

И. В. Ильина

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

УЧЕБНИК ДЛЯ СПО

Рекомендовано Учебно–методическим отделом среднего профессионального образования в качестве учебника для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования

**Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru**

Москва ■ Юрайт ■ 2016

УДК 615.8(075.32)

ББК 53.54я723

И46

Автор:

Ильина Ирина Валентиновна — доцент, кандидат педагогических наук, доцент кафедры внутренних болезней Медицинского института Орловского государственного университета имени И. С. Тургенева.

Рецензенты:

Дидур М. Д. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой физических методов лечения и спортивной медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, заместитель директора Научно-исследовательского института экспериментальной медицины Северо-Западного отделения РАМН;

Бровкина И. Л. — доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующая кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины Курского государственного медицинского университета.

Ильина, И. В.

И46

Медицинская реабилитация : учебник для СПО / И. В. Ильина. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 276 с. — Серия : Профессиональное образование.

ISBN 978-5-9916-9275-5

Учебник и практикум позволяют сформировать общее представление о медицинской реабилитации как науке и учебной дисциплине, об основных формах и методах физической реабилитации, в том числе ЛФК, организации врачебного контроля и коррекции физического состояния как пациентов, так и занимающихся физической культурой и спортом.

К учебнику и практикуму прилагаются материалы с методическими рекомендациями преподавателей, а также краткий словарь основных понятий и терминов медицинской реабилитации, расположенные в Электронной библиотечной системе «Юрайт» (biblio-online.ru).

Практикум содержит практические задания по курсу «Медицинская реабилитация» и методические рекомендации для самоподготовки студентов.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования и профессиональным требованиям.

Учебник может использоваться студентами медицинских образовательных учреждений среднего профессионального образования, факультетов физического воспитания, адаптивной и лечебной физической культуры, спортивной медицины, специалистами различного профиля, в частности врачебно-физкультурной службы и клинической медицины.

УДК 615.8(075.8)

ББК 53.54я73



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

ISBN 978-5-9916-9275-5

© Ильина И. В., 2016

© ООО «Издательство Юрайт», 2016

Оглавление

Список использованных сокращений.....	6
Предисловие	8
Введение.....	12
Глава 1. Аспекты комплексной реабилитации	15
1.1. Здоровье человека: современный взгляд на проблему	15
1.2. Реабилитация: основные понятия, принципы, этапы, методы, уровни	18
1.3. Медицинская реабилитация	24
1.4. Средства и принципы физической реабилитации	31
1.5. Формирование и реализация реабилитационных программ на этапах медицинской реабилитации.....	38
Глава 2. Система контроля здоровья пациента	48
2.1. Роль врачебного контроля в процессе реабилитации	48
2.2. Методика врачебного обследования	51
2.3. Оценка индивидуального физического развития	54
2.4. Функциональные пробы	58
2.5. Количественная оценка соматического здоровья	67
2.6. Врачебный контроль в оздоровительной физической культуре.....	68
2.7. Врачебный контроль в сфере массовой физической культуры	71
Глава 3. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации	74
3.1. Основные понятия, задачи, средства ЛФК	74
3.2. Методы и формы ЛФК	85
3.3. Механотерапия	91
3.4. Трудотерапия	103
3.5. Массаж как средство ЛФК.....	106
3.6. Адаптивная физическая культура	111
3.7. Контроль эффективности системы реабилитационных мероприятий.....	115
Глава 4. Врачебный контроль и ЛФК в реабилитационном процессе ..	118
4.1. Реабилитация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	120
4.2. Реабилитация пациентов с поражением бронхо-легочной системы	132
4.3. Реабилитация пациентов с нарушениями двигательных функций	137
4.4. Реабилитация пациентов с остеохондрозом	140
4.5. Реабилитация пациентов хирургического профиля	142
4.6. Реабилитация пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта.....	145
4.7. Реабилитация в акушерстве.....	146
4.8. Врачебный контроль и ЛФК в гериатрии.....	149

Глава 5. Комплексная реабилитация в спортивной медицине	152
5.1. Цели и задачи спортивной медицины	152
5.2. Физиологические основы спортивной деятельности	155
5.3. Проблема адекватности физических нагрузок	160
5.4. Врачебный контроль в спортивной медицине	166
5.5. Медицинское обследование лиц, занимающихся физической культурой и спортом	173
5.6. Факторы превентивной реабилитации спортсмена	183
5.7. Методы медицинской реабилитации в спорте	196
5.8. Организация врачебно-физкультурной службы РФ	201

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение I. Превентивная реабилитация	210
1. Превентивная реабилитация в тренажерном зале	210
1.1. Основные формы занятий	210
1.2. Виды реакции на занятия	210
1.3. Динамика индивидуальной реакции	210
1.4. Взаимоконтроль	212
1.5. Рекомендуемые нагрузки в течение первого месяца занятий	213
1.6. Разминка	214
1.7. Тесты силовой подготовленности	215
2. Превентивная реабилитация в течение рабочего дня	215
2.1. Примерная схема оздоровительных пауз и занятий	215
2.2. Дневник самоконтроля	216
3. Использование ходьбы в системе превентивной реабилитации	216
3.1. Определение оптимальной программы ходьбы	216
3.2. Критерии подбора оптимальных тренировочных программ	217
3.3. Поэтапное повышение нагрузки в оздоровительной ходьбе и беге	218
3.4. Программа оздоровительной тренировки для начинающих с использованием бега	218
Приложение II. Медицинская реабилитация в клинической практике ...	219
1. Номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности	219
2. Динамика элементарных двигательных функций в процессе реабилитации	220
3. Критерии формирования комплекса гигиенической гимнастики	221
4. Виды реакций пациента на ЛФК	221
5. Использование ЛФК для снижения нагрузки на сердечно-сосудистую систему	222
6. Реабилитация при переломах в области локтевого сустава	223
7. Медицинская реабилитация в гериатрии	226
8. Причины отказа пациентов от участия в реабилитационных мероприятиях	227
Приложение III. Медицинская реабилитация в условиях стационара....	228
1. Функциональные пробы на стационарном этапе реабилитации	228
2. Реабилитация больных острым инфарктом миокарда в стационаре	228

3. Медицинская реабилитация в раннем послеоперационном периоде.....	229
4. Контроль динамики реабилитационного процесса после инфаркта миокарда.....	231
Приложение IV. Медицинская реабилитация на постстационарном этапе.....	236
1. Виды занятий и функциональные пробы.....	236
2. Трехэтапная функциональная проба возрастающих нагрузок для пациентов с сердечно-сосудистой патологией при занятиях ЛФК в условиях поликлиники.....	236
3. Физическая реабилитация после инфаркта миокарда.....	237
4. Медицинская реабилитация при парезах и координаторных нарушениях верхних конечностей: тесты социально-бытовой активности.....	238
5. Динамика самообслуживания (после перенесенного инсульта).....	239
6. Методика мышечного расслабления при артериальной гипертензии.....	240
Приложение V. Медицинская реабилитация в спорте	242
1. Схемы превентивной реабилитации спортсменов.....	242
2. Ориентировочный перечень видов спорта согласно уровню травмоопасности.....	243
3. Примерный перечень средств и инвентаря для оснащения сумки спортивного врача.....	244
Приложение VI. Медицинская документация: учетные и отчетные формы	249
1. Форма № 061/у «Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена».....	249
2. Форма № 062/у «Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена».....	253
3. Форма № 042/у «Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры» (с. 1–3).....	261
4. Форма «№ 7-собес» (с. 1–8).....	265
Литература	275

Список использованных сокращений

- АД — артериальное давление;
АДС — артериальное давление систолическое;
АПУ — амбулаторно-поликлиническое учреждение;
БАВ — биологически активные вещества;
БАД — биологически активные добавки;
ВК — врачебный контроль;
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения;
ВПК — врачебно-педагогический контроль;
ВПН — врачебно-педагогические наблюдения;
ВФД — врачебно-физкультурный диспансер;
ДД — дыхательное движение;
ЖЕЛ — жизненная емкость легких;
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт;
ЗОЖ — здоровый образ жизни;
ИБС — ишемическая болезнь сердца;
и.п. — исходное положение;
ИР — иммунологическая реактивность;
ЛГ — лечебная гимнастика;
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение;
ЛФК — лечебная физическая культура;
МЗ — Министерство здравоохранения;
МО — Министерство образования;
МОД — минутный объем дыхания;
МПК — максимальное потребление кислорода;
МСМК — мастер спорта международного класса;
МСЭ — медико-социальная экспертиза;
МСЭК — медико-социальная экспертная комиссия;
ОДА — опорно-двигательный аппарат;
ОГ — оздоровительная гимнастика;
ОРЗ — острые респираторные заболевания;
ОРИ — острые респираторные инфекции;
ОФТ — оздоровительная физическая тренировка;
ОХИ — очаги хронической инфекции;
ППБЦ — продукты повышенной биологической ценности;
РС — резерв сердца;
СМ — спортивная медицина;
ССС — сердечно-сосудистая система;
ст. — степень;
УГГ — утренняя гигиеническая гимнастика;

УМО — углубленный медицинский осмотр;
УТЗ — учебно-тренировочные занятия;
УТС — учебно-тренировочные сборы;
ФН — физическая нагрузка;
ФР — фактор риска;
ФТ — физическая тренировка;
ФУ — фактор устойчивости;
ФНЗ — фактор неспецифической защиты;
ЧДД — частота дыхательных движений;
ЧСС — частота сердечных сокращений;
ЭКГ — электрокардиография;
ЦНС — центральная нервная система;
Ig A — иммуноглобулин А;
Ps — пульс.

Предисловие

Ситуация, сложившаяся в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации, объективно требует изменения отношения к ней со стороны государства, регионов, отдельных специалистов. В частности, крайне необходимы контроль и повышение уровня здоровья населения страны на основе принципов и подходов медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация — комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, профилактику и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию. Объект воздействия — пациент с индивидуальными особенностями реактивности и функционального состояния, которые определяют применение конкретных средств, форм и методов медицинской реабилитации.

Дисциплина «Медицинская реабилитация» относится к базовой части профессионального цикла дисциплин, лежащих в основе подготовки молодого специалиста.

Цель освоения дисциплины — обеспечить формирование общекультурных и профессиональных компетенций, предусмотренных федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело».

Предметом данной дисциплины является изучение системного воздействия различных методов на организм пациента с целью восстановления уровня здоровья, а также адекватный контроль психофизического состояния пациента.

Задачи дисциплины — формирование базовых знаний, умений, навыков специалиста в сфере медицинской реабилитации для работы с больными, инвалидами, с лицами, занимающимися физической культурой и спортом.

Учитывая важность формирования системного подхода к освоению данной дисциплины, все учебные материалы объединены в рамках учебно-методического комплекса, который включает следующие компоненты.

1. Данный учебник «Медицинская реабилитация».
2. Практикум¹:
 - практические занятия по медицинской реабилитации;
 - методические рекомендации для самоподготовки студентов по медицинской реабилитации;
 - тестовые задания по медицинской реабилитации.
3. Методические рекомендации для преподавателей по проведению практических занятий по дисциплине «Медицинская реабилитация»².
4. Реабилитационный тезаурус (для занятий студентов по медицинской реабилитации)³.

Учебно-методический комплекс разработан в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта и снабжен таблицами и схемами.

Учебник «Медицинская реабилитация», состоящий из пяти глав с разноплановыми приложениями, позволяет сформировать общее представление о медицинской реабилитации как компоненте комплексной реабилитации, раскрывает роль врачебного контроля в реабилитационном процессе, отражает значение отдельных средств физической реабилитации в решении некоторых частных вопросов восстановления здоровья человека, освещает исторические аспекты и современные подходы к созданию системы медицинской реабилитации в Российской Федерации. Широкое использование терминов и определений, характерных для данной предметной области, закладывает основы формирования у обучаемых единого понятийного поля.

В методических рекомендациях для преподавателей по проведению практических занятий по дисциплине «Медицинская реабилитация» отражены теоретико-практические подходы к решению проблемы подготовки студента медицинской специальности в данной профессиональной сфере.

Реабилитационный тезаурус включает наиболее употребительные специальные термины, необходимые студентам медицинской специальности для освоения программы по медицинской реабилитации и чтения литературы, посвященной теории и практике восстановления здоровья человека.

В результате изучения дисциплины «Медицинская реабилитация» студент должен освоить:

трудовые действия

- владение современными технологиями медицинской реабилитации;
- владение методами проведения опроса и осмотра пациента, оформления записи в медицинской карте амбулаторного и стационарного больного;
- владение методами системного анализа клинической реабилитационной ситуации;

¹ Ильина И. В. Медицинская реабилитация. Практикум : учеб. пособие для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2016.

² Размещены в качестве дополнительного материала в электронной библиотечной системе «Юрайт» по адресу www.biblio-online.ru.

³ Размещен в качестве дополнительного материала в электронной библиотечной системе «Юрайт» по адресу www.biblio-online.ru.

- владение способами разрешения проблем, возникающих в ходе реабилитационного периода у различных пациентов;
- навыки контроля допустимой физической нагрузки;
- навыки формирования показаний и противопоказаний к назначению средств медицинской реабилитации;
- навыки формулирования рекомендаций по двигательным режимам;
- навыки распределения пациентов на группы для занятий физической культурой и спортом с учетом их состояния здоровья;
- владение методами формирования у населения позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья;
- владение способами привлечения прикрепленного контингента к активным занятиям физической культурой и спортом;
- навыки поиска и работы с учебной и научной литературой в сфере медицинской реабилитации;
- навыки работы с медико-технической аппаратурой, используемой в реабилитационной деятельности;

необходимые умения

- обобщать, систематизировать и интерпретировать данные, полученные в процессе обследования пациента;
- анализировать проблемы восстановления и сохранения здоровья отдельных пациентов;
- разрабатывать и осуществлять реализацию реабилитационных программ на этапах медицинской реабилитации;
- решать задачи, связанные с врачебным контролем в процессе реабилитации;
- комплексно применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
- использовать методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в реабилитационной деятельности;
- выбирать необходимые методы медицинской реабилитации для реализации поставленных задач;
- давать самостоятельную оценку используемым формам и методам реабилитационной деятельности;
- идентифицировать и классифицировать средства медицинской реабилитации;
- определять показания и противопоказания к назначению средств немедикаментозной терапии, в том числе ЛФК;
- давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса;
- определять показания к переводу пациентов в специализированные группы для занятий физической культурой после перенесенных заболеваний;
- осуществлять мероприятия по формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих, к выполнению рекомендаций, направленных на повышение двигательной активности;

- грамотно ориентироваться в профессиональной литературе, посвященной вопросам медицинской реабилитации;
- осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики;

необходимые знания

- современные представления о медицинской реабилитации, ее место в системе комплексной реабилитации, тенденции ее развития;
- предмет, цели, задачи и средства медицинской реабилитации;
- положения и теоретические основы медицинской реабилитации, ее характерные признаки;
- понятийный и категориальный аппарат, методологические принципы медицинской реабилитации;
- нормативно-правовую базу реабилитационной деятельности;
- систему организации врачебно-физкультурной службы РФ;
- профессиональные требования к специалистам в сфере медицинской реабилитации;
- основные методы врачебного контроля в условиях стационарных и амбулаторно-поликлинических медицинских организаций;
- основы проведения реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших соматическое заболевание, травму или оперативное вмешательство, в частности, использование средств ЛФК у лиц, нуждающихся в реабилитации;
- основы ЛФК как средства лечения и реабилитации пациентов с различной патологией и нарушениями функций;
- клинико-физиологическое обоснование применения методов ЛФК при различных заболеваниях;
- подходы к обучению младшего и среднего медицинского персонала основным реабилитационным манипуляциям и процедурам, элементам здорового образа жизни.

Автор приносит глубокую благодарность всем специалистам, материалы которых были использованы для формирования теоретической базы данного учебного комплекса, в том числе: Г. Л. Апанасенко, Н. А. Белой, И. Л. Бровкиной, М. Д. Дидуру, В. И. Дубровскому, В. А. Епифанову, В. С. Лучкевичу, Г. А. Макаровой, Б. А. Поляеву, Н. Я. Прокопенко, А. Н. Разумову, О. В. Ромашину, Р. Д. Сейфулле, В. А. Силуяновой, Г. С. Федоровой и А. В. Чоговадзе.

Введение

Mens sana in corpore sano

Достижение высокого уровня социально-экономического благополучия общества обусловлено прежде всего высокопроизводительным интеллектуальным и физическим трудом всех его членов. Однако статистические исследования последних лет по-прежнему демонстрируют недостаточную эффективность многих отраслей народного хозяйства России.

Главная причина такой неэкономичности общественного производства, как утверждают врачи, физиологи, социологи, педагоги, — низкий уровень здоровья (в первую очередь соматического) населения, отрицательно влияющий на трудоспособность, ограничивающий функциональные возможности человека. К сожалению, продолжается процесс преждевременного старения жителей страны, остается высоким уровень заболеваемости всех возрастных групп (взрослых, детей, подростков) и недостаточной продолжительность жизни, особенно в сравнении с развитыми странами.

Если учесть, что по результатам профилактических осмотров несовершеннолетних в 2014 г. первая группа здоровья охватывала всего 29,6% детей, а за период учебы в школе и вузе доля учащихся и студентов, отнесенных к третьей и четвертой функциональным группам, увеличивается почти в три раза, то не приходится удивляться, что в некоторых регионах России более 50% призывников по физическому состоянию не пригодны к службе в армии.

Соответственно, аналогичная ситуация складывается и в сфере промышленного производства, и в сельском хозяйстве: производительность труда почти двух третей работников оценивается как «ниже средней», а их эффективная работоспособность — не более 5–6 ч в день. По данным Росстата на каждого трудящегося в течение года приходится до 13,3 дней нетрудоспособности. Добавим сюда сниженную производительность труда всех тех, кто находится в предболезненном состоянии, ослаблен после травмы или перенесенного заболевания, и поймем, что потери только от произведенной продукции становятся поистине катастрофическими.

В настоящее время среди главных задач социально-экономического развития общества приоритет отдан укреплению здоровья и повышению уровня трудоспособности граждан России, продолжительности их активной жизни и творческого долголетия на основе оптимизации образа жизни, в том числе формирования, развития и совершенствования их соматических качеств.

Физический статус человека, обусловленный генетически и сформированный в онтогенезе, постоянно поддерживаемый и развиваемый, является основным условием эффективного функционирования организма. Среди

важнейших факторов формирования здоровья и работоспособности, наряду с окружающей средой и питанием, — двигательная активность детей и подростков. Физическое воспитание обеспечивает реализацию двигательных потребностей как растущего, так и сформированного организма человека.

Наука и практика свидетельствуют, что недостаточная повседневная физическая активность, выраженный дефицит двигательной деятельности (гипокинезия) ограничивают обменные процессы в организме, приводят к ослаблению различных органов и систем, снижению общей работоспособности. В то же время адекватная физическая нагрузка тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, способствует повышению коэффициента утилизации кислорода в скелетной мускулатуре и миокарде, позитивному изменению скорости протекания биохимических реакций, укреплению опорно-двигательного аппарата. Физические упражнения оказывают регулирующее влияние на ЦНС и вегетативную нервную систему, формируется характер, настойчивость, упорство в достижении поставленных целей.

В современной концепции ЗОЖ при всеобщей индустриализации, механизации и автоматизации значительное место (до 65—80%) отводится двигательной активности. Однако пока население России обеспечено физической культурой и спортом всего на 30—40% от физиологически обоснованного объема двигательной активности, необходимого для нормального развития организма, поддержания здоровья, высокой производительности труда, общей и спортивной работоспособности, жизнедеятельности организма в целом. В сложные для страны 90-е гг. XX в. резко сократилась сеть физкультурно-оздоровительных организаций, детско-юношеских спортивных школ, клубов и площадок. Коммерциализация оздоровительных и спортивных центров с повышением стоимости тренировочно-оздоровительных услуг существенно уменьшила их доступность для населения, привела к снижению двигательной активности различных групп населения, особенно детей и подростков. Сократилось применение оздоровительных и закаливающих методик, на первый план вышла слепая вера в «чудо-таблетки».

Принятый в 2011 г. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» наряду с Законом «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (2007) и Государственной программой «Развитие здравоохранения» (2012) усилил правовую базу формирования, сохранения, укрепления и развития здоровья населения, создал условия для координации профилактической и реабилитационной деятельности всех заинтересованных структур и ведомств. В стране активно функционируют 25 инновационных территориальных кластеров, включающих в себя медицинские и фармацевтические научные, образовательные и производственные организации. Действует российско-европейская программа «Совершенствование помощи по медицинской реабилитации в Российской Федерации». В 2013 г. мероприятия по медицинской реабилитации впервые были включены в базовую программу обязательного медицинского страхования. В 2014 г. в регионах России определена потребность в реабилитационных койках на каждом этапе медицинской реабилитации, впер-

вые открыты 135 стационарных отделений реабилитации, 253 отделения реабилитации в поликлиниках и санаториях, разработаны клинические рекомендации по медицинской реабилитации и программа повышения квалификации врачей по данному направлению, внедряется модель трехэтапной системы медицинской реабилитации. С 2015 г. на основе принципов трансляционной медицины начато формирование инновационной цепи, связывающей в единое целое медицинскую науку и практическую медицину, в том числе в сфере реабилитации.

Глава 1

АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В результате изучения данной темы студент должен:

знать

- современные представления о реабилитации, тенденции ее развития;
- уровни комплексного реабилитационного процесса;
- место медицинской реабилитации в системе комплексной реабилитации;
- цели, принципы, аспекты, компоненты медицинской реабилитации;
- технологии, методы и средства медицинской реабилитации;
- принципы формирования и реализации реабилитационных программ;
- этапы медицинской реабилитации;

уметь

- выделить контингенты для медицинской реабилитации;
- оценить эффективность реабилитационных мероприятий;
- подобрать состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады для работы с определенным пациентом;

владеть

- навыками подготовки выписки из истории болезни пациента при направлении его на дальнейшую медицинскую реабилитацию.
-

Наука о человеке — это наука мудрецов.

Клод Адриан Гельвеций

1.1. Здоровье человека: современный взгляд на проблему

Уровень здоровья населения и развития здравоохранения являются важнейшими компонентами социально-политической системы любого государства, влияющими на все стороны его деятельности. Изучение человека и его здоровья входит в круг интересов ряда наук, в том числе медицины, биологии, психологии и др., причем медицина изучает человека и в здоровом, и в болезненном состоянии для решения главных задач, стоящих перед обществом — укрепления здоровья (индивидуального и общественного), предупреждения и лечения болезней, восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм.

Современная наука рассматривает **человека** как целостную систему, соединяющую в себе биологический (физический и психический), социальный и культурный компоненты. Соответственно здоровье человека, формирующееся под влиянием природных и социальных условий, — не только медико-биологическая, но и социокультурная категория, которую сложно охарактеризовать. Поэтому до сих пор актуальным остается

определение, данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1946 г.: «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*», т.е. «**Здоровье** — это состояние полного физического, умственного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или недомогания».

Здоровье зависит от взаимодействия его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под влиянием факторов окружающей среды, и многочисленных социокультурных явлений.

К **основным критериям здоровья** относятся:

- высокая трудоспособность;
- отсутствие морфофункциональных нарушений;
- способность организма к гомеостазу.

Поэтому актуально восприятие здоровья как устойчивой формы жизнедеятельности, которая обеспечивает оптимальные механизмы приспособления к окружающей среде и позволяет иметь *функциональный резерв*, используемый при ее изменениях¹. В настоящее время рассматривается **четырёхкомпонентная модель здоровья**.

Физическое здоровье — совокупность физиологических процессов в клетках, тканях, органах и системах организма, каждая из которых действует в собственном ритме, но их согласованная деятельность, осуществляемая благодаря нервно-гуморальным каналам, обеспечивает физиологические резервы организма.

Совокупность резервов формирует *потенциал здоровья* — способность организма взаимодействовать с окружающей средой для поддержания или восстановления равновесия между ними². В результате организм способен самостоятельно регулировать свою деятельность даже при резком изменении условий существования (например, усиление потоотделения в жару, формирование защитного пигмента при воздействии ультрафиолетового облучения и т.д.).

Для формирования, сохранения и укрепления физического здоровья наибольшее значение имеют системы дыхания, питания, физических нагрузок, закаливания и гигиенические процедуры.

Психическое здоровье обеспечивает соответствие поведения человека условиям его существования.

Социальное здоровье позволяет человеку успешно действовать в качестве полезного члена общества. Оно характеризуется умением общаться с людьми, выполнять различные функции дома и на работе.

Персональная культура (духовное здоровье) характеризуется системой жизненных ценностей и целей человека, определяющей его поведение в отношении окружающих и самого себя. В их числе установка на долгую полноценную жизнь, индивидуальная активность для сохранения, укреп-

¹ Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Основы общей патологии : учеб. пособие. СПб. : ЭЛБИ, 1999.

² Вайнер Э. Н. Валеология : учеб. для вузов. 6-е изд. М. : Флинта ; Наука, 2011.

пления и развития собственного здоровья, бережное отношение к жизни и здоровью окружающих и пр.

Именно здоровье, гармонично сочетающее в себе четыре вышеназванных компонента, обеспечивает оптимальное приспособление организма к изменяющимся условиям внешней (природной и социальной) и внутренней среды, позволяет человеку сохранять и увеличивать функциональные резервы организма, эффективно противостоять болезням и восстанавливаться после повреждения, максимально продлевать активную творческую жизнь.

Множество факторов, постоянно действующих на человека в современных условиях, классифицируют согласно различным признакам (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Варианты классификаций факторов риска и устойчивости

Классификационный признак	Группа факторов	Примеры отдельных факторов
Этиология	Биологические	Вирусно-бактериальные агенты
	Психоэмоциональные	Радость — гнев, любовь — ненависть
	Физические	Метеорологические, производственные
	Химические	Добавки к пище, медикаменты, удобрения
Обширность воздействия	Макрофакторы	Социально-культурная среда
	Микрофакторы	Перенесенные заболевания
Возможность изменения	Модифицируемые	Характеристики образа жизни
	Немодифицируемые	Генетическая информация
Соотношение с объектом	Эндогенные	Этническая принадлежность
	Экзогенные	Экологическая ситуация

Эти факторы рассматриваются как следующие виды информации:

- структурная (компоненты вдыхаемого воздуха и пищи), поступающая через дыхательную систему и желудочно-кишечный тракт;
- сенсорная, воспринимаемая органами чувств;
- вербальная (устная или письменная речь), воспринимаемая центрами коры головного мозга.

Каждый из перечисленных факторов нейтрален с точки зрения его оценки по категориям «хорошо» — «плохо», так как за счет их сочетания формируется единый поток жизни: то, что хорошо для одного человека, абсолютно неприемлемо для другого. Однако каким будет результат воздействия фактора на здоровье конкретного человека — положительным или отрицательным, зависит от самого человека, его отношения к ситуации, времени контакта с фактором, объема его использования.

Формирование здоровья происходит за счет использования всевозможных *факторов устойчивости*, расширяющих индивидуальные возможности организма адаптироваться к условиям среды обитания. Одновременно ограничиваются и нивелируются (или устраняются) *факторы риска для здоровья*.

Потенциал здоровья человека, сформированный при обычном воздействии указанных факторов на организм, достаточен для обеспечения стабильного уровня трудоспособности. Увеличить потенциал здоровья можно путем специальных тренировок (например, используя закаливание, адекватные физические нагрузки и т.п.) для укрепления биологического механизма защитно-приспособительных реакций организма и неспецифической устойчивости к различным неблагоприятным воздействиям.

Однако если воздействия служат факторами риска для здоровья и ведут к его невосполняемым затратам (различные травмы, отравления, физические и психоэмоциональные перегрузки, социокультурный дискомфорт и пр.), потенциал здоровья снижается: ухудшается самочувствие, падает трудоспособность.

Таким образом, в понятии «*индивидуальное здоровье*» объединяются общие закономерности здоровья и особенности функционирования конкретного организма.

Для оценки **резервов здоровья** человека можно использовать шести-уровневую шкалу (В. А. Орлов, Н. А. Фудин)¹. Более детально см. практическое занятие 3².

Донозологическая диагностика³ (определение уровня здоровья и функционального состояния человека в процессе перехода от нормы к патологии) позволяет оценить не только состояние каждой системы организма, но их взаимодействие.

Исследования подтверждают: чем выше уровень здоровья, тем более стабилен организм и ниже вероятность развития заболеваний. В настоящее время можно количественно и качественно определять и прогнозировать уровень здоровья. Так, оценка физического здоровья в первую очередь формируется на основе результатов ответа физиологических систем человека на физические нагрузки разной интенсивности.

Итак, контроль состояния здоровья человека, обеспечение возможности прогнозировать развитие ситуации и как результат своевременная эффективная коррекция состояния здоровья, в том числе на донозологическом этапе, позволяющая восстановить уровень здоровья (реабилитация) — основные задачи современной системы охраны здоровья человека.

1.2. Реабилитация: основные понятия, принципы, этапы, методы, уровни

По определению Комитета экспертов ВОЗ, **реабилитация** (лат. *habilis* — способность и *rehabilis* — восстановление способности) — это комплекс

¹ Орлов В. А., Фудин Н. А. Комплексная программа оценки физического состояния и функциональных возможностей организма человека. М. : АРиНА, 1996.

² Ильина И. В. Медицинская реабилитация. Практикум: учеб. пособие для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2016.

³ Казначеев В. П., Баевский Р. М., Берсенева А. П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. М., 1990.

медико-психологических, социально-правовых и профессионально-просветительских мероприятий, направленных на достижение наиболее высокого уровня функциональной активности больных и инвалидов.

Необходимость реабилитационного направления в медицине стала очевидной в начале XX в., когда в результате Первой мировой войны потребовалось восстановить здоровье тысяч искалеченных людей. Начинают быстро развиваться ортопедия, физиотерапия, трудотерапия, ЛФК. Концепция реабилитации больных и инвалидов сформировалась в годы Второй мировой войны. После 1945 г. проблема медико-социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер, а рост во второй половине XX в. числа хронических заболеваний, ведущих к стойкой нетрудоспособности, показал, что ее решение выходит за рамки системы здравоохранения. Анализ ситуации с точки зрения экономики продемонстрировал, что игнорирование проблемы своевременного восстановления трудоспособности обходится государству финансово значительно дороже, чем проведение активной реабилитации на ранней стадии заболевания, когда еще можно восстановить здоровье человека до максимально возможного индивидуального психофизического и социально-экономического уровня.

В настоящее время изменение в различных странах мира социально-демографической структуры населения в сторону его старения, более успешное лечение острых заболеваний и травм, выразившееся в снижении уровня летальности, привели к увеличению числа больных, которым нужно заново учиться навыкам повседневной деятельности для достижения максимальной функциональности, т.е. нуждающихся в реабилитации.

Одновременно все более острой становится проблема восстановления уровня здоровья на донозологическом этапе¹, для которого характерно снижение способности адаптироваться к нагрузкам при отсутствии выраженных функциональных (и тем более структурных) изменений органов и систем организма, хронических соматических заболеваний и эндогенных факторов риска. Низкая вероятность смерти от различных причин человека, имеющего V—VI уровень здоровья, дала возможность обосновать «безопасный уровень» соматического здоровья индивида и охарактеризовать его количественно². Как следствие, было сформулировано понятие «**превентивная реабилитация**» — восстановление высокого уровня здоровья человека в случае его выхода из «безопасной зоны» или снижения резервов здоровья в результате чрезмерных воздействий.

Не менее важна **абилитация** — оказание помощи людям с врожденной инвалидностью или тем, кто получил инвалидность в раннем детстве и не имеет опыта жизни без инвалидности («Конвенция о правах инвалидов»).

Реабилитация как медико-социальный процесс

Лечение различных заболеваний и восстановление функций как всего организма, так и отдельных органов и систем — компоненты сложного ком-

¹ Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М. : Медицина, 1979.

² Апанасенко Г. Л. О безопасном уровне здоровья человека // Асклепийон. 1996. № 1—4. С. 14—16.

плекса мероприятий, проводимого с целью коррекционного воздействия на конкретного человека, имеющего индивидуальные физические и психические характеристики, занимающего определенное социальное положение, стремящегося к достижению своих жизненных приоритетов.

Процесс реабилитации — динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социокультурных воздействий и полученных результатов.

Основная цель реабилитации — максимально эффективное и раннее возвращение лиц со сниженным уровнем здоровья, в том числе больных и инвалидов, к социально-бытовым и трудовым процессам, восстановление личностных свойств человека, его способности к независимому существованию. Таким образом, вся система реабилитации ориентирована на интересы не только самого больного, но и его близких, а значит, всего общества, т.е. реабилитация является *медико-социальным процессом*.

Это определяет разнообразие реабилитационных мероприятий с точки зрения формы и содержания. Так, инвалидность вследствие травмы или заболевания меняет социальный статус пациента и ставит перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии и т.п.), решение которых нередко затруднено. Активное содействие в преодолении этих проблем требуется как от медицинских работников, так и от психологов, специалистов социальной работы, социальных педагогов, юристов и представителей других государственных служб.

В настоящее время реабилитация заняла место среди ведущих медико-социальных направлений, разрабатываемых в разных странах, так как при правильно сформированной программе к активной жизни возвращается до 50% тяжелобольных.

Аспекты комплексной реабилитации

Проблемы реабилитации выходят за рамки медико-биологического направления, объединяя медицинский (физический, психологический, фармакологический), медико-социальный, психолого-педагогический, профессиональный, экспертно-правовой, социально-экономический, социокультурный и другие аспекты (рис. 1.1).

Выделение **медицинской, трудовой и социальной реабилитации** соответствуют классам последствий болезней, включая травмы и нарушения (согласно Международной классификации нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности, 1980¹ — прил. II.1):

- 1) медико-биологические последствия, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса конкретного органа;
- 2) снижение трудоспособности личности;
- 3) социальная дезадаптация, т.е. нарушение взаимодействия пациента с микро- и макросоциумом (семьей и обществом).

¹ WHO International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva : World Health Organization (WHO), 2007.



Рис. 1.1. Аспекты комплексной реабилитации

Профессиональный аспект комплексной реабилитации затрагивает вопросы трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определения трудоспособности пациентов.

Правовой аспект акцентирует внимание на вопросах прав и обязанностей пациента и специалистов, участвующих в процессе реабилитации (т.е. нормативно-правовой базы их деятельности).

Социально-экономическая реабилитация нацелена на возвращение пациенту экономической независимости и ощущения социальной полноценности.

Социокультурный аспект предусматривает формирование и поддержание мотивации здоровья и ЗОЖ в системе жизненных целей и ценностей пациента путем привлечения возможностей различных социальных институтов (СМИ, учреждений культуры, образования и т.п.)

Характеристика медико-социальных принципов реабилитации представлена в табл. 1.2.

Таблица 1.2

Медико-социальные принципы реабилитации и их краткая характеристика

Принцип	Характеристика
Формирование мотивации здоровья	Обеспечение активной жизненной позиции пациента в процессе восстановления здоровья

Принцип	Характеристика
Индивидуальный подход	Учет пола, возраста, профессии пациента, его двигательного опыта, характера и степени патологического процесса, функциональных возможностей организма
Раннее начало и доступность реабилитационных мероприятий	Обеспечение оптимальных условий реабилитационного процесса
Комплексность	Учет всех аспектов индивидуальной реабилитации для реализации лечебно-восстановительных и психолого-педагогических задач
Системность применяемых методов воздействия	Обеспечивает мобилизацию ресурсов личности для коррекции патологических реакций и вторичных нервно-психических нарушений путем патогенетического воздействия на поврежденную функцию, на лежащий в ее основе патологический процесс и на личность больного
Постепенность	Особенно важна при повышении физической нагрузки по объему, интенсивности, количеству упражнений, числу их повторений, сложности упражнений как в течение одного занятия, так и на протяжении всего процесса реабилитации
Поэтапная координация программы	На основе учета специфики нарушений функций организма пациента и его реакций на психофизические нагрузки
Непрерывность и преемственность	Последовательное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики показателей морфофункционального состояния пациента на каждом этапе реабилитации независимо от смены медицинской организации
Завершенность воздействий	Обеспечение оптимального уровня восстановления функций на каждом этапе
Партнерство пациента и врача при руководстве последним	Позволяет целенаправленно подготовить пациента к реабилитационному процессу и эффективно проводить реабилитационные мероприятия
Сочетание реабилитационных мероприятий с процессом лечения	Обеспечение более благоприятного течения и исхода заболевания, предупреждение возможных дегенеративных изменений в тканях — профилактика инвалидности
Коллегиальность	Не только согласованность программ лечения и восстановления, но и единая направленность, взаимное дополнение действий всех специалистов, участвующих в процессе реабилитации: врача и инструктора ЛФК, массажиста, специалистов физиотерапевтического кабинета, мануального терапевта, рефлексотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе и др.
Контроль адекватности нагрузок и эффективности реабилитации	Обеспечение своевременной коррекции реабилитационного процесса

Основные этапы и задачи процесса комплексной реабилитации

I этап — подготовка пациента к процессу активного восстановления: проведение мероприятий по предупреждению формирования функциональных дефектов психофизической сферы, их уменьшению или полному устранению;

II этап — наращивание объема всех восстановительных мероприятий, расширение сферы психосоциальных воздействий;

III этап — собственно реабилитация: достижение независимости от окружающих в быту, восстановление социального и трудового статуса.

В реабилитационных программах на всех этапах предусматривается сочетание медико-биологических и психосоциальных форм лечебно-коррекционного воздействия с акцентом на межличностное взаимодействие (специалист — пациент).

Классификация методов реабилитации представлена на рис. 1.2.

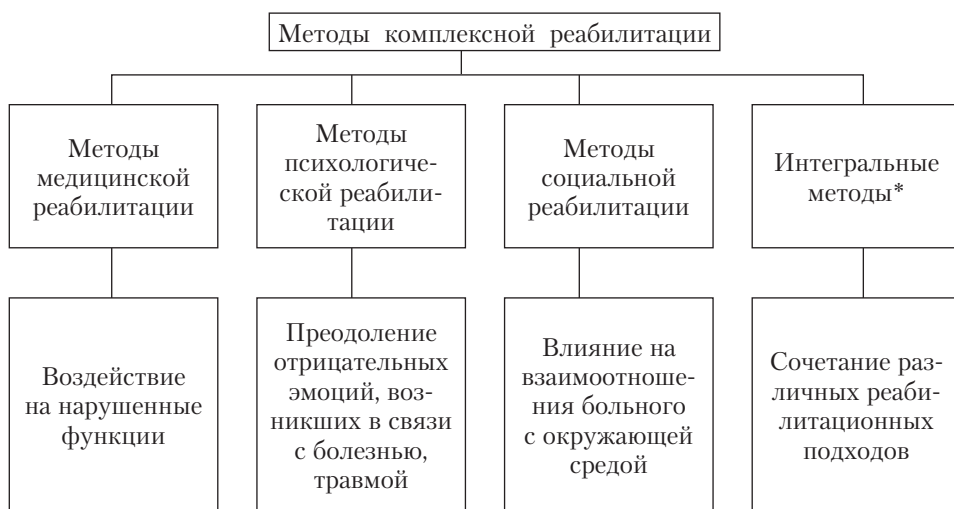


Рис. 1.2. Методы комплексной реабилитации

* используются, например, в работе медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК), которые устанавливают степень потери трудоспособности, обеспечивают профессиональную ориентацию и контролируют обучение инвалидов новым профессиям

Характеристики возможного результата комплексного реабилитационного процесса представлены в табл. 1.3.

Таблица 1.3

Уровни достигнутой реабилитации

Уровень	Степень восстановления поврежденной функции	Функциональные возможности организма
1. Восстановление	Полное восстановление	Максимально сохранены (нарушенная функция максимально приближается к исходному состоянию до заболевания или травмы)

Уровень	Степень восстановления поврежденной функции	Функциональные возможности организма
2а. Компенсация	Частичное восстановление	Функциональная перестройка сохраненных систем и структур (для восстановления нарушенных функций)
2б. Замещение	Отсутствие позитивной динамики; ухудшение	Значительно снижены (требуется ортопедическое или хирургическое вмешательство)
3. Реадаптация	Исключается возможность компенсации или замещения (значительные морфофункциональные повреждения)	Максимально снижены (необходимо приспособление к дефекту)

Реабилитационные задачи на 1-м и 2-м уровнях в основном решаются в рамках медицинской реабилитации, а на 3-м уровне — социальными мерами, такими как:

- подготовка к быту и труду;
- определение пригодности к трудовой деятельности;
- профессиональная переподготовка;
- вовлечение в трудовой процесс.

В настоящее время существуют специальные программы реабилитации, разработанные под контролем ООН и реализуемые ВОЗ¹, Международной организацией труда, ЮНЕСКО и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ). Бюро ООН по социальным вопросам осуществляет наблюдение за мероприятиями по реабилитации, при Международной организации социального обеспечения создана комиссия по реабилитации. Международное общество по реабилитации инвалидов (ISRД) курирует вопросы реабилитации во всех странах мира, а его информационный центр дает сведения по профильным проблемам.

1.3. Медицинская реабилитация

Основные компоненты медицинской реабилитации и их краткие характеристики приведены ниже (рис. 1.3).

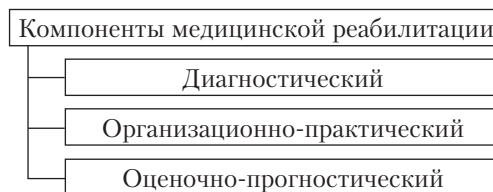


Рис. 1.3. Компоненты реабилитационного процесса

¹ World Health Organization. Medical Care and Rehabilitation. Geneva : World Health Organization (WHO), 2014.

Диагностический компонент:

- диагностика клинического состояния пациента, в том числе:
 - морфологических параметров;
 - функциональных резервов организма;
 - состояния высших психических функций и эмоциональной сферы;
 - нарушений бытовых и профессиональных навыков;
 - ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни;
- диагностика факторов риска проведения реабилитационных мероприятий;
- факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;
- факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

2. Организационно-практический компонент:

- формирование цели проведения реабилитационных мероприятий;
- формирование программы реабилитации;
- комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии (технологий физиотерапии, ЛФК, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов);
- применение средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования.

3. Оценочно-прогностический компонент:

- оценка эффективности реабилитационных мероприятий;
- формирование реабилитационного прогноза.

Цели медицинской реабилитации

- полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа либо системы организма;
- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме;
- предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма;
- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;
- улучшение качества жизни;
- сохранение работоспособности пациента;
- социальная интеграция пациента в общество¹.

Медицинская реабилитация проводится в медицинских организациях и является системным процессом. В настоящее время особое внимание уделяется вопросу более широкого применения методов восстановления здоровья путем изменения структуры системы здравоохранения, в том числе

¹ Статье 40 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

выделения реабилитационных отделений при поликлиниках, стационарах, а также организации самостоятельных учреждений. Восстановлением здоровья пациентов в рамках реабилитационного процесса занимаются такие специалисты, как врач по медицинской реабилитации, спортивной медицине, лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, рефлексотерапевт, врач мануальной терапии, расширяется арсенал средств восстановительной терапии (табл. 1.4).

Принципы медицинской реабилитации

Принципы, на которых основана *медицинская реабилитация как система медицинских и психологических мероприятий*, во многом общие для всех отраслей медицины, однако у них есть особенности: если лечебные мероприятия направлены на причину и сущность заболевания, устранение основного субстрата болезни, то медицинская реабилитация ориентирована на восстановление функций органов и систем.

К основным принципам медицинской реабилитации относятся:

- обоснованность проведения реабилитационных мероприятий;
- этапность;
- непрерывность;
- преемственность реабилитационных мероприятий между медицинскими организациями, санаторно-курортными организациями, учреждениями, оказывающими паллиативную помощь;
- мультидисциплинарность;
- ориентированность на четко сформулированную цель проведения реабилитационных мероприятий.

Физический аспект медицинской реабилитации подразумевает применение системы физических воздействий в восстановительном лечении (двигательные режимы, ЛФК, массаж, методы физиотерапии и др.) наряду с изучением реакции организма на применяемые средства, что позволяет более адекватно назначать больным физические нагрузки (вплоть до субмаксимальных), а также предупреждать их возможное неблагоприятное влияние на здоровье.

Повышение трудоспособности человека может быть достигнуто и под влиянием только медикаментозного лечения, но физические факторы оказывают более физиологичное воздействие на организм в целом, позволяя уменьшить количество осложнений, сократить сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности больных. Значительная часть больных получает возможность вернуться к труду, избежать как развития фобий, связанных с активными движениями, так и ряда соматических расстройств вследствие гипокинезии и гиподинамии, что значительно повышает эффективность проводимой терапии. Поэтому в системе подготовки специалистов по медицинской реабилитации рассматриваются как вопросы специфической реабилитации взрослых и детей, так и различные методы немедикаментозной реабилитации, в том числе диетотерапия (с основами нутрициологии), использование физических факторов внешней среды, кинезо-, бальнео-, арома-, музыка-, цвето-, кристаллотерапия, основы рефлексотерапии, восточных оздоровительных систем и пр.

Этапы медицинской реабилитации

Этап	Место	Показания	Характеристика пациентов	Реабилитационный потенциал	Дополнительная информация
I	Отделения реабилитационной и интensiva медицинской организации по профилю основного заболевания	Острый период заболевания или травмы (отсутствуют противопоказания к методам реабилитации)	Вследствие значительного нарушения функций нуждаются: <ul style="list-style-type: none"> • в посторонней помощи при самообслуживании, перемещении, общении; • в круглосуточном медицинском наблюдении; • в применении интенсивных методов лечения и реабилитации 	Наличие перспективы восстановления функций, подтвержденное результатами обследования	Медицинская помощь оказывается в соответствии с установленными порядками и стандартами
II	Стационарные условия медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации)	Ранний восстановительный период (при заболевании или травме)	Пациенты, инвалиды, часто болеющие дети, нуждающиеся: <ul style="list-style-type: none"> • в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи; • проведении высокотехнологичной реабилитации; • посторонней помощи при самообслуживании, перемещении, общении 	Наличие подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций	Тип стационара: <ul style="list-style-type: none"> • для пациентов с острой патологией головного мозга и нарушением функции органов чувств; • с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани и периферической нервной системы; • с соматической патологией
		Поздний реабилитационный период			
		Период остаточных явлений (при остром заболевании)			
		Хроническое заболевание вне обострения			