

Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе

Перевод версии 2006 года (сентябрь) на русский язык

Создана

- секцией физической и реабилитационной медицины Европейского союза медицинских специалистов (UEMS),
- Европейским Советом физической и реабилитационной медицины
- Европейской академии восстановительной медицины
- Европейским обществом по физической и реабилитационной медицине
- Союзом Реабилитологов России



ESPRM

European Society of
Physical & Rehabilitation Medicine

2015 февраль

Редакторы:

Кристоф Гутенбруннер

Председатель профессионального комитета по практике, UEMS Секции физической и реабилитационной медицины

Энтони Б. Уорд

Президент, UEMS Секции физической и реабилитационной медицины

М. Энн Чемберлен

Президент, Academie Europeenne de Medecine de Readaptation

Авторы:

Профессор Андре Бардо (F)

Профессор Мишель Барат (F)

Доктор Лорент Бенсуссан (F)

Профессор Михай Бертеану (Ro)

Доктор Педро Кангиста (P)

Профессор Энн Чемберлен (Великобритания)

Доктор Николас Кристодулоу (Сай)

Доктор Аларкос Сиеза (D)

Профессор Ален Деларк (F)

Профессор Жан-Пьер Дидье (F)

Профессор Вероника Фиалка-Моузер (A)

Профессор Франко Франкиньюни (I)

Профессор Алессандро Джустини (I)

Профессор Кристоф Гутенбруннер (D)

Профессор Гастааф Лэнхорст (NL)

Профессор Линдси Маклеллан (Великобритания)

Доктор Фернандо Парада (P)

Профессор Жоао Паскоа Пинеиро (P)

Профессор Майкл Куиттэн (A)

Профессор Бенгт Сйолюнд (S)

Профессор Хенк Стэм (NL)

Профессор Джерольд Стаки (D)

Профессор Гай Вэндерстрэетен (B)

Доктор Иржи Вотэва (Cz)

Профессор Жан-Мишель Витон (F)

Доктор Энтони Уорд (Великобритания)

Редакторы русской версии:

Иванова Галина Евгеньевна

Мельникова Елена Валентиновна

Шмонин Алексей Андреевич

Переводчики на русский язык:

Бондарева Елена Александровна

Дайнеко Анастасия Сергеевна

Крайнова Екатерина Игоревна

Пономарев Григорий Вячеславович

Соловьева Людмила Николаевна

Шмонин Алексей Андреевич

Шумеева Александра Геннадьевна

Введение.

Эта книга излагает позиции Физической и Реабилитационной Медицины (ФРМ) в Европе. Она определяет эту специализацию, ее функционирование, компетенции и профессиональные качества специалистов ФРМ, и ее отношение к другим медицинским дисциплинам и профессиям, связанным со здоровьем. Книга также направлена на то, чтобы ФРМ рассматривалась как европейская специальность, где высокое качество специалистов, работающих в соответствии с передовыми стандартами оказания медицинской помощи, может практиковаться в соответствии с доказательной базой и в контексте различных национальных рекомендаций и практик. При этом, книга подробно описывает принципы обучения и навыки специалистов по ФРМ. Она также дает базовые принципы специализированной реабилитации, которые помогут органам здравоохранения, высшему и среднему медицинскому персоналу понять, как работает ФРМ, и как она может содействовать процессу, позволяющему людям с ограниченными возможностями полноценно участвовать в жизни общества.

Эта книга разработана отделом Физической и Реабилитационной Медицины Европейского Союза Медицинских Специалистов (EUMS) под совместным авторством Президента и Председателя Профессионального Практического Комитета и Президента Европейской Академии Медицины и Реабилитации. Книга адаптирована тремя основными ведущими специалистами в Европе: отдела Физической и Реабилитационной Медицины Европейского Союза Медицинских Специалистов, Европейской Академии Медицины и Реабилитации и Европейским Обществом Физической и Реабилитационной Медицины, которые приняли участие в написании книги.

Нашей редакции была оказана помощь за счет взносов со всей Европы, и мы создали текст в интересах обеспечения единообразия и согласованного подхода. Важной мыслью была подготовка документа, который встраивается в системы по всей Европе в условиях национальных особенностей. В частности, мы хотим поблагодарить тех, кто приложил немало усилий, чтобы создать по-настоящему панъевропейскую работу: имена перечислены в алфавитном порядке выше.

Оригинальная версия Белой книги доступна через раздел на сайте www.euro-prm.org или через генерального секретаря секции UEMS.

Ахтони Б Уорд, президент UEMS секции.

Кристоф Гутенбруннер, председатель профессионального комитета по практике.

М. Энн Чемберлен, президент академии.

Оглавление

Кратное содержание

1. Введение
 2. Определения
 - 2.1 Реабилитация
 - 2.2 Физическая и Реабилитационная Медицина
 3. Актуальность реабилитации для людей с ограниченными возможностями и для общества
 - 3.1 Эпидемиология
 - 3.2 Модель функционирования, инвалидности и здоровья в реабилитации согласно Всемирной организации здравоохранения
 - 3.3 Этические аспекты и права человека
 - 3.4 Реабилитация и системы здравоохранения
 - 3.5 Цели и результаты реабилитации
 4. Принципы Физической и Реабилитационной Медицины
 - 4.1 Обучение как основной принцип Физической и Реабилитационной Медицины
 - 4.2 Цели Физической и Реабилитационной Медицины
 - 4.3 Реабилитационная бригада
 - 4.4 Физическая и Реабилитационная Медицина на различных этапах реабилитационного процесса
 - 4.5 Последствия отсутствия реабилитации
 - 4.6 Профилактика
 5. Специальность Физической и Реабилитационной Медицины
 - 5.1 Вклад специалистов Физической и Реабилитационной Медицины в реабилитационный процесс
 - 5.2 Специальность Физической и Реабилитационной Медицины в Европе
 - 5.3 Патологии и состояния в практике Физической и Реабилитационной Медицины
 - 5.4 Диагностика, оценка и анализ
 - 5.5 План реабилитации
 - 5.6 Мероприятия по Физической и Реабилитационной Медицине
 - 5.7 Клиническая деятельность и параметры Физической и Реабилитационной Медицины
 6. Стандарты Физической и Реабилитационной Медицины
 - 6.1 Обучение и практика
 - 6.2 Общие принципы организации и необходимые профессиональные качества
 - 6.3 Непрерывность профессионального развития и медицинского образования
 - 6.4 Отдел Физической и Реабилитационной Медицины Европейского союза Медицинских Специалистов
 - 6.5 Европейская Академия Медицины и Реабилитации
 - 6.6 Европейское Общество Физической и Реабилитационной Медицины
 7. Исследования в области Физической и Реабилитационной Медицины
 - 7.1 Важность исследований в установлении потребностей и значимости как нынешнего, так и нового подхода
 - 7.2 Исследовательская база и ресурсы
 - 7.3 Подготовка научных кадров
 - 7.4 Публикация результатов научных исследований
 8. Перспективы развития в будущем
 - 8.1 Философия
 - 8.2 Цели
 9. Ссылки
- Приложение 1а. Предложение для нового определения, основанное на модели международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (ICF)
- Приложение 1б. Описание специальности Физической и Реабилитационной Медицины

Приложение 2. Примеры инвалидизирующих состояний широко встречаемые в практике специалиста Физической и Реабилитационной Медицины

Приложение 3. Специалисты Физической и Реабилитационной Медицины в Европе в составе штата Европейского союза Медицинских Специалистов

Приложение 4. Диагностические инструменты и методы оценки Физической и Реабилитационной Медицины

Приложение 5. Программа обучения и теоретические знания для диплома Европейского Совета в Физической и Реабилитационной Медицине (Версия 2005)

Приложение 6. Правила для непрерывного медицинского образования и непрерывного профессионального развития специалиста Физической и Реабилитационной Медицины

Делегаты и члены организаций

Краткое содержание

1. Введение

1.1 Эта книга написана для:

- руководителей сферы здравоохранения, занимающихся вопросами реабилитации и инвалидности.
- широкой публики, в частности, для людей с ограниченными возможностями и членов организаций, представляющих их интересы.
- специалистов других медицинских специальностей и профессий, связанных с медициной.

1.2 Книга определяет сущность, направление работы и параметры Физической и Реабилитационной Медицины, компетентность специальности и профессиональные качества специалистов, клиническое содержание работы по специальности, характер обучения и практики специалистов в этой области. В связи с увеличением Европейского сообщества в последнее время, эта книга стремится содействовать унификации специализированной деятельности Физической и Реабилитационной Медицины, для обеспечения общества и, особенно, людей с ограниченными возможностями, хорошей помощью независимо от их местоположения.

2. Определения

2.1 Всемирная Организация Здравоохранения определяет реабилитацию как: «Совокупность мероприятий, направленных на снижение влияния инвалидизирующих состояний, и призванная обеспечить людям с нарушенными функциями приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут».

2.2 Определение Физической и Реабилитационной Медицины Европейского союза Медицинских Специалистов: «Реабилитация – самостоятельная медицинская специальность, которая занимается развитием физических и когнитивных функций, активности (включая поведение), участием (включая качество жизни) и изменением персональных факторов и факторов внешней среды». Таким образом, во всех возрастных категориях для лиц с нарушенными функциями, обеспечивается профилактика, диагностика, лечение и реабилитация.

3. Актуальность реабилитации для людей с ограниченными возможностями и для общества

3.1 Распространенность инвалидизации в большинстве Европейских стран составляет около 10%. Возраст населения увеличивается и увеличивается уровень инвалидности. Это отражается в увеличении нагрузки по уходу для отдельных лиц, а, для общества, увеличением расходов на медицинскую и социальную помощь. Выживаемость после серьезных заболеваний и тяжелых травм становится больше, но увеличивается и число людей, которые приобретают сложные функциональные нарушения. Кроме того, люди в Европе привыкли поддерживать высокий уровень здоровья.

Реабилитация является эффективным способом снижения инвалидности, а также расширения возможностей для людей с нарушенными функциями. Стоимость реабилитации часто не больше, чем в обратном случае, если бы она не была бы предоставлена. Профилактика осложнений длительной иммобилизации, повреждений головного мозга и боли (о которых свидетельствуют факты) приводит к появлению многих преимуществ, как качественных для индивидуумов, так и количественных, с точки зрения финансирования.

3.2 Биопсихосоциальная модель инвалидности.

Физическая и Реабилитационная Медицина руководствуется биопсихосоциальным подходом к реабилитации. Этот подход был разработан совместно с пользовательскими организациями и принят в соответствии с Международной Классификацией функционирования, инвалидности и Здоровья согласно ВОЗ, которая была одобрена Всемирной Ассамблеей здравоохранения в мае 2001 года. Ее снова этиологически нейтральна и применима в терминологии, принятой во всем мире для описания функционирования, как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. Эта структура полезна для управления характерными особенностями индивидуума в рамках любых реабилитационных программ и вмешательств. Она определяет основную патологию, уровень функционального поражения и потенциал для восстановления (оптимизации) индивидуальной функции или предотвращение дальнейшего ограничения деятельности. Кроме того, согласно этой модели, способность участвовать в жизни общества зависит не только от функционирования личности, но и от окружающей среды и дополнительных факторов, влияющих на жизнь человека.

3.3 Этические аспекты и права человека.

Доступ к реабилитации является основным правом человека, которое поддерживается Уставом Организации Объединенных Наций посредством стандартов (1993) **Европейского года для людей с ограниченными возможностями**, 2003 и 58 резолюцией Всемирной Ассамблеи здравоохранения (2005). Кроме того, многие европейские государства имеют законы, исключающие дискриминацию. Эти законы могут быть использованы для людей с ограниченными возможностями, их семей и помощников. Специалисты по Физической и Реабилитационной Медицине регулярно участвуют в дискуссиях на этические и правовые вопросы, касательно медицинской помощи пациентам.

Равенство доступа к реабилитации и социальному участию, без какой-либо дискриминации, является основой для организации и практики реабилитации. Специалисты Физической и Реабилитационной Медицины осведомлены, какое давление оказывается на лица другой расы, культуры, религии и сексуальной ориентации. Реабилитация своей целью ставит поддержание независимости жизни людей и их самостоятельности, и применяет комплексный подход, чтобы способствовать этому.

Физическая и Реабилитационная Медицина важна для всех слоев общества по всей Европе. Она спонсирует организацию Международного года инвалидов (1981) и Европейского года людей с ограниченными возможностями (2003) и доступ к реабилитации после травм или болезней является фундаментальным правом человека.

3.4 Люди с ограниченными возможностями должны быть активными участниками в создании и развитии реабилитации. Хорошая организация реабилитации гарантирует, что человек с ограниченными возможностями в системе многопрофильного подхода в состоянии сделать осознанный выбор лечения. В случае необходимости, семья тоже вовлекается в процесс реабилитации.

3.5 Цели и результаты реабилитации. Главная цель реабилитации – дать возможность людям с ограниченными возможностями вести жизнь, которую они хотели бы, учитывая различные ограничения активности, которые получены в результате болезни или травмы, а также личных обстоятельств. На практике, зачастую это лучше всего достигается путем сочетания мер преодоления или сглаживания функциональной недостаточности, и устранения или уменьшения барьеров для деятельности в среде, выбранной пациентом. Такой подход позволит оптимизировать и активность, и деятельность. Два основных результата реабилитации, которые должны быть достигнуты: благополучие человека и его возвращение к социальной и профессиональной деятельности.

4. Основы физической и реабилитационной медицины

4.1. Обучение — это современная и наиболее важная часть реабилитационного процесса. Специалист ФРМ это учитель, особенно, когда новые понятия пластичности и моторного обучения должны обеспечивать программы реабилитации. Специалисты ФРМ должны знать принципы адаптации и пластичности и понимать теоретические основы принципов преподавания и обучения.

4.2. Физическая и реабилитационная медицина направлена на снижение нарушений, вызванных болезнью, где это возможно - предотвращение осложнений, на улучшение функционирования и деятельности и создание благоприятных условий. Все эти мероприятия должны принимать во внимание индивидуальные персоналии, культурные факторы и факторы окружающей среды (условия жизни и работы). Практика на различных отделениях от подразделений скорой помощи до помощи на дому. Специалисты ФРМ используют специальные приборы для диагностики и осуществляют многие виды лечения, в том числе фармакологические, физические, технические, образовательные и профессиональные вмешательства. Реабилитация непрерывный и скоординированный процесс, который начинается с наступлением болезни или травмы и продолжается вплоть до индивидуальных достижений человека в обществе, в соответствии с его или ее жизненными стремлениями и желаниями.

4.3. Команды организаторов здравоохранения, работающих в тесном сотрудничестве с мультидисциплинарными бригадами, обеспечивают реабилитацию с формированием целей и фокусированием на пациента. Специалисты ФРМ обычно являются лидерами этих команд и несут ответственность за лечение своих пациентов в специализированных реабилитационных отделениях. Они также тесно сотрудничают с другими медицинскими специалистами. Так реабилитации становится основным направлением клинической деятельности и это должно приводить к мультидисциплинарному взаимодействию.

4.4. Физическая и реабилитационная медицина на различных этапах процесса реабилитации. Реабилитация может быть обеспечена в ряде мест, которые варьируются от специализированных

реабилитационных центров и отделений реабилитации в больницах скорой медицинской помощи до реабилитации в амбулаторных и домашних условиях. Экстренная реабилитация необходима для того, чтобы использовать пластичность, настолько эффективно на сколько это возможно. Экстренную реабилитацию необходимо начинать на ранних сроках, чтобы уменьшить количество возможных осложнений. Это требует наличия не только выездной команды специалистов в области реабилитации, способных дать совет всем отделениям в больнице, в том числе интенсивной терапии, но и приспособленных реабилитации коек, закрепленных также за специалистами по ФРМ. Пациенты нуждаются в реабилитации в специализированных реабилитационных отделениях, закрепленных за специалистами по ФРМ. Эти пациенты с длительными, часто прогрессирующими заболеваниями и расстройствами будут нуждаться в этом для объединения с целью обеспечения их физического состояния, здоровье и поддержания возможностей и увеличение независимости.

5. Специальность физической и реабилитационной медицины

Роль специалиста в ФРМ, условия лечения, диагностические инструменты, оценки и часто используемые вмешательства, обсуждаются в главе 5 и Приложении IV.

6. Стандарты физической и реабилитационной медицины

6.1. ФРМ это независимая медицинская специальность во всех странах Европы, кроме Дании и Мальты продолжительность обучения составляет обычно не менее 4 лет. Существуют различия в подготовке и содержанию работы по всей Европе, но Европейским Советом ФРМ разработана комплексная система постдипломного образования, которая включает в себя учебный план, дневник и сдачу экзаменов. Кроме того, тренеры и реабилитационные приборы проходят аккредитацию. Существует непрерывное медицинское образование с переекзаменацией каждые десять лет. Подробности можно узнать на веб-сайте Совета www.euro-rgm.org. Специалисты ФРМ преподают студентам медицинских университетов. Принципами реабилитации должны овладеть все студенты медицинских университетов, чтобы обеспечить лучшую заботу о всех людях с ограниченными возможностями.

6.2. Специалисты в ФРМ имеют целостный подход к людям с острыми и хроническими заболеваниями. Их работа наиболее часто заключается в реабилитации нарушений, таких как мышечно-скелетные и неврологические расстройства, травмы, ампутации, дисфункции тазовых органов, сердечно-легочной недостаточностью и инвалидностью вследствие хронической боли и рака.

6.3. К компетенции специалистов ФРМ включают, среди прочего:

- Медицинская оценка в определении основного диагноза.
- Оценка функциональной способности и стремления к изменениям.
- Оценка активности и участия, а также условий жизни.
- Разработка плана реабилитации.
- Знания, опыт и применение медицинских и физических методов лечения.
- Оценка и измерение результатов.
- Профилактика и лечение осложнений.
- Прогнозирование заболевания / состояния и реабилитационных исходов.
- Знание реабилитационных технологий.
- Командный дух и лидерские навыки.
- Навыки обучения.
- Знание социальной системы и законодательства о нетрудоспособности.

Специалисты ФРМ помогают студентам медицинских ВУЗов обучаться принципам реабилитации. Это следует преподавать для всех медицинских студентов для улучшения качества медицинской помощи привсех видах инвалидности.

Они так же должны быть способны помочь в планировании услуг и обнародования законов, которые относятся к пациентам. Все эти вопросы относятся к потребностям населения и клинического руководства предоставляемых услуг. Необходимо проводить регулярные проверки этих услуг и регулярно пользоваться обратной связью от их пользователей.

7. Исследования в области физической и реабилитационной медицины

ФРМ полностью одобрил принципы доказательной медицины и проводит активную исследовательскую программу, направленную на понимание основных процессов реабилитации и выделение факторов, определяющих факторов как восстановления, так и возможности людей приобретать новые навыки и учиться. Продолжение предоставления этих доказательств требует, увеличения финансирования исследований.

8. Будущее физической и реабилитационной медицины.

8.1. В будущем цели для специальности представляют собой развитие "культуры реабилитации" в качестве основного права для людей с ограниченными возможностями. И одной из ролей специалистов по ФРМ это реализация их. Данные цели могут быть достигнуты при условиях полного оснащения отделений и центральной роли специалистов ФРМ, в обеспечении равного доступа для всех людей в Европе, которые в них нуждаются. Специалисты ФРМ должны быть хорошо оснащены, чтобы обеспечить надлежащее выполнение клинических стандартов с помощью научно обоснованной практики и путем использования новейших экспериментальных технологий. Этот эффект был продемонстрирован с помощью научных исследований и особенно быстро увеличивающихся знаний в области медицины. Роль этой книги является содействие повышению осведомленности о преимуществах реабилитации и вклада ФРМ для жизни людей с ограниченными возможностями.

8.2. Одной из важных целей специальности должно быть, совместное достижение условий, про которых люди во всех странах Европы смогут иметь доступ к полному спектру реабилитационных услуг на самом высоком уровне. Таким образом эта специальность обеспечивает фундаментальное право человека. Авторы надеются, что эта книга предоставит читателям информацию о том, как достичь этой цели.

Белая Книга о физической и реабилитационной медицине в Европе

1. Введение

1.1. Эта книга излагает сущность, область работы и показатели физической и реабилитационной медицины (ФРМ) в Европе. Определения специальности и компетенции для полностью подготовленных специалистов в этой области предоставлены здесь. Здесь описан контекст клинической работы, характер образования и подготовки специалистов. Книга основана на оригинальной Белой книге, вышедшей в 1989 [1]. Это было важным в развитии специальности по всей Европе. Книга была переведена на множество языков для местного использования. Двадцать лет спустя, расширение Европейского Союза создает необходимые условия для улучшения в соответствии с тем что происходит в медицине и технологии, и своевременного обновления информации о специальности по всей Европе, так как специальность очень важна.

1.2. Главным образом книга имеет три направления:

- политика в вопросах здравоохранения, вопросы реабилитации и инвалидности;
- люди с ограниченными возможностями в широкой общественности и, в частности, и представители их организаций;
- специалисты в области здравоохранения и других медицинских специальностей, и профессий смежных с медициной.

1.3. Медицинское сообщество в Европе в последнее время было усилено, путем расширения Европейского Союза, предлагая дополнительные возможности и проблемы. Эта публикация направлена на содействие процессу гармонизации специальности ФРМ, чтобы убедиться, что люди с ограниченными возможностями получают услуги в полном объеме, независимо от того, где они живут в нашем увеличенном сообществе.

1.4. Здравоохранение переживает большие перемены как на европейском, так и на национальных уровнях. Увеличиваются ожидания от медицинской помощи со стороны широкой общественности, которые являются отражением философской дискуссии о правах человека и ответственности различных слоев общества, в частности в отношении полного вовлечения людей с ограниченными возможностями. Медицинская практика непрерывно развивается, с увеличением количества клинических стандартов и необходимости к совершенству путем непрерывного профессионального развития, переаттестации и повышения тренингов для специалистов. Поскольку потребность в более интенсивном росте компетентности, необходимо для ФРМ пересмотреть, что она из себя представляет, что она может предложить, как наилучшим образом предоставлять свой опыт и услуги, и какие стандарты обучения должны требоваться от абитуриентов в специальности. Эта книга призвана ответить на эти требования.

2. Определения

2.1. Реабилитация

Реабилитация была определена ВОЗ как «Использование всех средств, направленных на уменьшение влияния нарушенных функций и неблагоприятных условий, для достижения оптимальной социальной интеграции людей с ограниченными возможностями» [2].

Это определение включает в себя клиническую реабилитацию, но и, что немаловажно, поддерживает концепцию социального участия требуя, как приспособления социальной среды к потребностям людей с ограниченными возможностями, так и уничтожения социальных барьеров для участия, будь то социальные или профессиональные.

В контексте охраны здоровья, реабилитация, специально была определена как "процесс активного изменения, при котором лицо, становящееся инвалидом, приобретает знания и навыки, необходимые для оптимального физического, психологического и социального функционирования" [3]. Это определение предусматривает более явное указание на процесс, который осуществляется принятия ответственности на себя людьми с ограниченными возможностями в развитии собственных сил, что является полем наиболее эффективного продвижения медицинской реабилитации.

2.2. Физическая и реабилитационная медицина

Физическая и реабилитационная медицина в Европе единая медицинская специальность, которая была определена в UEMS секции ФРМ следующим образом:

- ФРМ является независимой медицинской специальностью, занимающаяся восстановлением физического и когнитивного функционирования, деятельности (в том числе поведения) общественная жизнь (в том числе качество жизни) и изменения личностных и средовых факторов. Таким образом, это ответственность за профилактику, диагностику, лечение и управления реабилитацией людей с отсутствием медицинских условий и сопутствующими заболеваниями в любом возрасте.

— У специалистов по ФРМ есть целостный подход к людям с острыми и хроническими заболеваниями, примерами которых являются скелетно-мышечные и неврологические расстройства, ампутации, дисфункция тазовых органов, сердечно-легочная недостаточность и нетрудоспособность из-за хронической боли и рака.

— Специалисты ФРМ работают в различных учреждениях от отделений неотложной медицинской помощи до работы на дому. Они используют определенные диагностические инструменты оценки и выполняют лечение включая фармакологические, физические, технические, образовательные и профессиональные вмешательства. По причине их всестороннего образования, они должны быть ответственными за действия мультидисциплинарных бригад, чтобы достигнуть оптимальных результатов [4].

— Всестороннее модульное описание Физической и Реабилитационной медицины в рамках МКФ находится в стадии обсуждения на международном уровне и описано в Приложении Ia. Объяснение двух частей названия специальности для Физической и Реабилитационной медицины может быть сочтено в Приложении Ib.

3. Соответствие для общества восстановления людей с тяжелыми заболеваниями.

3.1. Эпидемиологические аспекты

3.1.1. ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ЕВРОПЕ

Приблизительно 10% населения Западной Европы имеют нетрудоспособность, как это описано в британском обзоре [5, 6]. Продолжительность жизни увеличивается среди 700 миллионов жителей Европы, 450 из которых, живут в странах Европейского союза. Например, продолжительность жизни в Германии повысилась почти на 3 года между 1990 и 2000, но к 2030, один человек из четырех будет жить до 65 лет и больше [7, 8].

С возрастом населения, увеличивается уровень нетрудоспособности, которая отражается в увеличении нагрузки на медицинские учреждения, увеличением затрат на здравоохранение и социальное обслуживание, и присоединением коморбидности. Два важных фактора нужно рассмотреть:

— выживание от серьезной болезни и травмы оставляет растущее число людей с комплексом проблем и функциональным дефицитом. Многие из этих людей молоды во время их события/травмы, и будут выживать в течении многих десятилетий после. Имеется множество примеров, например, инсульт, травматическое повреждение головного мозга, политравма и рак у детей, где хорошо-организованная неотложная помощь и реабилитация уже привели к большей выживаемости и лучшим исходам [9-18];

— есть также ожидание улучшения здоровья в Европе. Это предъявляет новые требования ко всему здравоохранению, включая специалистов ФРМ.

Сталкиваясь с такими последствиями болезни и травмы, как спастичность после церебрального инсульта или инсульта спинного мозга, означает, что мало того, что жизнь пациента улучшается, но также имеется выгода для медицинской экономики, в уменьшении расходов на лечение этих осложнений. Это окажет прямое влияние на предоставление медицинской помощи, продолжительность работоспособности и пенсии [15-17]. В частности, такие проблемы как неподвижность, боль, питание, недержание, коммуникативные нарушения, настроение и поведенческие нарушения становятся важными в дополнении к основной болезни и осложнениям, предрасполагающим к инвалидизации.

Реабилитация эффективна для сокращения срока нетрудоспособности и для усиления способностей для людей с ограниченными возможностями. Есть доказательства, что это может быть дешевле, чем отсутствие этих услуг [14]. Конечно, предотвращая осложнения неподвижности (например, пролежни и контрактуры), травмы головного мозга (например, поведенческие расстройства) и боли (например, изменения настроения), может привести ко многим выгодам, для которых есть хорошие доказательства [19].

3.1.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ИНВАЛИДНОСТИ

Методология эпидемиологических исследований традиционно базируется на этиологических диагнозах. Сейчас, хронические заболевания стали обозначать как нозологические единицы, но должным образом еще не занялись понятием функционирования, участия и качества жизни среди людей с ограниченными возможностями в популяции.

Современный подход должен разрешать эти проблемы путем сосредоточения на показателях ожидаемой продолжительности здоровой жизни (Healthy Life Expectancy, HALE) и количества лет жизни с поправкой на инвалидность (Disability-Adjusted Life-Years, DALYs). Это основные показатели для оценки здоровья населения, которые объединяют информацию о смертности и не смертельных последствиях для здоровья, чтобы представлять здоровье населения единым целым.

В дополнении к частоте, распространенности самых частых патологий (инсульты, повреждение спинного мозга, травматические повреждения головного мозга, ампутации, ревматическое заболевание, другие неврологические или скелетно-мышечные патологии, хроническая боль, и т.д.) и эпидемиологии в ФРМ следует рассматривать:

- конечная (результатирующая) потеря функционирования в терминах МКФ;
- естественная история функционирования, активности и участия;
- потребность и доступность ресурсов для использования в реабилитации (человеческие ресурсы, отделения, оборудование, расходные материалы);
- доступ к возможным ресурсам по ФРМ.

Такая информация помогает планированию и установлению приоритетов региональных, национальных и европейских систем здравоохранения, в финансировании исследования и в развитии обучения, давая информацию об эффективности и рентабельности вмешательств ФРМ. Существует множество отчетов, показывающих частоту и распространенность тяжелых заболеваний в практике ФРМ. Некоторые примеры даны в Приложении II. ФРМ особенно обеспокоен их влиянием, так недавний обзор в Португалии сообщил, что 0.7% всего населения прикованы к постели; 0.4% ограничены сидячим положением (необходимость использования инвалидных кресел); 1.9% не живут в своих собственных домах; 9% не ходят или имеют значительные ограничения в ходьбе; 8.5% - ограничены в перемещении к и от кровати; 6.2% не могут использовать туалет без помощи; 8.6% нуждаются в помощи, одеваясь или раздеваясь; у 3.6% мужчин и 5.3% женщин есть недержание мочи; приблизительно 2.3% испытывают речевые затруднения. Полная распространенность всех людей с ограниченными возможностями в сообществе составляет 10% [2].

Резюмируя, эти эпидемиологические данные подтверждают необходимость того, что требуется для реабилитации в Европе. Поэтому медицинская специальность ФРМ имеет значительный вклад в сокращении бремени болезни и расширении прав и возможностей людей с ограниченными возможностями.

3.2. Модель функционирования, инвалидности и здоровья в реабилитации Всемирной организации здравоохранения.

ВОЗ издала свою Международную Классификацию Функционирования, Инвалидности и здоровья в 2001 [20], которая стала фундаментом для лучшего анализа последствий болезни и для практики ФРМ.

Оценка воздействия болезни отличается с реабилитационной и медицинской точек зрения. С медицинской точки зрения и точки зрения болезни работоспособность пациентов после болезни, инвалидность и здоровье прежде всего рассматриваются как воздействие и последствия болезни или нарушения здоровья. Медицинские вмешательства направлены на процесс болезни и конечная цель этих вмешательств — это предупреждение последствий для человека. И функционирование, и здоровье должны быть измерены для того чтобы оценить значимые для пациента исходы вмешательства [21].

С точки зрения ФРМ, функционирование пациентов и их здоровье рассматриваются как связанное с болезнью, а не просто как следствие болезни или нарушения здоровья. Кроме того, функционирование является не только результатом, но также и отправной точкой для клинической оценки и вмешательства. Это также важно для управления качеством. Кроме того, функционирование должно рассматриваться в тесной связи с особенностями человека и окружающей среды [22]. Таким образом, реабилитационный процесс фокусирует внимание на функционировании, факторах окружающей среды и модифицируемых персональных факторах [11]. Восстановление, поэтому, начинается со всестороннего понимания детерминант функционирования и его взаимодействия с персональными факторами и факторами окружающей среды независимо от нарушения здоровья. Компоненты биопсихосоциальной модели

функционирования и инвалидности [23, 24], а также понимание взаимодействия между ними можно изучить на рисунке 1.

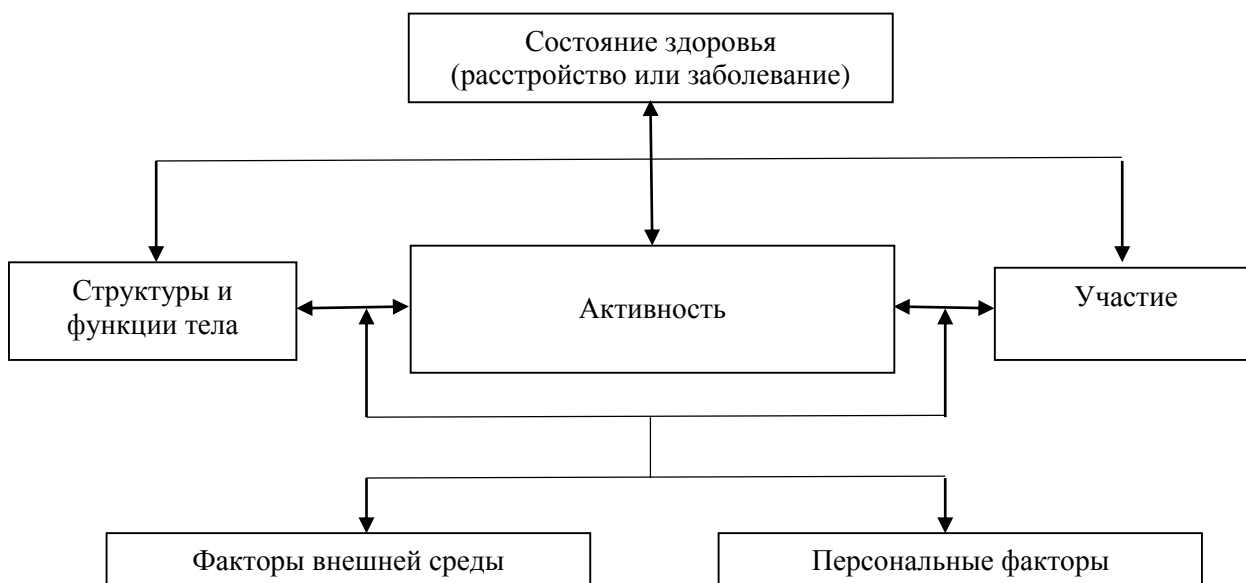


Рисунок 1. Современная структура функционирования и инвалидности (МКФ) [20].

Полезной основой для понимания этого является биопсихосоциальная модель функционирования, нетрудоспособности и здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [20]. На основе этой модели, функционирование этих компонентов (структуры и функции тела, активности и участия) рассматриваются в связи как с нарушением здоровья, так и с личными факторами, и с условиями жизни. (рисунок 1) [25, 26]. "Функционирование" является более позитивным термином, чем "инвалидность" при описании взаимодействия между нарушением здоровья человека и ситуативными (контекстуальными) факторами (факторы окружающей среды и личностные факторы) индивидуума. Инвалидность часто используется в качестве обобщающего понятия для расстройства здоровья, ограничения активности и участия. Признание этого может помочь при чтении литературы. С биопсихосоциальной точки зрения, представленной здесь, функционирование всецело адресовано к инвалидности и наоборот. (Пример для пациентов со скелетно-мышечными нарушениями дан на рисунке 2).

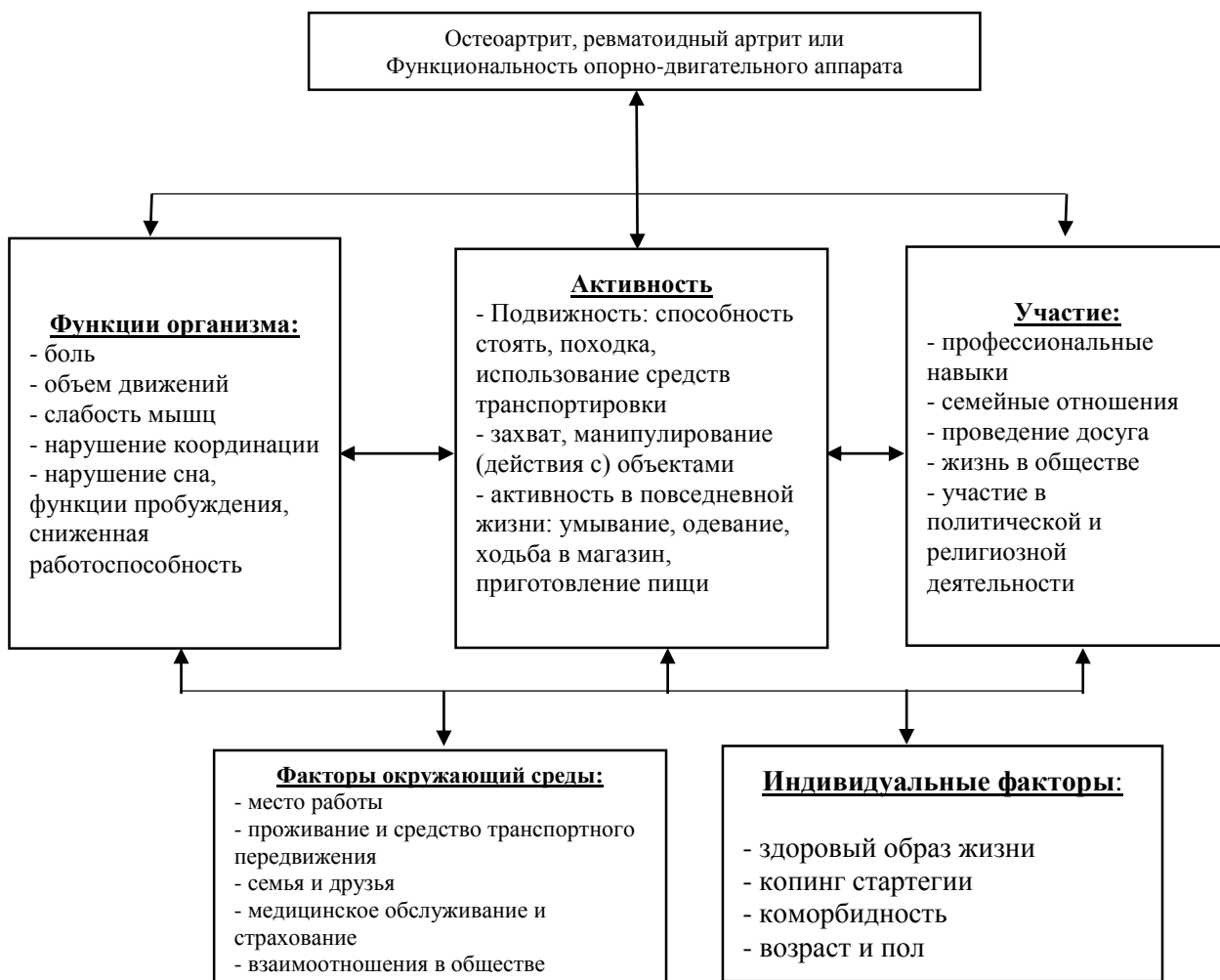


Рисунок 2. Пример применения модели МКФ при поражении опорно-двигательному аппарата.

- нарушение здоровья – это собирательный термин, который включает в себя заболевания, расстройства функций, повреждение или травму, а также другие состояния, такие как старение, стресс, врожденные аномалии, генетическая предрасположенность. В том числе может включать информацию о патогенезе и/или этиологии. Термин отражает возможное взаимодействие всех компонентов функционирования, структур и функций организма, активности и участия.

- функции организма определяются, как физиологические функции систем организма, включая психические, когнитивные и психологические. Структуры организма (тела) - это анатомические части тела, такие как органы, конечности и их составляющие. Нарушение функции, также как нарушения структуры, упомянутые как расстройства здоровья, которые определяются как существенные отклонения или потеря (например, деформация) структур (например, суставов) или/и функций (например, уменьшение объема движений, мышечная слабость, боль и усталость).

- Активность – выполнение задачи или действия индивидом, она представляет собой индивидуальные перспективы функционирования.

- Участие относится к вовлечению индивида в жизненную ситуацию и является социальной перспективой функционирования. Трудности на уровне активности обозначаются как ограничение активности (например, ограничение подвижности, такой как ходьба, подъем по ступенькам, захват и перенос предметов). Проблемы, которые человек может испытывать по отношению к его/ее жизненной ситуации обозначаются как ограничение участия (например, ограничение участия в общественной жизни, досуге и отдыхе, и может быть также в ходьбе, если она является аспектом участия в отношении жизненной ситуации).

- Факторы окружающей среды в полном объеме отражают жизненный уклад индивида и его жизненной ситуации. В рамках контекста и факторов окружающей среды составляется физическая, социальная и поведенческая среда, в которой человек проводит свою жизнь. Эти факторы являются

внешними по отношению к индивиду и могут иметь позитивное или негативное воздействие, то есть могут выполнять роль помощника или барьера для индивида.

— Персональные факторы - особый фон жизни человека, жизненные ситуации и некоторые особенности, которые не являются частью здоровья, т.е. пол, возраст, раса, занятия спортом, образ жизни, привычки и социальные условия. Таким образом факторы риска могут быть описаны как персональные факторы (например, образ жизни, генотип человека), так и факторы окружающей среды (например, архитектурные и структурные барьеры, условия жизни и работы). Факторы риска не только связаны с началом, но и взаимодействуют с повреждающим фактором на каждой стадии.

ФРМ занимается мультипрофессиональным продвижением функционирования человека. [27, 28]. Это зависит от полной оценки и понимания функционирования человека.

Основные разделы МКФ для различных нарушений здоровья были разработаны международном уровне [29-31]. Они включают несколько доменов МКФ так, чтобы это было практично, но, и чтобы это было настолько всесторонними, чтобы описать типичный спектр проблем в функционировании среди пациентов в отдельно взятых условиях. Они используются во всесторонних, мультидисциплинарных оценках или в клинических исследованиях. Таким образом лист МКФ может использоваться в сочетании с основными разделами МКФ, чтобы улучшить внутреннее сообщение и документацию и структурировать мультидисциплинарную помощь [32, 33].

3.3 Этические аспекты и права человека.

3.3.1 Инвалидность и права человека

Исторически считалось достаточным обеспечить уход за инвалидами. Однако, за прошедшие 20 лет в Европе произошел некоторый пересмотр философских понятий таким образом, что инвалиды стали рассматриваться как граждане, полностью независимые и наделенные правами человека. Подобно стандартам ООН по правам человека это было узаконено для предотвращения дискриминации на почве инвалидности.

Декларация ООН по правам человека утверждает [34], что человек с ограниченными возможностями не должен быть объектом ухода («пациентом») всю свою жизнь. Он или она являются гражданами с особыми потребностями, связанными с видом функционального дефекта. Эти потребности должны быть реализованы в обществе и в «нормальном» контексте. Участие - основной принцип, и ключевым звеном для его обеспечения является доступ к общественной жизни. Это включает в себя физический доступ в общественные и частные места и здания, в том числе в общественный транспорт, доступ к информации и т.д. В нескольких странах Европы были введены определенные нормы в конструкцию общественных зданий для обеспечения их доступности. В декабре 1993 года Генеральная Ассамблея ООН одобрила разработку Стандартов ООН, которые в настоящий момент трансформировались в конвенцию, чтобы обеспечить людям с ограниченными возможностями полное участие и равенство. Это было важно для утверждения базовых принципов.

Совет Европы также опубликовал серию докладов и документов по правам человека для людей с ограниченными возможностями. В частности, была выдвинута декларация Европейских Министров, ответственных за интеграционную политику для людей с ограниченными возможностями, которые встречались в Малаге в 2003 году [35]. Ее цели:

- улучшить качество жизни инвалидов и их семей в течение следующего десятилетия;
- принять меры, направленные на улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями, которые должны быть основаны на объективной оценке их ситуации, потенциала и потребностей;
- разработать план действий, чтобы достичь поставленные цели;
- обеспечить объективность оценки при трудоустройстве, как ключевой элемент общественного участия;
- внедрять инновационные подходы, чтобы люди с физическими, психическими и интеллектуальными нарушениями жили дольше;
- создавать занятия, позволяющие сохранить физическое и интеллектуальное здоровье на более поздних этапах жизни;
- усилить службы поддержки для нуждающихся инвалидов для всесторонней помощи;
- способствовать предоставлению качественных услуг;
- развивать программы и ресурсы для удовлетворения нужд людей с ограниченными возможностями.

В 2005 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию «Инвалидность, включая профилактику, ведение и реабилитацию» (Всемирная Ассамблея Здравоохранения, Резолюция 58.23). Она утверждает, что среди прочего, государства-члены должны:

- участвовать в деятельности по профилактике инвалидности;
- поддерживать и укреплять основанные на социализации реабилитационные программы, связанные с первичной медицинской помощью и интегрированные в систему здравоохранения;
- облегчить доступ к соответствующим вспомогательным технологиям и способствовать их развитию и остальному, что поощряет интеграцию людей с ограниченными возможностями в общество.
- изучить и внедрить в практику наиболее эффективные мероприятия по предотвращению инвалидности;
- обеспечить предоставление соответствующей и эффективной медицинской помощи для людей с особыми потребностями и облегчить их доступ к такого рода помощи, как протезы, инвалидные кресла, вспомогательные средства для вождения и другие устройства;
- исследовать и внедрить наиболее эффективные меры по предотвращению инвалидности в сотрудничестве с общественными другими отраслями.

Кроме того, генеральному директору было предложено:

- укреплять сотрудничество с Организацией для улучшения качества жизни, обеспечения прав и достоинства лиц с ограниченными возможностями;
- оказывать поддержку государствам-членам в усилении национальных программ реабилитации;
- поддерживать государства-члены в сборе более надежной информации по всем значимым аспектам, в том числе экономической эффективности мер по профилактике инвалидности, реабилитации, уходу;
- дальнейшее усиление сотрудничества с ООН и со странами-участниками, неправительственными организациями, в том числе с организациями инвалидов;
- способствовать исследованию заболеваемости и распространенности инвалидизации, как основе для формулирования стратегий профилактики, лечения и реабилитации.

Закон по правам инвалидов также был создан в нескольких европейских странах [36-37]. У некоторых было давнее законодательство с общим подходом к реабилитации людей с ограниченными возможностями (например, во Франции Акт о инвалидах существует с 1975 года), однако, большинство стран проводят антидискриминационное законодательство только последние 15 лет, например акт о равных возможностях для инвалидов (Германия), Конституционный закон (Финляндия), акт о предоставлении прав лицам с ограниченными возможностями (Венгрия, 1998), Здоровье для всех 2004 (Словения), акт о дискриминации инвалидов 1996 (Великобритания), Toward Inclusion 2001 (Великобритания) и т.д. Все они закреплены в ФРМ и поддерживаются специалистами ФРМ.

3.3.2. Вопросы пола, расы, культуры, религии и сексуальной ориентации

Равенство доступа к реабилитации и социальному участию без учета какой-либо дискриминации, основа для обеспечения и внедрения реабилитации. Специалисты по ФРМ осведомлены о давлении, которое испытывают лица из-за различий в поле, расе, культуре, религии и сексуальной ориентации. Это давление может повредить адаптивные способности, влияя на представление о теле, психологическое состояние и самочувствие. Реабилитация имеет целостный подход в поддержании независимой жизни людей, и для многих религия и духовность очень важны в реабилитационном процессе. Программы уже существуют в реабилитационных учреждениях, чтобы поощрять равенство доступа, например, помогать матерям участвовать в реабилитационных программах.

3.3.3. Право на реабилитацию

Право на реабилитацию является основным правом человека. Европейское законодательство подразумевает, что люди с ограниченными возможностями должны иметь доступ к необходимой реабилитации. Таким образом, требуется определенный уровень квалификации и подготовки среди всех специалистов по реабилитации, включая специалистов по ФРМ. ФРМ играет важную роль в предоставлении консультаций по оказанию реабилитационной помощи и участию государственных органов и неправительственных организаций. Также ФРМ обязана поддерживать организации инвалидов, чтобы добиться равенства доступа к реабилитации и социальной интеграции. Это важно потому, как получение всех прав человека и предотвращение дискриминации требует дальнейших действий и развития. Этому способствует секция ФРМ Европейского союза медицинских специалистов (UEMS). (см. главу 6.4).

Совет Европы предложил законодательство по правам инвалидов, которое, главным образом, охватывает следующее [37]:

- профилактика инвалидности и санитарное просвещение;
- распознавание и диагностика;
- лечение и медицинская помощь;
- образование;
- профессиональная ориентация и подготовка;
- трудоустройство;
- социальная интеграция и окружение;
- социальная, экономическая и правовая защита;
- подготовка специалистов, вовлеченных в реабилитацию и социальную интеграцию людей с ограниченными возможностями;
- информация;
- статистика и исследования.

Правило 3 Стандартов ООН утверждает [38], что «правительства должны разрабатывать свои собственные реабилитационные программы для всех групп инвалидов». Такие программы должны основываться на потребностях инвалидов и на принципах полного участия и равенства. Все, нуждающиеся в реабилитации, должны иметь доступ к ней. Это также справедливо и для тех, кто имеет обширные и множественные нарушения. Правительства должны использовать опыт организаций для инвалидов при разработке и оценке реабилитационных программ. К сожалению, этот стандарт всего лишь частично исполняется в большинстве европейских стран, которые освещают эту проблему для врачей ФРМ и общества в целом. Деятельность ФРМ основывается не только на медицинской модели, но также учитывает социальные аспекты и имеет целостный подход. Он основан на биопсихосоциальной модели в рамках непрерывной помощи, принимая во внимание как личные, так и социальные факторы. Это расширяет персональные права и возможности для тех, кто этим пользуется, способствуя максимальному участию во всех сферах жизни.

Несмотря на то, что права человека были утверждены как в рамках Международного года для людей с ограниченными возможностями (1981 г.), так и в рамках Европейского года для людей с ограниченными возможностями (2003 г.), доступ к реабилитации после травмы или заболевания остается проблемой. Отчасти это связано с недостатком ресурсов, информации для инвалидов и малоимущих, организацией служб, заканчивающееся несоответствием обеспечения потребностям. Участие инвалидов в социальной жизни во многом затруднено из-за сложившихся отношений в обществе, но улучшение здоровья и обучения инвалидов, чтобы расширить их участие требует дальнейшего внимания, и ФРМ играет важную роль в этом.

3.3.4. Этические аспекты реабилитации

Инвалиды должны быть активными участниками в создании и развитии реабилитационной службы. Пример их включения в работу реабилитационной команды был представлен в европейской программе «Гелиос» (1990-96), чьей целью было расширить возможности для «Инвалидов в Европе, независимо живущих в открытом обществе». Одна из рабочих групп выпустила следующие рекомендации для успешной реабилитационной деятельности:

- человек с ограниченными возможностями должен быть в центре мультидисциплинарного подхода и должен быть в состоянии сделать осознанный выбор лечения. Он или она должны полностью участвовать в процессе и иметь право на получение помощи независимо от вида инвалидизирующего нарушения, возраста, пола, религии, этнического происхождения, места жительства и финансового состояния;
- должно быть привлечение семьи там, где необходимо;
- непрерывные и согласованные мероприятия должны обеспечить возвращение к обычной среде, социальной и профессиональной жизни;
- реабилитационные методики должны быть предметом оценки участвующих в них людей.

Все реабилитационные подразделения, программы и инструкции должны четко формулировать рабочий план, принимая во внимание вопросы этики и права человека для того, чтобы:

- лечить пациентов, обеспечивая уважение их достоинства;
- предоставлять доступную информацию пациентам, помогающую им принять решение;
- получить информированное согласие или информированный отказ;
- оценить способность пациента принимать осознанные решения;
- защитить частную жизнь пациента, сохранить врачебную тайну;

- запретить физическое или психологическое насилие;
- быть восприимчивым к культурным, религиозным и другим убеждениям и к различным лечебным методикам;
- устранить физические, поведенческие, коммуникативные, профессиональные и другие барьеры для инвалидов.

3.4. Реабилитация и системы здравоохранения

Финансирование и доступ к реабилитационным службам отличаются в разных государствах и зависят от систем здравоохранения и социального развития. Заинтересованными сторонами в этих системах являются политики, планирующие органы и организации, которые финансируют здравоохранение и социальную сферу, группы самопомощи и другие члены общества. Местное финансирование учитывает различия в доступе к экстренной и к поддерживающей реабилитации и, в некоторых странах, медицинские службы страховых компаний решают вопрос доступа к реабилитации, особенно в сфере поддерживающей реабилитации. Для экстренной и прочей реабилитации врачи общей практики и другие медицинские специалисты посылают своих пациентов в реабилитационные центры. В других странах пациент может напрямую обратиться в реабилитационный стационар. В некоторых странах для оказания первичной медицинской помощи уполномочены специалисты амбулаторно-поликлинического отделения, но в других странах возможно самостоятельное обращение пациентов. Многообразие национальных систем в Европе исключает подробное описание каждой из них, но всякая страна-участник может предоставить необходимую информацию.

Структура реабилитационной службы различается по всей Европе и ее обеспечение неоднородно. Во многих странах специалистов ФРМ недостаточно. Хотя эта специальность высоко ценится по всей Европе, существует огромная разница в числе специалистов в разных странах, их роли в системе здравоохранения, условиях их труда. Приложение III показывает различия в количестве специалистов в разных странах, в то время как в Европе уже установлено оптимальное число специалистов по ФРМ на единицу населения, диспропорция между странами остается.

3.5. Цели и результаты реабилитации

Реабилитационный потенциал человека (т.е. максимально возможный эффект от реабилитации) не может быть оценен без изучения развития его или ее состояния. Некоторые восстанавливаются спонтанно, и таким образом, раннее вмешательство дает ложное впечатление об эффективности лечения [39-41]. С другой стороны, для многих недостаточная реабилитация может, в итоге, ухудшить степень их социальной независимости и ухудшить качество жизни. Контролируемые исследования, в которых эти факторы были приняты во внимание, показали, что раннее вмешательство коррелирует с лучшим конечным результатом, произошло ли полное восстановление или нет, и даже отсроченное или позднее вмешательство может принести пользу [42-43].

Всеобъемлющей целью реабилитации является дать возможность людям с ограниченными возможностями вести жизнь, которую они хотят, учитывая все неизбежные ограничения, которые накладывает на них их дисфункция, случившаяся вследствие болезни или травмы. На практике это зачастую достигается путем комбинации мер по:

- преодолению или обходу их нарушений;
- удалению или уменьшению барьеров для участия человека в выбранной социальной среде;
- поддержке их реинтеграции в общество.

Так как процесс направлен на пациента, целесообразно оптимизировать как активность, так и участие.

Таким образом, реабилитационный план должен учитывать желания и возможности человека, прогноз по состоянию здоровья, природу его физического или умственного нарушения и способность приобретать новые знания и навыки, которые могут дать ему возможность повысить степень своей активности и участия. Кроме того, это необходимо для оценки предела, до которого ограничивающие участие барьеры среды обитания (физические или поведенческие) могут быть снижены. В конечном счете, должно быть сделано заключение о том, доступны ли ресурсы для осуществления плана. Демонстрируемое благополучие человека и его активное социальное участие являются важным признаком основных результатов пациент-ориентированной реабилитации [43].

Благополучие, возможно, более надежный признак успеха, чем качество жизни, поскольку задачи, которые решает реабилитация, должны отражать индивидуальные желания отдельного человека, так как разные люди, столкнувшись с, в целом, подобной ситуацией, могут иметь различные цели. Многие нынешние шкалы для оценки качества жизни безоговорочно судят о

значимости конкретных объективных факторов, таких как способность подниматься по лестнице, которая не может восприниматься, как одинаково важная для всех людей с ограниченными возможностями.

Реабилитация имеет возможность уменьшить бремя последствий инвалидизирующих нарушений, как для человека, так и для общества. Показано, что реабилитация эффективно улучшает индивидуальное функционирование и независимое существование с помощью достижения большей активности, улучшения здоровья и уменьшения осложнений и проявлений сопутствующих заболеваний. Для личности и общества выгодно предоставлять большую самостоятельность, возможности для трудоустройства и другой профессиональной деятельности. Несмотря на то, что на возвращение к независимой жизни и работе влияют многие социальные факторы, ФРМ может подготовить людей, опекунов и семьи для того, чтобы воспользоваться максимальным преимуществом и доступными возможностями.

Было показано, что реабилитация эффективна не только в улучшении индивидуального функционирования и независимого существования, но и в уменьшении затрат на инвалидов. Показано, что деньги, потраченные на реабилитацию, возмещаются с предположительной экономией до семнадцати раз.

На персональном уровне необходимо измерять результаты, чтобы оценить эффективность определенных реабилитационных мероприятий и служб. Эти измерения результатов должны относиться непосредственно к определенной в реабилитационном плане задаче. Оценка результатов реабилитации имеет огромное отличие от оценки болезнь-ориентированных медицинских методов лечения, направленных на ограничение патологического процесса и лечение заболевания. Реабилитация может достичь успеха в условиях, где нет биологического восстановления и, более того, в условиях, где периодически или постоянно происходит ухудшение. И внаслідок, реабилитация может быть включена в длительные программы, которые позволяют пациенту поддерживать уровень социальной активности и благополучия, которые в противном случае не были бы достигнуты.

4. Принципы физической и реабилитационной медицины

4.1. Процесс обучения как основной принцип физической и реабилитационной медицины.

Обучение – это современная часть реабилитационного процесса. Специалист по ФРМ является учителем, особенно когда новые концепции адаптации (например, пластичность) и двигательное обучение должны поддерживать реабилитационные программы. Специалисты по ФРМ должны знать принципы адаптации и пластичности и понимать теоретические предпосылки обучения [47].

Знание этих принципов может помочь в разработке стратегий по улучшению результатов и избежать неправильной адаптации. Эффективные современные концепции двигательного обучения и восстановления разрабатываются с целью включения приобретаемых навыков, важных для пациента в повседневной жизни. Такой подход полезен для предотвращения научения неиспользуемым навыкам и для восстановления функции. Однако, слишком интенсивные программы могут быть вредны. Обычно обучение включает в себя инструкции «как сделать» или «как выполнить задачу». Однако даже без каких-либо четких указаний человек способен понять, как это сделать, просто с помощью неявного обучения.

Считается, что явное и неявное обучение обеспечивается разными проводящими нервными путями. Процесс неявного обучения более устойчив к неврологическим повреждениям, особенно, когда серьезно повреждена память. Несмотря на то, что в настоящее время первый подход используется чаще, процедуры явного и неявного обучения имеют возможности для развития во всех аспектах физической и реабилитационной медицины [49].

4.2. Цели физической и реабилитационной медицины

Главные цели физической и реабилитационной медицины: оптимизировать социальное участие и улучшить качество жизни. Это обычно включает в себя помощь, чтобы позволить человеку принимать решения и достичь определенного уровня автономии и независимости, который он хочет иметь, включая участие в профессиональной, социальной деятельности и активном отдыхе.

Физическая и реабилитационная медицина эффективна по пяти направлениям:

- лечение основного заболевания;
- уменьшение выраженности нарушений и дисфункций;
- предотвращение и лечение осложнений;
- улучшение функционирования и активности;
- возможность социального участия.

Все эти виды деятельности принимают во внимание личные, культурные обстоятельства и факторы окружающей среды, придерживаясь принципов МКФ (см. главу 3.2.).

Реабилитация – это длительный и согласованный процесс, который начинается с проявлением первых признаков заболевания или повреждения и продолжается вплоть до достижения человеком определенной роли в обществе в соответствии с его/ее стремлениями и желаниями.

4.3. Реабилитационная команда

4.3.1. Коллективная работа в реабилитации

Реабилитация подразумевает мультидисциплинарную деятельность, которая во многом зависит от слаженного взаимодействия между сотрудниками и индивидуальных навыков вовлеченных специалистов. Для работы команда должна иметь четкие реабилитационные задачи для пациента, в которых пациент и его/ее близкие должны быть активными участниками. Значимость командной работы в этих условиях заключается в том, что результат работы команды лучше, чем суммарный результат работы каждого индивидуального специалиста. Преимущество командной работы в возможности обмена опытом и распределения нагрузки. Границы функциональных ролей участников команды весьма размыты, и успешные команды выигрывают за счет вклада каждого, вне зависимости от профессиональной принадлежности. Большинство реабилитационных команд для инвалидов с физической дисфункцией будут включать в себя основное ядро профессионалов, а также других специалистов при необходимости.

4.3.2. Мультидисциплинарная реабилитационная бригада.

Команды, специализирующиеся на медицинской реабилитации, возглавляется специалистом по ФРМ. Они есть нечто большее, чем просто набор медицинских специалистов и лиц, работающих с ними. Каждый работает, как часть мультидисциплинарной бригады, понимая роль и значимость коллег. Команда работает с инвалидом и его семьей, чтобы поставить соответствующие реалистичные и своевременные лечению цели в рамках общей согласованной реабилитационной программы. Эти цели пересматриваются с течением времени в соответствии с прогрессом. Они ориентированы на пациента и не устанавливают подход «от дисциплины к дисциплине». Команду нужно спрашивать не «Какие цели для эрготерапевта на этой неделе?», а «Какие цели для пациента на этой неделе и как помочь ему в их достижении?». В этом случае, реабилитация способна улучшить функционирование и участие пациента, предоставляя согласованную информацию, рекомендации и лечение для инвалида и его семьи, где бригада играет роль провайдера и катализатора.

Скоординированность работы в реабилитационной команде гарантирована за счет упорядоченного взаимодействия и постоянных собраний команды. Систематически обсуждается диагноз, функциональное влияние на функционирование и активность, также, как и способность пациента участвовать в социальной жизни, потенциальные риски и прогноз по заболеванию. Кратковременные и долгосрочные цели реабилитационного процесса согласовываются, после чего составляется соответствующий план мероприятий. Свои оценки участники команды оставляют в письменном реабилитационном плане, который постоянно пересматривается.

4.3.3. Сотрудничество в мультидисциплинарной реабилитации

Тесное взаимодействие медицинских специальностей может быть востребовано в специализированной реабилитации, где должны быть рассмотрены различные повреждения и следующие за ними функциональные нарушения. Специалистам необходимо принять единую стратегию, которая объединила бы все их воздействия в надлежащие сроки вместо того, чтобы обращаться к изолированным лечебным мероприятиям. Регулярное очное общение между медицинскими специалистами позволяет выработать единый подход к комплексной лечебной стратегии.

Специалисты по ФРМ должны быть привлечены к ранней реабилитации максимально быстро, даже принимая участие на этапе отделения интенсивной терапии [50]. Схожим образом дальнейший вклад может зависеть и от врачей других специальностей в отделениях ранней реабилитации, которые будут содействовать реабилитационному процессу посредством собственных специализированных вмешательств (например, закрытие трахеостомы у пациентов более не нуждающихся в респираторной поддержке). В поздней реабилитации и в реабилитации пациентов с длительной инвалидизацией, взаимодействие с участковыми терапевтами и врачами других специальностей также необходимо.

На раннем этапе лечения пациента потребуются решимость от того, кто руководит процессом лечения. Это изменится в зависимости от успехов пациента от одной фазы к другой, и

там, где акцент делается на реабилитации больше чем на реанимации или неотложном терапевтическом/хирургическом лечении, процессом принятия решений должны руководить специалисты по ФРМ.

4.4. ФРМ в разных фазах реабилитационного процесса.

4.4.1. ФРМ в острой и подострой фазах.

Реабилитация на ранних стадиях выздоровления после тяжелой болезни или повреждения значительно облегчается посредством надлежащей окружающей среды в которой могут быть учтены страхи и опасения пациента. В первые недели способность непрерывно уделять внимание программе обучения или выполнять физическую нагрузку может быть относительно ограничена. Однако, было замечено, что простой акт транспортировки пациента с повреждением головного мозга из загруженного хирургического или неврологического отделения в более тихую и спокойную обстановку реабилитационного отделения часто носит терапевтический эффект, состоящий из улучшения внимания и мышления, а также уменьшения возбуждения. Кроме того, эти важные преимущества сами по себе являются непереносимыми условиями для оптимального ответа на реабилитацию [51]. Перегруженность общих отделений раннего пребывания может привести к затруднению для команд мультимодальной реабилитации в лечении пациентов с совокупностью потребностей, а в отсутствие такого лечения попытки уменьшить такие симптомы как тревога и возбуждение посредством лекарственных препаратов позволят на короткое время нейтрализовать данные симптомы пока запаздывает восстановление когнитивных функций необходимых для реабилитации.

Наглядные примеры разнообразных проблем с которыми сталкиваются специалисты по физической и реабилитационной медицине приведены ниже: Ранние вмешательства могут предотвратить развитие вторичных осложнений заболевания или травмы.

Клинический Случай 1. - Мужчина 25 лет получил тяжелое травматическое повреждение головного мозга в результате дорожно-транспортного происшествия. Его функциональные нарушения включали спутанность сознания, дезориентировку, возбуждение и нарушение глотания. Таким образом, у него был высокий риск развития жизнеугрожающей аспирационной пневмонии, которая могла ухудшить восстановление работы его головного мозга в дальнейшем. Кроме того, у него быстро развились контрактуры нижних конечностей как результат иммобилизации и мышечной гиперактивности (спастичности).

Надлежащая, скоординированная реабилитация обеспечила то, что его поместили в спокойную окружающую среду и помогли разъяснить и понять его положение. Лечение было направлено на уменьшение тревоги посредством когнитивно-бихевиорального подхода. С помощью чрескожной эндоскопической гастростомии ему был установлен зонд для искусственного кормления и предотвращения аспирационной пневмонии, а также с целью обеспечения полноценного питания. Лечение контрактур включало уменьшение спастичности, физиотерапию и периодическое шинирование. Спустя много месяцев интенсивной реабилитации он смог вернуться домой с положительной динамикой. Глотание восстановилось, так что он смог принимать пищу обычным образом, а чрескожная эндоскопическая гастростома была устранена. Он начал ходить и позднее был способен вернуться на оплачиваемую должность.

Клинический Случай 2. - Мужчина 52 лет, страдающий Сахарным диабетом тип 2 и гангреной стопы, перенес транстибиальную ампутацию. До операции он получил психологическую помощь, позволившую ему справиться с предстоящими изменениями в его теле и стиле жизни. Она включала мероприятия, готовящие его к борьбе с нарушениями чувствительности, схемы тела и равновесия и позволила ему заниматься реабилитацией.

Физическая терапия началась в раннем послеоперационном периоде с дыхательных упражнений и предотвращения тромбозов и контрактур. Внимание было уделено изготовлению подходящего протеза с наложением повязки и уменьшением отека культы. Он начал ходить с временным протезом и, был подготовлен для постоянного протезирования. Последний был изготовлен после обсуждения с пациентом степени и происхождения его физических ограничений и целей. В ходе обсуждения был принят во внимание возможный недостаток в адаптации для дома, рабочего места и автомобиля. Были изучены его поездка до автостоянки на работе, расстояние проходимое на работе и другие значимы факторы, такие как занятия в свободное от работы и семейной жизни время. Пациента научили, как ухаживать за культей и протезом. Спустя три месяца после ампутации он был независим в самообслуживании, включая наблюдение за культей. Он мог вернуться на работу и быть успешным в течение последующей жизни.

Клинический Случай 3. 70-летняя женщина с остеоартрозом тазобедренного сустава перенесла замену сустава. В это время она не могла ходить, принимать ванну или душ, а также

надевать обувь. Она была не способна водить машину. Послеоперационная тактика ведения в отделении ФРМ состояла из интенсивной физической терапии, а также последующих упражнений на дому, таким образом чтобы она смогла передвигаться как внутри дома, так и за его пределами. Ей было разрешено вернуться к вождению автомобиля через несколько недель; эрготерапия успешно разрешила вопросы, связанные с ее жизнедеятельностью. Пациентке была рекомендована собственная послеоперационная программа таким образом, что она смогла закончить ее дома. После того, как окружающая среда ее дома была изменена и соответствующие приспособления сделаны, она смогла жить независимо.

4.4.2. Обеспечение реабилитации при стабильных, хронических инвалидизирующих и прогрессивно ухудшающихся состояниях

Другие важные составляющие работы специалистов по ФРМ включают поддержание и улучшение функции, а также предупреждение ожидаемых и предотвратимых осложнений при стабильных, хронических инвалидизирующих и прогрессивно ухудшающихся состояниях. В некоторых европейских странах (например, в Австрии, Германии, Италии, Польше), стационарная и поликлиническая реабилитация играет важную роль в ведении хронических состояний, например, патологии опорно-двигательного аппарата или нейромышечных заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем и болезней обмена веществ, а также кожных, урологических и гинекологических заболеваний. Короткие периоды интенсивной реабилитации могут быть использованы в борьбе с хроническим заболеванием даже через несколько лет после острого повреждения.

Основные задачи поддержания реабилитационных мероприятий при хронических заболеваниях заключаются в улучшении поврежденных функций организма и увеличении его деятельности. Эти мероприятия также включают решение таких задач, как возвращение на работу или предупреждение раннего выхода на пенсию по причине проблем со здоровьем. Применяемые методы включают лечебную физкультуру, закаливание, диету, работу с психологами и обучение здоровому образу жизни. Эффективность в клинической практике и положительные социально-экономические последствия были показаны в известных проспективных исследованиях также, как и в контролируемых клинических испытаниях [52, 53]. Систематические многопрофильные обучающие медицинские программы также показали эффективность.

4.5. Последствия недостаточной реабилитации

Возможность реабилитации пациента не может обсуждаться в отрыве от того исхода, который мог бы быть без реабилитации. Вопрос, на который реабилитолог пытается ответить это “Получит ли пациент преимущество, в случае если реабилитационная программа не будет выполнена, будет ли возможное восстановление?” Естественное течение заболевания, а также последующие нарушения функций и дефекты играют важную роль в возможном результате реабилитации. Некоторые патологические состояния восстанавливаются спонтанно, и раннее вмешательство может дать ложное представление о том, что лечение было эффективно [39, 40]. С другой стороны, раннее вмешательство может быть ассоциировано с лучшим исходом даже если полное восстановление не будет достигнуто [53].

Жизни пациентов с сохраняющимися ограничениями и членов их семей могут быть улучшены посредством реабилитации, но, что важнее, последствия отсутствия реабилитации для них могут быть в ухудшении самообслуживания и качества жизни. В стационарах скорой медицинской помощи многие излечимые расстройства, такие как расстройства питания, глотания, движения и специализированные нарушения не могут быть устранены, поскольку акцент неизбежно делается на лечении наиболее важных поражений. Там, где специалисты по ФРМ могут участвовать в предупреждении осложнений и наблюдении, присутствует оптимальный уровень восстановления функций [55]. При отсутствии реабилитации могут возникнуть осложнения и потеря функциональной активности, а выписка будет задержана. В настоящее время система здравоохранения в соответствии с законодательством должна обязать реабилитационные службы удовлетворять потребность в медицинской помощи всех пациентов.

Нижеследующее может быть обнаружено вследствие недостаточной реабилитации при различных заболеваниях:

- обездвиженность за счет слабости, нарушения функции кровообращения и дыхания, мышечных атрофий, пролежней, спастичности, контрактур о остеопороза;
- боль;

- нарушения пищеварения;
- нарушения глотания;
- нарушения мочеиспускания и дефекации (задержка и недержание);
- нарушения общения;
- нарушения когнитивных функций и неспособность извлекать пользу из обучения;
- нарушения настроения и поведенческие расстройства;
- ухудшение состояния здоровья и систематическое страдание от разнообразных причин, например, проблем с системами мочеиспускания, дыхания и кровообращения, сахарного диабета;
- осложнения первоначальных заболеваний.

Лечебная физкультура и медицинская реабилитация должны продолжать привлекать к сотрудничеству пациентов, стремящихся к деятельности в обществе с целью предотвращения:

- последующих проблем со здоровьем и социальной изоляции;
- истощения ухаживающих лиц от бремени заботы и, таким образом, ухудшения взаимоотношений в семье;
- неоправданного вызова врачей общей практики и социальных работников;
- экстренной госпитализации обратно в стационар;
- излишнего присутствия сиделки или медсестры при уходе на дому;
- неуместного и несвоевременного назначения специализированных приспособлений для инвалидов;
- неспособности обновить специализированные приспособления для инвалидов согласно передовым технологиям, например, нейропротезы.

Окончательный результат недостаточной реабилитации может привести к тому, что пациент выпишется с низкой функциональной активностью и качеством жизни. Проще говоря, будут обесценены затраты.

4.6. Профилактика

4.6.1. Пропаганда здорового образа жизни

Пропаганда здорового образа жизни — это главный принцип всех систем здравоохранения, таким образом, предотвращение заболевания, его влияния и осложнений является важным элементом работы медицинского работника. В контексте реабилитации предотвращение заболеваний основано не только на предотвращении их манифестации и влияния на состояние организма, но и имеет дело с уменьшением влияния заболевания на различные стороны жизни человека. Таким образом, профилактику заболеваний подразделяют на первичную, вторичную или третичную и придерживаются принципов (Таблиц I).

Таблица I. – Принципы профилактики

Профилактика	Характеристики	Окружающая среда, в которой предпринимаются превентивные мероприятия	Примеры
Первичная	Избежать заболевания или травмы	Государственные и общественные места. Первичное медицинское обслуживание.	Уменьшение скорости движения позволит предотвратить дорожно-транспортные происшествия. Уменьшение факторов риска заболеваний миокарда и сердечно-сосудистой системы.

Вторичная	Избежать влияния и осложнений заболевания или травмы как таковых.	Стационар оказания скорой медицинской помощи и отделение ранней реабилитации.	Предотвращение внутрочерепной гипертензии при повреждении головного мозга. Предотвращение инсульта после инфаркта миокарда. Предотвращение иммобилизации и нарушений жизнеспособности тканей. Предотвращение контрактур.
Третичная	Избежать влияния заболевания или травмы на жизнь пациента, а именно ограничения функций и/или активной деятельности	Отделения реабилитации пациентов в периоде восстановления и поддержания	Лечение поведенческих расстройств вследствие повреждения головного мозга. Предотвращение излишних финансовых затруднений и безработицы после заболевания или травмы.

Специалисты по ФРМ могут привлекаться к профилактике заболевания или травмы на всех уровнях. Общие принципы физической тренировки, включающие кардиоваскулярную, костно-мышечную и координационную активность должны быть приняты во внимание. Они могут способствовать, например, предотвращению гипертензии, инфаркта миокарда, боли в поясничной области и падений.

4.6.2. Профилактика вторичных осложнений

Есть типичные вторичные осложнения, следующие за заболеванием или травмой. Они включают пневмонию, тромбозы, пролежни, сосудистую и мышечную дезадаптацию, остеопороз, недостаточный алиментарный статус. Кроме того, есть осложнения специфичные для различных заболеваний, такие как дисфагия при инсульте, а также расстройства мочеиспускания при повреждении спинного мозга. Все они будут устраняться посредством службы ФРМ с хорошим эффектом.

4.6.3. Эффекты третичной профилактики

В настоящее время существует большое количество данных о том, что и реальная выгода реабилитационного процесса [58-61] и улучшенная функциональная способность и результат участия все это в последствии может способствовать улучшению [62]. У тех, кто подвергся реабилитации меньше вероятность умереть или жить в лечебных учреждениях после заболевания или травмы. Этот эффект обнаруживается во многих группах заболеваний и во всех возрастных группах, хотя у молодых имеется тенденция к тому, чтобы добиться большего. Многие исследования подтверждают значимость двух различных аспектов реабилитации. Во-первых, есть много документально зафиксированных улучшений в функциональном исходе и, во-вторых, пациенты с нарушениями, прошедшие через отделения реабилитации имеют меньше ожидаемых осложнений. Возникает меньше физиологических нарушений (таких как те, которые связаны с неподвижностью, контрактурами и пролежнями), а также меньше психологических проблем, таких как не вылеченная депрессия. Хотя есть убедительное доказательство того, что период интенсивной реабилитации после острого события, такого как повреждение сердца или спинного мозга обеспечивает отчетливые, непродолжительные функциональные улучшения [43], есть доказательство, что кратковременные улучшения утрачиваются пока долговременная поддержка не будет доступна [50, 63]. Даже там, где эффективность индивидуальных терапевтических воздействий отсутствует, факты подтверждают эффективность мультидисциплинарной

реабилитации [64, 65]. Таким образом, долговременное взаимодействие с пациентом с функциональными нарушениями важно для обеспечения реабилитации пока естественное восстановление не завершится и для того, чтобы предотвратить последующее развитие ожидаемых осложнений.

5. Особенности ФРМ

5.1. Вклад специалистов по ФРМ в реабилитационный процесс

ФРМ обеспечивают необходимые условия для организованной реабилитационной помощи. Как было показано, такая помощь является более эффективной и менее дорогостоящей, чем на узко специализированных отделениях [19]. Специалисты по ФРМ также осознают важность долговременного наблюдения. Улучшение функционального статуса и когнитивных функций, например, после повреждения головного мозга, могут проявиться через несколько лет и специалисты по ФРМ должны быть не только уверены в том, что пациенты получили оптимальную пользу от улучшения функции, но должны работать продолжительное время если требуется, чтобы усилить персональное функционирование и общественную активность.

Специалисты по ФРМ играют чрезвычайно важную роль в реабилитации, когда:

- есть сложное сочетание нарушений, например, когнитивных, поведенческих и психических, при котором практикующие врачи учатся обеспечивать всесторонний анализ сложившейся ситуации и сводить воедино суждения, предоставленные средним медицинским персоналом;

- произошло значимое расстройство, послужившее причиной нарушения активности и/или жизнеспособности вслед за внезапным событием, например, инсультом, повреждением спинного мозга или травмой;

- основное заболевание такое, как рассеянный склероз, ревматоидный артрит вполне вероятно может обостриться или рецидивировать;

- имеющиеся в наличии лечебные мероприятия могут непосредственно уменьшить имеющиеся нарушения, а также самочувствие и активность, например, лечение спастичности, недержания мочи или болевого синдрома;

- медикаментозная терапия основных заболеваний и их осложнений сама по себе имеет риск развития побочных эффектов, что потребует наблюдения;

- медицинские риски необратимой инвалидизации возрастают по мере изменения образа жизни пациента, например, при переходе из пубертатного периода в период зрелости, при переходе от обучения к работе и в процессе старения.

Специалисты по ФРМ работают исключительно в той сфере, в которой их работа не дискредитирует требования экстренной медицинской помощи. Наличие такой отдельной специальности как ФРМ призвано приносить пользу пациентам [18]. Пациенты заслуживают присутствия компетентных специалистов, которые специально обучены и всецело посвящают себя работе. Пациенты с основными инвалидирующими клиническими состояниями особенно те, у которых имеется совокупность проблем испытывают необходимость в помощи мультидисциплинарной бригады во главе со специалистом по ФРМ. Глава 4 дает определение виду работы, которая предусматривает медицинский реабилитационный подход и вклад не только медикаментозной терапии.

5.2. Особенности ФРМ в Европе

Специалисты по ФРМ это врачи, обучавшиеся данной специальности в течении четырех и более лет [66] в соответствие с национальными методическими рекомендациями по последипломному медицинскому образованию. Они не специализируются на ведении патологии отдельных органов или систем, а сфокусированы на функциональных расстройствах в результате различных заболеваний гораздо больше, чем на особенностях ведения патологии отдельных органов или систем. Они оказывают медицинскую помощь пациентам с повреждениями, возникшими в результате хронического заболевания или травмы, так же, как и при различных острых заболеваниях. Основная цель процедур ФРМ заключается в улучшении физических и когнитивных функций, позволяющих пациентам вести активный образ жизни, а также в улучшении качества их жизни, таким образом, чтобы они смогли принимать участие в общественной жизни. Однако, являясь врачами, они могут лечить основные заболевания, если это необходимо. Если

симптомы сохраняются, а расстройства нарастают, то функционирование, активность и участие, тем не менее, могут поддерживаться с помощью специализированных реабилитационных методов и техник. Таким образом, они могут дать шанс пациентам с теми заболеваниями, которые приводят к функциональному дефициту, например, с неврологическими заболеваниями, различными нейромышечными заболеваниями, ампутациями, а также заболеваниями сердца и легких и т.п.

5.3. Патологические изменения и заболевания в практике ФРМ

Специалисты по ФРМ имеют дело с ведением пациентов страдающих множеством разнообразных патологических состояний (Приложение II). Они занимаются изучением их влияния на функционирование организма и участие. Врачи ФРМ ставят своей целью принести пользу независимо от лежащего в основе диагноза. Однако, диагноз помогает в прогнозировании исхода и оценке потенциала для улучшения.

Есть ряд общих проблем на стыке многих заболеваний, с которыми специалисты по ФРМ сталкиваются ежедневно лицом к лицу. Они могут включать:

- длительный постельный режим и иммобилизацию, ухудшающие физическое состояние пациентов и ведущие к утрате физического и психологического функционирования;
- моторный дефект за счет слабости и утраты функционирования организма;
- спастичность, ведущую к деформации конечности и проблемам с самообслуживанием;
- расстройства мочеиспускания и дефекации, обычно присутствующие у инвалидизированных пациентов;
- риск развития пролежней у обездвиженных пациентов с повреждением спинного мозга, пациентов, страдающих диабетом, находящихся в плохом физическом состоянии и у пожилых пациентов;
- дисфагию, когда пациенты с расстройствами глотания не испытывают удовлетворения от приема пищи и имеют риск развития аспирационной пневмонии и недостаточного питания;
- болевые синдромы;
- затруднения в общении;
- расстройства половой функции и влечения ведущие к изменению личности и ограничению самообслуживания наряду с нарушением функционирования органа;
- изменения настроения, поведения и характера;
- изменения в семейных взаимоотношениях, личных связях, карьерном потенциале и финансовой независимости.

В дополнение к вышесказанному специалисты по ФРМ могут быть привлечены к реабилитации пациентов с психосоматическими, гинекологическими и дерматологическими заболеваниями.

5.4. Диагностика, наблюдение и освидетельствование

Врачи ФРМ признали необходимость постановки окончательного диагноза перед началом лечения и проблемно-ориентированной реабилитации. Помимо этого, они сконцентрировались на вопросах, связанных с функционированием и активной работой, что способствует полному освидетельствованию и определению целей лечения [67]. Они достигаются за счет взаимодействия пациента с ограниченными возможностями с его или ее семьей, а также с членами реабилитационной команды.

Диагностика и наблюдение в ФРМ включают в себе все данные о структурах и функциях тела, его деятельности и последствиях активной работы существенных для реабилитационного процесса. В дополнение к этому оцениваются значимые, зависящие от контекста факторы. Сбор анамнеза в ФРМ должен включать анализ проблем и все разделы Международной классификации функционирования.

С целью формирования диагноза структурных нарушений, имеющих отношение к заболеванию в стандартах реабилитационного процесса, используются лабораторные и инструментальные методы исследования и техники в дополнение к объективному обследованию. Они включают лабораторный анализ образцов крови, диагностическую визуализацию и т.п.

Клиническое обследование, а также оценка функциональных ограничений и функциональной возможности в реабилитационном процессе составляют основную часть диагностики в ФРМ. Они включают клиническое исследование мышечной силы, объема движений, функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем. К числу специальных параметров может относиться исследование мышц (сила, электрическая активность и др.), исследование функций сердечно-сосудистой системы (артериальное давление, частота сердечных сокращений,

электрокардиография в покое и после нагрузки), функции лёгких и др. Специалисты по ФРМ могут применять стандартизированные процедуры определения качества работы такие, как анализ походки, изокинетическое тестирование мышц и других двигательных функций. В реабилитации пациентов с соответствующими заболеваниями будут применяться специализированные диагностические параметры, например, оценка дисфагии у пациентов с инсультом, уродинамические параметры у пациентов с повреждением спинного мозга, или оценка исполнительных функций у пациентов с повреждением головного мозга [68, 69].

Показатели пациента могут быть оценены различными способами. Примеры двух важнейших методов:

- Стандартизированные показатели отдельных действий в исполнении пациента (например, проба со спортивной ходьбой, пробы с ходьбой по наклонной плоскости, или перемещение датчиков, фактические результаты с использованием стандартизированных специальных приборов). Эти тесты могут быть оценены качественно (оценка специалистами по ФРМ, а также специально обученными врачами общей практики) и количественно (время выполнения, способность к подниманию тяжестей и др.).

- Оценка более сложных показателей, таких как показатели ежедневной жизнедеятельности (умывание, одевание, пользование туалетом и др.) и осуществления текущего образа жизни (ходьба, сидение и т.д.). Эти показатели могут быть оценены специалистами по реабилитации и посредством самооценки с применением стандартизированных опросников.

- Активность в основном оценивается в беседах с пациентом с применением стандартизированных опросников. Социально-экономические параметры (например, количество дней временной нетрудоспособности) применяются для оценки проблем с осуществлением профессиональной и социальной деятельности.

Большое количество инструментов оценки в ФРМ объединяет параметры функций частей тела, участия и активности. Они могут быть использованы для того, чтобы выбрать реабилитационные мероприятия (назначение) или оценить результаты вмешательства (освидетельствование). Должны быть выбраны соответствующие инструменты в соответствие с индивидуальными функциональными нарушениями и фазами реабилитационного процесса [70].

Соответствующие контекстуальные факторы в отношении социальной и физической окружающей среды оцениваются посредством интервью или стандартизированных опросников, основанных на Международной классификации функционирования. Для оценки же внутренних факторов, например, копинг-стратегий пациентов доступны стандартизированные опросники.

Множество методов может быть использовано для оценки одновременно общей и частной функциональной возможности, а также реабилитационного процесса [71]. Некоторые пересекаются с отдельными компонентами Международной классификации функционирования. Например, Мера функциональной независимости и Индекс Бартел оценивают аспекты функционирования организма и жизнедеятельности также как значимые сопутствующие заболевания и выраженность необходимой внешней поддержки. Выбор показателей будет зависеть от фазы и целей реабилитационного процесса и функциональной активности пациента.

Список методов диагностики можно найти в Приложении IV.

5.5 Реабилитационный план

Физическая и реабилитационная медицина вырабатывает и использует реабилитационный план для каждого отдельного человека, чтобы направлять его или ее на будущую проблемно-ориентированную реабилитацию (Таблица II). Пациенты активно участвуют в разработке плана вместе с другими членами команды пациент-ориентированной реабилитации. Уклон плана различается в зависимости от встречающихся индивидуальных проблем, но основные элементы имеют схожую основную схему. План должен регулярно пересматриваться и обновляться реабилитационной командой, он составляет основу для постоянного общения участников команды о динамике во время реабилитации пациента.

Специалисты по ФРМ ответственны за разработку плана реабилитации и за определение временных рамок, в течение которого он должен быть реализован. План должен содержать следующую информацию:

- Диагноз,
- Представленные проблемы и сохранившиеся функции (в соответствии с Международной классификацией Функциональных нарушений и здоровья, смотри главу 3.2),

- Индивидуальные цели,
- Цели для лица, осуществляющего уход/для семьи,
- Цели для специалистов,
- Действия, которые необходимо предпринять.

5.6 Вмешательства в физической и реабилитационной медицине

Физическая и реабилитационная медицина использует различные методы воздействия. Специалисты физической и медицинской реабилитации разрабатывают план воздействия, основанный на диагнозе и нарушениях функций у пациента. В дальнейшем либо специалист выполняет вмешательства, целью которых является решение данных проблем, либо этим также может заняться другой участник команды. При других условиях специалисты по физической и реабилитационной медицине назначит терапию.

Методы воздействия включают в себя:

1. Медицинские вмешательства:
 - Лечение, направленное на замещение или улучшение структур и/или функций организма (например, обезболивающая терапия, противовоспалительная терапия, регуляция мышечного тонуса, улучшение когнитивных функций, улучшение физической толерантности к физической нагрузке, лечение депрессии).
 - Практические процедуры, включая инъекции и других видов назначения лекарств.
 - Оценка и обзор вмешательств.
2. Физические методы лечения
 - Техники мануальной терапии для контрактур и сопутствующих дисфункций мягких тканей.
 - Кинезиотерапия и лечебная физкультура.
 - Электротерапия.
3. Другие, включая ультразвуковые, горячие и холодные аппликации, фототерапию (например, лазеротерапию), гидротерапию и бальнеотерапию, диатермию, массаж и лимфотерапию (ручной лимфатический дренаж).
4. Эрготерапию с целью
 - Проанализировать виды активности, а именно такие как повседневные и занятия, поддержать нарушенные структуры организма (например, шинирование).
 - Обучить пациента навыкам по преодолению барьеров к повседневной активности (например, корректирующие индивидуальные приспособления).
 - Обучать в условиях нарушенной функции и когнитивных нарушений.
 - Усилить мотивацию.
5. Речевая и языковая терапия в рамках комплексных специализированных реабилитационных программ.
6. Лечение дисфагии.
7. Нейропсихологическое воздействие.
8. Психологическая оценка и методы воздействия, включая психологическое консультирование.
9. Нутритивная терапия.
10. Оборудование для инвалидов, реабилитационная техника, протезирование, биопротезирование (ортезы), технические опоры и средства
11. Обучение пациента.
12. Реабилитационный уход за больным.

Таблица II Пример некоторых проблем, рассматриваемых в реабилитационном плане

Проблема	Цели	Возможные вмешательства
<i>Функции тела и активность</i>		
Физическая активность	Добиться безопасного перемещения	Обучение позам и движению с использованием оборудования при необходимости
	Увеличить мобильность в пределах и за пределами дома (достичь/улучшить способность к ходьбе, подъему по лестнице, использование личного и общественного транспорта)	Обучение позам и движению Обследование и обучение использованию средств по мобилизации
Коммуникация	Улучшить общение, речь и осмысление	Обучение под руководством речевой и языковой терапии с целью улучшить язык и артикуляцию
		Обследование и обучение использованию вспомогательных технологий при необходимости
Поведение и настроение	Улучшить поведение	Медикаментозное лечение, психотерапия, бихевиоральная терапия и когнитивная бихевиоральная терапия
	Нормализовать настроение	Уменьшить депрессию и тревогу с помощью психологического консультирования и медикаментов
Боль	Уменьшить боль	Анальгетики, физическая терапия, борьба со стрессом, использование копинга и других стратегий
Недержание	Активировать регуляцию функции мочевого пузыря или кишечника	Переобучение мочевого пузыря, упражнения для мышц тазового дна, медикаменты, использование катетеров и стом.
Неспособность к самообслуживанию	Добиться способности самостоятельно мыться, умываться, одеваться и пользоваться туалетом	Анализ составных частей деятельности, восстановлению способности с использованием альтернативных методов и/или оборудования и/или переобучение
<i>Участие</i>		
Неспособность самостоятельно справляться дома	Обучить готовить пищу и справляться с домашними делами	Анализ составных частей деятельности, восстановление способности с использованием альтернативных методов или вспомогательных средств и/или оборудования и/или переобучение
Потеря занятости	Возвращение на работу	Анализ составных частей деятельности и возможности начать работать, восстановление способностей, трудовая адаптация, переобучение работе, адаптация и оборудование рабочего места, улучшение доступа и поддержка в работе

5.7. Практика физической и реабилитационной медицины – клиническая деятельность и параметры

Специалисты физической и реабилитационной медицине вовлечены на всех этапах процесса реабилитации и выздоровления, так же как и в лечение пациентов с хроническими состояниями. Они практикуют в различных клинических условиях, начиная с учреждений экстренной медицинской помощи, отдельных реабилитационных центров, реабилитационных отделений на базе стационаров и до амбулаторных условий и частной медицинской практики. Их деятельность различаются в зависимости от клинических условий, но они повсюду внедряют одни и те же основные принципы физической и медицинской реабилитации.

Специализированные реабилитационные службы необходимы в больницах экстренной помощи. Должны существовать специализированные койки, прикрепленные к специалисту физической и медицинской реабилитации совместно с внештатной реабилитационной командой, обеспечивающей консультации и лечение пациентам в отделения интенсивной терапии и других палатах острых состояний. Специалист физической и медицинской реабилитации осуществляет диагностику, назначение и вмешательства как пациентам в специализированных отделениях, так и пациентам в других палатах. Консультативная роль специалиста по физической и реабилитационной медицине помогает убедиться том, что реабилитация, функциональное восстановление и предотвращение вторичной утраты функции, например, от иммобилизации (такие как контрактуры, пневмония или тромбоз) начнутся так скоро, как это возможно. Ранняя специализированная реабилитация предотвращает и/или уменьшает долговременные ограничения функционирования [60-62].

В острейшем периоде, последующем повреждения, известно, что простое действие по переводу пациента с повреждением головного мозга из загруженной хирургической или нейрохирургической палаты в более спокойную, тихую атмосферу реабилитационной палаты имеет терапевтический эффект сам по себе, наблюдается улучшения внимания, возбудимости и когнитивных функций [54]. Палаты общей реанимации не благоприятны для мультидисциплинарной реабилитации пациентов со комплексными потребностями.

В реабилитационных центрах (включая дневные стационары) и реабилитационные отделения стационаров экстренной помощи все пациенты осматриваются специалистом по физической и реабилитационной медицине. Он или она обследует пациента, выполняет функциональные оценки и изучает воздействие ситуативных факторов на функционирование. Выбираются необходимые вмешательства, например, физическая терапия, психотерапия, трудотерапия, речевая терапия, нейропсихологический тренинг, лекарственная терапия или социальные вмешательства. Лечащий врач также оценивают пациента до вмешательств. Результаты обследования специалистом по физической и реабилитационной медицине и функциональные оценки лечащим врачом составляют основу для реабилитационного плана и дальнейших решений, принимаемых реабилитационной командой.

Принятие решения о выписке пациентов является ответственностью специалиста по физической и реабилитационной медицине на основании собрания команды, в котором активно участвуют пациент и члены семьи. Специалисты по физической и реабилитационной медицине представляют выписной эпикриз на основании обследований и информации, предоставленной участниками команды. Этот отчет охватывает информацию об имеющихся состояниях, функциональном статусе пациента, способности к активности и участию при выписке, о прогнозе и рекомендации по последующему уходу, лечению и реабилитации.

В поликлиниках и частной практике имеется иной уклон в практике физической и реабилитационной медицине. Акцент здесь делается на диагностическом обследовании и начале лечения. После обследования и функциональной оценки, пациентам назначают либо отдельные курсы терапии (физиотерапия, эрготерапия и другие) или, если требуется мультидисциплинарная реабилитация, применяется командный подход. Сопровождая лечение, специалист по физической и реабилитационной медицине повторно оценивает пациента и решает вопрос о дальнейших вмешательствах или выписке обратно к участковому врачу, соответственно.

Специалисты по физической и реабилитационной медицине тесно сотрудничают с пациентом и его семьей и преследуют цель обеспечить хорошую связь с участковым врачом пациента и другими специалистами, особенно, когда требуется диагностика и лечение в других медицинских областях, например, неврологии, кардиологии, ортопедической хирургии и т.д. В дополнение к этому, специалисты по физической и реабилитационной медицине могут работать со

специализированными общественными реабилитационными сообществами (такими как команды по работе при приобретенных повреждениях головного мозга, хронических неврологических заболеваниях, переходных проблемах и мышечно-скелетных патологиях), а также осуществлять консультации со специалистами по общемедицинским вопросам.

6. Стандарты в физической и реабилитационной медицине

6.1. Обучение и подготовка

6.1.1. Подготовка специалистов

Физическая и реабилитационная медицина является независимой медицинской специальностью во всех европейских странах, кроме Дании и Мальты, но ее название и ориентированность несколько отличаются в соответствии с различными национальными традициями и законами. Обучение обычно продолжается от 4-х до 6-и лет в зависимости от страны [66] (Таблица III) (UEMS Устав по обучению, EC Directive 93/16/EEC, 5 апреля 1993).

Таблица III – Название специальности в государствах-членах UEMS

Страна	Название специальности
Австрия	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
Бельгия	Fysiche Geneeskunde en Revalidatie Médecine Physique et de Réadaptation
Хорватия	Fizikalna medicina i rehabilitacija
Кипр	φυσικη ιατρικη και αποκατασταση (Fisiki Iatriki kai Apokatastasi)
Чешская республика	Rehabilitační a fyzikální lékafiství
Дания	Fysiurgi
Эстония	Taastusravi ja füsiaatria
Финляндия	Fysiatria
Франция	Médecine Physique et de Réadaptation
Германия	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Греция	φυσικη ιατρικη και αποκατασταση (Fisiki Iatriki kai Apokatastasi)
Венгрия	Fizioterápia es Rehabilitáció
Исландия	Endurhæfingarlækningar
Ирландия	Rehabilitation Medicine
Италия	Medicina Fisica e Riabilitativa
Латвия	Medicīniska- Rehabilitācija
Литва	Fizine medicina ir reabilitacija
Люксембург	Médecine Physique et de Réadaptation
Мальта	—
Нидерланды	Revalidatie Geneeskunde
Норвегия	Fysikalsk medisin og rehabilitering
Польша	Medycyna fizykalna i rehabilitacja
Португалия	Medicina Física e de Reabilitação
Румыния	Medicina- Fizica- fli de Recuperare
Сербия и Черногория	Fizikalna Medicina I Rehabilitacija
Словакия	Fyziatria, balneológia and liečebná rehabilitácia
Словения	Fizikalna in rehabilitacijska medicina
Испания	Medicina Física y Rehabilitación
Швеция	RehabiliteringsMedicin
Швейцария	Médecine Physique et de Réadaptation Physikalische Medizin und Rehabilitation
Турция	Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon
Великобритания	Rehabilitation Medicine

Специалисты по физической и реабилитационной медицине имеют свободу перемещения среди государств-членов UEMS, но требуется сертификация в их национальных профессиональных сообществах. Те, у кого имеется последняя, имеют право рассматриваться Европейским Советом по физической и реабилитационной медицине, который разработал соответствующую систему повышения квалификации для специалистов по физической и реабилитационной медицине (Приложение V). Она состоит из:

- учебной программы для постдипломного образования, содержащей основные знания и применение ФРМ при отдельных состояниях здоровья,
- стандартизированного курса обучения по меньшей мере в течение 4х лет на кафедре ФРМ и подробно внесенного в журнал единообразного официального образца,
- единого сданного письменно ежегодного экзамена по всей Европе,
- систему национальных менеджеров по обучению и аккредитации, чтобы способствовать хорошим связям с обучающимися в их странах,
- стандартные правила по аккредитации обучающихся и процесс сертификации,
- контроль качества обучающих учреждений путем их посещения аккредитованными специалистами,
- продолжающегося профессионального развития в рамках того, что UEMS предусматривает обеспечивает систему продолжающегося медицинского обучения с целью десятилетней повторного подтверждения. (См. пункт 6.3 ниже).

Более подробная информация о нормативных документах по образованию и системе обучения доступны на вебсайте секции, www.euro-prm.org Там же вы сможете найти образцы заявлений.

На настоящий момент в Европе 10,280 специалистов по ФРМ, из них 2000 сертифицированы Европейским Советом, а 2800 обучающиеся. 70 обучающих организаций признаны Советом по ФРМ, их список представлен на сайте [75].

6.1.2. Преддипломная практика

UEMS собирает данные о преддипломной практике по ФРМ (например, для студентов-медиков) и сообщает о них в ближайшем будущем. Для проведения систематического исследования важно соблюдение следующих принципов: Любому может потребоваться реабилитация в любых медицинских организациях (например, больницы, общая практика, учреждениях сестринского ухода). Как результат, все врачи должны приобрести базовые знания по реабилитации, помня о том, что большинство не будут практиковать как специалисты в этой области или производить специальные реабилитационные измерения. Таким образом важно, что хорошо обученные специалисты по ФРМ изучают ФРМ на всех преддипломных медицинских факультетах, а как минимум требуются следующие темы:

- принципы реабилитации и биопсихосоциальная модель международной классификации функций, инвалидности и здоровья,
- организация и практика реабилитационной системы (реабилитация в острейшем и подостром периоде, так же, как и реабилитационные программы для пациентов с хроническими состояниями),
- принципы и возможности физической терапии (лечебной физкультуре), эрготерапии и других видов реабилитационной терапии,
- универсальные реабилитационные программы и их основные показатели,
- реабилитационные потребности пациентов с особыми состояниями (например, инсульт, политравма, боли в пояснице, артрит, онкология и т.д.),
- знания о социальной системе и законодательстве, касающихся инвалидности и реабилитации на национальном уровне, так же как этические проблемы и проблемы прав человека в реабилитации.

Эти методы уже составляют часть обязательного обучения по ФРМ в ряде европейских стран (Бельгия, Франция, Германия, Испания, Великобритания) и некоторых университетах (например, в Вене) [75,76].

6.2. Клиническое управление и области компетенции

Важно не только то, что все имеют равноправный доступ к реабилитации, но и то, что она должна осуществляться компетентно и чутко.

Отзывы пациентов должны быть доступны лицам, ответственным за эти услуги. Специалисты ФРМ получают ряд навыков как часть их обучения. Их базовое медицинское обучение наделяет их определенными компетенциями, которые укрепляются знаниями и опытом, полученными за время их общеобразовательного курса по терапии, хирургии, психиатрии и др.

Ключевыми компетенциями по ФРМ специалисты наделяются во время своего специализированного обучения, а затем они углубляются знаниями и опытом по работе по узкой специальности (Рисунок 3). Области компетенции по узкой специальности разрабатываются в некоторых европейских странах. Эти компетенции включают в себя:

- медицинскую оценку в определении лежащего в основе диагноза,
- оценку функциональной активности и возможности перемен,
- оценку активности и так же соучастия как зависящих от условий факторов (личные характеристики и окружение (см. пункт 3.2)),
- знания о ключевых реабилитационных процессах и их доказательной базе (см. пункты 4.1. и 4.4),
- разработка реабилитационного плана (см. пункт 5.5),
- знания, умения и применение медицинских и физических методов лечения (включая физические методики, природные факторы и другие, см. пункт 5.6),
- анализ и измерение исхода,
- предотвращение осложнений лечения,
- прогнозирование заболевания/состояния и исходов реабилитации,
- знание реабилитационных технологий (ортезирование, протезирование, технические средства и другие),
- командная работа и лидерские качества,
- навыки обучения (пациентов, ухаживающих лиц, участников команды и других),
- знание социальной системы и законодательства по инвалидности,
- основные знания экономических (и финансовых) аспектов реабилитации.

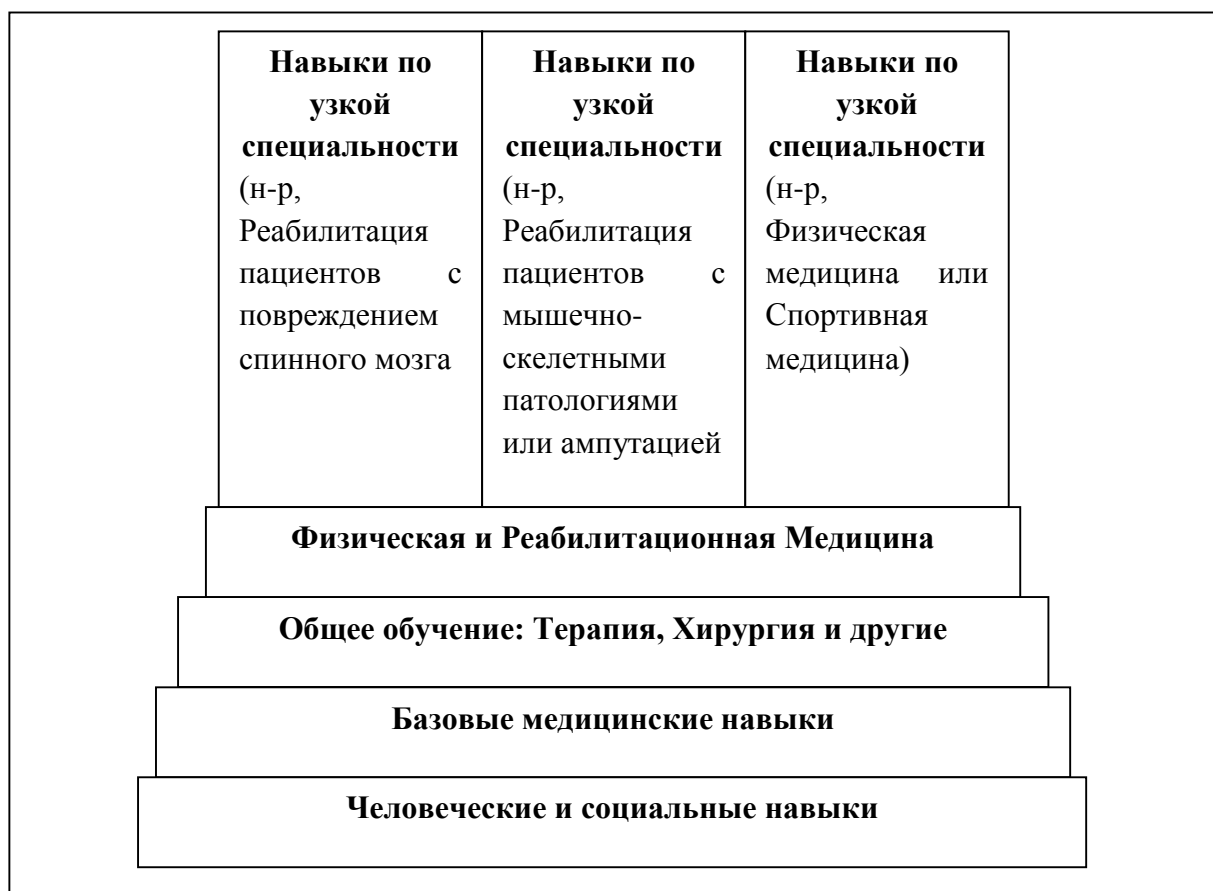


Рисунок 3. Принципы компетенции

Специалисты по ФРМ в повседневной практике используют целый ряд других способностей. Они должны обладать хорошими коммуникативными и межличностными навыками, а также способностью обучать и обращаться со своими пациентами и их семьями. Они выбирают стратегии, позволяющие пациентам развивать их собственные навыки коупинга. Чтобы добиться лучшего результата для пациента, они взаимодействуют с другими службами (службы здоровья и социальные службы и группы самопомощи). Им также принадлежит роль в развитии средств для людей с инвалидностью, для чего им потребуются соответствующие способности.

6.3. Повышение квалификации и специализация

Повышение квалификации и специализация являются составляющей профессиональной практики медицинских специалистов, и специалисты по ФРМ должны продемонстрировать свою компетентность, как и все врачи. Повышение квалификации охватывает все аспекты актуализации знаний практикующими врачами, одним из его компонентов является специализация. Специальность основала различные обучающие программы по всей Европе, служащие обучению специалистов по ФРМ и их коллег по реабилитационной команде. Эти программы охватывают основные научные и клинические темы, так же, как и исследовательские и технические программы.

Программа по повышению квалификации и специализации организована на европейском уровне для аккредитации международных конгрессов и событий по ФРМ. Программа основана на условиях взаимного соглашения, подписанного UEMS Европейским Советом по Аккредитации по специализации (ЕАССМЕ) и Секцией и Советом UEMS по ФРМ (Глава 6.4). Европейские положения одинаковы по всем специальностям. Совет по ФРМ создал Комитет по повышению квалификации и специализации, который отвечает за целевые программы по нашей специальности, за аккредитацию ряда научных событий на европейском уровне и за научный статус сертифицированных советом специалистов по ФРМ.

ЕАССМЕ отвечает за координацию этой деятельности для всех медицинских специальностей, а на сайте UEMS размещена полная информация о требованиях по специализации для всех специалистов в Европе (www.uems.org). Каждому признанному Советом специалисту по ФРМ требуется получить за 5-летний период 250 зачетных единиц обучения с целью повторного подтверждения сертификата (www.euro-rgm.org). Докторам требуется выполнить требования по сертификации до того, как они могут быть аттестованы, и это становится неотъемлемой частью как национальной, так и европейской жизни. Обязательное повышение квалификации и специализация установлено в ряде европейских стран, возрастает их востребованность в медицинской практике. Правила представлены в Приложении VI.

Первое мероприятие, спонсором которого был Европейский Совет была Европейская Школа в Марселе по Анализу Позы и Движения, которая прошла в 2000 году. Это 2х недельный ежегодный курс, который собирает врачей, инженеров и других специалистов по реабилитации со всей Европы. Другие курсы также были введены под руководством, и многие еще последуют.

6.4. Секция Физической и реабилитационной медицины Европейского Совета по Медицинским Специальностям (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

6.4.1. История

Европейский Совет по Медицинским Специальностям (UEMS) был создан в 1958 году как единственная прописанная в законодательстве медицинская организация в Евросоюзе, целью которой является нести ответственность за специалистов на базе больниц. Он состоит из секций специалистов по каждой специальности в Европе, и физическая и реабилитационная медицина была среди первых специальностей, признанных отдельной дисциплиной. Секция ФРМ была создана в 1971 году, а Европейский Совет по ФРМ появился в 1991 году как часть Секции специалистов. В особенности, он создал свою образовательную базу и основу продолжающегося профессионального развития.

Как уставная организация Европейской комиссии, UEMS ответственна перед Постоянным Комитетом Врачей, в работе которого участвуют ответственные национальные медицинские организации. Специалисты, признанные в двух третьих каждого государства-участника UEMS уполномочены формировать секцию специалистов. ФРМ признана как ключевая служба в 28

странах-участниках Большого Европейского пространства, и новые кандидаты в участники также принимают те же принципы. ФРМ является одной из немногих признанных дисциплин по всей Европе и представлена в Совете UEMS.

6.4.2. Структура и роль организации

Исходя из вышеизложенного, специальность в Европе организована посредством секции по ФРМ в UEMS (Рисунок 4).

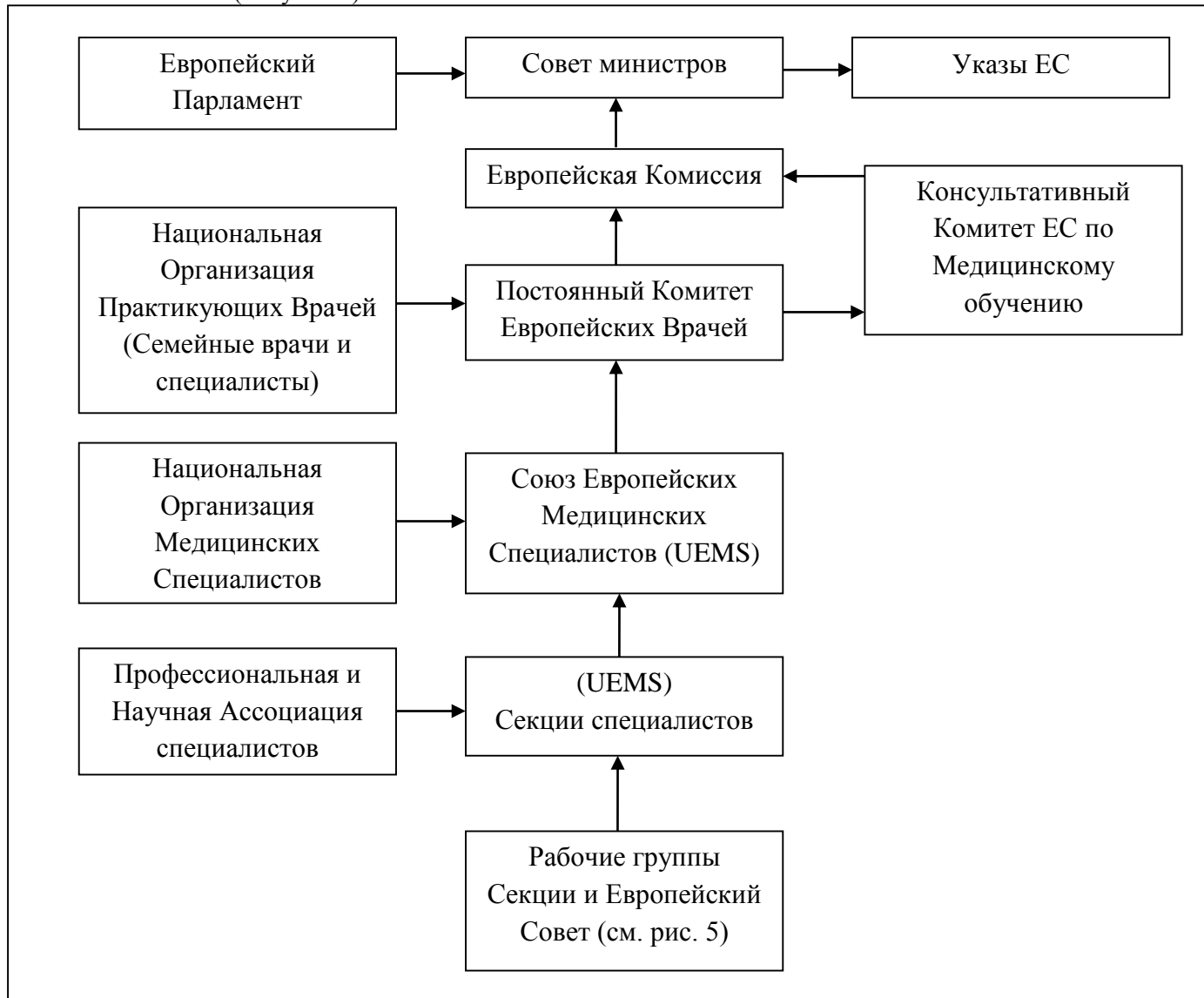


Рисунок 4. Медицинские организации Европейского Союза

Эта уставная структура отвечает перед Европейским Уполномоченным по здоровью и является единственной официальной медицинской организацией, признанной Евросоюзом. Целью Секции является продвижение специальности в плане профессиональной мощности, а также упорядочивание специальности на европейском уровне путем обучения специалистов и продолжающегося профессионального развития посредством повторной валидации. Она работает над тем, чтобы разработать клинические стандарты в практике и способствовать тому, чтобы специальность брала на себя предпринимала необходимые исследования для дальнейшего развития. В связи с этим, она ответственна перед UEMS и сейчас начала работать в тесном сотрудничестве с Еврокомиссией и Советом Европы. Она имеет связи со многими организациями, такими как Международное Сообщество по ФРМ, Американская Академия ФРМ и с Декадой по костям и суставам (Bone and Joint Decade). Она включает 3 основных комитета под руководством Исполнительного комитета, на рисунке 5 показаны их задачи. Секция работает в тесном

сотрудничестве с другими европейскими организациями по ФРМ, такими как Европейская Академия по Реабилитационной Медицине и Европейское Общество по ФРМ.

В Секции имеются следующие комитеты (Рисунок 5):

- Комитет по обучению и образованию (уставной комитет- Европейский Совет по ФРМ),
- Комитет по Клинической деятельности,
- Комитет по профессиональной практике.



6.4.4. Обучение физической и реабилитационной медицине

Обучение специалистов описано в пункте 6.4.1.

Курс начала обучения немного отличается в каждой стране, но несмотря на разные вводные пункты программы обучения специалистов, учебный план имеет много общего на всем континенте и соответствует с планом в Американском Совете. Задачей Европейского Совета по ФРМ является

приведение в соответствие обучение специалистов по всей Европе, и он приступает к выполнению следующих ролей [73].

- Европейская экспертиза по признанию курсов для специалистов,
- Повышение квалификации и специализация с повторным подтверждением
- Признание Европейских преподавателей и обучающих центров путем посещения центров.

Конечной целью этого упорядочивания является подготовка специалистов, которые могут работать во всех европейских системах оказания медицинской помощи и позволить национальным медицинским ведомствам/работодателям признавать знания и проводить экспертизу специалистов, которые обучались в других частях Европы. Все аспекты Секции и Совета, включая программу обучения можно получить на сайте Секции www.euro-prm.org (Приложение V).

6.5. Европейская академия реадaptационной медицины

Академия была создана в 1969 году группой из 50 ведущих специалистов данного направления со всей Европы. Академиком становятся на основании выдающегося вклада в реабилитацию, учитывая гуманитарные аспекты. Целью Академии является улучшение всех областей реабилитации в интересах тех, кто в ней нуждается. Таким образом, действуя в качестве опорной точки в научно-образовательных и исследовательских вопросах, в обмене идеями и информацией, в содействии обмену реабилитологов разных стран, участвуя в морально-этической дискуссии, Академия способствует образовательной деятельности и исследованиям в области реабилитологии в Европе.

Её девиз: “Societas vir origo ac finis”, что можно перевести как “Человек – источник и цель общества».

Академия является полностью независимой. Публикации, издаваемые здесь, стимулируют образовательный процесс и дальнейшие исследования. Она ответственна за выпуск серии современных монографий, среди которых:

- Пластичность двигательной функции. Ред. J-P.Didier (Springer 2004). Данная работа вышла на итальянском языке в 2007 году;
- Оценка в физической медицине и реабилитации. Ред. M.Barat and F.Franchignoni (Maugeri Foundation Books 2004);
- Профессиональная реабилитация. Ред. C.Gobelet and F.Franchignoni (Springer 2006);
- Функции сфинктеров. Ред. A.Chantraine (Springer 2006).

Другие публикации посвящены таким областям, как онкология и реабилитация боли.

Академия обсуждает этические вопросы, таким образом защищая взгляды специалистов. Недавние дебаты были обобщены и опубликованы в виде краткого сообщения под названием «Насилие и инвалидность» [76].

Академия курирует несколько направлений, включая Европейскую школу по изучению осанки и движений в университете Марселя, поддерживаемую фондом Erasmus. Для поощрения оригинальных исследований молодых учёных ФМР Академия вручает ежегодную премию совместно со Швейцарской ассоциацией параплегии. Подробную информацию можно получить у генерального секретаря.

6.6 Европейское общество физической и медицинской реабилитации

Европейское общество ФМР было основано в 2003 году, оно связано с исследованиями и преподаванием ФМР в Европе. Этим успешно занималась Европейская федерация физической медицины и реабилитации (основана в 1963 году), координировавшая европейские мероприятия и регулирующая научный обмен. Общество предлагает индивидуальное членство для всех аккредитованных специалистов ФМР и федеративных членов состава Национального общества ФМР в Европе. Индивидуальное членство предоставляется бесплатно. Общество представляет интерактивную электронную платформу (www.esprm.org), где можно найти информацию о научно-исследовательских проектах, грантах и финансировании, обновляющиеся сведения о курсах, конгрессах, профессиональных обменах и т.д.

Раз в два года ЕОФМР организует тематические конгрессы. Главными темами последних трёх были:

- Современное состояние медицинской реабилитации – клинические стандарты, оценка результатов работы и эффективные подходы в нейрореабилитации, опорно-двигательной реабилитации и реабилитации инвалидов-ампутантов: 13-й Европейский конгресс по реабилитации, Брайтон, Великобритания, 2002;

- Достижения в ФМР - традиционные и современные концепции, 14-й Европейский конгресс по реабилитации, Вена, Австрия, 2004;

- Доказательная реабилитация, физическая и реабилитационная медицина в трансплантации лёгких и при сахарном диабете, 15-й Европейский конгресс по реабилитации, Мадрид, Испания, 2006;

Будущие европейские конгрессы ФРМ будут соответствовать стандартам и направлению, установленным ЕОФРМ.

Таким образом, конгрессы будут иметь типовую программу:

- функциональная биология (фундаментальные науки);

- функциональная технология (реабилитационная технология);

- клинические науки (ФРМ при особых состояниях здоровья);

- науки о жизнедеятельности человека (в том числе эпидемиология, общественное здоровье и смежные темы).

Работоспособность ФРМ не зависит от правительства, страховых компаний, политиков или других специалистов, а основана на деятельности практикующих врачей.

7. Исследования в области физической и реабилитационной медицины

7.1. Важность исследований в определенных областях и ценность современных и новых подходов

В ФМР полностью поддерживаются принципы доказательной медицины, а в научных исследованиях за последние два десятилетия был достигнут значительный прогресс. Тогда как физиологические механизмы действия физических факторов традиционно занимали центральное место среди научных интересов в течение последних 15 лет, увеличивается количество проведённых проспективных исследований, в которых изучена клиническая эффективность реабилитации при многих заболеваниях, таких как боль в спине, инсульт, травма головного и спинного мозга [77-79], ревматоидный артрит, сердечно-сосудистые, лёгочные и метаболические расстройства. Для некоторых заболеваний уже доступен мета-анализ контролируемых исследований.

7.1.1. Актуальность исследований

Организация ставит своей целью содействовать росту интереса и участию в исследованиях по реабилитации. Эта концепция подразумевает, что научная работа необходима для понимания основных процессов реабилитации, например, как люди приобретают новые навыки, и как ткани организма (например, мышцы, или проводящие пути в центральной нервной системе) могут восстанавливаться или адаптироваться к воздействию травмы или болезни. В исследовании также можно определить частоту и распространенность инвалидности, а также установить детерминанты в восстановлении и способности к изменениям, приобретению новых навыков и реакции на реабилитацию.

Появляются новые технологии, и они должны быть адаптированы для использования людьми с ограниченными возможностями. Реабилитационная техника является одним из наиболее важных и перспективных научных направлений сегодня и в будущем. Тканевая инженерия и другие современные технологии способствуют этой сфере. Расходы на здравоохранение и реабилитационные услуги будут увеличиваться, что заставит здравоохранение ограничить свои затраты и продемонстрировать эффективную организацию помощи. ФМР является надежным партнером в обсуждении между пациентами, политиками, министерством здравоохранения и страховыми компаниями, так как она обладает способностью обосновывать свои аргументы на достоверных фактах в общественной жизни, чему способствуют научные исследования.

7.1.2. Проблемы исследований в области физической и медицинской реабилитации

Как и в фундаментальной медицине, благодаря научно-медицинским внедрениям исследования в области реабилитации не стоят на месте. Результатом стал значительный прогресс в клинометрии. Поэтому рандомизированные контролируемые исследования возможны во многих областях, но менее эффективны, когда цели определены и обработаны в разнородных группах людей, особенно когда это происходит по личным или социальным, а не биологическим причинам. Проекты клинических исследований, разработанные в области клинической психологии, зачастую являются более плодотворными и научно целесообразными, чем проекты по оценке эффективности лекарственных средств. Сочетание качественных и количественных методов способствует научно обоснованному анализу эффективности реабилитационных мероприятий.

Государственные органы и поставщики часто стремятся найти доказательства экономической эффективности реабилитации и обычно требуют наиболее полного лечения; широкий спектр различных методов должен быть доступен лечащей бригаде в целях удовлетворения различных потребностей физических лиц в любой группе пациентов.

Суть проблемы в том, достигается ли результат в реабилитации посредством одного или взаимодействия различных методов. Проявление влияние одного реабилитационного мероприятия не соответствует реальной действительности, но в тоже время важно для определения отдельных эффективных процедур, которые эффективны лишь в совокупности, а не сами по себе. В настоящее время есть ряд решений этих технических и научных проблем, так как в реабилитационной практике необходимо постоянно контролировать эффективность и обоснованность затраченных средств.

7.2. Научно-исследовательские средства и ресурсы

Наиболее важный шаг, который должен быть сделан, чтобы повысить уровень и количество исследований в ФМР является организация платформы для общения всех участников исследовательской деятельности в Европе. Информация о будущих и текущих проектах, о финансировании и грантах, о протоколах, анкетах, измерительных приборах и обменных программах должны стать свободными и легко доступны для клиницистов, исследователей и менеджеров. Для ответа на актуальные вопросы об эффективности реабилитационных мероприятий потребуется существенное финансирование научных исследований.

Чтобы ответить на эти актуальные вопросы потребуется значительное увеличение финансирования исследований в области ФМР. На европейском, также, как и на мировом уровне, необходимо планирование научных исследований и сотрудничество с другими исследователями. Это поможет снизить влияние инвалидизации на людей и на общество в целом.

7.3. Обучение

Вышеуказанные технические требования реабилитационных исследований должны быть понятны всем, кто занимается реабилитацией. Поскольку многое в реабилитации требует многопрофильных и мультидисциплинарных усилий, мультидисциплинарные исследовательские группы и подразделения обеспечивают наиболее благоприятную почву для обучения в различных реабилитационных профессиях, в том числе медицине. Нет смысла осуществлять реабилитацию отдельно, а только в мультидисциплинарном подходе, но исследования при этом проводятся исключительно в однонаправленных специализированных научных командах, которые разделены друг от друга. Делается все возможное, чтобы расположить слушателей ФМР к преимуществам таких многопрофильных и междисциплинарных исследовательских групп. Хотя нынешних ресурсов во многих странах по-прежнему недостаточно для удовлетворения потребностей подготовки кадров ситуация постепенно улучшается. Преподаватели, имеющие степень доктора медицины или эквивалентную квалификационную категорию их профессиональной деятельности, будут являться основой, от которой зависят будущие исследования и учебная деятельность.

7.4. Публикация результатов исследований

Результаты научных исследований ФМР опубликованы в крупных специализированных журналах в каждой стране. В Европе специалисты работают с различными научными журналами, в числе которых «Journal of Rehabilitation Medicine» (имеющий сегодня самый высокий “impact factor” во всём мире), «Disability and Rehabilitation», «Clinical Rehabilitation», «Archives of Physical Medicine and Rehabilitation» и «Europa Medicophysica»; все они публикуют мультидисциплинарные исследования.

8. Будущее развитие

8.1. Философия

Продолжительность жизни увеличивается как в развитых, так и в развивающихся странах. Ещё более важно то, что увеличение выживаемости после травм и заболеваний также, как и старение населения приведут к повышенному спросу реабилитационных услуг во всех европейских странах, где также ожидается рост качества жизни [80]. В результате, реабилитационные системы должны постоянно развиваться с учетом следующих принципов:

- Реабилитация после травм и при хронических заболеваниях – основополагающее право человека [81];

- Равный и легкий доступ ко всем аспектам реабилитации, включая специалистов, вспомогательные технологии и социальную поддержку для всего населения Европы;
- Одинаково высокие стандарты медицинской реабилитационной помощи, включая обеспечение качественного и научно-обоснованного лечения;
- Научная основа для разработки реабилитационных моделей и стандартов медицинской помощи для клинической практики.

8.2. Цели

Для достижения этих целей в ФМР требуются следующие меры:

- улучшить общее понимание и осознание потребностей людей с ограниченными возможностями;
- пропагандировать преимущества реабилитации. Это приведет к определённой культуре, в которой доступ к адекватной реабилитации рассматривается в качестве основного права человека;
- углубить понимание и сотрудничество между неправительственными организациями людей, специализирующихся в ФМР;
- внедрить всеобъемлющие реабилитационные средства по всей Европе, специализированные и хорошо подготовленные реабилитационные бригады, и обеспеченные реабилитационные учреждения. Кроме того, должны быть предусмотрены общественные реабилитационные структуры для лечения хронических инвалидизирующих заболеваний;
- создать системы для обеспечения физической и реабилитационной медицины достаточно хорошо обученными и компетентными специалистами ФМР, доступными во всех европейских странах;
- установить общие высокие стандарты медицинской помощи на основе современных доказательных данных. Они должны принимать во внимание контроль качества и доступ к вспомогательным технологиям;
- внедрять новые технические разработки в ФМР. Это значительно способствует оказанию реабилитационной помощи и достижению лучших результатов. Разрабатываемые технологии должны внести существенный вклад в жизнедеятельность и качество жизни людей с ограниченными возможностями в Европе;
- содействовать научной деятельности и научным исследованиям в области реабилитации с адекватным финансированием для улучшения результатов лечения людей с ограниченными возможностями;
- поддерживать среду, где люди с ограниченными возможностями могут полноценно участвовать в общественной жизни. Специалист ФМР будет работать с людьми с ограниченными возможностями в продвижении этой цели.

Все эти меры позволят людям с инвалидностью вносить существенный вклад в европейское общество.

9. References

1. European Academy of Rehabilitation Medicine, European Federation of Physical and Rehabilitation Medicine, European Union of Medical Specialists (Physical and Rehabilitation Medicine Section): White Book on Physical and Rehabilitation Medicine. Universidad Complutense de Madrid; 1989.
2. Martin J, Meltzer H, Eliot D. Report 1; The Prevalence of Disability among Adults. Office of Population, Census and Surveys, Social Survey Division. OPCS Surveys of Disability in Great Britain, 198889. London: HMSO; 1988.
3. Bax MCO, Smythe DPL, Thomas AP. Health care for physically handicapped young adults. *BMJ* 1988;296:1153-5.
4. UEMS-PRM-Section: Definition of Physical and Rehabilitation Medicine. www.euro-prm.org. 2005.
5. Ward AB, Chamberlain MA. Disabled Young Adults. In: Evans CD, Goodwill J, Chamberlain MA editors. *Rehabilitation of the Physically Disabled Adult*. 2nd ed. London: Chapman & Hall; 1996:191-8.
6. Dennis M. Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? *BMJ* 1994;309:1273-7.
7. Beyer HM, Beyer L, Ewert Th, Gadowski M, Gutenbrunner C, Kroling P et al. Weisbuch *Physikalische Medizin und Rehabilitation*. *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 2002;12:M 1-M 30.
8. Deutscher Bundestag (2004). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe*. Drucksache 15/4575: Bundesdruckerei, Berlin; 2005; p. 146.
9. Rice-Oxley M, Turner-Stokes L. Effectiveness of brain injury rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999;13 Suppl 1:7-24.
10. Redmond AD, Johnstone S, Maryosh J, Templeton J. A trauma centre in the UK. *Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:317-20.
11. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:3-5.
12. Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo J, Bogousslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. *European Stroke Initiative (EUSI)*. *Cerebrovasc Dis* 2000;10 Suppl 3:1-11.
13. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. [update in *Cochrane Database of Systematic Reviews*]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2002.
14. *National Clinical Guidelines for Stroke*. 2nd ed. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit, Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians of London; 2004.
15. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999;13:253-67.
16. Livingston MG, Brooks DN, Bond MR. Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:876-81.
17. *British Society of Rehabilitation Medicine Working Party Report on Traumatic Brain Injury*. London: British Society of Rehabilitation Medicine; 1998.
18. McLellan DL. Rehabilitation. *BMJ* 1991;303:355-7.
19. Bent N, Tennant A, Swift T, Posnett J, Chamberlain MA. Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *Lancet* 2002;360:1280-6.
20. World Health Organisation. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*: Geneva: WHO; 2001.
21. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002;24:932-8.
22. Brandt E, Pope A. *Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Washington, DC: National Academy Press; 1977.
23. Stucki G. Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15:132-3.
24. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH editors. *Rheumatology*. 3rd ed. Vol. 1. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 517-30.
25. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. *BMC Medical Research Methodology* 2006;6:36.

26. Stucki G, Sigl T. Assessment of the impact of disease on the individual. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003;17:451-73.
27. Stucki G, Sangha O. Principles of rehabilitation. In: Klippel JH, Dieppe PA editors. *Rheumatology.* 2nd ed. London: Mosby; 1997. p. 11.1-11.14.
28. Medical Rehabilitation for people with physical and complex disabilities. Report of a working party. London: Royal College of Physicians; 2000.
29. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002;82:1098-107.
30. Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004;44 Suppl:9-11.
31. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med* 2004;44 Suppl:5-6.
32. Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets. *J Rehabil Med* 2004;44 Suppl:7-8.
33. Stucki G, Cieza A. Understanding functioning, disability and health in rheumatoid arthritis – the basis for rehabilitation care. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17:183-9.
34. UN Standard Rules to provide persons with disability full participation and equality. New York: United Nations; 1994.
35. EU Council of Ministers Meeting, Malaga: European Union; 2003.
36. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and integration. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2003. 7th ed. p. 369.
37. A coherent policy for people with disabilities. 1992. Recommendation R (92) 6. Strasbourg: Council of Europe; 1992.
38. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (approved by UNO, 20 December 1993). New York: United Nations; 1994.
39. Legh Smith JA, Denis R, Enderby PM. Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:1488-92.
40. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *Br J Nurs* 2000;9:2155-62.
41. Grahn BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:214-21.
42. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD004170.
43. Wade DT. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil* 2003;25:875-81.
44. Turner-Stokes L. The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004;4:10-2
45. Melin R, Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *J Rehabil Med* 2003;35:284-9.
46. Didier JP. La plasticite de la fonction motrice. Collection de l'Academie Europeenne de Medecine de Readaptation. Paris: Springer Verlag; 2004. p.476.
47. Krauth C, Hessel F, Klingelhofer HE, Schwelkert B, Hansmeier T, Wasem J. [Health Economic Evaluation of Rehabilitation Programmes in the "Rehabilitation Science" Research Funding Programme in Germany]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005;44:297-306.
48. Boyd LA, Winstein CJ. Impact of explicit information on implicit motor-sequence learning following cerebral artery stroke. *Phys Ther* 2003;83:976-89.
49. Friberg F, Scherman MH. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scand J Caring Sci* 2005;19:274-9.
50. Andre JMF. Fondements, strategies et methodes en medecine physique et de readaptation. In: Held JP, Dizien O editors. *Traite de medecine physique et de readaptation.* Paris: Flammarion; 1999. p. 3-13.
51. SGB IX (9th Social law): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Beck-Texte. Dt. Munchen: Taschenbuch-Verlag; 2001.
52. Garraway GM, Akhtar AJ, Prescott RJ, Hockey L. Management of acute stroke in the elderly: follow-up of a controlled trial. *BMJ* 1980;1:827-9.
53. Mazaux JM, De Seze M, Joseph PA, Barat M. Early rehabilitation after severe brain injury: a French perspective. *J Rehabil Med* 2001;33:99-109.

54. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions—a misguided enterprise? *Clin Rehabil* 2005;19:1-3.
55. Quintard B, Croze P, Mazaux JM, Rouxel L, Joseph PA, Richer E et al. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Ann Readapt Med Phys* 2002;45:456-65.
56. McLellan DL. Targets for rehabilitation. *BMJ* 1985;290:1514.
57. Nybo T, Sainio M, Muller K. Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe pre-school brain injury. *J Int Psychol Soc* 2004;10:719-23.
58. Association of British Neurologists, NeuroConcern Group of Medical Charities, British Society of Rehabilitation Medicine. *Neurological Rehabilitation in the United Kingdom. Report of a Working Party.* London: British Society of Rehabilitation Medicine; 1992.
59. NHS and Community Care Act 1990. London: HMSO; 1990.
60. Hall KM, Cope N. The benefits of rehabilitation in traumatic brain injury: a literature review. *J Head Trauma* 1995;10:1-13.
61. Verplancke D, Snape S, Salisbury CF, Jones PW, Ward AB. A randomised controlled trial of the management of early lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin Rehabil* 2005;19:117-25.
62. Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U. [General early rehabilitation] *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2002;12:146-56.
63. Glaesner, JJ, Harloff KJ, van de Weyer TH. [Rehabilitation in Acute Hospitals]. *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin* 2005;29:13-9.
64. Franchignoni F, Salaffi F. Generic and specific measures for outcome assessment in orthopaedic and rheumatological rehabilitation. In: Barat M, Franchignoni F editors. *Advances in Physical Medicine and Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation.* Pavia: Maugeri Foundation Books; 2004. p.58.
65. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 4.* UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
66. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhainen M, Hurri H et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 4.* UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
67. UEMS Charter on Specialty Training EC Directive 93/16/EEC. Brussels. European Commission; 5 April 1993.
68. Pradat-Diehl P, Azouvi P. *Fonctions executives et reeducation.* Paris: Masson; 2006.
69. Azouvi P, Perrier D, Van der Linden M. *La reeducation en neuropsychologie.* Marseille: Solal; 1999.
70. Mazaux JM. *Aphasie.* Paris: Masson; 2000.
71. Tennant A. Principles and Practice of Measuring Outcome. In: Barat M, Franchignoni F editors. *Advances in Physical Medicine and Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation.* Pavia: Maugeri Foundation Books; 2004. p. 35
72. Bethoux F, Calmels P. *Guide de mesure et d'évaluation en médecine physique et de readaptation.* Paris: Roche; 2003.
73. State University of New York at Buffalo. *Guide to the use of the uniform dataset for medical rehabilitation (adult FIM). Version 4.* Buffalo, NY: State University of New York at Buffalo; 1993.
74. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State M J* 1965;14:61-5.
75. Mau W, Gulich M, Gutenbrunner C, Lampe B, Morfeld M, Schwarzkopf SR et al. Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2004;14:308-18.
76. Ward AB. Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med* 2006;38:81-6.
77. Heilporn A, Andre JM, Didier JP, Chamberlain MA. Violence to and maltreatment of people with disabilities: a short review. *J Rehabil Med* 2006;38:10-2.
78. National Rehabilitation Guidelines –Italian National Health Service Ministry of Health Official Bulletin, Rome, 1998.
79. SPREAD National Stroke Guidelines- Italian National Health Service. 2001. www.sanita.it.
80. Brain Injury Guideline – Modena and Verona national Consensus Conference- 2001/2005 – www.sanita.it

81. The Department of Health and Social Security: OPCS Surveys of disability in Great Britain Report 1: The prevalence of disability among adults. 1988.

82. Fifty-Eighth World Health Assembly: Resolution 58.23, "Disability, including prevention, management and rehabilitation". Geneva: World Health Organisation; 2005.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ia.

Предложение для нового определения, основанного на ICF-модели.

[Благодарность: G. Stucki и J. Melvin в соавторстве
с профессиональным Практическим комитетом UEMS-PRM-секции]

Основываясь на интегративной модели человеческого функционирования ВОЗ, ФРМ – это медицинская специальность с реабилитацией в качестве основной стратегии в области здравоохранения. Оно применяет и интегрирует биомедицинский и инженерный (технический) подход к основанной на способности человека к воспользоваться дееспособности лица на основе подхода, который строит и укрепляет ресурсы человека, предусматривает содействие среды и развивает работу человека во взаимодействии с окружающей средой. Сюда входит диагностика и лечение заболеваний. Эффективность основывается на:

1) Оценке функционирования в отношении состояния здоровья, личностных и средовых факторов, включающих прогноз; возможность изменения прогноза; определение долгосрочных целей, вмешательство программных целей, реабилитация цикла цели и цели вмешательства, а также оценка легальности инвалидности;

2) выполнение или применение биомедицинских и инженерных мероприятий для оптимизации производительности, в том числе физические модальности, обезболивающие техники; нейропсихологические вмешательства; пищевые и фармакологические вмешательства; инженерное вмешательство, включающее использование электронных имплантатов, протезов и ортезов, СПИД и устройств, предназначенных для стабилизации, улучшения или восстановления нарушенных функций организма и структуры. Они будут минимизировать боль, усталость и другие симптомы, предотвращать нарушения, осложнения и риски, включительно (депрессия, кожные язвы,

тромбоз, контрактуры суставов, остеопороз и falls) и компенсировать нарушенные или потерянные функции организма и структуры;

3) руководство и координация программ вмешательства для получения оптимальной производительности в мультидисциплинарного повторяющегося процесса решения проблем; выполнение, применение и интеграция медико-биологических и инженерных мероприятий; психологические и поведенческие; учебно-консультационные; профессиональных и профессионально-техническое; социально-архитектурных вмешательств;

4) предоставляет руководство для пациентов и их ближайшего окружения, поставщиков услуг и плательщиков вдоль континуума помощи во всех ситуациях со стороны больничного сообщества;

5) Управление реабилитации здоровья и межведомственного услуги;

6) информирование общественности для запросов и принятия решений для осуществления политики и программ в области здравоохранения - это (a) распространяется на отрасли, обеспечивающие содействие расширению физической, социальной и экономической среды; (b) обеспечивает доступ к реабилитационным услугам как право человека; и (c) наделяет полномочиями специалистов по ФРМ для оказания своевременной и эффективной помощи для того, чтобы люди имеющие инвалидность или подвергающиеся риску инвалидности могли достигать и поддерживать оптимальное функционирование во взаимодействии с широкой физической, социальной и экономической средой.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ь.

Описание специальности физической и реабилитационной медицины

Физическая медицина – это медицинская дисциплина, которая охватывает, на научной основе, мероприятий, направленных на улучшение физиологического и психического функционирования, используя физиологические механизмы (такие как рефлекс, функциональной адаптации и нейропластичность), а также физической и психологической подготовки. Это возможно после того, как поставлен точный функциональный диагноз, который был сделан на основе функционального тестирования, которое находится в компетенции специалиста по ФРМ. Физическая Медицина в основном осуществляется через мультидисциплинарные бригады, в том числе физических терапевтов, специалистов по эрготерапии и других узких специалистов в области здравоохранения, социальных работников, педагогических работников и инженеров. (См. Главу 5).

Реабилитационная Медицина направлена не только на восстановление физическое

функционирование, но и на предоставлении возможности людям активно участвовать в жизни общества. Это дополнительное определение реабилитации, *“активный процесс, с помощью которого инвалид в результате травмы или заболевания добивается полного выздоровления, или, если полного выздоровления достичь не удастся, осознает его оптимальный физический, психический и социальный потенциал и интегрируется в наиболее подходящую для него среду (условия)”*[2]. Оба имеют отношение к людям с хроническими заболеваниями, после травм и с врожденной инвалидностью. Для того, чтобы этого достичь, таким видам деятельности, как самообслуживание, ходьба, вождение автомобиля, покупки, обучение и многие другие пациенты будут обучены в реабилитационных центрах.

Обзор всех возможных видов деятельности указан в международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) 9 (см. главу 3).

ПРИЛОЖЕНИЕ II.

Примеры инвалидизирующих заболеваний, с которыми обычно сталкиваются специалисты по ФРМ.

Последствия:

Травм

- Черепно-мозговая травма;
- Травмы спинного мозга;
- Множественные и сочетанные травмы;
- Плечевого сплетения и периферических нервов, травмы;
- Спортивные травмы;
- Травмы, связанные с хроническими инвалидизирующими заболеваниями;
- Производственный травматизм.

Неврологических заболеваний

- Инсульт - в том числе и субарахноидальное кровоизлияние;
- Хроническое инвалидизирующее неврологическое заболевание, например, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона;
- Инфекционные заболевания центральной нервной системы и абсцессы;
- Опухоли центральной нервной системы;
- Паралич спинного мозга;
- Нервно-мышечные расстройства и миопатии;
 - Периферические невропатии, включая синдром Гийена-Барре и синдромы ущемления нерва;
 - Болезнь Альцгеймера
 - Врожденных заболеваний - ДЦП, spina bifida и др.;
 - Редкие врожденные заболевания.

Острых и хронических болевых синдромов

- Ампутация (как следствие посттравматического, сосудистого, так и злокачественного заболеваний);
- Состояния после операций (в том числе трансплантации органов), ICU лечения (в том числе критического заболевания, полинейропатии и иммобилизационный синдром (нестабильность) и полиорганная недостаточность).

Заболеваний опорно-двигательного аппарата

- Заболевания позвоночника
 - 1) острые и хронические боли в пояснице;
 - 2) синдром шейного отдела позвоночника;
 - 3) болезни грудного отдела спинного мозга;
- Дегенеративные и воспалительные заболевания суставов;
- Другие моно - и полиартриты;
- Ревматизм мягких тканей (в том числе фибромиалгия);
- Комплекс заболеваний рук и ног (конечностей);
- Остеопороз;
- Хронические заболевания (опорно-двигательного аппарата) болевые синдромы;
 - 1) работы, связанные с болевыми синдромами;
 - 2) синдромы хронической усталости и фибромиалгии.

Сердечно-сосудистых заболеваний

- Ишемическая болезнь сердца;
- Сердечная недостаточность;
- Порок сердца;
- Кардиомиопатии;
- Заболевания периферических сосудов, в том числе ампутаций;
- Артериальная гипертензия;

Заболеваний дыхательных путей

- Астма;
- Хроническая обструктивная болезнь легких;
- Легочного фиброза;
- Пневмокониоз, в том числе асбестоз и другие производственного травматизма.

Ожирения и нарушения метаболизма

- Сахарный диабет;
- Метаболические синдромы, гиперлипидемия и гиперурикемия.

Заболеваний мочевых путей

- Хроническая почечная недостаточность;
- Опухоли мочевыводящих путей, в том числе и рака простаты;

- Простатзм (гипертрофия предстательной железы);
- Недержание мочи - например, стресс-недержание мочи и постоперационное недержание мочи.

Заболеваний желудочно-кишечного тракта

- Болезнь Крона, язвенный колит;
- Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта.

Сексуальной дисфункции (кроме неврологических)

- В вопросах полового воспитания;

- Эректильная дисфункция.

Инфекционных и иммунологических заболеваний

- Трансплантация костного мозга;
- Следствием ВИЧ-инфекции.

Рак и его последствия, в том числе и лечение осложнений и паллиативное лечение

Возрастные заболевания

- Детские заболевания, в т.ч. врожденные уродства, идиопатический сколиоз, болезнь Пертеса, spina bifida и др.;
- Проблемы пожилого возраста.

ПРИЛОЖЕНИЕ III.
Специалисты по ФРМ в Европе государств-членов UEMS

Страна	Общее количество врачей	Общее количество специалистов	Количество специалистов	Практикующие специалисты по ФРМ	Количество преподавателей по ФРМ	Количество специалистов по ФРМ на 100 тыс. населения	Популяция
Австрия	29 100	13150	44	134	85	1.85	7300000
Бельгия	38700	16365	24	450	80	1.40	10240000
Хорватия*	15600	8200	43	299	40	6.80	4600000
Кипр	2000	1850	41	9	-	0.90	1000000
Чешская республика	35000	27000	80	483	130	4.67	10300000
Денмарк	15000	6000	23	120	0	2.18	5500000
Эстония	8968	4312	40	158	-	11.70	1351000
Финляндия	19000	10500	35	152	30	2.92	5200000
Франция	183700	95000	38	1760	125	2.97	61300000
Германия	394432	261437	43	1571	65	1.96	80000000
Греция	60700	15200	37	164	33	1.49	11000000
Венгрия	40829	29280	92	140	27	1.38	10117000
Исландия*	900	-	33	10	3	3.72	270000
Ирландия	6050	4650	51	5	2	9.13	4000000
Италия	307600	160000	45	2200	350	3.85	59000000
Латвия	8588	7437	46	120	7	5.42	2300000
Литва			Информация не доступна				
Люксембург	810	520		8	0	2.00	400000
Мальта				1	0	0.25	400000
Нидерланды	39800	16500	27	248	78	1.65	15000000
Норвегия*	18404	13982	30	183	58	3.00	4300000
Польша	109000	65000	58	900	120	2.30	39000000
Португалия	29950	14530	46	325	100	3.25	10000000
Румыния*	44630	37670	58	690	164	3.24	22000000
Сербия и Монтенегро	25000	20000	41	610	120	5.8	1050000
Словакия			Информация не доступна				

Перевод версия 1 от 15 февраля 2015

Словения	4547	3362	39	68	19	3.40	2000000
Испания	157900	70000	51	2150	292	4.89	44000000
Швеция	27000	17600	60	160	20	1.88	8500000
Швейцария*	25251	23170	44	269	50	3.59	7502000
Турция*	91000	33000	36	1300	200	1.86	70000000
Великобритания	15000	21000	58	129	57	0.27	58000000

*) Страны не являющиеся членами ЕС

ПРИЛОЖЕНИЕ IV.

Диагностические инструменты и шкалы, используемые в физической и реабилитационной медицине.

Диагностика и оценка в ФРМ включает в себя следующий список.

Диагностика заболевания

- История болезни;
- клиническое обследование;
- клинико-диагностические инструменты, например, томография и др.

Функциональные шкалы

- клинические и функциональные исследования (например, мышечное тестирование, диапазон движений, координации, ловкости);
- стандартизированные/клинические тесты (timed up and go; тест функциональной досягаемости руки, sit to stand и др.)
- инструментальные тесты (динамометрия: оценка мышечной выносливости и силы; электрофизиологическое тестирование и др.);
- рейтинговые шкалы и опросники, результаты измерений;
- сомато-сенсорное тестирование (прикосновение, температура, давление, боль и др.);
- поза; мобильность; дотягивание, захват и манипуляции;
- тестирование общей и специфической чувствительности;
- глотание и питание;
- сексуальная функция;
- контроль за мочеиспусканием;
- жизнеспособность тканей (кожные проблемы и пролежни);
- функционирование кишечника/мочевого пузыря;
- коммуникация (речь, язык и невербальное общение);
- настроение, поведение, личность;
- показатели общего здоровья и др.;
- нейропсихологическое тестирование (восприятие, память, исполнительные функции, внимание и др.).

Шкалы активности и участия

- история болезни/анамнез, контрольная карта и

опросники;

- соответствующие факторы окружающей среды;

1) социальное положение, семья и друзья, сообщество;

2) профессия и работодатель, финансовые и иные активы и т.д.;

- потребность в уходе;

- потребность в оборудовании (например, инвалидные коляски);

- экологические условия (например, проживание).

Специальные функциональные шкалы

Анализ походки в лабораториях, которые содержат инструментарий для

- кинематических измерений – оценка структуры движения, в том числе временных и пространственных параметров

(гониометрии/электрогониометрия, асцелометрия, оптико-электронные системы, цифровая видеочамера с использованием специализированного программного обеспечения и др.);

- кинетических измерений – оценка возможности преодоления силы тяжести земли (динамометрические платформы,

педобарографические платформы, сенсорные стельки, портативные системы для передвижения и др.);

- поверхностной ЭМГ-активности в выбранных мышцах;

- энергетика.

Количественная оценка других показателей равновесия и подвижности (статическая и динамическая постурография, мониторинг долговременной активности и др.).

Профессиональная деятельность: повседневная активность и ведение домашнего хозяйства, работа и продуктивная активность (включая оценку функциональных возможностей и анализа места работы), вождение автомобиля и досуг.

ПРИЛОЖЕНИЕ V.

Перечень предметов и теоретических знаний
для получения диплома Европейского совета ФРМ (версия 2005 года)

А) Специальные базовые знания по специальности

Введение: Философия, Цели и методология физической и реабилитационной медицины.

- 1) Исторические аспекты специальности.
- 2) Нарушение жизнедеятельности и процесс реабилитации.
 - а) Модель традиционной медицины.
 - б) Модели физической и реабилитационной медицины.
 - в) Процесс реабилитации.
- 3) Физическая и реабилитационная медицина: самостоятельная специальность.
 - а) Критерии автономной специальности.
 - б) Философия.
 - в) Цель.
 - г) Методология.
- 4) Роль специалиста по физической и реабилитационной медицине.
 - а) Медицинские задачи.
 - б) Медико-социальные задачи.
 - в) Цели и стандарты специальности.
 - г) Междисциплинарные работы.

Глава 1. Основы физической и реабилитационной Медицины

- 1) Общие принципы биомеханики, как кинетической, так и кинематической. Силы, связь сил, рычаги, моменты, мощность, энергия, инерция, ускорение.
- 2) Принципы поведения и сопротивления материалов под действием силы. Общее представление о деформации и эффектах деформации. Характеристики однородных и композитных материалов. Начальные знания об измерении деформации и деформации различных материалов.
- 3) Биомеханика: общее понимание применения вышеуказанных пунктов для живой ткани. Биомеханика различных тканей в организме человека (в частности опорно-двигательного аппарата). Начальные знания биомеханики жидкости и их применение к жидкостям человеческого тела.
- 4) Изучение человеческого движения (кинезиология).
 - а) *Общее.*
 - Приложения для человеческого организма системы рычагов; различные составляющие рычагов с точки зрения опорно-двигательного аппарата.
 - Знание общей структуры, классификация и

характеристики движений суставов.

Сокращение мышц, внутреннее и внешнее сопротивление, сокращение мышц и объем движений в суставах. Факторы, ограничивающие объем движений. Разные типы мышц. Различные механические типы мышечного сокращения, моно- и полиартикулярные мышцы. Статические или изометрические сокращения, динамические или изокинетические сокращения.

Плиометрические сокращения. Мышцы агонисты, антагонисты, синергисты. Кинетическая цепь.

б) Специфическое.

- Физиологическая функция суставов и мышц: позвоночника и конечностей. Данная часть программы предполагает детальное знание анатомии опорно-двигательного аппарата.

в) Прикладное.

- Применение ранее полученных данных анализа позы и движения в повседневной деятельности человека: основные положения и различные позы, жесты, хватка, подвижность, ходьба, бег и прыжки.

5) Биохимические эффекты физических упражнений. Расход энергии, тепловая регуляция. Физиологические затраты, сердечно-сосудистые и легочные эффекты упражнений.

6) Клиническая эпидемиология, методология клинических исследований. Статистика.

7) Доказательная медицина по специальности физической и реабилитационной медицины.

8) МКФ (ICF).

9) Оценка когнитивной функции.

Глава 2. Физиология и основы патофизиологии

- 1) Центральная нервная система.
- 2) Периферическая нервная система
- 3) Вегетативная нервная система
- 4) Мышечная система
- 5) Нервно-мышечное соединение
- 6) Нейрофизиология осанки и движения.
- 7) Механизм возникновения боли; взаимодействие боли и движения.

Глава 3. Клинико-функциональная оценка в физической и реабилитационной медицине

- 1) Клинико-функциональная оценка функции суставов и мышц; оценка двигательной функции и чувствительности.
- 2) Оценка когнитивных навыков, языка и речи, памяти, поведения и др.
- 3) Лабораторные исследования и методы визуализации. Рациональное использование

современных методов медицинской визуализации в физической и реабилитационной медицине.

4) Количественная оценка посредством записи механических и кинетических явлений (стабилоплатформа), а также движений или кинематики (различные современные формы записи перемещений сегментов тела).

5) Электродиагностика: электромиография, исследование проводимости нервов и вызванных потенциалов.

6) Легочные функциональные тесты.

7) Функциональное тестирование сердечно-сосудистой системы, насыщение кислородом, упражнения с градуированной нагрузкой, тестов, физиологические затраты энергии.

8) Биохимические и патологические тесты в настоящее время используются в области физической медицины и реабилитации.

9) Функциональная оценка: используют и применяют в МКФ. Различные весы, приборы, тесты и показатели, использующиеся в условиях, имеющих отношение к физической и реабилитационной медицине.

10) Анализ осанки и движения (в том числе постурография и походка).

Глава 4. Терапия в физической и реабилитационной медицине

1) Физическая терапия

а) Знание элементарных приемов пассивной и активной лечебной физкультуры. Различные техники ручного и инструментального массажа. Методы функциональной реабилитации суставов (ручной и инструментальный). (Пере)обучение мышц, стимуляция мышечной деятельности, функциональные тренинги. Методики укрепления мышц, повышение выносливости, переобучение навыкам.

б) Особые методы физической терапии (кинезиотерапии) при различных патологиях.

- Такие техники как Сугиях, Mennell, и т.д.

- Техники нервно-мышечной фасилитации-ингибиции, например, Kabat, Бобат, Brunström, Войта и т.д.

- Управление отеками

с) Указания, предписания, контроль проведения физической терапии: общие знания техник, и выбор методов с учетом результатов клинических и функциональных оценок, вида патологии и

индивидуальных особенностей каждого пациента.

2) Методики физической терапии:

использование физических методов терапии, базовые знания, эффекты лечения, показания и противопоказания.

а) Электротерапия: гальванические токи;

лечения токами низких, средних и высоких частот.

б) механические вибрации.

с) Биологическая обратная связь.

д) Теплолечение: лечение холодом и теплом.

е) Бальнеотерапия.

3) Трудотерапия.

- Фундаментальная эргономика.

- Принципы и методы трудовой терапии.

- Материалы, оборудование, технологии и шкалы в трудотерапии.

- Применение трудотерапии: в тренировке суставов/мышц, тренировке на выносливость, в функциональной реабилитации и возвращении человека в общество (социально-семейное, бытовое, профессиональное и трудовое обучение).

- Профессиональные шкалы, руководства и подготовка.

4¹) Оборудование и технические средства.

а) Используемые материалы.

б) Повязки.

с) Ортезы (позвочника, конечностей).

д) Протезы: хирургические показания к ампутации. Оборудование для реабилитации пациентов после ампутации.

е) Стоматерапия (Stomatherapy).

ф) Технические средства и устройства:

оборудование, инструменты, оборудование для оценки ADL (Активности повседневной жизни), средства перемещения и общения, контроля окружающей среды, бытовой техники, являются ли они простыми или сложными, но, они призваны помочь людям с ограниченными возможностями в приобретении большей независимости и улучшения качества их жизни

г) консультации по использованию и управлению инвалидным креслом.

5) Мануальная терапия.

- Патофизиология мануальной медицины.

Анатомические знания. Клиническое обследование позвоночника и конечностей. Дисфункции межпозвонковых сегментов. Принципы мануальной

¹ Специалисты физической и реабилитационной медицины должны иметь общее представление о материалах, использующихся для изготовления ортезов и протезов, а также их механические свойства. Кроме того, современные знания об этих устройствах требуют понимания процесса их изготовления, дополнительных

материалов, запасных частей, и их применение в клинической практике; он (или она) должны иметь детальное знание как назначать, подбирать, адаптировать, для применения и оценивать терапевтический эффект.

техники. Показания и противопоказания.
Потенциальная опасность манипулятивных актов.
Клиническое обследование и шкалы.

б) Повторное обучение по направлениям речевых и языковых расстройств, принципам, оборудованию и технологиям, используемым в языковой терапии и для восстановления. Развитие речи в детском возрасте. Шкалы в речевой терапии и их применение в реабилитации при проблемах с артикуляцией, речью (выражение, понимание, чтение и письмо).

Оценка и лечение расстройств глотания.

7) Интеграция инвалидов в общество. Принципы и методы клинической психологии и социальной помощи (социальной работы). Когнитивные шкалы (интеллекта, памяти, концентрации внимания, поведения) и способность к обучению. Применение когнитивных, психологических и социальных способностей пациента: памяти и концентрации внимания, понимания и принятия его проблемы, мотивации к реабилитации, настроения, трудностей в межличностных отношениях; профессионального обучения и методов обеспечения финансовой безопасности.

Изменение окружающей среды.

8) Нейропсихологическая реабилитация: шкалы и руководства.

9) Фармакология: фармакокинетика препаратов, применяемых в реабилитационной медицине; возможные взаимодействия с программой реабилитации и ЛФК.

10) Инфильтрационные и инъекционные техники; иглоукалывание.

11) Внешняя ударно-волновая терапия для лечения тендинитов.

12) Мультидисциплинарное лечение боли.

В) Применение к патологии.

Для каждой из следующих глав, нет необходимости вводить описания всех разнообразных заболеваний, входящих в компетенцию врачей данной специальности. Для этого достаточно установить, что специалисты физической и реабилитационной медицины для каждой группы заболеваний должны знать: клинические признаки и симптомы, диагностические инструменты, соответствующие виды шкал и принципы современной терапии данных заболеваний. Особенно важно знать терапевтические эффекты реабилитации, её показания и противопоказания.

Глава 5. Неподвижный пациент

1) Патологическая физиология неподвижности.
Последствия для

а) Сердечно-сосудистой системы.

б) Дыхательной системы.

с) Пищеварительной системы.

г) Метаболизма (остеопороз).

е) Мочеполовой системы.

ф) Кожного покрова (пролежни).

г) Мышечной системы.

ч) Опорно-двигательного аппарата.

и) Нервной системы.

2) Профилактики и лечения вышеуказанных расстройств.

Глава 6. Патология опорно-двигательного аппарата у взрослых в физической и реабилитационной медицине

1) Атравматические причины

а) Воспалительные заболевания суставов, ревматическая полимиалгия, заболевания соединительной ткани.

б) Кристаллические артропатии. Подагра, хондрокальциноз.

с) Остеомаляция, остеопороз.

д) Болезнь Педжета.

е) Первичные и вторичные злокачественные опухоли костей.

ф) Внесуставной ревматизм.

г) Нервно-мышечные заболевания.

h) Остеоартроз.

и) Патологии позвоночника.

ж) Артропластика.

л) Заболевания рук и стоп.

м) Начальные знания о хирургии суставов: артроскопия, артротомия, артрорез.

н) Синдром хронической усталости и фибромиалгии.

о) Миофасциальный болевой синдром.

2) Травматические причины.

а) Физиология и патофизиология восстановления тканей опорно-двигательного аппарата.

б) Растяжения и разрывы.

с) Дислокации. Травматические и рецидивирующие вывихи.

г) Переломы: позвоночника (без неврологических осложнений), конечностей: принципы лечения, время восстановления, включая хирургическое вмешательство, например, остеотомия.

е) Специфические заболевания кисти и стопы.

3) Ожоги:

а) Классификация.

б) Лечебные процедуры.

с) Профилактика и реабилитация осложнений.

Глава 7. Физическая и реабилитационная медицина и спорт

Физическая и реабилитационная медицина, связанна с занятиями спортом.

Спорт для людей с ограниченными

возможностями.

Глава 8. Физическая и реабилитационная медицина. Патологии нервной системы

- 1) Центральная нервная система.
 - а) Сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, инфекционные и дегенеративные заболевания головного и спинного мозга.
 - б) Поражения спинного мозга: травматические, опухолевые, другие. Оценка и лечение поражения спинного мозга.
 - в) Спиноцеребеллярные дегенеративные заболевания: болезнь Фридрейха, болезнь Штрюмпель-Лоррена и др.
 - д) Нейропсихологические дисфункции.
- 2) Периферическая нервная система.
- 3) Специальные сенсорные нарушения

Глава 9. Физическая и реабилитационная медицина и патология дыхания

- 1) Фундаментальная оценка острого и хронического обструктивного и рестриктивного синдромов. Этиология и принципы терапии.
- 2) Принципы реабилитации: оценка функции с помощью функциональных респираторных тестов.
 - а) Активные и пассивные методы бронхиального и постурального дренажа, мануальные навыки, инструментальные методы.
 - б) Обучение и тренировка пациента.
 - в) Искусственная вентиляция легких, вспомогательное дыхание, вспомогательное дыхание в домашних условиях. Уход за трахеостомой.
 - д) Оборудование для вспомогательного дыхания.
 - е) Надзор и контроль лечения.
- 3) Их применение

Глава 10. Физическая и реабилитационная медицина и сердечно-сосудистая патология

Расстройства сердечной деятельности:

- 1) Сердечная реабилитация при патологии клапанов.
- 2) Кардиологическая реабилитация после инфаркта миокарда.
- 3) Кардиомиопатии.
- 4) Сердечно-сосудистая хирургия

Сосудистые нарушения:

- Артериальная система

1) Артериальная окклюзионная болезнь ног: обследование, роль и технологий реабилитации на различных этапах заболевания.

2) Реабилитация пациентов с ампутированной конечностью, уход за культей, протезирование.

- Венозная система

а) Профилактика и лечение тромбоза глубоких вен.

б) Проблемы, связанные с нарушением структуры и функции вен: язвы, варикозные язвы.

- Лимфатическая система

Глава 11. Физическая и реабилитационная медицина детей

- 1) Оценка развития ребенка: психомоторное развитие, активность, сенсорное и когнитивное развитие. Тестирование и оценка развития ребенка на разных этапах.
- 2) Патофизиология развивающегося опорно-двигательного аппарата. Взаимосвязь между ростом и аномалиями структур опорно-двигательного аппарата и суставов.
- 3) ДЦП, spina bifida и миеломенингоцеле. Инфантильная спинальная амиотрофия. Нейро-ортопедические последствия неврологических расстройств, профилактика, лечение и мониторинг.
- 4) Врожденная патология опорно-двигательного аппарата (позвоночника, конечностей, скелета агенезия, врожденные аплазии и дисплазий; дисплазия тазобедренного сустава, косолапость, другие пороки развития стопы).
- 5) Нарушения роста.
- 6) Несоответствие нижних конечностей.
- 7) Идиопатический, врожденный, вторичный сколиозы.
- 8) Детские травмы: общая оценка травмы и реабилитация детей, в частности, ампутации конечностей у детей.

Глава 12. Физическая и реабилитационная медицина мочеполовая система

- 1) Физиология удержания мочи/контроль сфинктера и функционирования анального сфинктера.
- 2) Патологические состояния мочевого пузыря/сфинктера: неврологические и другие. Уродинамика. Обследование и лечение.
- 3) Оценка и лечение патологии аноректального сфинктера патологии и гиперактивного мочевого пузыря и кишечника
- 4) Сексуальные последствия неврологической дисфункции, в том числе беременности, из-за спинномозгового паралича.

Глава 13. Физическая и реабилитационная медицина у пожилых людей

- 1) Процесс старения различных систем:
 - а) Центральная и периферическая нервная система: старение нейронов, влияет на настроение, функционирование головного мозга и механизмы обратной связи.
 - б) Опорно-двигательный аппарат
 - в) Сердечно-сосудистая и дыхательная системы.
- 2) Понимание основ гериатрической патологии: эпидемиология, патология, процесс старения и терапия.
- 3) Показания для пребывания гериатрических больных на дому или в их помещении в

соответствующее специальное учреждение.

Глава 14. Онкологическая реабилитация

Глава 15. Интеграция и обслуживание инвалидов и пожилых людей на дому.

1) Общее представление о здоровье и медико-социальных учреждениях в разных странах Европейского сообщества:

- а) Система медицинского страхования, социальная защита.
 - б) Госпитализация, частная и государственная.
 - с) Госпитализации на дому.
 - д) Медицинская помощь на дому, работники здравоохранения, сиделки, и т.д.
 - е) Оказание помощи и наблюдения по телефону и посредством других телекоммуникационных методов.
- 2) Знание общей организации реабилитации, место и роль специалиста по физической и реабилитационной медицине в рамках этих структур.

ПРИЛОЖЕНИЕ VI.

Правила для непрерывного медицинского образования (СМЕ) и непрерывного профессионального развития (СРD) специалистов по ФРМ

Каждый дипломированный специалист в ФРМ должен ежегодно набирать 50 баллов. Это не является обязательным, но специалисты должны иметь в общей сложности 250 баллов за 5 лет. Переаттестация Совета сертифицированных ФРМ специалистов происходит каждые десять лет после сертификации и основан на СМЕ шкале.

Это могут быть:

- 1) участие в научных мероприятиях:
 - 1 балл за один академический час участие (не более 6 баллов за день), или
 - 3 балла за пол дня события, или
 - 6 баллов за полный день события.
- 2) представления научной работы (чтение лекций/презентация плакатов):
 - 5 баллов, для каждой лекции данного человека за время научного события,
 - 3 балла, за каждый плакат, представленный человеком во время научного события.
- 3) публикации в:
 - i. Журнале: 10 баллов каждому автору.
 - ii. Книге: 10 баллов для каждой главы.
- 4) научная деятельность (например, Ph.D. - копировать представленное - 50 баллов).
- 5) Самообразование:
 - i. Персональная подписка на журналы по ФРМ:
 - 5 баллов/ журнал индексируется, до 2-х журналов.
 - 3 балла, если абонент подписан на один неиндексированный журнал.
 - ii. Интернет преподавание по ФРМ: если доказательства, представлены:
 - 1 балл/урок, баллы предоставляются за урок, записанный на электронные носители.