

**Учреждение образования «Гомельский
государственный медицинский университет»
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами
медицинской реабилитации, психиатрии, ФПКиП**

Лекция № 1

Тема:

**«Основы медицинской
реабилитации. Особенности
обследования в медицинской
реабилитации»**

Лечебный факультет

Лектор: ассистент А.С. Барбарович

РЕАБИЛИТАЦИЯ пациентов и инвалидов
это динамическая система взаимосвязанных
медицинских, психологических и социальных
компонентов (в виде тех или иных
воздействий), направленных не только на
восстановление и сохранение здоровья, но и на
возможно более полное восстановление
(сохранение) личности и социального статуса
больного и инвалида.

Выделяют следующие виды реабилитации:

Медицинская реабилитация (МР) – система мероприятий, проводимых учреждениями здравоохранения на стационарном, поликлиническом и санаторном этапах ее организации, направленных на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных в результате болезни или травмы функций, на предупреждение осложнений, хронического течения и рецидивов заболевания, на приспособление пациента и инвалида к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни

Профессиональная (трудовая, производственная) реабилитация имеет своей целью подготовку пациента (инвалида) к трудовой деятельности

Социальная (бытовая) реабилитация предусматривает восстановление основных навыков самообслуживания и возвращение в общество

Психологическая реабилитация направлена на профилактику и лечение развивающихся психических нарушений

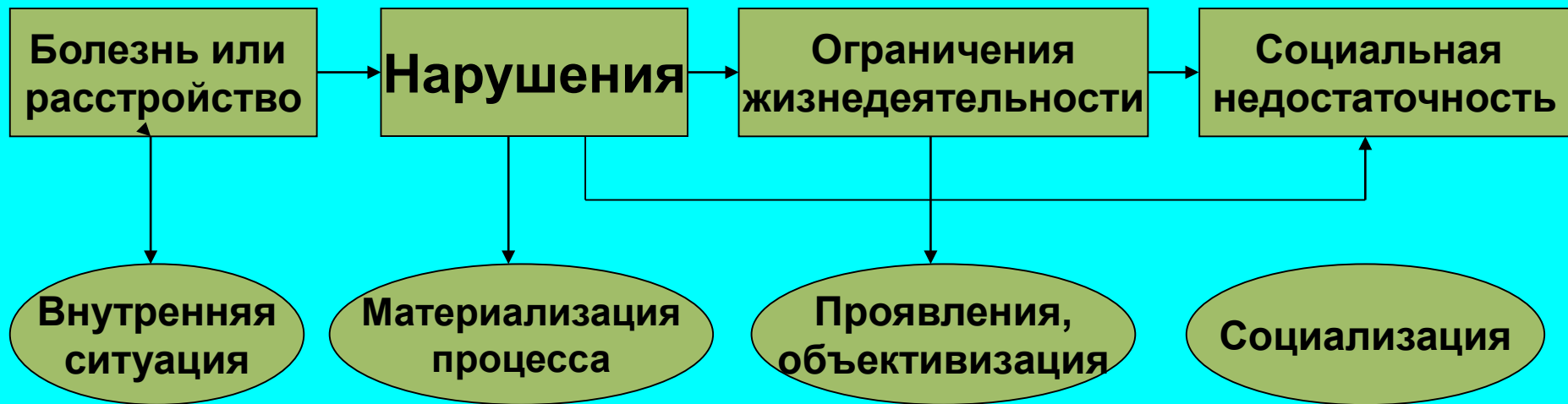
Педагогическая реабилитация направлена на образование в процессе реабилитации и вовлечение взрослых и подростков в трудовой процесс

Медицинская реабилитация (Р) —

**комплекс медицинских услуг,
направленных на восстановление
нормальной жизнедеятельности
организма пациента и компенсацию
его функциональных возможностей,
нарушенных в результате заболевания**

Концепция последствий болезни на трех уровнях

= «биопсихосоциальная модель»
болезни



- **«Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» - сокращенно МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health, сокращенно – ICF)** пришла на смену «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», сокращенно МКН (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, сокращенно - ICIDH). Всеобъемлющая цель МКФ — обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд). Таким образом, домены имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как *домены здоровья* и как *домены, связанные со здоровьем*. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма (B-Body), 2) активность (A – Activity) и участие (P – Participation)

Как классификация, МКФ системно группирует различные домены индивида с определенным изменением здоровья (например указывает, что индивид с заболеванием или расстройством делает или способен делать). **Функционирование** является общим термином для констатации положительного или нейтрального аспектов функций организма, активности и участия, точно так же термин **ограничения жизнедеятельности** относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и ограничениям возможности участия. Кроме того, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. Таким образом, она позволяет пользователю практически отразить профиль функционирования и ограничений жизнедеятельности индивида, отраженный в рамках различных доменов.

Домен — это практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности

Виды функциональных нарушений по модели ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

- Умственные функции
- Сенсорные функции и боль
- Функции голоса и речи
- Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем
- Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма
- Урогенитальные и репродуктивные функции
- Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции
- Функции кожи и связанных с ней структур

Общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения (модель ICF):

- **0** НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные)
0–4%
- **1** ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые)
5–24%
- **2** УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые)
25–49%
- **3** ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные)
50–95%
- **4** АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные)
96–100%

Ограничение жизнедеятельности —

любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Ограничение жизнедеятельности представляет собой объективное выражение нарушения и в этом качестве отражает расстройство на уровне личности

Категории жизнедеятельности

- **Способность к передвижению.**
- **Способность к самообслуживанию.**
- **Способность к ориентации.**
- **Способность к общению.**
- **Контроль за своим поведением.**
- **Способность к обучению.**
- **Способность к труду**

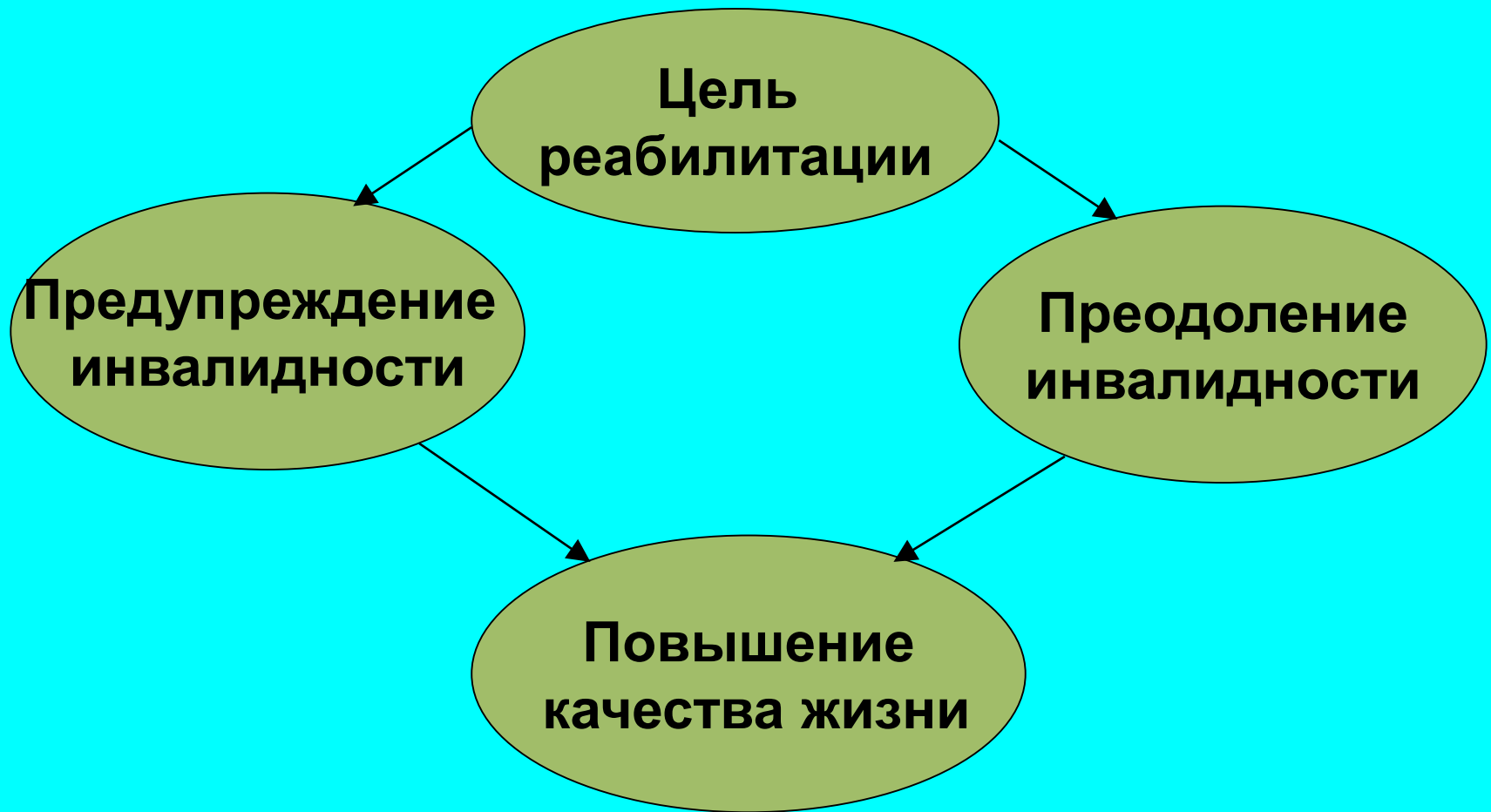
Социальная недостаточность (социальная дезадаптация) — неспособность больного человека (вытекающая из нарушения функций и ограничения жизнедеятельности) выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола и социального положения). Следствием ее является нарушение возможности интеграции в общество

**Измерителями социальной
недостаточности являются критерии
«выживания»:**

- 1. Ориентация в окружающей среде.**
- 2. Физическая независимость.**
- 3. Мобильность.**
- 4. Общение (социальная интеграция).**
- 5. Занятия.**
- 6. Экономическая независимость**

Характеристика степени социальной недостаточности
требуется специальной оценки
по каждому критерию
(передвижение,
самообслуживание,
ориентация, контроль своего
поведения, общение,
обучение, трудоспособность)

Цель реабилитации



По определению Всемирной
Организации Здравоохранения
(ВОЗ) «Качество жизни —
восприятие индивидуумом его
положения в жизни в контексте
культуры и системы ценностей, в
которых индивидуум живет, и в
связи с целями, ожиданиями,
стандартами и интересами этого
индивидуума»

ВОЗ рекомендует использовать для оценки качества жизни следующие критерии:

1. Физические - сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых;
2. Психологические - положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания;
3. Уровень независимости - повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения;
4. Жизнь в обществе - личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность;
5. Окружающая среда - благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (загрязнители, шум, населенность, климат);
6. Духовность - религия, личные убеждения

Отличие МР от лечения

**Лечение воздействует на
этиопатогенетические
факторы, а Р — на
саногенетические механизмы,
т.е. механизмы
выздоровления, заложенные в
генотипе человека**

Патофизиологические механизмы Р

1. Реституция — восстановление деятельности обратимо поврежденных структур:

- восстановление нейродинамических взаимоотношений;***
- уменьшение активности патологической доминанты;***
- уменьшение гипоксии, восстановление кровотока и др.***

2. Регенерация — это структурно-функциональное восстановление целостности тканей и органов при их повреждении или частичной утрате

Патофизиологические механизмы Р

***3. Компенсация* — восстановление нарушенной функции за счет другой, полноценной или за счет технических средств.**

***4. Реадаптация* — приспособление окружающей среды к данной неполноценности**

Принципы реабилитации

- **Безбарьерная среда обитания.**
- **Равные возможности для больных и здоровых.**
- **Интеграция в общество.**
- **Приоритет работы перед пенсией**

Принципы реабилитации

- **Принцип комплексности.**
- **Раннее начало.**
- **Принцип этапности.**
- **Индивидуальность реабилитационных мероприятий.**
- **Непрерывность.**
- **Последовательность.**
- **Преемственность.**
- **Активное участие пациента**

Общие показания к МР

- **значительное снижение функциональных способностей;**
- **снижение способности к обучению;**
- **особая подверженность воздействиям внешней среды;**
- **нарушение социальных отношений;**
- **нарушение трудовых отношений**

Контингент лиц, подлежащих реабилитации

1. Практически здоровые лица:

- *ликвидаторы;*
- *спортсмены перед и после соревнований;*
- *лица, работающие во вредных условиях;*
- *руководящие кадры, работающие с большим нервно-психическим напряжением.*

2. Часто болеющие лица.

3. Пациенты с тяжелыми заболеваниями

Контингент лиц, подлежащих реабилитации

4. Пациенты с выраженными стойкими или малообратимыми последствиями острых и хронических заболеваний и травм.

5. Инвалиды.

6. «Экспертные показания»:

- пациенты, выписанные из стационара с не восстановленной трудоспособностью;*
- часто и длительно болеющие;*
- прединвалиды*

Общие противопоказания к Р

- 1. Выраженные психические нарушения.**
- 2. Грубые нарушения интеллектуально-мнестической функции.**
- 3. Не корригируемая артериальная гипертензия.**
- 4. Выраженная коронарная недостаточность.**
- 5. Декомпенсация соматической патологии.**
- 6. Активная фаза ревматизма.**
- 7. Активные формы туберкулеза.**
- 8. Лихорадочные состояния.**
- 9. Острые тромбозы, эмболии.**
- 10. Инкурабельные злокачественные новообразования**

**В отделении Р формируются следующие
клинико-реабилитационные группы (КРГ):**

- 1. Нарушение опорно-двигательного аппарата.**
- 2. Болезни анализаторов: зрение, слух.**
- 3. Последствия нарушения коммуникативности (речевые нарушения, тотальная, моторная, сенсорная, амнестическая афазия, ретроградная амнезия или заикание).**
- 4. Последствия психических и психоневрологических.**
- 5. Висцеральные заболевания**

**Выделено 2-3 подгруппы с учетом
дополнительных признаков, различных для
каждой из них**

**КРГ-1 — группа ранней реабилитации включает
больных в ранней фазе острого
или хронического инвалидизирующего заболевания.
Место проведения Р —
лечебно-диагностические общие специализированные
службы. Р больных
КРГ-1 входит в компетенцию и обязанности лечащих
врачей, которые проводят ее в комплексе с лечебной
работой**

Больные КРГ-1 дифференцируются на 2 подгруппы в зависимости от типа проявления инвалидизирующих последствий — острого или постепенного

КРГ-1.1 — лечебно-реабилитационная подгруппа больных с остро проявившимися инвалидизирующими последствиями травм, тяжелых острых или обострений хронических заболеваний, оперативных вмешательств.

КРГ-1.2 — вторая подгруппа ранней Р — включает больных с начальными проявлениями хронических инвалидизирующих заболеваний, еще не вызвавших последствий или проявившихся только легкими последствиями на органном уровне (артериальная гипертензия, I стадия, ишемическая болезнь сердца), место проведения МР — лечебно-диагностические службы.

Этап организации медицинской помощи — амбулаторный, исполнители — лечащие врачи

КРГ-2 — группа Р больных, у которых уже проявились явные инвалидизирующие последствия на органном или организменном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности. Вторая КРГ является чисто реабилитационной и обозначена как «группа Р больного», или собственно Р, с использованием широкого спектра ее методов. Она начинается после возникновения последствий болезни. Дифференциация больных КРГ-2 на 2 подгруппы проводится с учетом уровня проявления инвалидизирующих последствий и угрозы инвалидности

КРГ-2.1 — подгруппа больных с последствиями на уровне органа (нарушением функций), которые еще не привели к ограничению жизнедеятельности или нарушают ее в незначительной степени (потенциальная угроза инвалидности).

КРГ-2.2 — подгруппа больных с выраженными последствиями заболевания и травмы не только на органном, но и на организменном уровне, что создает реальную угрозу инвалидности.

Здесь Р — последняя мера профилактики (смягчения) инвалидности

КРГ-3 — группа Р в фазе инвалидности.

Она начинается после установления инвалидности во МРЭК с получением ИПР, которая включает не только МР, но и другие ее виды (социально-бытовую и профессиональную), что гарантировано предоставлением инвалиду ряда мер социальной помощи, развитием реабилитационных услуг в системе социальной защиты населения, образования, службе занятости и других ведомств, обязанных адаптировать среду обитания к нуждам инвалидов

КРГ-3.1 — инвалиды с высоким РП, у которых возможно восстановление трудоспособности.

КРГ-3.2 включает инвалидов со средним РП, у которых возможно частичное восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях. В эту подгруппу попадают инвалиды II группы с выраженными затянувшимися последствиями болезни.

КРГ-3.3 — инвалиды с низким РП. Сюда относятся инвалиды I или II группы, которые могут быть адаптированы к труду в специально созданных условиях, или инвалиды, нуждающиеся в социально-бытовой Р

Инвалидность

любое ограничение или отсутствие в результате дефекта способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека

Классификация основных инвалидизирующих нарушений:

Умственные — сопровождаются нарушением интеллекта, памяти, инертностью процессов, недостаточной концентрацией внимания.

Психологические — личностные особенности: некоммуникабельность, застенчивость, малословие.

Речевые — нарушение речи: афазия (моторная, сенсорная, сенсомоторная или тотальная, амнестическая), дизартрия, заикание, немота.

Слуховые — вызывают нарушение ориентации, обучения, контроля за своим поведением

Зрительные — те же, что и слуховые, а также нарушения передвижения и самообслуживания.

Висцеральные нарушения.

- 1. Сердечно-сосудистые заболевания.**
- 2. Патология дыхания.**
- 3. Желудочно-кишечного тракта.**
- 4. Печени.**
- 5. Эндокринной системы.**
- 6. Обмена веществ.**

Локомоторные нарушения.

- 1. Костно-мышечной системы.**
- 2. Нервной системы.**
- 3. Сердечно-сосудистой системы.**

Уродующие нарушения.

Прочие нарушения.

Причины инвалидности:

- 1. Общее заболевание, травма.**
- 2. Трудовое увечье.**
- 3. Профессиональное заболевание.**
- 4. Инвалидность с детства.**
- 5. Инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны.**
- 6. Ранение, контузия, травма, увечье, заболевание, связанное с пребыванием на фронте**

7. Ранение, контузия, травма, увечье, заболевание, связанное с пребыванием в партизанском отряде.

8. Ранение, контузия, травма, увечье, полученное в период прохождения военной службы.

9. Заболевание, полученное в период прохождения военной службы.

10. Заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

11. Ранение, контузия, увечье, полученное при исполнении обязанностей военной службы и вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС

Варианты развития инвалидности

I вариант. Острое проявление инвалидности — последствия острых заболеваний, травмы или обострение хронических заболеваний с прогрессирующим, регрессирующим или хроническим, вялотекущим процессом.

Выделяют ***две фазы (стадии):***

- *ранняя лечебно-реабилитационная;**
- *поздняя лечебно-реабилитационная.**

II вариант: хронический, медленный, постепенный.

Выделяют ***три фазы (стадии):***

- 1. ранняя;**
- 2. поздняя;**
- 3. стадия реабилитации инвалида**

Расчет инвалидности —

**это отношение признанных
инвалидов к населению
трудоспособного возраста (на 10
тыс. населения).**

**В зависимости от степени
ограничения жизнедеятельности
устанавливается *первая, вторая или
третья группа инвалидности***

Основанием для установления *первой группы* инвалидности является резкое ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, приводящими к резко выраженной социальной дезадаптации, вследствие невозможности обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, самообслуживания, участия в трудовой деятельности, если указанные нарушения вызывают потребность в постоянном постороннем уходе и помощи

Основаниями для установления *второй группы* инвалидности являются:

* значительное *ограничение жизнедеятельности*, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, не требующими постоянного постороннего ухода и помощи;

* выраженная *социальная дезадаптация* вследствие резко выраженного затруднения обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, самообслуживания, участие в трудовой деятельности (возможно выполнение труда в специально созданных условиях) или невозможности трудовой деятельности;

* тяжелые *анатомические дефекты*

Основанием для установления *третьей группы* инвалидности являются:

* выраженное *ограничение жизнедеятельности*, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами.

* значительное *снижение возможности социальной адаптации* вследствие выраженного затруднения обучения, общения, передвижения, участия в трудовой деятельности.

Третья группа

определяется вследствие:

- * значительного уменьшения объема трудовой деятельности;**
- * снижении или потери квалификации;**
- * затруднения выполнения профессионального труда вследствие анатомического дефекта**

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) — это перечень различных методов медицинского, психологического и социального характера, направленных на достижение конкретной цели Р данного пациента или инвалида.

ИПР создается на основе полученных данных предварительного обследования и анализа всех аспектов состояния пациента, оценки микро- и макросреды с учетом конкретных возможностей службы Р по отношению к данному пациенту

- **Реабилитационная услуга** – это социальная услуга, целью которой является улучшить самостоятельное обслуживание человека с нарушением здоровья, повысить заинтересованность общества и способствовать работе или поступлению на работу.
- В случае детей цель реабилитационной услуги состоит в том, чтобы способствовать развитию детей и получению образования.
- В случае трудоспособных людей цель реабилитационной услуги – способствовать работе человека, поступлению на работу и сохранению трудоспособности.
- Для людей, достигших пенсионного возраста, реабилитационная услуга означает сохранение человеком возможности обходиться без посторонней помощи

Реабилитационные услуги предоставляются широким кругом специалистов, включая медицинских работников (медсестры, физиотерапевты), терапевтов (специалисты по трудотерапии, физиотерапевты, логопеды) и технических специалистов (ортопеды и протезисты), а также специалистов по реабилитации (помощники по реабилитации, сотрудники общинных реабилитационных центров).

Реабилитационные услуги могут предоставляться во многих видах учреждений, в том числе в больницах, клиниках, специализированных центрах или службах, общинных учреждениях, а также на дому. Место проведения реабилитационного мероприятия определяется с учетом фазы реабилитации (например острой фазы после ДТП или травмы), а также вида необходимых мер вмешательства

Персонал бригады медицинской реабилитации

- невролог
- терапевт (кардиолог)
- травматолог-ортопед
- врач по ЛФК
- врач-физиотерапевт
- инструктор-методист по лечебной физкультуре
- клинический психолог
- эрготерапевт (или бытовой реабилитолог)
- социальный работник
- медицинская сестра по физиотерапии
- специально обученные приемам ухода и реабилитации медицинские сестры

Эрготерапия — «реабилитационная специальность, помогающая людям всех возрастов, имеющих повреждение, болезнь, когнитивные нарушения, отклонения в развитии, трудности в обучении или физические отклонения быть максимально независимыми» в быту, на работе и в отдыхе

(Американская ассоциация эрготерапевтов)

Термин «эрготерапия» от греческого -
ergein – делать, работать и therapeutein –
сопровождать, лечить.

Эрготерапия - означает терапию
посредством занятий, направленных на
восстановление или компенсацию
утраченных функций и независимости у
лиц, которые в силу состояния здоровья
не могут осуществлять уход за собой,
заниматься продуктивной деятельностью
и проводить свой досуг

Метод **эрготерапии** основывается на достижениях медицинской, психолого-педагогической и социальной наук и рекомендуется людям любого возраста, которые страдают двигательными, сенсомоторными расстройствами, нарушениями восприятия и психосоциальными недостатками

Цель эрготерапии – восстановление и дальнейшее улучшение отсутствующих или утраченных функций у людей с особенностями психофизического развития, чтобы они могли достичь максимально высокого уровня независимости и самостоятельности на социально-бытовом и профессиональном уровнях















20 KET
00 175
45 1.55
0.45 KET
14.30 CTB
15.00 KET



Законодательная база РБ

- Закон Республики Беларусь 11 ноября 1991 г. № 1224-XII «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», последующие редакции;
- Закон Республики Беларусь 23 июля 2008 г. № 422-3 «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», последующие редакции;
- Закон Республики Беларусь 14 июня 2007 г. № 239-3 «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан», последующие редакции;
- Постановление совета министров Республики Беларусь 11 декабря 2007 г. № 1722 «О государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан», последующие редакции;
- Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь 17 января 2008 г. № 12 «Об установлении сроков пользования техническими средствами социальной реабилитации до их замены», последующие редакции

Варианты МР

1. Одноцикловый вариант.

2. Повторно-курсовой — при рецидиве острых или хронических заболеваний с резкими обострениями.

3. Непрерывный — при хронических заболеваниях с выходом на инвалидность (диабет, эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания).

4. Непрерывно-курсовой — на фоне непрерывной МР проводим цикловое лечение при рецидивах (хронический вариант с частыми рецидивами: рассеянный склероз, язвенная болезнь, ревматизм)

- *первичная (ранняя) Р* — снижение частоты возникновения нарушений функций (последствий болезни) в начальной стадии ее развития;
- *вторичная (поздняя) Р* — ограничение степени или обратное развитие болезни, вызвавшей нарушение функций, предупреждение стойких последствий, дефектов, ограничений жизнедеятельности;
- *третичная Р* — предупреждение инвалидности и перехода инвалидности в физический дефект, снижение тяжести последствий болезни

Этапы МР

- 1. Лечебно-реабилитационный.**
- 2. Стационарный этап ранней медицинской реабилитации.**
- 3. Амбулаторно-поликлинический.**
- 4. Стационарный этап поздней медицинской реабилитации.**
- 5. Домашний**

«Функциональный класс» — ФК

По шкале ФК могут ранжироваться:

- состояние функции (при ИБС ФК характеризует состояние коронарного кровообращения);**
- или другого физиологического параметра, например, физической работоспособности (высокая или низкая)**

Шкала «ФК» 5-балльная:

ФК-0 — нормальное состояние параметра;

ФК-1 — легкое нарушение функции (от 1 до 25%);

ФК-2 — умеренное (от 26 до 50%);

ФК-3 — значительное (от 51 до 75%);

ФК-4 — резко выраженное (от 76 до 100%)

По шкале ФК могут быть ранжированы:

- **степень нарушения функции (в %);**
- **состояние жизнедеятельности**

ФК-0:

- *нет нарушения функций*
или ограничения
жизнедеятельности;
- *социальная*
недостаточность **отсутствует,**
человек трудоспособен

ФК-1:

- **а) легкие нарушения функций** (не более, чем на **25%**), не отражающиеся или влияющие незначительно на жизнедеятельность и не вызывающие социальную недостаточность;

б) более выраженные нарушения, которые с помощью медико-технических средств компенсируются полностью или до степени легких нарушений;

- выявленные нарушения функции могут приводить к легкому **ограничению жизнедеятельности**, при этом пациент может быть трудоустроен по линии ВКК

ФК-2:

- **а)** *умеренное нарушение функций* (от 25 до 50%), не компенсируемое с помощью вспомогательных средств;

б) *более значительное нарушение*, частично компенсируемое до умеренной степени;

- *ограничение жизнедеятельности* выражены в умеренно степени.

Трудоустройство через ВКК или III группа инвалидности

ФК-3:

- выраженное нарушение функции (от 51 до 75%), не компенсируемое или слабо компенсируемое;

- значительное *ограничение жизнедеятельности.*

Чаще инвалиды, II группа.

Пациент может работать в специально созданных условиях

ФК-4:

- **а)** *резко выраженное нарушение функции (свыше 75%), не компенсируемое;*

б) *полное (до 100%) нарушение функции;*

- резко выраженное *ограничение жизнедеятельности* или полное ограничение в одной или нескольких сферах.

Инвалиды, **I группа.**

Пациент может работать в специально созданных условиях

Обследование больного в целях кинезотерапии

- **Линейные измерения длины конечности и обхвата суставов**
- **Измерение объема движений в суставах**
- **Оценку мышечной силы**
- **Определение функционального состояния органа**

Физическое развитие, методы оценки

Антропометрия – система измерений и исследований в антропологии линейных размеров и других физических характеристик тела.

Антропометрические измерения проводят по общепринятой методике с использованием специальных, стандартных инструментов. Измеряются: рост стоя и сидя, вес тела, окружность шеи, грудной клетки, талии, живота, плеча, предплечья, бедра, голени, ЖЕЛ, становая сила и сила мышц кисти, диаметры – обл. плеча, грудной клетки.

Уровень физического развития оценивается с помощью трех методов: антропометрических стандартов, корреляции и индексов



Антропометрия



Индексы физического развития. Это показатели физического развития, представляющие соотношение различных антропометрических признаков, выраженных в априорных математических формулах.

Ростовой индекс Брока-Бругша. Для получения должной величины веса вычитается 100 из данных роста до 165 см; при росте от 165 до 175 см – 105, а при росте 175 см и выше – 110. Полученная разность и считается должным весом.

Весоростовой индекс (Кетле) (body mass index, BMI) определяется: $BMI = W / H^2$, где W - масса тела (кг), H - рост (м)

Психологическое обследование в реабилитации

Психотерапия (ПТ) — основной метод психологического аспекта МР, включающий целенаправленное использование психических воздействий для лечения пациентов

Основные методы психологических исследований, применяемые для сбора первичных данных:

- наблюдение
- опрос
- тесты
- эксперимент
- моделирование

Экспериментальные оценки свойств личности могут быть получены в результате беседы и наблюдения за поведением испытуемого в различных условиях. Целью ПТ пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями является изменение отношения пациента к своей болезни, к самому себе и к своему окружению. В связи с этим объектом психотерапевтического воздействия является личность больного, понимаемая с позиции психологии отношений

ОЦЕНКА НЕЗАВИСИМОСТИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Впервые термин «Activities of Daily Living» (ADL, англ.) ввел Deaver в 1945 г.

На русский язык этот термин различными переводчиками переводится по-разному: как «активности повседневной жизни», как «функции повседневной жизнедеятельности», как «повседневная активность».

Нередко и в русскоязычной литературе пользуются аббревиатурой ADL

В основе методов измерения нарушений лежит оценка независимости индивидуума от посторонней помощи в повседневной жизни.

При этом анализируются не все ежедневные действия, а только наиболее значимые, представительные, наиболее общие из рутинных действий человека.

Представления о том, какие функции относить к базовым, могут несколько расходиться

Тесты, измеряющие нарушения условно можно подразделить на четыре группы:

1) измеряющие независимость больного в повседневной жизни, или, согласно дословному переводу с английского, измеряющие «активности повседневной жизни» (Activities of Daily Living, англ., или ADL), под которыми обычно понимают элементарное телесное самообслуживание;

2) измеряющие, помимо телесного самообслуживания, еще и возможность пользования предметами обихода, что необходимо для проживания в обычных условиях (или расширенные активности повседневной жизни);

3) измеряющие локально те функции, расстройство которых приводит к нарушению жизнедеятельности, например, ходьбу, функцию кисти;

4) совмещающие измерение повседневной активности и ролевых ограничений

Шкал ADL существует множество, по некоторым данным - более 200, однако далеко не все из них исследованы в отношении валидности и надежности.

Наибольшее распространение в реабилитологии получили

- Индекс Активностей Повседневной Жизнедеятельности Катц,**
- Индекс Активностей Повседневной Жизнедеятельности Бартел,**
- Ноттингемский десятипунктный Индекс Активностей Повседневной Жизнедеятельности**

Спасибо за внимание