



Департамент
здравоохранения
города Москвы

КОНГРЕСС НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ
«РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ: ПРОБЛЕМЫ И
ПУТИ РЕШЕНИЯ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии,
Главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации и
санаторно-курортному лечению г.Москвы



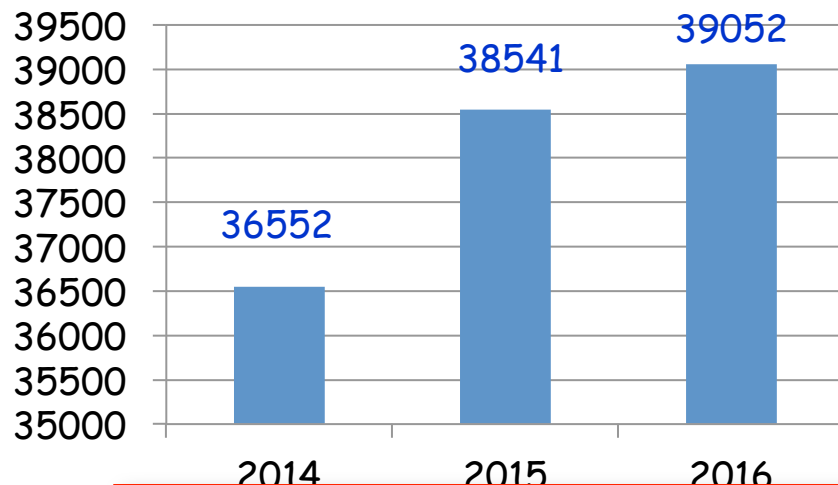
д.м.н., профессор
Валиуллина Светлана Альбертовна



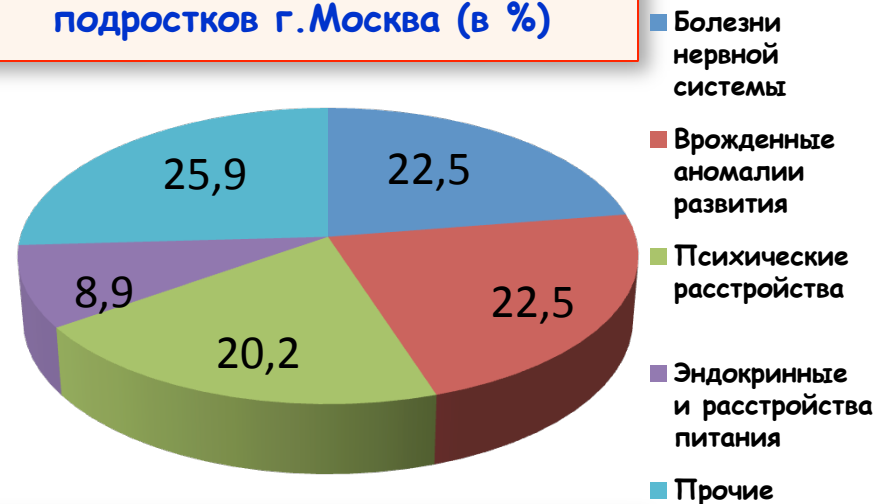
Детская медицинская реабилитация: основные
принципы, особенности, проблемы

30 октября 2017

Дети-инвалиды в г.Москве



Структура инвалидности детей и подростков г.Москва (в %)



Нуждаемость детей и подростков г.Москва в этапной реабилитации и санаторно-курортном лечении

Класс Заболеваний	Всего зарегистрировано (12ф)	Всего госпитализировано (14ф)	Всего прооперировано (14ф)	1 этап реабилитации	2 этап реабилитации	3 этап реабилитации	Санаторно-курортное лечение
Всего :	3 380 080	376585	93398	<u>61160</u>	<u>51795</u>	<u>95080</u>	<u>39481</u>
из них							
Болезни системы кровообращения	44095	3772 в ДГКБ ДЗ Москвы	1572 в ДГКБ ДЗ Москвы	21088	7758	8008	4927
Болезни эндокринной системы,	77954	4845	37	-	2910	2910	1455
Болезни нервной системы	159663	14305	894	5154	7892	13105	1553
Болезни костно-мышечной системы	228721	8673	13673	7213	4558	6347	3187
Болезни уха и сосцевидного отростка	119849	10285	2918	277	3697	5523	-
Травмы	339004	64187	Нет данных	37461	21438	29189	7399

ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ



Департамент
здравоохранения
города Москвы

ЗАРУБЕЖНАЯ ПРАКТИКА ФАЗОВОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ

ПЕРВЫЙ ЭТАП

Оказание медицинской реабилитационной помощи в острый и острейший период течения заболевания или травмы с момента стабилизации витальных функций, первых суток заболевания (в случае хирургического лечения - в раннем послеоперационном периоде)

Фазы А, В
- ранний
острый
период



В отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных клинических отделениях стационаров по профилю оказываемой помощи

ВТОРОЙ ЭТАП

Пациентам, имеющим перспективу восстановления функций, в острый, ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения

Фазы С, Д
- ранний
резидуаль-
ный период



В специализированных реабилитационных отделениях многопрофильных стационаров или реабилитационных центров

ТРЕТИЙ ЭТАП

Оказание медицинской реабилитации в ранний, поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения, при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов лечения, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, отсутствии необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода со стороны среднего и младшего медицинского персонала при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Фаза Е-
поздний
отдаленный

Фаза F- уход



В амбулаторно-поликлинических учреждениях, дневных стационарах, в санаторно-курортных учреждениях, выездными бригадами на дому



Департамент
здравоохранения
города Москвы

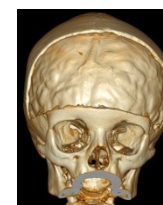
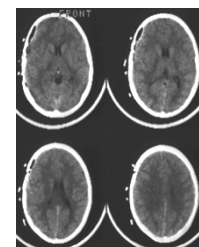
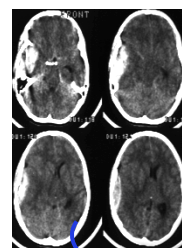




Основные принципы ранней реабилитации детей с тяжелыми острыми повреждениями

Общие

- ✓ Пошаговый, комплексный, этапный, системный подход с учетом индивидуальных особенностей и потребностей,
- ✓ Ранняя реабилитация с участием междисциплинарной команды,
- ✓ Раннее начало реабилитационных мероприятий и максимальная интенсивность с учетом толерантности к нагрузкам,
- ✓ Ранняя хирургическая реабилитация,
- ✓ Активное участие семьи и социального окружения



Специфические

- ✓ Постепенное продвижение с учетом онтогенетического развития (от низших форм развития к высшим (поза эмбриона и т.п.)),
- ✓ Дозированность нагрузки с постепенным расширением и усложнением задания после его выполнения,
- ✓ Повышение самооценки пациента, независимо от полученных результатов,
- ✓ Повышение мотивации к выполнению задания, на познание,
- ✓ Соблюдение баланса

ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ - патогенетическая направленность лечебных и реабилитационных мероприятий

лечение



реабилитация



Особенности реабилитации детей



1. Психо-физиологические особенности

Ребенок - развивающийся, растущий организм с несформировавшимися анатомическими и физиологическими функциями, нейро-эндокринными особенностями.

Ребенок не сформирован до конца и как личность, не занимается профессиональной деятельностью (а только готовится к ней), не имеет жизненного опыта, сложившегося мировоззрения; психика его неустойчива, ранима

В отличие от взрослых, реабилитация детей должна обеспечивать соответствующее возрасту физическое и психическое развитие.

Эпидемиология причин, ухудшений и нарушений различается у детей и взрослых.

У взрослых преобладают хронические заболевания .

У детей преобладает острая и врожденная патология, а также травмы



Особенности реабилитации детей и подростков

В ее осуществлении участвуют все учреждения здравоохранения и просвещения (стационары, детские поликлиники, детские дошкольные учреждения, школы, санатории и т. д.).



Абилитация - это система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, еще не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества.

Реабилитация - комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных в результате травмы функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности и.

Цель: **формирование и развитие новых навыков**

Цель: **восстановление утраченных, ранее имевшихся функций**





2. Медико-организационные особенности

В отличие от взрослых, реабилитация детей предусматривает значительно больший срок, т.к. из детского возраста она должна ввести их в профессиональную деятельность, подготовить к трудностям "взрослой жизни" и сопровождать в этой "взрослой" жизни.

Реабилитация детей предусматривает значительный объем услуг, которые предоставляются детям всех возрастов, их родителям, семье в целом и более широкому окружению: специальные знания, психологическая поддержка, помощь в организации отдыха и др.

Увеличение объема услуг в детской реабилитации обусловлено ростом последствий ранее смертельных заболеваний. Благодаря повышению качества оказания медицинской помощи и внедрение современных технологий способствовало увеличению количества новорожденных, выживающих при наличии врожденных и неонатальных отклонений. Или увеличение выживаемости детей после тяжелых нейротравм.

Реабилитацию необходимо начинать на самых ранних стадиях болезни и вести непрерывно.



3. Особенности в методах и технологиях реабилитации

Интервенционные подходы, основанные на игре, обладают важным значением в процессе реабилитации детей. Они учатся и развиваются в процессе игры.

У взрослых в процессе реабилитации на первое место выходит мотивация. Гораздо проще убедить взрослого выполнять действие, объяснив ему его цель и способы его достижения

У детей удовольствие играет первостепенное значение. Для детей важна захватывающая окружающая обстановка и интересные ситуации для побуждения к действию

В педиатрической реабилитации многие средства оценки основаны на наблюдении (напр., оценка общей двигательной активности, Розенбаум и др., 2002).

У взрослых более эффективны анкетные опросы самооценки.

Уровень положительного соучастия членов семьи в процессе реабилитации гораздо выше у детей, чем у взрослых. ежедневного выполнения рекомендаций врачей детьми. С течением времени дети становятся все более вовлечёнными в процесс реабилитации

Особенности реабилитации детей



На каждом этапе реабилитация должна носить комплексный характер с учетом особенностей личности ребенка, семьи, социально-психологических взаимоотношений в семье, своеобразия патологических, морфологических, а также функциональных изменений.

Являясь единым целым с комплексом мероприятий по первичной профилактике, реабилитация - это прежде всего создание оптимальных санитарно-гигиенических условий для детей по физическому воспитанию, трудовому обучению, разнообразному питанию, комфортному воздушному, тепловому и световому режиму, а также соблюдению гигиенических рекомендаций по использованию учебной мебели, составлению расписания уроков, режима дня.



Особенности реабилитации детей



4. Семейно ориентированный подход реабилитации

Дети, нуждающиеся в реабилитации, обычно сильнее зависят от других, чем взрослые.

Акцент на родительских приоритетах должен постепенно снижаться по мере взросления с целью обеспечения более активной их роли в процессе реабилитации.

Подход, ориентированный на семейные узы, который рассматривает потребности не только ребенка, но и потребности родителей и родных братьев и сестер (Кинг, Розенбаум и Кинг, 1996; Розенбаум, Кинг, Лоу, Кинг и Эванс, 1998), в педиатрии используется чаще, чем индивидуальный подход к пациентам

Ребенок, особенно маленький, зависим от окружающих и, прежде всего, от родителей. Живущий в мире сказок, перенесший тяжелую болезнь и лечение, длившиеся иногда годами, он по-иному оценивает свое отношение к окружающему. И успех реабилитации его во многом определяют взаимоотношения ребенка и его родителями.

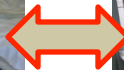
НЕПРЕРЫВНЫЙ ЭТАПНЫЙ ПОДХОД В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ В НИИ НДХИТ



**Antishock
ward**



**Диагностика, восстановление витальных функций,
устранение угрожаемых жизни состояний**



**Ранняя реабилитация в
острейшем периоде травмы в
отделении реанимации
Фаза А**

**Ранняя реабилитация острым
периоде травмы в ПИТ хирур-
гического отделения - Фаза В**

**Ранняя реабилитация в острый
и подострый период травмы в
специализированном
хирургическом отделении -
Фаза С**

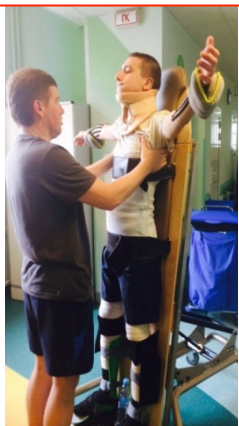


**Промежуточный и поздний этап реабилитации амбулаторнов в отделении реабилитации и при
повторных госпитализациях ФАЗЫ D, E**

Тяжелая нейротравма (ЧМТ и ПСМТ) – это начало пожизненных разрушительных изменений как для пациента, так и для членов его семьи. «Нормальная» семейная жизнь на длительное время подвергается серьезным изломам и прессингу.

Исследования, проводимые в Англии с 1970–80гг., показали, что возникший вследствие этого эмоциональный стресс у опекунов и членов семей больного наступает сразу же после травмы и может продолжаться 7 лет, а после травмы спины последствия будут ощущаться всю жизнь.

От 20% до 50% семейных пар в такой ситуации, к сожалению, разводятся



- 
- Трудности в поведении ребенка,
 - Беспокойство о том, как братья и сестры воспримут изменения,
 - Друзья, соседи, родственники не понимают,
 - Финансовые нагрузки. Возможно одному из родителей придется оставить работу,
 - Судопризывводство

- 
- Шок
 - Осуждение
 - Несогласие
 - Чувство утраты ребенка, каким он был до травмы
 - Беспокойство о реакции окружающих
 - Чувство вины за то, что произошло
 - Гнев и фрустрация
 - Изоляция, нет времени общаться с друзьями, следить за собой



Потребности семьи могут меняться на разных стадиях процесса. Родители испытывают одни чувства в больнице, и совсем другие, когда ребенок вернулся домой



Последствия тяжелых травм часто недооцениваются, особенно их воздействие на членов семьи.

При тЧМТ и ПСМТ нет полного понимания всего комплекса проблем особенно с юридической точки зрения, тогда как грамотный совет и поддержка очень важны, особенно, когда встанет вопрос о компенсации на длительное время

ВАЖЕН НАСТРОЙ РОДИТЕЛЕЙ

77,6% родителей детей, получивших ТЧМТ, выписываются из стационара с большой надеждой на выздоровление своих детей. 86,5% из них уверены, что именно от них зависит восстановление ребенка и делают все возможное для регулярных занятий со своими детьми, Они строго придерживаются педагогических рекомендаций, выстраивая чувствительные взаимоотношения со своими детьми, основанные на взаимопонимании и уважения друг к другу, с учетом психофизических возможностей ребенка.

13% родителей после выписки ребенка из стационара уходят с надеждой на «чудо», на возможность решения проблем в других реабилитационных центрах, в продолжении восстановительных мероприятий с помощью разных специалистов, не прилагая для этого собственного участия. Это сказывалось на появлении у детей «синдрома больного», манипулирующего взрослыми и требующего немедленного удовлетворения разных прихотей и желаний, отказываясь от трудновыполнимых заданий. Результаты восстановления у этих детей – были значительно хуже.

АКТИВНО-НЕКОНФЛИКТНАЯ (72,5%)

КОНФЛИКТНОСТЬ: максимальное избегание конфликтов и поиск других способов взаимодействия

АКТИВНОСТЬ: активное участие в процессе восстановления ребенка

КОНТАКТ: максимально возможный и конструктивный контакт с реабилитационной командой, выполнение рекомендаций

РЕЗУЛЬТАТ – максимально быстрое восстановление ребенка

ПАССИВНО-НЕКОНФЛИКТНАЯ (11,7%)

АКТИВНОСТЬ: пассивное восприятие ситуации, равнодушное участие в процессе восстановления ребенка

КОНФЛИКТНОСТЬ: максимальное избегание всех конфликтных ситуаций
КОНТАКТ: контакт с реабилитационной командой условный, рекомендации выполняются формально.

РЕЗУЛЬТАТ: восстановление ребенка в рамках госпитализации и в домашних условиях – спонтанное восстановление

ГРУППЫ РОДИТЕЛЕЙ

ЭКСПЛИЦИТНО-КОНФЛИКТНАЯ (7.5%)

КОНФЛИКТНОСТЬ: постоянно напряженная ситуация и множество претензий

АКТИВНОСТЬ: гиперактивное участие в процессе лечения ребенка (деструктурирующее участие)

КОНТАКТ: как правило, родитель противопоставляет себя команде, постоянно «отстаивая» свое мнение, и обесценивает труд специалистов

РЕЗУЛЬТАТ: восстановление ребенка может пойти как в «+», так и в «-»

ЛАТЕНТНО-КОНФЛИКТНАЯ (8.3%)

КОНФЛИКТНОСТЬ: спокойная ситуация «внутри», но постоянное давление на врачей «снаружи»

АКТИВНОСТЬ: мерцающая активность по отношению к ребенку

КОНТАКТ: создается иллюзия максимально полного контакта и сотрудничества

РЕЗУЛЬТАТ: восстановление ребенка в рамках госпитализации и в домашних условиях – спонтанное восстановление



Что важно в реабилитации? – Сохранить баланс

между



между

- ✓ Между самой медицинской реабилитацией
- ✓ Между индивидуальными потребностями пациента
- ✓ Между методами, основанными на доказательной
- ✓ Между специалистами внутри реабилитационной команды
- ✓ Между современными возможностями и потребностями реабилитации
- ✓ Между желаниями пациентов и специалистов
- ✓ Между желаниями родителей
- ✓ Между прогнозом восстановления

и функционированием пациента;

и окружающей средой;

и традиционными методами, основанными на личном опыте; и специалистами из других отделений и служб;

и финансированием реабилитационной помощи;

и ресурсным обеспечением;

и возможностями службы реабилитации и возможностями детского организма

Для чего ?

- Чтобы избежать эмоционального выгорания членов команды
- Для профилактики возможных осложнений
- Эффективно оказывать реабилитационную помощь

ПРОБЛЕМЫ

1. Отсутствие или недостаточность:
 - знаний, профессионального опыта, желания оказывать реабилитационную помощь пациентам с последствиями тяжелой ТСМТ и ЧМТ - легче паллиатив!
 - необходимого оборудования и условий для оказания реабилитационного лечения пациентов с тяжелой нейротравмой,
 - необходимой координации на всех этапах реабилитации и маршрутизации пациента между этапами,
2. Отсутствие знаний о командной работе и как результат - разделение услуги нейрореабилитации, вытекающее отсюда разделение ответственности, что приводит к фрагментации самой услуги, и к плохой её координации.
3. При тЧМТ и ТСМТ нет полного понимания всего комплекса проблем.
4. Отсутствие статистических данных по т ЧМТ и ТСМТ в России, в т.ч. Службе Соцзащита.

1. Практически повсеместное отсутствие в специализированных стационарах ранней реабилитации детей с ТЧМТ и ТСМТ.
2. Выписка детей домой с ТСМТ после оказанной специализированной хирургической помощи без вертикализации и высадки в коляску.
3. Установка без показаний трахеостомы, даже у детей с травмой грудного отдела позвоночника, объясняя, что ребенок никогда не сможет ни ходить, ни самостоятельно дышать!!!
4. Отсутствие знаний о правильном кормлении ребенка после тяжелой нейротравмы (способы доставки пищи, виды кормления, необходимые рационы и пр.).
5. Отказ в направлении детей на дальнейший этап реабилитации, особенно пациентов с высокой травмой, аргументируя, что все равно никогда ходить не будет.
6. Отказ при оформлении инвалидности в вертикализаторах, функциональных кроватях, современных колясках и пр.
7. Ведение детей с ТСМТ в регионах как взрослых - в первых дней установка цистостомы, не имея представления о периодической катетеризации.
8. Установка без показаний трахеостомы, даже у детей с травмой грудного отдела позвоночника, объясняя, что ребенок никогда не сможет ни ходить, ни самостоятельно дышать!!!



Спасибо за внимание!



vsa64@mail.ru
+8495 6335804