимо планировать в ИПР и проводить в начале МР, когда устранение неблагоприятных факторов приведет к повышению ее эффективности. В решении ВКК содержится перечень необходимых ограничений в производственной деятельности, позволяющих устранить неблагоприятные влияния факторов производственной среды.

#### **4. Планирование оптимального числа методов МР**

МР является комплексным воздействием на реабилитируемого пациента. По этой причине МР нередко называют «тотальным лечением». Следовательно, реабилитационное воздействие необходимо проводить с применением большого числа методов. Оптимальным с точки зрения повышения эффективности МР является использование 4–7, предпочтительно — 6–7 методов МР.

При составлении ИПР необходимо учитывать, что неэффективная МР обусловлена следующими ошибками данного этапа:

- 1) небольшой продолжительностью курса МР — менее шести месяцев;
- 2) отсутствием комплексных реабилитационных мероприятий в условиях дневного стационара;
- 3) отсутствием мероприятий социально-трудовой реабилитации при показаниях к их проведению;
- 4) низким числом (2–3) используемых методов МР.

Таким образом, совершенствование организации процесса МР на этапе составления ИПР, как один из путей повышения эффективности МР, заключается в составлении ИПР с учетом описанных положений. При этом ИПР может считаться составленной в полном объеме, когда учтены требования максимально полного и длительного воздействия на больного: продолжительность одного курса МР от шести месяцев до одного года с последующим проведением повторных курсов МР, участие дневного стационара в реабилитационных мероприятиях, проведение социально-трудовой реабилитации при наличии показаний, применение 4–7 методов МР.

*Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

ИПР может считаться составленной в неполном объеме тогда, когда не учтены требования максимально полного и длительного воздействия на больного: продолжительность одного курса МР менее шести месяцев, отсутствие участия дневного стационара в реабилитационных мероприятиях, отсутствие проведения социально-трудовой реабилитации при наличии показаний, применение 2–3 методов МР.

#### IV. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МР НА ЭТАПЕ СОБСТВЕННО РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Совершенствование организации процесса МР на этапе собственно реабилитационных мероприятий заключается в оптимальном их назначении с учетом вопроса эффективности МР, что является одним из путей ее повышения. Рассмотрение путей повышения эффективности МР на данном этапе целесообразно осуществлять по следующим направлениям: применяемые методы МР, характер курса МР, число методов и циклов МР, число процедур методов МР.

*Применяемые методы МР.* Метод МР — воздействие различными медикаментозными, физическими и другими средствами на больного с целью предупредить формирование или нивелировать сформировавшиеся последствия болезни, активировать процессы выздоровления (саногенеза), улучшить медико-социальные показатели течения заболевания. Методы МР могут быть использованы как в отделении МР, так и в домашних условиях. В отделении МР целесообразно использовать следующие основные методы. Они представлены в порядке убывания доли реабилитируемых больных с хроническими заболеваниями терапевтического профиля, охваченных ими.

1. *Психотерапевтический.* Включает рациональную психотерапию, кото рая проводится врачом-реабилитологом; специальные методы воздействия которые проводятся врачом-психотерапевтом. В задачи психотерапевтического метода входит не только устранение психотических расстройств, но и выработка положительной установки больного на проведение мероприятий МР, полное выполнение ИПР.

## *Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

МР обладает рядом особенностей, которые определяют значимость субъективной точки зрения больного. Они следующие:

- МР является комплексным воздействием, которое направлено в значительной степени на личность больного. Это обуславливает значимость его отношения к МР.
- МР включает такие мероприятия, которые требуют от больного приложения усилий, причем не только в пределах отделения МР, но и в домашних условиях. Это происходит ввиду необходимости применения в процессе МР активных методов МР (лечебная физкультура); возникающих при прохождении МР временных затрат. Это обуславливает значимость мнения больного об эффективности МР.

В основе положительной установки на проведение МР лежат положительное отношение к МР, высокое мнение больного об ее эффективности.

Один из путей повышения эффективности МР — формирование с помощью психотерапевтического воздействия высокого мнения больного об эффективности МР, положительного отношения к МР, установки на полное выполнение ИПР.

Высокое мнение об эффективности МР — точка зрения пациента, заключающаяся в том, что после мероприятий МР произойдет улучшение медико-социальных показателей течения заболевания.

Положительное отношение к МР — высокая степень заинтересованности пациента в предоставляемых ему реабилитационных мероприятиях, готовность пациента выполнить их в полном объеме, стойкая эмоционально-волевая установка на проведение МР.

## **Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

Обязательной является тщательная работа психотерапевта, психолога и реабилитолога с больными, которые имеют следующие точки зрения: отсутствие собственного мнения об эффективности МР, отсутствие собственного отношения к МР, безразличное отношение к МР. У больных с такими установками может иметь место неэффективная МР. Вместе с тем, они могут быть изменены под влиянием психотерапевтического метода.

Охват больных психотерапевтическим методом (включая проведение рациональной психотерапии врачом-реабилитологом) должен составлять 100%. Целесообразны рекомендации психотерапевта по использованию метода в домашних условиях (например, аутотренинга).

*2. Диетотерапевтический.* Данный метод включает соответствующие рекомендации врача-реабилитолога. Применяется в домашних условиях. Охват больных методом должен составлять 90–100%.

*3. Фитотерапевтический.* Назначается как в отделении МР по мере прохождения больным циклов МР, так и в домашних условиях. В последнем случае применение метода основано на рекомендациях врача-реабилитолога. Охват больных методом в отделении должен составлять 90–100%, в домашних условиях — 100%.

*4. Лечебная физкультура (ЛФК).* Назначается в отделении МР и домашних условиях. В отделении МР основной формой ЛФК является лечебная гимнастика, которая проводится индивидуальным, малогрупповым и групповым методами. Для занятий ЛФК целесообразно привлекать различные приспособления и тренажеры: диск «Здоровье», гантели, медболы; гимнастические скамейку и стенку, стенку «Здоровье», силовые тренажеры, велотренажеры, гребные тренажеры, тредмилы, степперы, аппараты для механотерапии (Тило, Крукенберга, Цандера). Охват больных с хроническими заболеваниями терапевтического профиля данным методом в отделении МР должен составлять 90–100%.

## **Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

В домашних условиях основными формами ЛФК являются: утренняя гигиеническая гимнастика; прогулки — пешеходные, на лыжах, велосипеде; дозированная ходьба; оздоровительный бег; занятия в бассейне; ближний туризм; спортивные упражнения — катание на лыжах, коньках, плавание, гребля; игры — волейбол, настольный теннис, бадминтон, элементы футбола. Охват больных методом в домашних условиях должен составлять 100%.

Каждый больной, поступающий в отделение МР, должен быть консультирован врачом ЛФК с целью выработки оптимальных рекомендаций по применению данного метода в домашних условиях, обучению методикам самоконтроля.

Метод ЛФК является одним из основных в реабилитационных мероприятиях, поскольку по сравнению с другими методами в большей степени способствует активации процессов саногенеза.

**5. Физиотерапевтический.** Рекомендуется использовать следующие методы физиотерапевтического воздействия.

5.1. Магнитотерапия (постоянное, переменное, пульсирующее магнитное поле в непрерывном и прерывистом режимах). Охват больных — 80–90%.

5.2. Гальванизация по общим и частным методикам, лекарственный электротрофорез. Охват больных — 80–85%.

5.3. Лазеротерапия. Охват больных — 60–70%.

5.4. Водолечение. Охват больных — 60–65%.

**Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

5.4.1. Гидротерапия. Включает души (циркулярный, Шарко, дождево-игольчатый, пылевой, подводный душ-массаж) и ванны (пресные, контрастные, хвойные и прочие). Рекомендуемый охват больных методом гидротерапии в отделении составляет 55–60%. В домашних условиях целесообразно рекомендовать простые процедуры — обливание, обтирание, укутывание, ванны (например, из лекарственных трав и растений).

5.4.2. Бальнеотерапия. Включает минеральные (сероводородные, хлоридные натриевые, йодобромные) и газовые (углекислые, кислородные, жемчужные, азотные). Целесообразно рекомендовать радонотерапию. Охват больных методом бальнеотерапии должен составлять 50–55%.

5.5. Ультразвуковая терапия. Охват больных — 50–60%.

5.6. Импульсные токи низкой частоты (ИТНЧ). Включается применение электросна, диадинамотерапии, амплипульстерапии, интерференцтерапии. Охват больных — 35–40%.

5.7. Импульсные токи высокой частоты (ИТВЧ). Включается применение дарсонвализации, индуктотермии, УВЧ терапии, КВЧ-терапии, ДМВ-терапии. Охват больных — 20–30%.

5.8. Ингаляционная терапия. Охват больных 20–30%.

5.9. Теплолечение (включая грязелечение, ларафино- и озокеритолечение). Охват больных — 20–30%.

5.10. Спелеотерапия. Охват больных — 25–30%.

5.11. Массаж. Охват больных — 15–20%.

5.12. Франклинизация. Охват больных — 10–15%.

5.13. Аэроионотерапия. Охват больных — 10–15%.

5.14. Светолечение (инфракрасное, видимое, ультрафиолетовое излучения). Охват больных — 5–10%.

Охват больных физиотерапевтическим методом — 90–95%.

6. *Иглорефлексотерапевтический*. Охват больных — 55–60%.

7. *Трудотерапия*. Применение трудотерапии целесообразно с целью оказания психотерапевтического воздействия на больного, восстановления или компенсации нарушенных функций, оценки трудовых возможностей больного и правильного решения вопроса о его трудоустройстве. Трудотерапия способствует восстановлению ослабленных социальных и трудовых связей. Выполнение данного метода может осуществляться как на базе кабинета отделения МР, так и в домашних условиях в соответствии с указаниями и под динамическим контролем специалиста по трудотерапии или реабилитолога. Метод может быть осуществлен в лечебных кабинетах и мастерских отделения МР на специально подобранных аппаратах и машинах (выполнение хозяйственных и ремонтных работ в швейно-гладильных, слесарно-механических, столярных, пресеплетно-брошюровочных мастерских). Рекомендуемый охват больных данным методом составляет 55–60%.

8. *Бытовая реабилитация*. Применяется по показаниям (значительно выраженные ограничения жизнедеятельности) в условиях отделения МР на базе кабинета бытовой реабилитации. Занятия проводятся в кухонном (например, работа с газовой плитой, мытье посуды), хозяйственном (обучение глажению, уборке помещения и другим навыкам), тренировочном (например, тренировка способностей письма, пользования клавиатурой) секторах. Реабилитологом могут быть даны рекомендации по применению метода в домашних условиях. Охват больных — 10–15%.

Методы, назначаемые больным с хронической терапевтической патологией, а также процент охвата ими обобщены и изложены на рисунке.

<b>МЕТОДЫ МР И ПРОЦЕНТ ОХВАТА ИМИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА</b>	
Физиотерапия (90–95%)	Медикаментозный метод (100%)
Магнитотерапия (80–90%)	Лечебная физкультура (90–100%)
Лекарственный электрофорез (80–85%)	Фитотерапия (90–100%)
Лазеротерапия (60–70%)	Диетотерапия (90–100%)
Водолечение (60–65%), включая гидротерапию (55–60%) и бальнеотерапию (50–55%)	Психотерапия (100%)
Ультразвуковая терапия (50–60%)	Иглорефлексотерапия (55–60%)
Импульсные токи низкой частоты (35–40%)	Трудотерапия (55–60%)
Импульсные токи высокой частоты (20–30%)	Бытовая реабилитация (10–15%)
Ингаляционная терапия (20–30%)	Психологическое консультирование (80–90%)
Теплолечение (20–30%)	
Спелеотерапия (25–30%)	
Массаж (15–20%)	
Франклинизация (10–15%)	
Аэроионотерапия (10–15%)	
Светолечение (5–10%)	

*Методы МР и процент охвата ими больных хроническими заболеваниями терапевтического профиля*

## **Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

*Характер курса МР.* Указывает на особенности применения методов МР на протяжении курса МР (в отделении МР или домашних условиях). Целесообразно выделять повторно-цикловой и непрерывно-цикловой курсы МР. Повторно-цикловой курс МР характеризуется периодически повторяющимися циклами с преимущественным назначением методов МР в условиях отделения МР. В домашних условиях следует рекомендовать фитотерапию, диетотерапевтические мероприятия, лечебную физкультуру в разных вариантах (лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур, занятия в бассейне и прочие).

Непрерывно-цикловой курс МР характеризуется периодически повторяющимися циклами с преимущественным назначением методов МР в отделении МР. Однако при этом значительное число методов должно быть применено в период между ними в домашних условиях. Для этого рекомендуется использовать 3–4 и более методов МР. К уже перечисленным можно добавлять медикаментозный, психотерапевтический и другие. Непрерывно-цикловой курс МР рекомендуется больным при патологии, которая требует постоянного применения нескольких методов МР. Рекомендации по применению повторно-циклового и непрерывно-циклового курсов МР при различных хронических заболеваниях терапевтического профиля представлены в Приложении.

*Число циклов и методов МР.* При заболеваниях терапевтического профиля целесообразно проводить в среднем 2–3 цикла МР в течении одного курса. Примерная продолжительность цикла должна составлять 15–25 дней. Число применяемых методов МР составляет обычно 5–7.

Характеристика этапа собственно реабилитационных мероприятий при наиболее распространенных и социально-значимых хронических заболеваниях терапевтического профиля излагается в Приложении.

## V. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МР НА ЭТАПЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МР

Одним из путей повышения эффективности МР больных в амбулаторно-поликлинических условиях является совершенствование проведения оценки эффективности МР.

Оценка эффективности МР может быть проведена:

1. Врачом-реабилитологом для изучения результатов собственной деятельности в амбулаторно-поликлиническом отделении.
2. Организаторами здравоохранения разных уровней для социально-гигиенического изучения деятельности службы МР (включая амбулаторные, стационарные и санаторные условия).

Данный вопрос рассматривается в настоящих рекомендациях в связи с тем, что только в поликлинике возможно получить полную информацию о мероприятиях МР, проводимых в различных условиях. В основу проведения оценки эффективности МР *врачом-реабилитологом* должны лечь следующие критерии: клиническая динамика течения заболевания (субъективные ощущения больного, объективный статус — состояние работоспособности, необходимый объем поддерживающей терапии); динамика состояния последствий болезни (по ФК); динамика РП. Эффективная МР (как в случае оценки врачом-реабилитологом, так и организатором здравоохранения) имеет место при улучшении течения заболевания по данным критериям (в случае высокого, среднего РП; первого — второго ФК), при отсутствии улучшения течения заболевания (в случае среднего, низкого РП; третьего ФК). Соответствующие данные заносятся реабилитологом в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма 025/у), ИПР.

### **Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях**

В основу оценки эффективности МР больных терапевтического профиля *организаторам здравоохранения* целесообразно положить рассмотренные в начале методических рекомендаций задачи МР. Ее необходимо проводить при помощи критериев эффективности МР больных. Под критерием эффективности МР больного понимается признак, на основе которого определяется изменение медико-социального показателя течения хронического заболевания терапевтического профиля после курса МР. Для оценки эффективности МР больных предлагаются следующие критерии. Они представлены ниже в порядке значимости по мере ее убывания. Критерии 2 и 3 имеют одинаковую значимость. Отметим также, что в критериях 2–6, 9 подразумевается обострение того хронического заболевания терапевтического профиля, по поводу которого проводится МР, в критериях 7, 8 имеются ввиду те случаи ВН, которые возникают в связи с заболеванием, по поводу которого проводится МР.

1. Формирование инвалидности.
2. Число обострений с ВН.
3. Число обострений.
4. Число посещений поликлиники в период между обострениями.
5. Число обострений у лиц, лечившихся в амбулаторно-поликлинических условиях.
6. Число обострений у лиц, лечившихся в стационаре.
7. Средняя продолжительность одного случая ВН.
8. Общая продолжительность всех случаев ВН.
9. Число обострений без ВН.
10. Динамика ФК: внутри одного ФК, изменение ФК.

### ***Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях***

Использование перечисленных критериев эффективности МР целесообразно при помощи механизма критериальной оценки, который объединяет различные критерии. Он предложен в связи с тем, что у каждого больного изменению после МР подвергаются различные показатели течения хронического заболевания. Они соответственно отвечают разным отдельно взятым критериям. Использование отдельных критериев вне связи друг с другом в оценке эффективности МР затруднительно и может привести к необъективным результатам.

Эффективность МР, как подчеркивалось, может быть разделена на эффективную МР и неэффективную МР.

У больных с высоким или средним РП, первым или вторым ФК эффективная МР имеет место при улучшении показателей течения хронического заболевания, что распознается на основе предлагаемых критериев. В частности, будет иметь место отсутствие наступления инвалидности; снижение числа обострений, числа обострений с ВН, средней и общей продолжительности случаев ВН, числа обострений, лечившихся стационарно, числа посещений поликлиники; увеличение числа обострений, лечившихся амбулаторно; положительной динамикой ФК.

Эффективную МР целесообразно рассматривать в трех градациях: высокоэффективная, среднеэффективная, низкоэффективная. Градации выделены на основе числа улучшающихся показателей медико-социального течения хронического заболевания после курса МР.

## *Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

Высокоэффективная МР имеет место в том случае, когда изменившиеся в сторону улучшения показатели течения хронического заболевания терапевтического профиля соответствует не менее восьми критериям из представленных десяти. При этом неизменным условием высокоэффективной МР является наличие критериев, которые целесообразно обозначить как обязательные. Обязательные критерии выделены на основе их значимости в ряду других. К ним относятся: отсутствие наступления инвалидности; снижение числа обострений с ВН; снижение числа обострений; снижение числа посещений поликлиники в период между обострениями.

Среднеэффективная МР имеет место в том случае, когда изменившиеся показатели течения хронического заболевания терапевтического профиля соответствуют не менее пяти критериям из представленных десяти. При этом, к обязательным критериям относятся отсутствие наступления инвалидности, снижение числа посещений поликлиники, снижение числа посещений поликлиники или снижение числа обострений.

Низкоэффективная МР имеет место в том случае, когда изменившиеся параметры течения хронического заболевания терапевтического профиля соответствуют не менее двум критериям из представленных десяти, либо они остались без изменения. При этом обязательным является отсутствие наступления инвалидности.

У больных со стойкими, выраженными последствиями (третий ФК, средний или низкий РП) эффективная МР имеет место при стабилизации течения хронического заболевания. При этом отсутствует формирование инвалидности, однако другие медико-социальные показатели течения хронического заболевания могут не изменяться.

Неэффективная МР имеет место в следующих случаях. Во-первых, при наступлении инвалидности. Во-вторых, когда произошло ухудшение показателей течения заболевания.

### *Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях*

Оценку эффективности МР на основании предложенных критериев и механизма их использования целесообразно проводить, учитывая изменившиеся значения показателей в течении года после завершения курса МР. При этом значения показателей до МР также определяются в течении одного года.

Оценку эффективности МР больных посредством критериального механизма целесообразно проводить в баллах. В таком случае каждому из перечисленных критериев присваивается один балл. У больных с первым и вторым ФК, высоким и средним РП степень эффективности определяется посредством нескольких критериев. При использовании балльной методики вначале необходимо по представленным критериям оценить, какие показатели течения хронического заболевания терапевтического профиля изменились, затем суммировать баллы. Полученная сумма поможет определить степень эффективности МР. Так, *неэффективная* МР имеет место в том случае, когда общая сумма баллов составляет 0–2. *Эффективная* МР определяется при наличии 2 и более баллов. При этом высокоэффективная МР имеет место при 8–10 баллах, среднеэффективная — 5–7 баллах, а низкоэффективная — 2–4.

*Пример применения критериальной оценки эффективности МР, выраженной баллах, у больных с первым и вторым ФК, высоким и средним РП.*

1. В течение одного года после окончания курса МР имеет место улучшение показателей течения хронического бронхита у больного с первым ФК и высоким РП в соответствии с критериями 2, 3, 4, 7, 10. При этом отсутствовало формирование инвалидности. Следовательно, сумма критериев равна 5. Кроме того, в составе критериев имеются обязательные (1, 2, 3, 4). Это соответствует среднеэффективной МР.

***Пути повышения эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях***

2. В течение одного года после окончания курса МР не произошло динамики показателей течения гипертонической болезни у больного со вторым ФК, средним РП. При этом, однако, отсутствовало формирование инвалидности. Следовательно, сумма баллов равна 1. Это соответствует неэффективной МР.

В том случае, когда у больного сформировались выраженные стойкие последствия, которые соответствуют третьему ФК, при среднем и низком РП эффективная МР имеет место при стабилизации течения хронического заболевания. При этом может отсутствовать улучшение показателей течения заболевания, однако под влиянием реабилитационных мероприятий они не ухудшатся.

*Пример применения критериальной оценки эффективности МР у больных с третьим ФК, средним и низким РП.*

1. В течении одного года после окончания курса МР отмечается отсутствие изменений течения бронхиальной астмы у больного с третьим ФК, средним РП. При этом инвалидность не наступила. Следовательно, МР в данной ситуации является эффективной.

2. В течении одного года после окончания курса МР произошло ухудшение показателей течения деформирующего остеоартроза у больного с третьим ФК, средним РП согласно критериям 2, 3, 5–9. При этом, однако, инвалидность не сформировалась. Отсюда следует, что МР является неэффективной.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Современные требования к службам системы здравоохранения заключаются в повышении качества их деятельности. Важнейшим компонентом качества является эффективность. Следовательно, на настоящем этапе развития системы здравоохранения необходимо предпринимать усилия по повышению эффективности. Это в полной мере относится к службе МР, которая занимает одно из ведущих мест в системе оказания медицинской помощи.

Выполнение принципа раннего начала МР при отборе больных, составление в полном объеме ИПР, назначение оптимальных собственно реабилитационных мероприятий, применение критериальной оценки эффективности МР дают возможность совершенствования организации процесса МР в амбулаторно-поликлинических условиях с позиций повышения эффективности МР.

Таким образом, использование материалов методических рекомендаций, которые характеризуют пути повышения эффективности МР больных, позволяет содействовать разрешению этого актуального для службы МР вопроса. А принимая во внимание то, что МР является частью формирующейся в соответствии с законодательством Республики Беларусь комплексной системы реабилитации, повышение эффективности МР приобретает не только медицинскую, но и широкую социальную значимость.

*Характеристика этапа собственно реабилитационных мероприятий у больных хронической патологией терапевтического профиля*

Нозологическая форма	% Характер курса МР	Число циклов МР	Число методов МР, применяемых в		Методы МР, применяемые в	
			отделении МР	домашних условиях	отделении МР	домашних условиях
1	2	3	4	5	6	7
гипертоническая болезнь	непрерывно-цикловой	3–4	6–7	2–5	ЛФК; фитотерапия; психотерапия; психологическое консультирование; ИРТ; медикаментозный; бытовая реабилитация; физиолечение: магнитотерапия, гальванизация, водолечение, массаж, электросон, аэроионотерапия, ИТНЧ	фитотерапия; психотерапия; медикаментозный; ЛФК
ишемическая болезнь сердца	непрерывно-цикловой	3–4	5–6	2–5	медикаментозный; ЛФК; психотерапия; трудотерапия; физиолечение: электросон, ИТВЧ, водолечение, лазеротерапия	диетотерапия; психотерапия; медикаментозный; фитотерапия; ЛФК
хронический бронхит	непрерывно-цикловой	2–3	6–7	1–2	ЛФК; фитотерапия; ИРТ; трудотерапия; медикаментозный; физиолечение: электрофорез, ингаляция, ИТВЧ, ИТНЧ, магнитотерапия, ИТВЧ, массаж, спелеотерапия, водолечение	фитотерапия; ЛФК

1	2	3	4	5	6	7
бронхиальная астма	непрерывно-цикловой	2–3	6–7	2–5	ЛФК; фитотерапия; психотерапия; психологическое консультирование; ИРТ; медикаментозный; физиолечение: ингаляции, ИТВЧ, магнитотерапия, ультразвук, терапия, электросон, массаж, спелеолечение, водолечение, аэроионотерапия	фитотерапия; ЛФК; медикаментозный; психотерапия;
сахарный диабет	непрерывно-цикловой	3–4	6–7	2–4	медикаментозный; ИРТ; психотерапия; психотерапевтическое консультирование; ЛФК; физиолечение: теплолечение, водолечение, ИТНЧ, магнитотерапия, электрофорез, светолечение, лазеротерапия	медикаментозный; ЛФК; фитотерапия; диетотерапия; психотерапия
язвенная болезнь	повторно-цикловой	1–2	5–6	1–2	ЛФК; фитотерапия; психотерапия; психологическое консультирование; медикаментозный; физиолечение: магнитотерапия, электрофорез, водолечение, лазеротерапия, теплолечение, ИТНЧ	фитотерапия, диетотерапия
деформирующий остеоартроз	повторно-цикловой	1–3	6–7	1–3	ЛФК; фитотерапия; психотерапия; психологическое консультирование; трудотерапия; бытовая реабилитация; медикаментозный; физиолечение: магнитотерапия, электрофорез, лазеротерапия, ультразвук. терапия, ИТНЧ, ИТВЧ, теплолечение, массаж, франклинизация	ЛФК; диетотерапия; фитотерапия