

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

лекция 1

Этапы развития медицинской реабилитации

**Уральский государственный
медицинский университет
Кафедра физиотерапии, ЛФК и
спортивной медицины
ФПК и ППС**

г. Екатеринбург

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)

<http://base.garant.ru/12191967/#friends#ixzz3rLWsw9H5>

Термин реабилитация происходит от латинского слова **habilis** - «способность», **rehabilis** - «восстановление способности».

Реабилитология – это наука, которая изучает закономерности, методы и средства восстановления морфологических структур и функциональных возможностей человека, утраченных им в результате того или иного заболевания, травмы или врожденных дефектов в формировании и развитии организма, а также связанные с этим восстановлением социальные последствия.

Реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с древних времен.

Древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов.

Врачи Древней Греции и Рима применяли в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию.

В этих же странах широко применяли массаж как гигиеническое и лечебное средство. В это же время стали уделять внимание и нетрудоспособным гражданам, получившим увечье при защите отечества.

Так, в Римской империи legionерам, получившим увечье в военных походах, предоставлялись земельные наделы с рабами и единовременным материальным вознаграждением.

В эпоху средневековья отношение к неполнофункциональным гражданам ухудшилось, что выразилось в задержке развития организационных форм оказания помощи и только введение христианства способствовало становлению более высокого, чем ранее, уровня отношения к инвалидам в виде общественного и частичного призрения.

При монастырях стали открываться приюты и богадельни, в которых призреваемые должны были отрабатывать предоставляемые им кров и пищу.

В это время понятие «инвалид» применялось только к бывшим военнослужащим, которые из-за увечья или болезни не могли содержать себя и в силу этого направлялись в приют. Однако далеко не все нуждающиеся имели возможность проживания в приютах, несмотря на то, что условия пребывания в них были крайне скромными, питание очень бедным, а медицинская помощь практически отсутствовала.

Этапы развития медицинской реабилитации в России

На Руси, после введения христианства, отношение общества к лицам с ограниченными возможностями сводилось к кормлению нищих, в годы правления князя святого Владимира на Руси появились первые больницы, в которых оказывалась медицинская помощь. При многих монастырях устраивались особые помещения для нищих и убогих в соответствии с Церковным уставом 996 г., в котором в обязанности духовенства вменялись надзор и попечение.

В последующие столетия на Руси грандиозными масштабами развивается нищенство, издается Указ о регистрации всех «прокаженных и престаревшихся» и о введении дифференцированного подхода к нуждающимся. При этом рекомендуется либо призрение в богадельнях, либо «питание по дворам», либо привлечение к работам на добровольной основе или в принудительном порядке.

В это же время начинают формироваться ростки медико-социальной экспертизы, в результате чего в 1663 г. был издан Указ о назначении инвалидам-раненым и пришедшим из плена денежного и кормового довольствия. Инвалиды по этому указу делились на две категории – тяжело- и легкораненые, а с 1678 г. инвалиды подразделялись уже на три разряда: тяжело-, средне- и легкораненых.

Систематизация мероприятий в сфере общественного призрения происходит при императоре Петре I – появляется дифференциация нуждающихся по их потенциалу (трудоспособные, профессиональные нищие, временно нетрудоспособные и т.д.). В 1700 г. император пишет о создании во всех губерниях богаделен для старых и увечных, а также госпиталей для незаконнорожденных («зазорных») детей и сиротских домов.

В 1775 г. Екатерина II повелела создать в 40 губерниях целую сеть специальных учреждений, именуемых «Приказами общественного призрения», которым вменялось попечение народных школ, сиротских домов, госпиталей и больниц, домов для умалишенных и др.

В конце XIX – начала XX столетия возникают понятия «полной и частичной трудоспособности», а в 1903 г. издаются «Правила для определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень утраты трудоспособности выражалась в процентах.

Начиная с 1908 г. в России стали организовываться врачебные консультационные бюро, явившиеся прообразом экспертных учреждений, главная задача которых заключалась в оценке трудоспособности больных с учетом характера заболевания или травмы. В состав консультационных бюро входило от трех до пяти врачей, и размещались они на базе городских больниц.

Дальнейшее свое развитие медико-социальная экспертиза получила после Октябрьской революции. 22 декабря 1917 г. был издан «декрет «О страховании на случай болезни», а 31 октября 1918 г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся» согласно которого «наличие инвалидности и степень ее устанавливаются медицинской экспертизой, учреждаемой при страховой кассе».

В Кодексе законов о труде 1918 г. было записано, что факт постоянной или временной утраты трудоспособности удостоверяется медицинским освидетельствованием, проводимым бюро врачебной экспертизы при общегородских, районных и областных страховых кассах.

В 20-е годы стали появляться первые общества инвалидов –1925 г. было организовано Всероссийское общество слепых (ВОС).1926 г. – Всероссийское общество глухих (ВОГ), которые взяли на себя заботу и ответственность за трудовое устройство данного контингента инвалидов.

В 1933 г. Были организованы врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК).

1932 г. - Центральный научно-исследовательский институт трудоустройства инвалидов, которые в 1937 г. объединяются в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Аналогичные институты создаются в 1932-1934 гг. в других городах: в Харькове, Ростове, Горьком, Ленинграде, Минске.

Огромные потери трудовых ресурсов нанесла Великая Отечественная война. Появилась новая категория инвалидов - инвалиды Великой Отечественной войны.

Начиная с 50-х годов в Советском Союзе развивается концепция интеграции больных и инвалидов в общество. При этом упор делается на их обучение, получение ими технических средств.

В 70-е годы в Ленинграде поэтапно создаются многопрофильные центры реабилитации больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, последствиями травм опорно-двигательного аппарата, головного, спинного мозга, болезнями сердечно-сосудистой системы, почек, с использованием комплексов восстановительного лечения в условиях стационаров – поликлиник, курортных учреждений.

Впервые в стране создана система промышленной реабилитации на базе Горьковского автозавода, которая была одобрена коллегией Минздрава. Учреждения реабилитации, созданные на промышленных предприятиях, располагают собственной технической базой, благодаря чему здесь возможны создание эргономических приспособлений к оборудованию для инвалидов с целью сохранения ими прежней профессии, адаптация к профессиональному труду, рациональное трудоустройство и приобретение новой профессии.

Такого рода учреждение может быть использовано для восстановительного лечения работающих разных профессий, поскольку целенаправленное воздействие специально сконструированного промышленного оборудования может быть в одинаковой степени эффективно для больных различных профессиональных групп.

Организация медицинской реабилитации за рубежом

В 1993 г. Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов политической и моральной основой которых являлись Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакет об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакет о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действия в отношении инвалидов.

В Германии в Конституцию внесены слова: «Никто не может быть ущемлен по причине своей инвалидности». Она предоставляет всем гражданам «право на реабилитацию и интеграцию в нормальную жизнь». Она обязывает законодательную, исполнительную власть и судебные органы на федеральном, так и на уровне земель и общин, а также прочие учреждения и организации общественной власти использовать все возможности для введения инвалидов всех групп «насколько это возможно, в нормальную жизнь».

Во Франции принято 7 законов, направленных на защиту и трудоустройство инвалидов. Организация деятельности по защите инвалидов возложена на Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Пенсию по инвалидности назначают местные кассы страхования по временной нетрудоспособности на основании оценки врача-специалиста указанной кассы.

В Финляндии на законодательном уровне закреплена интеграция реабилитационной деятельности в сферу социальной защиты населения, здравоохранения, занятости, социального страхования, образования, а также сформированы механизмы их сотрудничества и кооперирования. Особое внимание уделяется профессиональной реабилитации инвалидов, которая предоставлена трехуровневой системой с интеграцией обучения, профессионального образования, а также профессиональной ориентации и обеспечению занятости, профессиональному развитию и оценке результатов реабилитации.

В Дании вопрос о степени инвалидности и пенсии решается на основе заключения лечащего врача так называемыми трибуналами страхования по случаю инвалидности. Существует сеть государственных центров реабилитации, каждый из которых обслуживает определенную территорию. Приоритетным направлением признается интеграция детей-инвалидов в общий учебный процесс в обычных школах.

В Италии медико-социальную экспертизу на предмет определения инвалидности осуществляют врачи-специалисты бюро (канцелярий) Областных бюро Национального института социального страхования. Эти врачи объединены в диагностические кабинеты, а заключение утверждается руководителем бюро.

В Великобритании вопрос о нетрудоспособности решает врач государственного управления здравоохранением. Однако это решение может быть опротестовано страховым служащим местных контор (канцелярий), после чего должна быть проведена экспертиза другим врачом. Серьезное значение придается организации профессиональной реабилитации инвалидов в специализированных центрах.

В Японии организацией социальной защиты инвалидов занимается Министерство здравоохранения и социального обеспечения. При этом медицинская реабилитация инвалидов проводится в рамках общенациональных медицинских страховых программ.

В Австралии законодательство уделяет особое внимание инвалидам со сложными функциональными нарушениями. Предусмотрена реализация мер для возвращения их к обычной, повседневной жизни. Всем инвалидам, проходящим реабилитацию, положено предоставление протезной и других видов вспомогательных средств. При необходимости инвалидам оборудуются дома, где они могут работать на предоставляемых машинах и станках.

В Соединенных Штатах Америки в Акте об инвалидах сказано, что предприниматели не могут прибегать к дискриминации работников лишь по причине инвалидности. Что касается проведения медико-социальной экспертизы и признания гражданина инвалидом, то для этого в США достаточно лишь заключения врача о том, что имеющаяся и у больного неспособность выполнять полноценную деятельность из-за любого физического или умственного расстройства будет продолжаться не менее 12 месяцев.

В Канаде существует обширное законодательство, направленное на защиту прав и интересов инвалидов. В частности, это Акт о слепых, Акт об инвалидах, Акт о профессиональной реабилитации инвалидов, Закон о правах человека в Канаде, Закон о труде, Закон о компенсации наемным работникам и ряд других. Система образования в Канаде законодательно предусматривает возможность обучения инвалидов на всех уровнях от школы до университета.

Преобладает форма интеграционного образования, применяются специальные технические средства и индивидуальные программы.

Среди студентов канадских университетов не менее 1% составляют инвалиды.

В процессе реабилитации инвалидов предусмотрены особые виды специалистов – оккупациональные терапевты и сестры-менеджеры, деятельность которых направлена на определение индивидуальных потребностей инвалидов и компенсацию ограничений жизнедеятельности.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!