

**МИНИСТЕРСТВО СПОРТА, ТУРИЗМА И МОЛОДЁЖНОЙ  
ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»**

---

**КАФЕДРА МАТЕМАТИЧЕСКИХ И ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИН**

Ильичева О.В.  
Петровская М.В.  
Холодов О.М.

**Безопасность жизнедеятельности.  
Современные системы реабилитации  
после чрезвычайных ситуаций**

**Учебное пособие**

**Воронеж 2013**

**УДК**  
**ББК**

Рецензенты:

Заведующий кафедрой ТО ГО ЧС ФГБОУ ВПО «ВГТУ», кандидат технических наук, доцент Куприенко П.С.

Профессор кафедры ГЗ ФГБОУ ВПО «ВИГПС», доктор технических наук, профессор Федянин В.И.

Авторы: Ильичева О.В. кандидат биологических наук

Петровская М.В. кандидат психологических наук, доцент

Холодов О.М. кандидат педагогических наук

Ильичева О.В., Петровская М.В., Холодов О.М. Безопасность жизнедеятельности. Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций. Учебное пособие. – Воронеж: ВГИФК, 2012. – 131 с.

**ISBN**

Материалы учебного пособия соответствуют структуре дисциплины «Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций». В материалах пособия рассматриваются вопросы медицинской, психологической, социальной и др. видов реабилитации пострадавших в чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера.

Материалы учебного пособия «Безопасность жизнедеятельности. Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций» могут быть использованы студентами всех форм обучения и факультетов ВГИФК для самостоятельного изучения дисциплины.

Печатается по решению научно – методического совета

Воронежского государственного института физической культуры от 15.11.2012 г.

Воронежский государственный институт физической культуры, 2013

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
I. Организационно – методическая часть.....	5
II. Тематическое содержание .....	7
Глава 1. Вводное занятие. Адаптация и реабилитация.....	7
Глава 2. Медицина катастроф .....	13
Глава 3. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в ЧС.....	19
Глава 4. Виды реабилитации .....	27
Глава 5. Программы реабилитации .....	34
Глава 6. Особенности организации реабилитационной работы .....	46
Глава 7. Методики реабилитации .....	60
Глава 8. Психологическая подготовка, как основа психологической устойчивости в ЧС.....	74
Глава 9. Оценка и прогнозирование психологических потерь .....	79
Глава 10. Психическая травма. Оказание психологической помощи .....	84
Глава 11. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс .....	92
Глава 12. Психологическая реабилитация .....	104
Глава 13. Центр экстренной психологической помощи МЧС России. ....	113
Глава 14. Профессионально-психологический отбор и профессиональная реабилитация.....	122
III. Перечень основной и дополнительной литературы .....	127
IV. Перечень вопросов к зачету.....	128
V. Примерный перечень тем рефератов.....	130
Заключение.....	131

## ВВЕДЕНИЕ

Интенсификация антропогенного воздействия на биосферу привела к формированию её нового типа – техносферы – зоны биосферы, коренным образом разрушенной и преобразованной человеком с помощью прямого или косвенного воздействия технических и техногенных объектов в целях оптимального соответствия социально-экономическим запросам человека.

Другой стороной медали является то, что любое действие является потенциально опасным – создание комфортных условий с эффектом защиты от неблагоприятных факторов естественной среды, привело к возникновению реальных и скрытых угроз здоровью и жизни человека, таких как техногенные аварии и катастрофы, природные катаклизмы, спровоцированные антропогенным воздействием, прямым или косвенным, локальные военные конфликты, прогрессивное увеличение числа лиц с девиантным поведением.

Обеспечение безопасности человека в техносфере является одной из важнейших проблем общественного развития. В полной мере эти проблемы являются актуальными и для современной России. Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недугов.

Здоровье в этой связи можно рассматривать в биологическом, медицинском и социальном аспектах. Состояния здоровья и болезни ограничены состоянием напряжения, которое развивается в результате активации процессов адаптации, и используют резервы организма. Это борьба за поддержание и восстановление здоровья, использование физиологических ответов как оружия в этой борьбе. Таким образом, адаптация и реабилитация, как восстановление после истощения адаптационных ресурсов, являются основными процессами поддержания физиологически адекватного условиям существования состояния, то есть здоровья.

Режим чрезвычайной ситуации существенно усугубляет условия жизнедеятельности, а в некоторых случаях полностью меняет их, заставляя человека задействовать все возможные резервы организма для обеспечения адаптации и компенсаторно-приспособительных реакций. Расходование естественных ресурсов организма, таким образом, увеличивается, приводя к более быстрому истощению защитных сил, к дизадаптации и, в конечном итоге, к срыву адаптационных механизмов.

Все эти процессы являются пограничными состояниями, которые могут привести к серьёзным болезням и патологии, как в физиологической, так и психической сфере. Восстановительное лечение и реабилитация рассматриваются как единственно возможные механизмы возвращения человека, побывавшего в ситуации высшего физического и психического напряжения, к повседневной жизни, в зону его комфорта, характеризующуюся оптимальным уровнем напряжённости всех систем организма.

## I. ОРГАНИЗАЦИОННО–МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Изучение дисциплины «Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций» необходимо для реализации государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по специальностям: 032101 - ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ; 032102 - АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА Специалист, пройдя обучение по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности» приступает к изучению дисциплины «Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций», как системного и углубленного освоения предстоящей профессиональной деятельности, в результате чего он совершенствует свои навыки и знания, позволяющие обеспечить не только свою, но и безопасность других; по средствам комплекса реабилитационных мероприятий после ЧС.

Курс «Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций» призван интегрировать в единый комплекс знания, необходимые для комфортного состояния и безопасности человека во взаимодействии со средой обитания; углубить знания в области анатомо-физических свойств человека и его реакция на воздействие негативных факторов; дать комплексное представление об источниках, количестве и значимости травмирующих и вредных факторов среды обитания; определить принципы и методы качественного и количественного анализа опасностей; сформулировать общую стратегию и принципы обеспечения безопасности.

Целью изучения дисциплины является изучение студентами принципов реабилитации человека, пострадавшего в ЧС в координатах: «Среда обитания - Производство - Чрезвычайная ситуация – Система реабилитации», формирование знаний об источниках опасности для жизнедеятельности человека и мерах их устранения, ослабления и реабилитации.

Задачи изучения дисциплины:

Главная задача курса - познакомить студентов с методиками и системой реабилитации пострадавших в ЧС.

Требования к знаниям, умениям и навыкам

В результате изучения данной дисциплины студент должен:

*иметь системное представление:*

- о механизмах адаптации, реадaptации и реабилитации;
- об организационных основах по защите населения от чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени;
- о системе реабилитации пострадавших в ЧС;

- об организации защиты от ЧС мирного и военного времени;
- о психологической подготовке, как основа психологической устойчивости в ЧС;

- о факторах, разрушающих здоровье;
- о здоровье и здоровом образе жизни;
- о системе оценки и прогнозирования психологических потерь;

*знать:*

- систему лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС;
- особенности организации реабилитационной работы;
- виды реабилитации;
- программы реабилитации;
- методики реабилитации;
- правила оказания первой медицинской помощи.
- систему профессионально-психологического отбора;
- требования федеральных законов и других нормативно-правовых актов РФ, определяющих порядок реабилитации пострадавших в ЧС;

*уметь:*

- развивать в себе необходимые познавательные, физические, психологические и профессиональные качества, отвечающие требованиям адаптации к выбранной профессии;

- планировать свой режим дня, рационально сочетая в нём умственные и физические нагрузки, поддерживать необходимый уровень своего здоровья и работоспособность,

- оказывать психологическую помощь пострадавшим и лицам, перенесшим психотравмирующий стресс.

Все это позволит будущим специалистам овладеть основами безопасности труда. В учебном процессе рекомендуется использовать правовые информационно-справочные системы (Консультант Плюс, Гарант).

## II. ТЕМАТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

### Глава 1 Адаптация и реабилитация

#### 1. Адаптация как процесс.

Жизнь организма представляет собой непрерывную цепь адаптационных изменений, направленных на сохранение и восстановление динамического постоянства внутренней среды или гомеостаза. В современном понимании гомеостаз – это ключевой принцип адаптации, в соответствии с которым осуществляются процессы стабилизации и оптимизации всех функций живых систем, к которым относится и человек.

Условия чрезвычайной ситуации техногенного характера или боевые действия предъявляет значительно большие требования к психофизиологической адаптации. При этом могут создаваться условия, когда человеку приходится максимально использовать адаптивные ресурсы, жить в условиях, приближающих организм к «лимиту» адаптационных возможностей. Дальнейшее увеличение нагрузки на адаптивные механизмы или присоединение добавочных, условно-патогенных, факторов, которые в обычных условиях не способны нарушить резистентность организма, может привести к развитию патологии. Крайние варианты нормы психофизиологической адаптации обнаруживаются при изучении функционирования на грани адаптационных «лимитов».

Согласно И.М. Давыдовскому, болезнь является формой приспособления организма к условиям существования.

Качественное своеобразие патологии заключается в том, что организму приходится жертвовать какой-то одной или несколькими функциями для сохранения более жизненно важных, без которых существование в создавшихся условиях оказывается невозможным. Возникновение болезни представляет собой выход организма за пределы адаптационных «лимитов», выработанных в процессе длительной эволюции для наиболее высокого уровня интеграции.

Адаптация - это приспособления строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды, направленное на сохранение равновесия. Человека, обладающего специфической природой взаимодействия нескольких координат, необходимо рассматривать как систему в единстве биологического, психологического (психического) и социального.

Биологический уровень адаптации человека основан на общебиологических механизмах саморегуляции, обеспечивающих динамическое постоянство внутренней среды организма, выработанное в процессе становления и развития человека.

Социальный уровень адаптации человека представляет собой процесс активного приспособления к условиям социальной среды. Результатом социальной адаптации является развитие личности, формирование ее

сознания и индивидуально-личностных свойств.

Психический уровень адаптации определяется личностными особенностями человека, которые накладывают отпечаток на оценку происходящего. Если потребности индивида, с одной стороны, и требования среды с другой стороны, полностью удовлетворены, такое состояние гармонии можно считать адаптированностью. Достичь подобного идеального состояния невозможно, так как очень много изменчивых факторов имеется как в самой личности человека, так и в окружающей среде. На практике достигается только относительная адаптация в смысле оптимального удовлетворения индивидуальных потребностей. В этой связи можно говорить о том, что адаптация всегда относительна, независимо от того биологический это её уровень, психологический или социальный.

Психическую адаптацию рассматривают как результат деятельности целостной самоуправляемой системы (на уровне «оперативного покоя»), подчёркивая при этом её системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остаётся не полной. Необходимо включить в формулировку понятие потребности. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса. Следовательно, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения, требованиям среды. Психическая адаптация является сплошным процессом, который, наряду с собственно психической адаптацией (то есть поддержанием психического гомеостаза), включает в себя ещё два аспекта: а) оптимизацию постоянного воздействия индивидуума с окружением; б) установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками.

Изучение адаптационных процессов тесно связано с представлениями об эмоциональном напряжении и стрессе. Это послужило основанием для определения стресса как неспецифической реакции организма на предъявляемые ему требования, и рассмотрение его как общего адаптационного синдрома.

Стрессовые ситуации рассматриваются как факторы, вызывающие чрезмерную нагрузку на систему психологического саморегулирования и приводящие к развитию эмоционального напряжения. Состояние стресса определяется как эмоциональное возбуждение и сопутствующие ему изменения в других сферах психологического функционирования. К последствиям стресса относятся также временные или постоянные изменения в поведении человека.

Ситуации, вызывающие психологический стресс, имеют чрезвычайно разнообразный характер. К ним относятся, в частности, экстремальные условия в особенности у не привыкших к последним людей, опасности физической природы, катастрофы, землетрясения, ураганы, наводнения, пожары. Длительные, часто повторяющиеся фрустрации могут вызвать состояние стресса. Следует иметь в виду, что стрессогенный характер того или иного воздействия обуславливается часто не только его содержанием, но и психологическими особенностями человека. Степень сопротивляемости человека к различным воздействиям неодинакова.

Известный зарубежный психолог Ганс Селье, основоположник западного учения о стрессах и нервных расстройствах, определил следующие стадии стресса как процесса:

- 1) непосредственная реакция на воздействие (стадия тревоги);
- 2) максимально эффективная адаптация (стадия резистентности);
- 3) нарушение адаптационного процесса (стадия истощения). В широком смысле эти стадии характерны для любого адаптационного процесса.

Одним из факторов стресса является эмоциональная напряженность, которая физиологически выражается в изменениях эндокринной системы человека.

Таким образом, общеорганизменным регулятором биологических адаптационных процессов в организме служит стресс-реакция, или неспецифический защитный синдром по Г. Селье, который ещё в 30-е годы XX века отметил общность защитных реакций организма в ответ на сильные внешние воздействия (независимо от их специфики), проявляющуюся изменениями надпочечников – активизацией работы его коркового вещества с повышением выброса в кровь кортикостероидов и мозгового вещества, выделяющего в дополнительных количествах адреналин. Кортикостероиды способствуют образованию новых адаптивных структур; адреналин стимулирует обмен веществ, улучшает питание тканей. Позднее была продемонстрирована задействованность в этих процессах нервной системы.

Однако, следует отметить, что продемонстрированная в авторстве Селье чёткая цепь взаимодействия трёх линейных процессов «тревога – резистентность – истощение» представляется весьма условной и прямолинейной и не отражает в достаточной степени всего многообразия физиологических реакций, протекающих в организме в периоде адаптации. Современная дополненная и переработанная концепция теории адаптации базируется на системном подходе в исследовании данного феномена. Впервые понятие системности в русской физиологии с целью исследования жизнедеятельности целого организма и в приложении к процессам высшей нервной деятельности ввел И.П. Павлов. С расширением знаний о механизмах поведенческого акта, развитием и усовершенствованием методики исследований, с появлением новых фактов, вступающих в противоречие с канонами рефлекторной теории,

ограниченной узкими рамками афферентно-эффекторных отношений, стало все более ясно, что условный рефлекс, объясняющий тот или иной поведенческий акт по декартовской формуле «стимул-реакция» не может полностью объяснить приспособительный характер поведения человека и животных. Согласно классическому рефлекторному принципу, поведение заканчивается только действием, хотя важны не столько сами действия, сколько их приспособительные результаты.

Теория функциональной системы была разработана П.К. Анохиным (1935) в результате проводимых им исследований компенсаторных приспособлений нарушенных функций организма. Как показали эти исследования, всякая компенсация нарушенных функций может иметь место только при мобилизации значительного числа физиологических компонентов, зачастую расположенных в различных отделах центральной нервной системы и рабочей периферии, тем не менее, всегда функционально объединенных на основе получения конечного приспособительного эффекта. Такое функциональное объединение различно локализованных структур и процессов на основе получения конечного (приспособительного) эффекта и было названо П.К. Анохиным «функциональной системой». При этом принцип функциональной системы используется как единица саморегуляторных приспособлений в многообразной деятельности целого организма.

Согласно теории функциональных систем, центральным системообразующим фактором каждой функциональной системы является результат ее деятельности, определяющий в целом для организма нормальные условия течения метаболических процессов. Именно достаточность или недостаточность результата определяет поведение системы: в случае его достаточности организм переходит на формирование другой функциональной системы с другим полезным результатом, представляющим собой следующий этап в универсальном континууме результатов. В случае недостаточности полученного результата происходит стимулирование активирующих механизмов, возникает активный подбор новых компонентов, создается перемена степеней свободы действующих синаптических организаций и, наконец, после нескольких «проб и ошибок» находится совершенно достаточный приспособительный результат. Таким образом, системой можно назвать только комплекс таких избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношения принимают характер взаимодействия компонентов для получения конкретного полезного результата.

Функциональная система по П.К. Анохину (1935) это – законченная единица деятельности любого живого организма и состоящая из целого ряда узловых механизмов, которые обеспечивают логическое и физиологическое формирование поведенческого акта. Образование функциональной системы характеризуется объединением частных физиологических процессов организма в единое целое, обладающее своеобразием связей,

отношений и взаимных влияний именно в тот момент, когда все эти компоненты мобилизованы на выполнение конкретной функции.

Современная теория адаптации в свете концепции функциональной системы включает в себя следующие основные положения:

1. В основе процесса адаптации высокоорганизованного организма всегда лежит формирование абсолютно специфической функциональной системы (точнее – функциональной системы конкретного поведенческого акта), адаптационные изменения в компонентах которой служат одним из обязательных «инструментов» ее формирования.

2. Системообразующими факторами любой функциональной системы являются конечный и промежуточные результаты ее «деятельности», что обуславливает необходимость всегда мультипараметрической оценки не только конечного результата работы системы, но и характеристик «рабочего цикла» любой функциональной системы и определяет ее абсолютную специфичность.

3. Системные реакции организма на комплекс одновременных или (и) последовательных средовых воздействий всегда специфичны.

4. Сформировавшаяся функциональная система (что соответствует состоянию адаптированности организма) теряет свойство лабильности и стабильна при условии неизменности ее афферентной составляющей.

5. Любая по сложности функциональная система может быть сформирована только на основе «предсуществующих» физиологических механизмов.

6. Процесс адаптации, несмотря на то, что он протекает по общим законам, всегда индивидуален, поскольку находится в прямой зависимости от генотипа того или иного индивидуума и реализованного в рамках этого генотипа и в соответствии с условиями прежней жизнедеятельности данного организма фенотипа.

Процесс адаптации протекает стадийно:

1. Стадия первичной экстренной мобилизации предсуществующих компонентов системы.

2. Стадия выбора необходимых системе компонентов.

3. Стадия относительной стабилизации компонентного состава функциональной системы.

4. Стадия стабилизации функциональной системы.

5. Стадия сужения афферентации.

## 2. Реабилитация и ее стадии

Связующим звеном между адаптацией и реабилитацией является именно стадия сужения афферентации, а сама реабилитация представляет собой восстановление нарушенного физиологического процесса, который, по сути, является комплексом адаптационных динамических параметров

конкретной функциональной системы и системы организма в целом.

В современное понятие реабилитации входят бисоциальные закономерности восстановления здоровья и трудоспособности больных и инвалидов в комплексе с социальными и экономическими условиями, их определяющими. Эта проблема решается с помощью подхода, который предусматривает комплексную оценку биологического, личностного и социального аспектов решения основной проблемы.

Объектом реабилитационного процесса является больной человек.

Реабилитационный процесс проходит три стадии:

- восстановительное лечение;
- стадия ресоциализации, с восстановлением обычных видов жизнедеятельности, а также социальных навыков;
- возвращение реабилитанта в обычные условия жизни.

К основным принципам реабилитации относят: раннее начало, преемственность, этапность, индивидуальный подход, комплексность проводимых мероприятий.

Восстановительные мероприятия должны осуществляться с учетом всего комплекса факторов: биологических, личностных, профессиональных и социальных, применительно к роли и месту человека в окружающей среде. Под реабилитацией в узком смысле понимают восстановление нарушенных функций организма или их компенсацию.

Реабилитация стала одной из социальных проблем, к которой привлечены не только врачи различных специальностей, но и психологи, педагоги, юристы, социологи.

Реабилитацию больного, в т.ч. человека, пострадавшего в результате ЧС, можно разделить на три этапа. Первый этап – клинический. На этом этапе необходимо провести границы между лечением и собственно реабилитацией. С одной стороны, лечебные и реабилитационные мероприятия проводятся одновременно, а другие цели этих мероприятий отличаются друг от друга. Лечение направлено на ликвидацию или минимальное проявление болезни. Реабилитация направлена на достижение физической, трудовой, социальной адаптации человека. Реабилитация дополняет лечение. Второй этап реабилитации – санаторный. На этом этапе реабилитационные мероприятия направлены на нормализацию функций пораженных органов и систем, а также восстановление и нормализацию функций других органов и систем, а также ликвидацию отклонений, оставшихся в период остаточных явлений. При этом уделяется внимание восстановлению и расширению физической активности больного. Третий этап реабилитации носит название адаптационного, или профессионально – трудового для работающих.

В этот период достигается полное выздоровление больного с нормализацией морфологических и функциональных характеристик, обеспечивающих полную стойкую компенсацию утраченных во время болезни

функций, и полная адаптация к условиям существования, обеспечивающая физическую, психическую, социальную полноценность больных, восстановление профессиональных навыков и обычной трудоспособности.

## **Глава 2 Медицина катастроф**

### **1. Организация службы Медицины Катастроф**

В целях упорядочения деятельности функциональных подсистем, подведомственных Минздравсоцразвития России, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.12.2003 № 794 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» введены в действие Положения о функциональных подсистемах Всероссийской службы медицины катастроф и Резервов медицинских ресурсов единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (Приказ Минздравсоцразвития России от 28.11.2006 № 803), а также Соглашение о порядке взаимодействия Минздравсоцразвития и МЧС России при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, ликвидации последствий террористических актов, а также в ходе вооруженных конфликтов (от 04.09.2006 № 1-4-1-38-7/54), что позволило конкретизировать задачи сил и средств Службы на всех функциональных уровнях и эффективно взаимодействовать с органами управления и формированиями других министерств и ведомств при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

В настоящее время в Российской Федерации функционируют 82 территориальных центра медицины катастроф (ТЦМК), 60 из которых аккредитованы как самостоятельные учреждения здравоохранения со статусом юридического лица. Проводится подготовительная работа по аккредитации ТЦМК Республики Коми, Псковской и Белгородской областей. В Рязанской области разработаны необходимые документы по созданию ТЦМК.

В современных условиях продолжается работа по созданию мобильных медицинских отрядов специального назначения (ММОСН), сформированы нештатные ММОСН.

Важной составляющей в усилении готовности медицинских учреждений к ликвидации медико-санитарных последствий в ЧС является оказание экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (ЭПКМП). В настоящее время отделения ЭПКМП входят в состав 44 ТЦМК, что позволило укрепить материально-техническую базу, оптимизировать кадровый состав, повысить качество оказания медицинской помощи населению. К сожалению, не во всех субъектах Российской Федерации отделения ЭПКМП переданы в состав территориальных центров медицины катастроф, что противоречит Приказу Министерства здравоохра-

нения Российской Федерации от 03.04.1998 № 98 «Об упорядочении деятельности отделений экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (санитарной авиации)».

В соответствии с новым Соглашением о порядке взаимодействия Минздравсоцразвития России и МЧС России при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, ликвидации последствий террористических актов, а также в ходе вооруженных конфликтов от 04.09.2006 № 1-4-38-7/54, в целях оперативности выполнения мероприятий по ликвидации последствий ЧС всеми структурами РСЧС – 42 ТЦМК функционируют в системе единой дежурно-диспетчерской службы (ЕДДС), тем самым в этих субъектах значительно сокращено время реагирования службы медицины катастроф на ЧС.

Применение телемедицинских технологий позволит создать централизованную структуру российской телемедицинской консультативно-диагностической системы для чрезвычайных ситуаций и обеспечит оказание квалифицированной телемедицинской консультативной помощи пострадавшим в ЧС, независимо от их местонахождения, а также значительно сократит сроки на оказание такой помощи.

Главной задачей по подготовке органов управления и сил Службы медицины катастроф и гражданской обороны здравоохранения (ГОЗ) считается совершенствование знаний и навыков, направленных на снижение рисков и уровня медико-санитарных последствий кризисных ситуаций, а также совершенствование системы медицинской защиты населения в мирное и военное время.

Медицина Катастроф – область медицины, занимающаяся оказанием квалифицированной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, когда имеет место массовое поступление пострадавших или заболевших с угрожающими жизни состояниями и складывается ситуация «один врач – множество больных», в отличие от других областей медицины, где обычной является ситуация «один врач – один больной».

Чрезвычайной ситуацией считается внезапно возникшее событие, в результате которого два или больше человека погибли, либо три или больше человека пострадали/заболели и находятся в тяжелом состоянии. Обо всех подобных событиях информация от сотрудников МЧС, органов внутренних дел, военных, учреждений здравоохранения и других организаций поступает в Центр Медицины Катастроф. Различают чрезвычайные ситуации локального (1-10 пострадавших), территориального (10-50 пострадавших), регионального (50-500 пострадавших), федерального (более 500 пострадавших) и международного уровня.

Служба Медицины Катастроф находится в подчинении Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации. По характеру работы имеет мало общего с другими учреждениями здраво-

охранения, обычно работает в тесном взаимодействии с аварийно-спасательными формированиями МЧС.

Структура Службы Медицины Катастроф (СМК) в России:

1. Центральный аэромобильный спасательный отряд «Центроспас» МЧС РФ – единственное формирование МЧС, в состав которого официально входят врачи, имеются медицинское оборудование и медикаменты. В составе других подразделений МЧС медиков нет. На должность спасателя охотно принимаются люди с медицинским образованием, но они не имеют медицинского оборудования, медикаментов и лицензии на оказание медицинской помощи. «Центроспас» не относится непосредственно к Службе Медицины Катастроф, но принимает активное участие в оказании медицинской помощи пострадавшим при ЧС.

2. Головное учреждение СМК – Всероссийский Центр Медицины Катастроф (ВЦМК) «Защита» МЗ РФ. Занимается научной, учебной и организационной работой в области Медицины Катастроф, участвует и руководит при оказании помощи пострадавшим в ЧС федерального и международного уровня. Имеет аэромобильный госпиталь. В повседневной деятельности занимается вопросами, связанными с санитарной авиацией – оказанием помощи и транспортировкой больных и пострадавших по воздуху по территории РФ и за рубежом.

3. Территориальный Центр Медицины Катастроф (ТЦМК) – учреждение областного подчинения. Занимается ликвидацией медицинских последствий ЧС локального, территориального и регионального уровня на территории соответствующей области. Региональный Центр Медицины Катастроф (РЦМК) – учреждение, аналогичное ТЦМК, но в том субъекте Российской Федерации, где нет деления на области. В Москве – свой отдельный центр Медицины Катастроф – Научно-практический Центр Экстренной Медицинской Помощи (ЦЭМП).

Станции Скорой и Неотложной Медицинской Помощи – в Службу Медицины Катастроф не входят. Рассматриваются как резервные формирования СМК.

Федеральное Медико-Биологическое Агентство (ФМБА) – правопреемник 3-го Главного управления Минздрава СССР. Занимается медицинским обеспечением предприятий атомной промышленности, военно-промышленного комплекса и т. д., а также "закрытых" населенных пунктов при таких предприятиях. Также занимается ликвидацией медицинских последствий ЧС на этих предприятиях и в населенных пунктах.

Структура Территориального Центра Медицины Катастроф на примере ГУЗ ТЦМК Московской области:

1. Оперативно-диспетчерский отдел: сбор информации, взаимодействие, руководство формированиями.

2. Клинический отдел: бригады экстренной медицинской помощи

(БЭМП) – постоянные формирования ТЦМК. В составе – врач анестезиолог-реаниматолог, с общим стажем выездной работы на Скорой Помощи не менее 10 лет и с опытом работы в стационаре, два фельдшера с аналогичным стажем на Скорой Помощи, водитель. БЭМП расположены в различных точках на территории подконтрольной ТЦМК. Как правило, рядом с крупными федеральными автомобильными трассами. В зону ответственности БЭМП входит сектор вдоль федеральной трассы от МКАДа до границы области, включая все дороги, города, поселки, предприятия, аэродромы, железные дороги и т. д. Резервные формирования – бригада экстренного реагирования (БЭР) - сотрудники учреждений здравоохранения в населенных пунктах, привлекаемые в случае ЧС.

3. Мобильный пневмокаркасный госпиталь – надувные модули с оборудованием.

4. Отдел санитарной авиации – вертолеты (из-за финансовых проблем пока в стадии организации).

5. Научный отдел.

6. Психологическая лаборатория – психологи и психиатры – помощь пострадавшим при ЧС и периодическое тестирование и контроль сотрудников ТЦМК.

7. Вспомогательные службы – отдел кадров, бухгалтерия, аптека, склад, автохозяйство и т. д.

Центр может работать в трех режимах:

1. Режим повседневной деятельности – поводы к вызову БЭМП – любые ЧС (больше 3-х пострадавших или 2-х погибших) – ДТП, пожар, техногенная или природная катастрофа, обрушение зданий, угроза взрыва, теракты, захват заложников, массовые беспорядки и драки, ножевые и огнестрельные ранения, минно-взрывная травма, поездная травма, авиакатастрофа, падение с высоты, массовые отравления, случаи выявления особо опасных инфекций, любые другие чрезвычайные ситуации. БЭМП может выехать на ситуацию с одним-двумя крайне тяжелыми пострадавшими по распоряжению старшего врача оперативно-диспетчерского отдела. 90% вызовов – крупные ДТП на федеральных трассах, за пределами населенных пунктов. Задача БЭМП – прибыть на место, провести медицинскую разведку и сортировку, запросить дополнительные силы (Скорая Помощь и спасатели из ближайших населенных пунктов), руководить оказанием помощи пострадавшим на месте ЧС. Запас медикаментов и расходных материалов БЭМП рассчитан на 25 пострадавших. Есть возможность самостоятельной госпитализации пострадавших. Оснащение БЭМП соответствует уровню отделения анестезиологии и реанимации в стационаре. Информация о ЧС поступает от местных станций Скорой Помощи, пожарных, спасателей, милиции и ГИБДД в оперативно-диспетчерский отдел и непосредственно врачу БЭМП. Также БЭМП привлекается к медицинской эвакуации – транспортировка крайне тяжелых реани-

мационных больных из стационара в стационар. Привлекается к медицинскому обеспечению массовых мероприятий (дежурства).

2. Режим угрозы возникновения ЧС – развертывание мобильного госпиталя, мобилизация БЭР, мобилизация коечного фонда в стационарах, оперативное взаимодействие с другими службами.

3. Режим ЧС – работа в условиях ЧС регионального или федерального уровня.

## 2. Задачи службы Медицины Катастроф.

Общие задачи службы Медицины Катастроф: медицинская разведка в зоне ЧС, сортировка пострадавших, организация эвакуации и эвакуация пострадавших из зоны ЧС, организация оказания помощи и непосредственно оказание помощи пострадавшим, привлечение дополнительных медицинских сил для помощи пострадавшим в случае необходимости, организация госпитализации пострадавших, руководство действиями медицинских, аварийно-спасательных и всех других формирований и учреждений, администрации населенных пунктов в зоне ЧС, по всем вопросам, связанным с пострадавшими.

Основные задачи в области Службы медицины катастроф:

- обеспечение постоянной высокой готовности сил Службы к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в мирное и военное время;

- совершенствование взаимодействия органов управления Службы на всех уровнях, сопряжение и развитие информационно-управляющих систем, обеспечивающих их работу;

- совершенствование системы мониторинга и прогнозирования медико-санитарных последствий ЧС;

- создание и содержание в соответствии с установленными требованиями, эффективное использование и восполнение резервов (запасов) финансовых и материальных ресурсов для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- участие в создании и поддержании необходимых условий для обеспечения жизнедеятельности пострадавшего населения;

- совершенствование организации оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП, в соответствии с ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 гг.»;

в области гражданской обороны здравоохранения:

- совершенствование нормативно-правовой базы в области гражданской обороны здравоохранения с учетом современных требований, направленных на создание оптимальных формирований ГОЗ;

- обеспечение готовности органов управления и организаций здравоохранения, выполняющих задачи ГОЗ по переводу в режим функциониро-

вания в условиях военного времени и выполнению задач по медицинскому обеспечению населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий;

- обеспечение устойчивости объектов здравоохранения и их функционирования в условиях ведения военных действий;

- обеспечение дальнейшей реализации положений Федерального закона от 12.02.98 № 28-ФЗ «О гражданской обороне», распоряжения Президента Российской Федерации от 5 января 2004 г. № Пр-12 «Основы единой государственной политики в области гражданской обороны на период до 2010 года» и других нормативных правовых актов в области гражданской обороны по применению формирований ГОЗ при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и террористических акций;

- при планировании очередного финансового года предусмотреть в расходной части бюджетов органов управления и организаций здравоохранения субъектов Российской Федерации выделение средств на проведение мероприятий гражданской обороны;

- обеспечение готовности пунктов управления и систем связи к применению по назначению, продолжить работу по их оснащению современными техническими средствами и совершенствованию практических навыков обслуживающего персонала;

- наращивание усилий по оснащению и поддержанию в готовности сил ГОЗ;

- продолжение работы по накоплению до установленных норм, содержанию и своевременному освежению в целях гражданской обороны здравоохранения запасов материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств;

- не допускать сокращения существующего фонда убежищ и укрытий для персонала учреждений здравоохранения, защищенных стационаров для нетранспортабельных больных, активизировать работу по обустройству и оборудованию убежищ в подвальных помещениях ЛПУ;

- принять меры по накоплению до установленных норм средств индивидуальной защиты и приборов радиационной и химической разведки.

Дополнительная информация:

Служба Медицины Катастроф не имеет собственной выделенной цветографической схемы окраски транспортных средств. Санитарная авиация использует цветографическую схему авиации МЧС. Как правило, летно-технический персонал – сотрудники МЧС, медицинский персонал – сотрудники Центра Медицины Катастроф. Санитарные автомобили используют цветографическую схему, установленную ГОСТом для автомобилей Скорой Помощи: белый или желтый цвет кузова, красная полоса с красным крестом по борту, надписи «03» спереди и сзади автомобиля. Без

выполнения этих условий автомобиль не может пройти техосмотр, получить разрешение на установку спецсигналов и средств оперативной радиосвязи. Дополнительно могут наноситься надписи «Медицина Катастроф», «ЦЭМП», эмблема СМК – золотой колокол на фоне красного креста и флага Российской Федерации, эмблемы «Звезда жизни» («Star of Life») – синяя шестилучевая «снежинка» на белом фоне и другие опознавательные знаки. Форма одежды – синяя или темно-синяя с желтыми вставками и световозвращающими полосами. Расположение надписей и нашивок может быть различным в разных Центрах Медицины Катастроф.

### **Глава 3 Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в ЧС**

#### **1. Характеристика основных поражающих факторов при катастрофах**

Характер потерь среди населения при катастрофах, степень выхода из строя местных (территориальных) сил и средств здравоохранения, наличие или отсутствие заражения местности в районе бедствия, размер очага и т.п. входят в понятие «медико-тактическая характеристика катастроф». Сами катастрофы, как и количество жертв от них, заблаговременно непредсказуемы ни по месту, ни по времени. Жизнь все же подсказывает, что вполне реально иметь некоторую готовность, прогноз возможной катастрофы не только на объектах хозяйства, в регионе, но и в стране, зная технологические производства и некоторые виды природных стихий (например, весенние наводнения, сейсмоопасные зоны и др.). Из перечисленных в таблице катастроф видно большое многообразие поражающих факторов (многофакторность).

Основными поражающими факторами как природных, так и техногенных катастроф являются:

динамические (механические) воздействия на организм взрывной волны, обвалов, метательное действие, вторичные снаряды, падение с высоты, придавливание разрушенными конструкциями зданий, шахт;

термические воздействия (высокие и низкие температуры, лучистая энергия);

радиационные излучения;

химические вредные вещества (СДЯВ) – хлор, аммиак, нитраты и др.;

биологические (бактериологические) средства.

По ряду параметров эти факторы аналогичны или почти аналогичны воздействию на человека современного оружия. Они нередко могут действовать одновременно, вызывая разнообразные множественные, комбинированные, сочетанные травмы разной степени тяжести.

При катастрофе потери обычно возникают внезапно, и их количество, как правило, превышает возможность местного здравоохранения в

оказании людям медицинской помощи в оптимальные сроки для спасения жизни и предупреждения опасных осложнений. Размер потерь и число погибших при каждом виде катастроф колеблются в большом диапазоне в зависимости от ряда условий: от интенсивности действия поражающих факторов, плотности населения в зоне катастроф, характера застройки, степени защиты и готовности населения и т.д.

Обращает на себя внимание высокая тяжесть поражения с преобладанием черепно-мозговой травмы при механическом факторе повреждений. При дорожно-транспортных авариях травмы головы составляют 50,9 %, травмы конечностей – 20,4 %.

В структуре потерь высок и удельный вес сочетанной и множественной травмы. Как известно, эти травмы чаще осложняются шоком, кровотечением, нагноением и взаимно отягощаются и требуют более длительного лечения. Исходы чаще менее благоприятны.

Заслуживает особого внимания высокая частота среди травм синдрома длительного сдавливания («Краш»-синдром). В Армении при землетрясении он наблюдался у 23,8 % пострадавших.

Раны, полученные при чрезвычайной ситуации, обычно бывают рваные, загрязненные песком, землей, осколками стекол на большую глубину. Это наблюдалось у всех пораженных смерчем в г. Иванове, при всех землетрясениях.

Структура потерь среди детского населения по локализации мало чем отличается от таковой у взрослых: здесь также преобладают множественные и сочетанные травмы.

Значительная часть пострадавших погибает от несвоевременности оказания медицинской помощи, хотя травма и не смертельна.

Известно, что через час шок может быть необратим. Противошоковые мероприятия, проведенные в первые 6 часов, снижают смертность на 25-30 %. По данным ВОЗ, 20 % среди погибших в результате несчастных случаев в мирное время могли быть спасены, если бы медицинская помощь была им оказана на месте происшествия.

В структуре потерь от катастроф значительную долю составляют женщины и дети. Особого внимания заслуживает вопрос отношения к беременным женщинам, попавшим в катастрофу. Таких женщин в мире (а значит, и у нас) в среднем на разной стадии беременности в пределах 2,5-5,0 %. Катастрофа часто нарушает течение беременности (выкидыши, преждевременные роды), причем дети, как правило, погибают. Таким образом, не следует забывать об открытии отделений родовспоможения.

Еще одна патология при катастрофах, о которой все время надо помнить. Это реактивное состояние нервной системы, психоневрологический стресс. Он наблюдается в той или иной степени выраженности практически у всех пострадавших, от 10 до 13 % нуждаются в лечении в условиях

психоневрологического стационара. Наблюдается значительное число случаев острых сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонических кризов.

Неблагоприятные санитарно-гигиенические условия в зонах катастроф, особенно при землетрясении, сильном наводнении, приводят к резкому осложнению санитарно-гигиенической обстановки. Структура потерь среди населения дополняется инфекционной патологией (гепатиты, желудочно-кишечные инфекции, простудные заболевания). Из рассмотренной медико-тактической характеристики катастроф вытекает ряд новых специфических задач для здравоохранения как в области организации медицинского обеспечения пораженного населения, так и в подготовке широкой медицинской общественности к работе в чрезвычайной ситуации.

## 2. Организация и задачи службы экстренной медицинской помощи при ЧС

Анализ организации медицинского обеспечения пораженных при техногенных и природных катастрофах свидетельствует о необходимости наличия в составе здравоохранения мобильных сил, способных обеспечить оказание помощи при катастрофах. Это, прежде всего, связано с объективной необходимостью сокращения фазы изоляции, обеспечением медицинской эвакуации и своевременным оказанием адекватной медицинской помощи пораженным на догоспитальном и госпитальном этапах.

Основные задачи службы экстренной медицинской помощи:

своевременное оказание медицинской помощи, эвакуация и лечение пораженных;

максимальное снижение числа неоправданных безвозвратных потерь в очагах катастрофы, летальности на путях и этапах медицинской эвакуации;

проведение мероприятий, направленных на снижение психоневрологического и эмоционального воздействия катастрофы на население и быструю его реабилитацию;

обеспечение санитарного благополучия населения в районах катастроф, предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний;

сохранение здоровья личного состава службы;

проведение судебно-медицинской экспертизы погибших.

Для успешной реализации задач, стоящих перед службой, используются имеющиеся и дополнительно созданные на базе действующих учреждений здравоохранения силы службы экстренной медицинской помощи. К ним относятся:

бригады скорой помощи (линейные и специализированные), функционирующие в составе службы скорой медицинской помощи здравоохранения;

бригады экстренной медицинской помощи, создаваемые на базе лечебно-профилактических учреждений (больницы, медико-санитарные ча-

сти, поликлиники, диспансеры, санатории и т.п.). Их основное назначение – усиление возможностей службы скорой медицинской помощи;

специализированные медицинские бригады постоянной готовности и бригады экстренной специализированной медицинской помощи. Базой их создания являются республиканские, областные (краевые), городские многопрофильные больницы, а также клиники и специализированные центры. Назначение: усиление лечебно-профилактических учреждений, оказывающих квалифицированную и специализированную медицинскую помощь; медицинские отряды состоят из бригад экстренной медицинской помощи. Базы создания: городские, центральные районные и районные больницы. Основным назначением их является оказание неотложной первой врачебной помощи на догоспитальном этапе;

мобильные (подвижные) госпитали – хирургические, челюстнолицевые, инфекционные и т.д. Их задача: оказание первой врачебной и квалифицированной помощи пораженным в очагах катастроф;

специализированные противоэпидемические бригады на базе противочумных учреждений. Используются для проведения противоэпидемических мероприятий в районах катастроф.

К органам управления экстренной медицинской помощи при ЧС относятся существующие министерства, управления и отделы здравоохранения. За ними закреплены конкретные территории и регионы страны.

Существует определенная система оказания помощи пострадавшим при катастрофах, включающая следующие виды: первая медицинская помощь, доврачебная помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная и специализированная помощь.

Актуальность этой проблемы становится особенно очевидной в случае возникновения катастроф, массовых заболеваний и применения современных средств вооруженной борьбы, когда в короткий промежуток времени возникают массовые санитарные потери, в структуре которых будут преобладать тяжелые травмы, ожоги, радиационные и химические поражения, а также соматические, инфекционные, психоневрологические заболевания.

При массовых потерях невозможно оказать первую медицинскую помощь одномоментно всем пострадавшим. До прибытия первую помощь должно оказывать население в порядке само- и взаимопомощи.

Первая медицинская помощь представляет собой комплекс простейших мероприятий, проводимых на месте получения травмы с использованием табельных средств с целью устранения последствий поражения, угрожающих жизни пострадавшего и предупреждения опасных для жизни осложнений. Она включает:

извлечение пострадавших из-под завалов, из убежищ, укрытий (занимаются спасатели);

тушение горячей одежды (занимаются спасатели).

Следующий этап – доврачебная помощь. Доврачебная помощь включает проведение следующих мероприятий:

устранение асфиксии (туалет полости рта и носоглотки, при необходимости введение воздуховода, ингаляция кислорода и др.);

контроль за правильностью наложения жгутов при кровотечении;

наложение и исправление неправильно наложенных повязок; введение обезболивающих средств;

улучшение транспортной иммобилизации с использованием табельных средств;

повторное введение антидотов по показаниям;

дополнительная дегазация открытых участков кожи и прилегающих к ним участков одежды;

обогревание пораженных при низкой температуре воздуха; горячее питье в зимнее время (при отсутствии ранения в живот);

по показаниям – введение симптоматических сердечно-сосудистых средств и препаратов, стимулирующих дыхание. По возможности – налаживание инфузионной терапии при шоке (по-лиглюкин, реополиглюкин, 5%-ная глюкоза, физиологический раствор с гормонами).

### 3. Лечебно-эвакуационные мероприятия в ЧС

Сущность лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) заключается в организации своевременных и последовательно проводимых мероприятий по оказанию медицинской помощи и лечению пораженных на двух этапах медицинской эвакуации (см. ниже) с обязательной транспортировкой пораженных из очага в лечебные учреждения в соответствии с характером повреждения. Вынужденное расчленение процесса лечения при катастрофах привело к необходимости разработки единой концепции (доктрины) патогенеза, диагностики и лечения различных поражений, обязательной для всех медицинских работников, что в сочетании с единообразной документацией обеспечивает преемственность и последовательность проведения лечебных мероприятий на этапах медицинской эвакуации.

Медицинская эвакуация – это система мероприятий по удалению из зоны катастрофы пораженных, нуждающихся в медицинской помощи за ее пределами. Она начинается с организованного выноса, вывода и вывоза пострадавших из зоны катастрофы, где обеспечивается оказание им первой медицинской помощи, и завершается доставкой их в лечебные учреждения, оказывающие полный объем медицинской помощи.

Этап медицинской эвакуации – это силы и средства здравоохранения, развернутые на путях медицинской эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки, оказания определенных видов помощи пораженным и (при необходимости) подготовки их к дальнейшей эвакуа-

ции. В настоящее время принята двухэтапная система ЛЭО пораженных с эвакуацией по назначению.

Первым этапом медицинской эвакуации, предназначенным для оказания доврачебной и первой врачебной помощи, являются сохранившиеся в зоне бедствия лечебные учреждения, пункты экстренной медицинской помощи, развернутые бригадами скорой помощи, фельдшерами и врачебно-сестринскими бригадами, прибывшими в очаг катастрофы из близрасположенных лечебных учреждений, и медицинские пункты воинских частей, привлеченные для проведения спасательных работ.

Вторым этапом медицинской эвакуации являются существующие и функционирующие вне очага, а также дополнительно развернутые лечебные учреждения, предназначенные для оказания исчерпывающих видов медицинской помощи – квалифицированной и специализированной для лечения пораженных до окончательного исхода.

Следующим этапом является медицинская сортировка пораженных в ЧС. В чрезвычайной ситуации следует иметь в виду, что 25–30 % пораженных нуждаются в неотложных лечебных мероприятиях, которые наиболее эффективны именно в первые часы после травмы. Возникает жесткая необходимость выбора: следует отдавать приоритет в первую очередь тем тяжело пораженным, кто имеет шансы выжить.

Медицинская сортировка – метод распределения пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретной обстановки. Цель сортировки состоит в том, чтобы обеспечить пораженным своевременное оказание медицинской помощи и рациональную эвакуацию.

Признано целесообразным выделение двух методов медицинской сортировки: внутрипунктовой; эвакуационно-транспортной.

Внутрипунктовая сортировка проводится с целью распределения пострадавших по группам в зависимости от степени тяжести поражения, от степени опасности для окружающих, для установления необходимости оказания медицинской помощи и ее очередности, а также определения функционального подразделения (лечебного учреждения) этапа медицинской эвакуации, где она должна быть оказана.

Эвакуационно-транспортная сортировка проводится в целях распределения пораженных на однородные группы по очередности эвакуации, по виду транспорта. Определение расположения пораженных на средствах эвакуации (лежа, сидя), определение пункта следования. Учитываются: состояние, степень тяжести пораженного, локализация, характер, тяжесть травмы. Решение этих вопросов осуществляется на основе диагноза, прогноза, состояния и исхода; без них правильная сортировка немыслима.

В основе сортировки лежат три основных сортировочных признака:

опасность для окружающих;  
лечебный признак;  
эвакуационный признак.

В зависимости от этого пострадавших распределяют на группы:  
нуждающихся в специальной санитарной обработке (частичной или полной);

подлежащих временной изоляции;  
не нуждающихся в специальной обработке.

Лечебный признак – степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте (лечебное подразделение) ее оказания.

По степени нуждаемости в медицинской помощи выделяют пораженных:

нуждающихся в неотложной медицинской помощи;  
не нуждающихся в неотложной медицинской помощи (помощь может быть отсрочена);

пораженных в терминальных состояниях, нуждающихся в симптоматической помощи, с травмой, несовместимой с жизнью. Эвакуационный признак – необходимость, очередность эвакуации, вид транспорта и положение пораженного на транспорте. Исходя из этого пораженных распределяют по группам:

подлежащих эвакуации в другие территориальные, региональные лечебные учреждения или центры страны с учетом эвакуационного предназначения, очередности, способа эвакуации (лежа, сидя), вида транспорта;

подлежащих оставлению в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния) временно или до окончательного исхода; подлежащих возвращению по месту жительства (расселения) для амбулаторного лечения или наблюдения.

Сортировку осуществляет либо врач, либо фельдшер, либо врачебная сортировочная бригада: врач, фельдшер, медицинская сестра, 2 регистратора и звено носильщиков. Вначале идет выборочная сортировка, выявляющая пораженных, опасных для окружающих. Затем путем беглого осмотра пораженных необходимо выявить наиболее нуждающихся в медицинской помощи (наличие наружного кровотечения, асфиксии, судорожного синдрома, рожениц, детей и др.).

Следующим этапом является конвейерный осмотр пораженных. После выборочного метода сортировки переходят к последовательному (конвейерному) осмотру пораженных.

При внешнем осмотре пострадавшего и его опросе определяются:  
локализация травмы: голова, грудь, живот, таз, конечности и др. ;  
характер травмы; механическая травма – локальная, множественная, сочетанная, наличие кровотечения, переломов костей,  
длительного раздавливания тканей, ожогов, поражения СДЯВ, ра-

диационных поражений и др.;

ведущее поражение, угрожающее в данный момент жизни пораженного;  
степень тяжести состояния: наличие (отсутствие) сознания, степень нарушения сознания: спутанное, оглушение, сопор, кома, реакция зрачков на свет, пульс, артериальное давление, особенности дыхания, наличие кровотечения, судорог, цвет кожи;

возможность самостоятельного передвижения;

характер необходимой медицинской помощи, время и место ее оказания (бригада скорой помощи, врачебно-сестринская бригада, медицинский отряд, подразделения лечебно-профилактического учреждения) или порядок дальнейшей эвакуации (выноса, вывоза).

Медицинская сортировка на догоспитальном этапе.

На этом этапе роль фельдшера значительна, т.к. чаще всего именно ему приходится оказывать помощь на догоспитальном этапе, поэтому очень важно знать правила сортировки на догоспитальном этапе.

В процессе медицинской сортировки выделяются следующие группы пораженных:

во-первых, нуждающиеся в помощи в первую очередь – наличие горячей одежды, наружного или внутреннего кровотечения (артериального), шока, острой сердечной и дыхательной недостаточности, асфиксии, судорог, коллапса, потери сознания, ожогов более 20 % поверхности тела, ожогов лица и верхних дыхательных путей; травматической ампутации конечностей, открытого перелома бедра, выпавших петель кишечника, открытого пневмоторакса;

во-вторых, те, помощь которым может быть оказана во вторую очередь (отсрочена на ближайшее время): при дальнейшем воздействии поражающего фактора, утяжеляющего поражение, тлеющая одежда, наличие СДЯВ на открытых частях туловища, окиси углерода в окружающей атмосфере, нахождение частей тела под конструкцией разрушенного здания; поражение с абдоминальными и торакальными повреждениями, с открытыми и закрытыми переломами костей, обширными повреждениями мягких тканей, ожогами менее 20 % поверхности тела, травмами черепа;

в-третьих – все остальные пораженные;

в-четвертых – нуждающиеся в выносе или вывозе в ближайшее лечебное учреждение; в первую и во вторую очередь эвакуируют пораженных, которым была оказана медицинская помощь в первую очередь или отсрочена, всех остальных – во вторую очередь. Определяется положение пораженного на транспорте (сидя, лежа);

в-пятых – легкопораженные («ходячие») следуют из зоны бедствия самостоятельно или с посторонней помощью. Предпочтение в очередности оказания первой медицинской, доврачебной (фельдшерской) и первой вра-

чебной помощи на догоспитальном этапе отдается детям и беременным женщинам.

Медицинская сортировка пострадавших на госпитальном этапе обеспечивается оказанием квалифицированной и специализированной медицинской помощи. На этом этапе выделяют следующие группы:

I сортировочная группа: пораженные с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии с четко выраженными признаками нарушения основных жизненных функций организма. Прогноз неблагоприятный. Пораженные этой группы нуждаются в симптоматическом лечении, в облегчении страданий. Эвакуации не подлежат.

II сортировочная группа: пораженные с тяжелыми повреждениями, сопровождающимися нарастающими расстройствами жизненных функций. К этой группе относятся: тяжело пораженные с быстро нарастающими, опасными для жизни травмами; пораженные СДЯВ с угрозой потери функции одной или нескольких основных жизнеобеспечивающих систем. Пораженные этой сортировочной группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям (в том числе оперативной). Временно нетранспортабельны: эвакуация в другие больницы возможна только после стабилизации гемодинамики, дыхания, деятельности ЦНС. Направляются в зависимости от характера травмы в противошоковую, реанимационную, в перевязочную, операционную и т. д. для получения неотложной помощи.

III сортировочная группа: пораженные с тяжелыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы жизни. Прогноз относительно благоприятный. Медицинская помощь оказывается во вторую очередь или может быть отсрочена на несколько часов (однако не исключается возможность развития тяжелых осложнений).

IV сортировочная группа: пораженные средней и легкой степени. Поражения с нерезко выраженными функциональными расстройствами или без них. Прогноз для жизни благоприятный. Развитие опасных осложнений маловероятно. Нуждаются в амбулаторно-поликлиническом лечении по месту жительства. Общее состояние таких больных удовлетворительное. Клиника, виды доврачебной, догоспитальной помощи фельдшером при травмах, шоке, кровопотере, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности описаны выше, в соответствующих разделах.

## **Глава 4 Виды реабилитации**

### **1. Основные виды реабилитации.**

Реабилитация или восстановительное лечение – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических

мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Восстановительное лечение необходимо, когда у больного значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д. Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным. Обычно при уходе Вы умываете, кормите больного, перестилаете ему постель и выполняете другие манипуляции, которые облегчают течение болезни. При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи настолько это возможно, несмотря на то, что он не может быть таким, как прежде. Восстановительный уход уменьшает последствия болезни, а у людей с инвалидностью – последствия инвалидности. При восстановительном уходе помогайте своим больным, но не делайте ничего за них. По возможности старайтесь, чтобы больной самостоятельно выполнял правила общей гигиены, например, чистил зубы, умывался, причесывался, принимал пищу. Прежде, чем выполнять какие либо действия по уходу, узнайте у больного, что он может делать самостоятельно, и поощряйте его это делать. Не забывайте о том, что в связи с болезнью и ее последствиями больные могут утратить повседневный бытовые навыки, которыми они владели до болезни. Вовлечение больного в занятия поможет ему приобрести навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем. Поэтому больного необходимо постепенно обучать этим навыкам и дать ему возможность приспособиться к болезни и жить более полноценно. В тех случаях, когда возможности больного выразить свои потребности и желания ограничены, необходимо помочь больному активизировать свое участие в освоении навыков. Больному нужно объяснить задание, которое он должен выполнить.

Правила работы с пациентом:

Используются краткие, конкретные предложения.

Больному следует давать ясные инструкции и просить его повторить данные инструкции, чтобы выяснить, понял ли он их.

Иногда больному нужно продемонстрировать ту или иную процедуру, чтобы он смог ее воспроизвести.

Необходимо проявлять терпение к больному при обучении его навыкам.

Всегда поощряйте его участие в освоении навыков.

Поощряйте больного выполнять задание самостоятельно.

Говорите больному о его способностях и удачах при выполнении задания; не заостряйте внимание на недостатках.

В период восстановительного лечения выполнение реабилитационных мероприятий нужно начинать как можно раньше. Для каждого больного составляется индивидуальная программа реабилитации, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстанов-

ление способностей пациента к бытовой, социальной, профессиональной деятельности в соответствии с его потребностями, кругом интересов, с учетом прогнозируемого уровня его физического и психического состояния, выносливости и т.д. Программа реабилитации составляется и реализуется только при согласии пациента или его законного представителя.

Основными принципами выполнения программы реабилитации являются:

Последовательность (определение показаний к реабилитации, установление настоящего состояния пациента при расспросе и клиническом осмотре, а также при психологическом и социальном обследовании, определение целей и задач реабилитации, составление плана реабилитации, проверка эффективности реабилитации и ее коррекция, достижение запланированных целей реабилитации, заключение реабилитационной команды и ее рекомендации).

Комплексность (в процессе реабилитации решаются вопросы лечебного, лечебно-профилактического плана, проблемы определения трудоспособности пациента, его трудоустройства, трудового обучения и переквалификации, вопросы социального обеспечения, трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношений пациента и его семьи, общественной жизни).

Непрерывность (восстановительное лечение проводится, начиная с момента возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество с использованием всех организационных форм реабилитации).

Этапы определения реабилитационной программы:

Проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Тщательное обследование больного или инвалида и определение его реабилитационного диагноза служат той основой, на которой строится последующая программа реабилитации. Обследование включает в себя сбор жалоб и анамнеза пациентов, проведение клинических и инструментальных исследований. Особенностью этого обследования является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и влияние физических дефектов на жизнедеятельность пациента, на уровень его функциональных возможностей.

Определение реабилитационного прогноза – предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала в результате проведения лечения.

Определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной или профессиональной деятельности.

Виды реабилитационных программ и условия проведения:

Стационарная программа. Осуществляется в специальных отделениях реабилитации. Она показана пациентам, которые нуждаются в постоян-

ном наблюдении медицинскими работниками. Эти программы обычно эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.

**Дневной стационар.** Организация реабилитации в условиях дневного стационара сводится к тому, что пациент живет дома, а в клинике находится только на время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

**Амбулаторная программа.** Осуществляется в отделениях восстановительной терапии при поликлиниках. Пациент находится в отделении поликлиники только на время проводимых реабилитационных мероприятий, например, массажа или лечебной физкультуры.

**Домашняя программа.** При осуществлении этой программы пациент все лечебные и реабилитационные процедуры принимает дома. Эта программа имеет свои преимущества, так как пациент обучается необходимым навыкам и умениям в привычной домашней обстановке.

**Реабилитационные центры.** В них пациенты участвуют в реабилитационных программах, принимают необходимые лечебные процедуры. Специалисты по реабилитации обеспечивают пациента и членов его семьи необходимой информацией, дают совет относительно выбора реабилитационной программы, возможности его осуществления в различных условиях.

Обычно восстановительное лечение начинается в стационаре и продолжается затем в домашних условиях. Восстановительное лечение нужно начинать тогда, когда больной находится еще в постели. Правильное положение, повороты в постели, регулярные пассивные движения в суставах конечностей, дыхательные упражнения позволят больному избежать таких осложнений, как мышечная слабость, мышечная атрофия, пролежни, пневмония и др. У больного всегда поддерживайте физическую активность, так как она укрепляет больного, а бездействие ослабляет.

При восстановительном уходе за больным обращайтесь внимание не только на его физическое, но и на эмоциональное состояние. Помните о том, что в результате болезни или инвалидности человек утратил способность трудиться, участвовать в общественной жизни. Изменение жизненной ситуации может вызвать страх, тревогу, привести к развитию депрессии. Поэтому важно создать вокруг больного атмосферу психологического комфорта.

Виды реабилитации:

1. Медицинская реабилитация.
2. Социальная (социально-бытовая и социально-средовая) реабилитация.
3. Профессиональная реабилитация.
4. Психологическая реабилитация.

## 2. Организация полноценного, комплексного лечения больных

Решением проблемы реабилитации занимаются врачи-специалисты.

Врачи – специалисты (невропатологи, ортопеды, терапевты и др.). Они помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов. Эти специалисты решают проблемы медицинской реабилитации.

Реабилитолог.

Реабилитационная медицинская сестра. Оказывает помощь пациенту, осуществляет уход, обучает пациента и членов его семьи.

Специалист по физиотерапии.

Специалист по лечебной физкультуре.

Специалисты по нарушению зрения, речи, слуха.

Психолог.

Психотерапевт.

Социальный работник и другие специалисты.

Обучение навыкам самообслуживания также можно начинать уже в больнице. Для лежачих больных восстановительный процесс может начаться с обучения больного навыкам умываться, чистить зубы, причесываться, принимать пищу, пользоваться столовыми приборами. Больных, которые могут сидеть, нужно обучать самостоятельно одеваться и раздеваться. При восстановительном уходе рекомендуется использовать технические средства реабилитации, которые помогают больному при ходьбе, приеме пищи, купании, посещении туалета и т. д. Например, из-за болезни или инвалидности больной может нуждаться в использовании приспособлений, помогающих ему ходить, таких как трости, ходунки, костыли, инвалидные кресла-коляски. Использование этих приспособлений дает человеку возможность передвигаться и быть независимым от других. Для облегчения приема пищи можно использовать специальную посуду (тарелки, чашки), столовые приборы. Имеются также специальные приспособления, облегчающие больному прием ванны, посещение туалета.

Поскольку больной человек утратил способность трудиться и большую часть времени проводит дома, важно организовать для него досуг, что позволит ему успешно адаптироваться к новым условиям жизни.

Средствами восстановления, как уже говорилось, могут быть физиопроцедуры и гидропроцедуры, массаж, упражнения на растягивание и др.

Необходимой предпосылкой повышения эффективности лечения является единство процессов воздействия физической нагрузки или других средств реабилитации на организм и процессов восстановления. После выполнения физической нагрузки (или проведения очередной процедуры) в организме параллельно протекают процессы восстановления и адаптации.

Планирование восстановительных процедур должно сочетаться с ис-

следованиями механизмов адаптации больного к новым нагрузкам, их переносимостью. И только на основании полученных данных можно планировать восстановительные мероприятия.

Устойчивость к физическим нагрузкам зависит от восстановительных процессов. При быстром их протекании можно увеличивать нагрузку более скорыми темпами. Если восстановление недостаточное, при повторяющейся нагрузке происходит переутомление, которое в свою очередь приводит к еще большему замедлению репаративных процессов и торможению адаптационных реакций.

Одной из важнейших задач являются своевременное определение функционального состояния и изменений опорно-двигательного аппарата больного, внесение коррекций в восстановительный процесс для максимальной эффективности реабилитационных мероприятий.

Для достижения наибольшего эффекта необходимо комплексное использование восстановительных средств, так как многолетние наблюдения показали, что эффективность реабилитационных мероприятий зависит от их комплексности, сроков выполнения, характера травмы, возраста больного и ряда других факторов.

При назначении восстановительных процедур большое значение имеет последовательность их воздействия. Поэтому после одной процедуры другую проводят спустя некоторое время. В таком случае первая процедура является как бы подготовкой для второй (например, парафин и электрофорез, массаж и электрофорез, парафин и ультразвук, массаж и электростимуляция). Если сначала проводят массаж, то силу тока последующей электростимуляции уменьшают. Тепловые процедуры улучшают электропроводимость тканей, поэтому эффект от электропроцедур (электрофореза, ультразвука, электростимуляции и др.) выше, если они проводятся после массажа.

При планировании восстановительных мероприятий следует помнить, что после первого тренировочного занятия лучше применять факторы местного (локального) действия (частный массаж, электростимуляция и т. п.), а после повторных физических нагрузок – факторы общего действия: ванны, гидромассаж, общий массаж, сауну и др. Следует ежедневно менять процедуры, чтобы к ним не было привыкания.

С 1978 г. электростимуляция применяется для восстановления физической активности после лечебной гимнастики, упражнений на растяжение.

Восстановительная электростимуляция проводится по нисходящей методике: анод накладывается на мышцы спины, а катод на икроножные мышцы. Она способствует снятию утомления, снижению мышечного тонуса, уменьшению возбудимости мозга. Сила тока: 15–20 мА. Продолжительность 15–20 мин.

Исследования показывают, что при совпадении реабилитационных мероприятий с зимним периодом у больных наблюдается ультрафиолетовый «голод», который приводит к нарушению обменных и иммунных процессов, витаминного баланса и, как следствие, – к возникновению простудных заболеваний, которые провоцируют осложнения основного заболевания. В этой связи большое значение имеет профилактика ультрафиолетовой недостаточности.

Ультрафиолетовое облучение (УФО) стимулирует функции органов кровообращения, улучшает состояние иммунной системы и защитные свойства организма, нормализует функции симпатико-адреналовой системы и надпочечников. Профилактическое облучение значительно повышает способность организма использовать белковые и минеральные компоненты пищи.

При планировании средств восстановления врачу необходимо знать физиологический механизм действия применяемой процедуры, функциональное состояние, индивидуальные особенности, возраст, пол больного, особенности течения посттравматического периода.

Для повышения эффективности средств восстановления важно не только обеспечить их правильный подбор и своевременность применения, но и контроль за их воздействием. Необходимо также оценить целесообразность их использования. Оценка степени восстановления – очень сложный процесс, поскольку скорость восстановления различных тканей, как уже говорилось, неодинакова.

Поэтому обследование больных, как и лечение, должно быть комплексным, определяющим биохимический статус, состояние кардиореспираторной системы, нервно-мышечного аппарата и др.

Эффективность восстановительных мероприятий следует оценивать, сопоставляя исходные данные с результатами, полученными в середине, конце восстановительного периода.

Для организации полноценного, комплексного лечения больных в период после травмы существуют специализированные реабилитационные центры. Данные учреждения, как правило, включают:

- 1) наблюдение врача;
- 2) процедурный кабинет;
- 3) кабинеты врачей-специалистов;
- 4) кабинет функциональной диагностики;
- 5) зал для занятий лечебной физкультуры;
- 6) душевые, бассейны, ванны, помещения для гидромассажа, сауны;
- 7) фотарий;
- 8) кабинет грязелечения и парафинолечения;
- 9) кабинет иглорефлексотерапии, мануальной терапии;
- 10) кабинет для ДД-токов, ультразвука, электрофореза;
- 11) кабинет для УВС, СВЧ и другие;

- 12) массажный кабинет;
- 13) кабинет для криомассажа, оксигенотерапии;
- 14) кабинет психотерапии, цветомузыки.

Концентрация лечебной и диагностической аппаратуры на одной базе облегчает поиск необходимого индивидуального лечебного комплекса для каждого отдельного больного.

## Глава 5. Программы реабилитации

### 1. Оздоровительные системы и технологии.

В современной науке выделяется несколько оздоровительных систем и технологий, основными из которых являются: озонотерапия, лечебная физкультура, гирудотерапия, лазеротерапия, водолечение, лечебный массаж, озонотерапия, рефлексотерапия, тренинг личностного роста, семейная консультация, магнитотерапия и др.

В настоящее время **озонотерапия** обладает огромной популярностью, в качестве метода лечения. Вообще же, озон, в качестве антисептического средства, применялся еще в начале века. Впервые озон был опробован А. Wolff еще в 1915 году, когда велась первая мировая война. Хотя все же следует отметить, что систематическое исследование действия озона на организм человека началось лишь в середине 70-х годов. Это связано с тем, что тогда в каждодневной медицинской практике начали появляться стойкие к озону полимерные материалы, а также удобные для использования и применения в работе озонаторные установки. Более того, в последнее время накапливается все больше и больше информации о том, насколько успешна озонотерапия в различных областях современной медицины. Хотя все же довольно долгий период времени в качестве основных методов озонотерапии использовались те, которые связаны с прямым контактом газа с наружной поверхностью и различными полостями тела человека. Ведь озонотерапия крайне эффективна при обработке сильно инфицированных и плохо заживающих ран, ожогов, гангрене, пролежней, грибковых поражений кожи и т.п., при воздействии озонокислородной газовой смеси с высоким содержанием в ней озона. Также озонотерапия применима в качестве кровоостанавливающего средства. В тех же случаях, когда используется озонкислотная смесь с низкой концентрацией в ней озона, озонотерапия способствует заживлению и эпителизации.

В последние же десятилетия все большей популярностью начали пользоваться те методы озонотерапии, которые связаны с парентеральным (внутривенным, внутрисуставным, внутримышечным и подкожным) введением терапевтических доз озона в организм человека. В целях внутривенного введения озона используется тот озон, который растворяется либо

в крови самого пациента, либо в физиологическом растворе. Когда происходит парентеральное введение озона в организм человека, происходит запуск или же активизация целого каскада биохимических процессов. Это, в свою очередь, проявляется в активизации системы антиоксидантной защиты, которая могла быть нарушена многими патологическими состояниями. Таким образом, можно утверждать, что озонотерапия является крайне эффективным методом лечения, а потому совершенно не удивительно, что озонотерапия начинает приобретать все большую и большую популярность в настоящее время.

**Лечебная физкультура.** В настоящее время ни у кого не возникает сомнений в необходимости существования лечебной физической культуры (ЛФК), но так было далеко не всегда. ЛФК пришлось пройти нелегкий путь, прежде чем она заняла свое достойное место в современном здравоохранении. Лишь в середине прошлого столетия произошло становление науки ЛФК как раздела медицины. Это произошло благодаря синтезу традиционной физкультурно-оздоровительных систем, а также достижений в области физиологии, анатомии и биомеханики при понимании врачами физического движения в качестве лечебного фактора. Система здравоохранения с ее доступностью и профилактической направленностью также являлась необходимым условием становления ЛФК как науки.

Если же попытаться определиться в терминологии, то ЛФК - это такой метод лечения, который состоит в применении естественных факторов природы и физических упражнений к больному человеку с лечебно-профилактическими целями. Метод лечения и профилактики здоровья при помощи лечебной физкультуры имеет в своей основе использование такой основной биологической функции организма, как движение.

Основным терапевтическим методом ЛФК выступает лечебная гимнастика, которая представляет собой физические упражнения, которые специально подобраны для лечения.

Средствами же ЛФК выступают физические упражнения, которые применяются в соответствии с учетом этиологии, клинических особенностей, патогенеза, функционального состояния организма и общей физической работоспособности человека, а также в соответствии с задачами лечения и оздоровления.

Если мы говорим о форме лечебной физической культуры, то она представляет собой ту организационную форму, в рамках которой происходит применение средств ЛФК, а также в рамках которой осуществляются методы лечебной физической культуры.

Методы лечебной физической культуры представляют собой задачи ЛФК. В наименовании же методики ЛФК всегда указывается то патологическое состояние или то заболевание, при котором применяется данный метод лечебной физкультуры. Примерами подобных методов могут высту-

пать «ЛФК при хронической ишемической болезни сердца в форме группового занятия ЛФК» или же «ЛФК при артрозе тазобедренного сустава в форме индивидуальных занятий утренней гимнастикой».

Средствами лечебной физкультуры являются действующие лечебные факторы, к которым можно отнести различные гимнастические упражнения, а также такие физические упражнения, как ходьба, упражнения в воде, занятия в тренажерном зале и многое другое.

**Гирудотерапии.** В настоящее время гирудотерапия (лечение пиявками) активно используется в современной медицине и имеет широкий спектр применения. Но так было далеко не всегда. Сразу же следует оговориться, что раньше лечение пиявками (гирудотерапия) в основном назначалось в качестве лечения гипертонической болезни с повышенной гемоагуляцией, а также тромбофлебитов различной этиологии. Сейчас же спектр применения лечения пиявками значительно расширился, а потому давайте поговорим том, в каких направлениях медицины и для лечения каких заболеваний используется гирудотерапия.

Итак, гирудотерапия применяется в неврологии для лечения миозитов и радикулитов, остеохондроза, головных болей и головокружений самого различного происхождения, мигреней, невротозов, внутричерепной гипертензии и невритов, бессоницы и невралгии, и еще многого другого.

В урологии лечение пиявками применяется для лечения простатитов, мочекаменной болезни, а также аденомы простаты.

Гирудотерапия применяется в дерматовенерологии для лечения нейродермитов, угревой сыпи, экземы и псориаза.

В эндокринологии же лечение пиявками может быть применено при сахарном диабете, ожирении и заболеваниях щитовидной железы.

В пульмонологии гирудотерапия применяется при лечении бронхиальной астмы, а также хронических бронхитов.

Лечение пиявками имеет также широкое использование в кардиологии, применяясь в качестве лечения стенокардии, атеросклероза, гипертензии и кардиосклероза.

При различных ЛОР – заболеваниях, таких как неврит слухового нерва, хроническая сенсорная тугоухость и отит также может быть применена гирудотерапия.

В хирургии и проктологии лечение пиявками применяется при геморроях, варикозном расширении вен и тромбофлебитах.

Ревматоидный артрит, периартерииты и склеродермия в ревматологии также лечится пиявками.

В гастроэнтерологии же гирудотерапия используется для лечения дуоденита, панкреатита, гастрита, гепатоза и холецистита.

Гирудотерапия также имеет крайне широкое применения в современной гинекологии и используется при различных хронических заболева-

ниях (аденомиозе, метроэндометриозе, сальпингоофорите, кольпите и бартолините). Лечение пиявками также применяется при нарушении менструального цикла и предменструальном синдроме, миоме матки и мастопатии, альгодисменории и климактерическом синдроме, а также при гиперплазии эндометрия и воспалительных и функциональных кистах яичников. В данном случае использование пиявок в качестве лечения вышеперечисленных заболеваний, способствует как уменьшению дней заболевания, так и быстрому уменьшению болевого синдрома.

**Лазеротерапия** является на сегодняшний день одним из самых перспективных направлений современной медицины.

Лазеротерапия при наружном применении заключается в следующем: излучающий терминал воздействует на определенные необходимые зоны и точки тела. Сквозь ткани проникает свет, за счет действия которого происходит стимуляция обмена веществ в пораженных тканях, что, в свою очередь, активизирует регенерацию и заживление. Более того, лазеротерапия при наружном применении стимулирует общую работу всего организма в целом.

Лазеротерапия при внутреннем применении заключается в следующем: сначала тонкий световой проводник вводится в вену, и через него происходит воздействие лазерного луча на кровь человека. Лазеротерапия в данном случае позволяет воздействовать на всю массу крови, что, безусловно, крайне удобно и способствует достижению хороших терапевтических результатов. Лазеротерапия при внутреннем применении способствует стимуляции кроветворения, а также укреплению иммунитета. Также лазеротерапия при внутреннем применении повышает транспортную функцию крови и способствует усилению метаболизма.

Также крайне важно отметить, что лазеротерапия и лечение с помощью лазера совершенно безболезненна, и не вызывает какого-либо дискомфорта. Лазеротерапия разрешена к применению в Российской Федерации и зарегистрирована Минздравом РФ.

При лечении каких заболеваний лазеротерапия особенно эффективна:

при лечении заболеваний периферических сосудов (тромбофлебит, флебит, варикозное расширение вен, облитерирующие поражения сосудов конечностей), при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата (артроз, артрит, ушибы мягкой тканей, миозит, периостит и остеохондроз),

при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы (стенокардия, артериальная гипертония, вегетососудистая дистония, ИБС),

при лечении различных гинекологических заболеваний (бартолинит, послеродовой эндометрит, неспецифические сальпингиты),

при лечении кожных заболеваний (герпес, эрозии, нейродермит, дерматит, язвы слизистых оболочек),

при лечении заболеваний нервной системы (невриты, последствия

черепно-мозговой травмы, невралгия, травмы нервных стволов и сплетений, последствия инсульта и многие другие),

при лечении заболеваний органов дыхания (плеврит, туберкулез легких, пневмония, бронхит, бронхиальная астма).

И еще длинный перечень заболеваний, которые эффективно лечатся при помощи лазеротерапии.

**Водолечение** является столь популярным в современной нетрадиционной медицине. Всем нам с вами прекрасно известно, что вода является источником жизни на земле и основой целебных сил, которые дарит нам природа. Страшно себе даже вообразить, что представляла бы из себя наша планета, если бы на ней не было воды: не существовало бы на ней ни растительности, ни животных, ни птиц, ни нас с вами. А потому вполне логично, что вода издревле использовалась, как лучший лекарь. И недаром в народной медицине вода всегда рассматривалась как неотъемлемая часть полезного использования природных ресурсов и их целебных сил. И сейчас водолечение активно применяется в процессе лечения, восстановления и оздоровления организма. Себастьян Кнейп, известный целитель 19 века, даже написал целую книгу, которая носит название «Мое водолечение». В ней он описал свой 35-летний опыт применения воды при лечении болезней, и описал то, как водолечение способствовало излечению множества болезней.

Себастьян Кнейп считал, что вода обладает тремя основными свойствами, к которым относятся: растворять, укреплять и удалять, а потому, он был уверен, что водолечение чистой водой может вылечить любые болезни, если правильно его применять.

Водолечение видит своей главной целью помочь природе восстановить здоровье человека, ну или хотя бы облегчить его страдания и улучшить его самочувствие. Но, безусловно, водолечение и его применение для каждого человека должно быть индивидуальным, должно учитывать особенности его организма, соответствовать основному заболеванию человека, а также сопутствующим заболеваниям. Также нельзя забывать основные положения водолечения, которые как раз были сформулированы Себастьяном Кнейпом: умеренность, осторожность и правильность. Это означает, что тем, кто только начинают использовать водолечение, ни к чему сразу же выливать на себя 2 ведра ледяной воды, стоя по колена в снегу. Если вы только начинаете закаливание, в зимнее время вам лучше принимать теплые ванны и душ. Также это можно посоветовать пожилым людям, которые боятся холода, лицам, страдающим малокровием, а также нервным больным.

**Лечебный массаж.** Лечебный массаж бывает двух основных видов: рефлекторно – сегментарный лечебный массаж и леченый европейский классический. Так, если мы говорим о рефлекторно – сегментарном массаже, то его, в свою очередь, можно разделить на: собственно сегментар-

ный; су джок терапия; туйна – древнекитайский лечебный массаж; пальцевый чжэнь – точечный китайский лечебный массаж; соединительнотканый; до-ин – китайский лечебный массаж, который сочетается с комплексом упражнений; периостальный; шиатсу – точечный японский лечебный массаж, а также линейный – китайский лечебный массаж, который выполняется по меридианам.

Если же говорить о лечебном европейском классическом массаже, то он является самым древним средством снятия боли, который применяли люди еще в первобытном обществе. Вообще же, лечебный массаж имеет как свои показания, так и противопоказания, и может быть эффективным средством лечения лишь в том случае, когда выполняется профессионалом и индивидуально подобран для клиента, в соответствии с его личными особенностями. В настоящее время лечебный массаж включен в систему средств медицинской реабилитации, которые направлены на восстановление здоровья человека, профилактику возникновения инвалидности, а также возвращение человека в его профессионально – трудовую деятельность с новыми силами. Лечебный массаж способствует тому, что улучшается питание тканей, ускоряется образование костной мозоли, нормализуются обменные процессы, предотвращается развитие соединительнотканых сращений, которые ведут к контрактурам мышц и тугоподвижных суставов. Также лечебный массаж снижает болевые процессы, способствует быстрому рассасыванию отеков и кровоизлияний в тканях. И это далеко не весь спектр применения леченого массажа, список этот может быть еще продолжен.

**Озонотерапия.** В последнее время все большей и большей популярностью в клинической практике начал пользоваться такой лечебный метод, как озонотерапия. Вообще лечебный эффект, которым обладает озонотерапия, строится на том, что сам озон обладает широким спектром разнообразных лечебных свойств. Так, например, установлено, что озон обладает противовирусным, антибактериальным, иммуномодулирующим, а также противовоспалительным действиями. Также озонотерапия усиливает микрогемодинамику, повышает активность системы антиоксидантной защиты, а также содействует коррекции нарушений перекисного окисления липидов. Потому можно говорить о том, что озонотерапия крайне эффективна при лечении огромного количества заболеваний.

Однако, следует помнить, что озонотерапия и курс лечения ей должен быть подобран сугубо индивидуально, в зависимости от характера и длительности заболевания, наличия или отсутствия у человека осложнений, а также сопутствующих патологий, активности воспалительного процесса, личностных особенностей организма и индивидуальной переносимости тех или иных воздействий. В настоящее время разработаны методики общей и местной озонотерапии, которые позволяют как раз дифференцированно производить назначение физического эффекта озона не только с

лечебной, но и профилактической целями.

Тот факт, что в настоящее время озонотерапия имеет столь широкое использование в современной медицине, основан на уникальном спектре воздействий озона на организм человека. Озонотерапия действует на организм как фунгицидное, антистрессовое, иммуномодулирующее, бактерицидное, противовирусное, цитостатическое, противовоспалительное, а также анальгезирующее средство. Список тех областей медицины, в которой применяется озонотерапия, не менее длинный: это и урология, и гинекология, и гепатология, и стоматология, и гастроэнтерология, и косметология. Также озонотерапия применяется в общей и инфекционной терапии, и в неотложной и гнойной хирургии.

Озон, в качестве антисептического средства, применялся еще в начале века, хотя все же следует отметить, что систематическое исследование действия озона на организм человека началось лишь в середине 70-х годов. Это связано с тем, что тогда в каждодневной медицинской практике начали появляться стойкие к озону полимерные материалы, а также удобные для использования и применения в работе озонаторные установки. И чем больше проводится исследований в области озонотерапии, тем более пристальное внимание ей начинает уделяться.

В настоящее время озонотерапия обладает огромной популярностью, в качестве метода лечения. Вообще же, озон, в качестве антисептического средства, применялся еще в начале века. Впервые озон был опробован А. Wolff еще в 1915 году, когда велась первая мировая война. Хотя все же следует отметить, что систематическое исследование действия озона на организм человека началось лишь в середине 70-х годов. Это связано с тем, что тогда в каждодневной медицинской практике начали появляться стойкие к озону полимерные материалы, а также удобные для использования и применения в работе озонаторные установки. Более того, в последнее время накапливается все больше и больше информации о том, насколько успешна озонотерапия в различных областях современной медицины. Хотя все же довольно долгий период времени в качестве основных методов озонотерапии использовались те, которые связаны с прямым контактом газа с наружной поверхностью и различными полостями тела человека. Ведь озонотерапия крайне эффективна при обработке сильно инфицированных и плохо заживающих ран, ожогов, гангрене, пролежней, грибковых поражений кожи и т.п., при воздействии озонокислородной газовой смеси с высоким содержанием в ней озона. Также озонотерапия применима в качестве кровоостанавливающего средства. В тех же случаях, когда используется озоникислотная смесь с низкой концентрацией в ней озона, озонотерапия способствует заживлению и эпителизации.

В последние же десятилетия все большей популярностью начали пользоваться те методы озонотерапии, которые связаны с парентеральным

(внутривенным, внутрисуставным, внутримышечным и подкожным) введением терапевтических доз озона в организм человека. В целях внутривенного введения озона используется тот озон, который растворяется либо в крови самого пациента, либо в физиологическом растворе. Когда происходит парентеральное введение озона в организм человека, происходит запуск или же активизация целого каскада биохимических процессов. Это, в свою очередь, проявляется в активизации системы антиоксидантной защиты, которая могла быть нарушена многими патологическими состояниями. Таким образом, можно утверждать, что озонотерапия является крайне эффективным методом лечения, а потому совершенно не удивительно, что озонотерапия начинает приобретать все большую и большую популярность в настоящее время.

Однако, следует помнить, что озонотерапия и курс лечения ей должен быть подобран сугубо индивидуально, в зависимости от характера и длительности заболевания, наличия или отсутствия у человека осложнений, а также сопутствующих патологий, активности воспалительного процесса, личностных особенностей организма и индивидуальной переносимости тех или иных воздействий. А потому давайте поговорим о том, в каких случаях озонотерапия противопоказана к использованию. Итак, противопоказаниями в данном случае могут являться: аллергия на озон; наличие острой алкогольной интоксикации; склонность к судорогам; гипертиреоз;

ранний период после различного рода кровотечений, в том числе внутренних; снижение свертываемости крови; геморрагический инсульт, а также тромбоцитопения.

Также следует отменить применение лекарственных средств, которые имеют умеренным гипокоагуляционным действием, на тот период времени, когда применяется озонотерапия, так как озон в низких концентрациях имеет умеренное гипокоагуляционное действие. Также женщинам рекомендуется делать перерыв в лечении озонотерапии на период менструации.

**Рефлексотерапия.** Большинство из нас уже давно осознали, что всевозможные таблетки обладают как непосредственным лечебным эффектом, так и различными побочными действиями. Как говорится, одно лечим, а другое при этом калечим. И, таким образом, мы попадаем в ситуацию, своего рода, замкнутого круга, выйти из которого, подчас, бывает крайне тяжело. А потому в настоящее время все больше людей начали прибегать в деле оздоровления к альтернативным способам лечения, к которым можно отнести лечение при помощи травяных настоев и чаев, массаж, иглотерапию и рефлексотерапию. И вот как раз давайте поговорим с вами о том, что такое рефлексотерапия, а также о том, в каких случаях эта самая рефлексотерапия применима и эффективна.

До сих пор еще находятся люди, которые считают, что рефлексоте-

рапия – это на самом деле обман, и никаким целебным эффектом она не обладает, не смотря на то, что рефлексотерапия уже давно официально признана действенным методом лечения. Вообще же, рефлексотерапия – это главный метод лечения в китайской народной медицине. Еще в древнем Китае, два тысячелетия назад, использовалась рефлексотерапия при лечении различных заболеваний. И, согласитесь, проверка временем – уже неплохое доказательство действенности этого метода лечения. Главный постулат рефлексотерапии заключается в том, что весь организм человека – это единое целое, а потом любые изменения в какой-либо его части неумолимо приводят к рефлекторному изменению работы всего организма. Проще говоря, организм человека можно условно разделить на определенные зоны, и при воздействии на любую из них, происходит соответствующее изменение работы всего организма в целом. Своим родоначальником рефлексотерапия считает врача Уильяма Фитцджеральда, который как раз и обнаружил подобную связь при исследовании действия массажа, когда воздействие на определенные точки тела способно улучшить работу внутренних органов или же уменьшить боль. Отсюда можно как раз вывести определение такого понятия, как «рефлексотерапия». Итак, это комплекс приемов и методов воздействия на определенные биологически активные точки организма человека, в которых сосредоточено множество нервных окончаний. Подобное воздействие на эти точки имеет благотворное влияние на весь организм в целом и восстанавливает его работу.

**Тренинг личностного роста.** У всех у нас есть свои маленькие тараканчики в голове, с которыми нам приходится сосуществовать вместе. Вот только некоторым это удается делать очень успешно, а у некоторых это не всегда получается. И, как результат, - проблемы на работе, на учебе, в личной жизни, а также недопонимание самого себя и своей сущности. Но для таких людей есть прекрасный выход – тренинг личностного роста, который позволяет не только лучше понять самого себя и подружиться с собственными тараканами, но и улучшить качество своей жизни и сделать ее более удачной, а следовательно, более счастливой. Тренинг личностного роста, когда он проводится профессионалом, действительно крайне эффективен для тех людей, которые сталкиваются с маленькими проблемами личностного плана, а также с проблемами чуть побольше. Тренинг личностного роста видит своими целями развить у его участников уверенность в себе и своих силах, понимание и осознание собственных сильных и слабых сторон, избавление от тех внутренних барьеров и комплексов, которые мешают самовыражению человека в жизни: в семье, в бизнесе, на учебе. Тренинг личностного роста может научить людей тому, как можно сделать общение с другими людьми не только более приятным, но и более эффективным.

Тренинг личностного роста использует основные состояния человека в виде основы для эффективного и более продуктивного взаимодействия с

другими людьми. Это достигается через тренировку открытого состояния при общении с людьми, что во многом является основой для долгосрочных и стабильных контактов с людьми. Также это достигается через осознание, а также принятие собственной личности, своих сильных и слабых сторон. Ведь только тот человек, который может адекватно оценить себя и принять себя таким, какой он есть, способен понять и принять других людей и жить в гармонии с ними и с самим собой. Именно этому и попытается научить вас тренинг личностного роста, на котором вы сможете обрести новую жизнь, по-иному взглянуть на окружающие вас вещи, на окружающих вас людей и на весь мир в целом.

**Семейные консультации** – это лучшее решение для тех, кто запутался в семейных проблемах, для тех, кто хочет изменить что-то к лучшему, но не знает, как это сделать. Как часто мы погрязаем в болоте семейных неурядиц и недомолвок, как часто мы понимаем, что хотели бы жить по-другому, но не знаем, что для этого необходимо сделать. Как часто мы перестаем слушать, а главное слышать своего близкого человека. Иногда мы даже теряем его не потому, что сами хотим этого, а лишь потому, что не успели вовремя найти общий язык, общее мнение, общий знаменатель. Но что же делать? Как удержать и сохранить семью? Как сохранить близкого человека и сделать его счастливым? Как быть счастливым самому? Ответы на эти вопросы могут дать семейные консультации с семейным психотерапевтом. Специалист поможет вам справиться с возникшими проблемами, найти выходы и решения. Семейные консультации могут внести ясность и откровенность, которых так не доставало вашим отношениям. Более того, семейные консультации будут намного эффективнее в том случае, если вы будете посещать их не в одиночестве, а как раз вместе со своим близким человеком, с которым никак не можете наладить гармоничные взаимоотношения. Семейный консультант поможет вам выстроить диалог таким образом, чтобы он получился максимально продуктивным и эффективным. Вы сможете услышать и понять друг друга, а значит сделать главный шаг на пути к гармонии в семье. Но не следует забывать, что семейные консультации могут быть эффективными лишь в том случае, когда вы действительно хотите изменить что-то, когда вы стремитесь наладить ваши взаимоотношения с близкими, когда вы готовы меняться и быть более пластичным – именно в этом, зачастую, заключается залог успеха. Откройте миру, и тогда он обязательно покажет вам потайные выходы к счастью.

**Магнитотерапия** – это применение составляющей переменного электромагнитного поля низкой частоты в лечебных целях. Причем следует отметить, что магнитотерапия крайне эффективна и вполне комфортна. Принцип действия магнитотерапии заключается в следующем: в электропроводящих движущих силах (лимфа и кровь) пространственная неоднородность магнитных полей вызывает возникновение магнитогидродинамических сил.

Магнитотерапия обладает следующими лечеными эффектами: лимфодринирующим; сосудорасширяющим; трофостимулирующим; катаболическим; гипокоагулирующим; гипотэнзивным.

Теперь давайте поговорим о том, в каких случаях применяется магнитотерапия. Итак, магнитотерапия эффективна при: кожно-аллергических заболеваниях; ишиалгии; сердечно – сосудистых заболеваниях; заболева-

ниях сосудистого генеза (ЦХРД), а также изменениях в шейном отделе позвоночника и вертеброазилярном бассейне; вегетососудистой дистонии с нарушениями сна; трофоневрозах стоп и кистей; гипертонической болезни; заболеваниях роговицы; трофических язвах голени; остеохондрозе; бронхиальной астме нетяжелой степени; цистите и цисталгии; хроническом неспецифическом простатите; остеохондрозе позвоночника; воспалении придатков; артрозах и полиостеоартрозах, а также при гипертоническом кератите и язве роговицы.

Однако, далеко не всем подходит магнитотерапия. Она имеет ряд противопоказаний, к которым можно отнести такие заболевания, как: эпилепсия с частыми припадками; болезни сердечно – сосудистой системы, которые находятся в стадии декомпенсации; заболевания крови, которые имеют системный характер; кровотечения или же склонности к ним; гипертоническая болезнь 3 стадии.

Магнитотерапия имеет следующий принцип действия: магнитные поля осуществляют воздействие через нервные, обменные и иммунные процессы в тканях. В тканях человека возникают электрические токи, которые появляются при воздействии магнитного поля. Это воздействие, в свою очередь, изменяет физико – химические свойства водных систем организма, а также ориентацию крупных ионизированных биологических молекул ( к которым можно отнести белки и ферменты) и свободных радикалов. Это приводит к преобразованию скорости биофизических и биохимических процессов в организме, что и обуславливает лечебный эффект, который имеет магнитотерапия.

## 2. Основные программы реабилитации

Программы реабилитации:

Программа **«Очищение организма»** – гармоничное сочетание современных высоких технологий и опыта народной медицины, которое поможет Вам улучшить качество Вашей жизни и получить максимальный эффект при минимальных затратах.

Программа включает:

диагностику состояния желудочно-кишечного тракта;

подбор индивидуальной программы очищения организма (очищение кишечника, очищение печени, очищение организма через кожу);

подбор индивидуальной программы, стимулирующей функциональное восстановление клеток внутренних органов и оздоровления всего организма в целом.

Программа имеет ряд подпрограмм направленных на восстановления органов желудочно-кишечного тракта для пациентов с язвенной болезнью, хроническим холециститом, хроническим гепатитом, заболеваниями кишечника.

Программа «**К здоровым сосудам**» специально разработана для пациентов с различной сосудистой патологией.

Программа включает в себя подпрограммы для пациентов с дисциркуляторной и посттравматической энцефалопатией, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, облитерирующим атеросклерозом и варикозной болезнью сосудов нижних конечностей.

Программа «**К здоровым суставам**». Основные эффекты программы - улучшение и сохранение функций опорно-двигательного аппарата, нормализация обменных процессов в соединительной ткани, выраженный противовоспалительный, противоотечный эффекты, укрепление стенок сосудов, клапанного аппарата вен, тонуса и эластичности сосудов, улучшение периферической микроциркуляции, а так же повышения качества жизни посредством снижения болевых ощущений, замедления прогрессирования заболевания, предотвращения деформации суставов.

Программа разработана для пациентов с последствиями травм, после операций на суставах, с артрозами, артритами, остеохондрозом позвоночника.

Программа «**Здоровье женщины**» – это коррекция функциональных нарушений, оздоровление, сохранение функциональных ресурсов, нормализация психо-эмоционального состояния и профессионального здоровья.

По этой программе женщины с гинекологическими заболеваниями могут пройти курсы реабилитации и восстановительное лечение с такими заболеваниями как: хронический сальпингоофарит, хронический эндометрит, трубно-перитонеальное бесплодие, спаечный процесс в малом тазу, климактерический синдром, предменструальный синдром, альгодисменорея, миома тела матки, после перенесенных операций по поводу внематочной беременности, гнойных заболеваний маточных труб и матки, после кесарево сечения.

Программа «**Антистресс**» и Программа «**Снятие синдрома хронической усталости**» - помогут устранить повышенную возбудимость нервной системы, снять тревоги, страхи, нормализовать сон, восстановить настроение, повысить умственную и физическую работоспособность, улучшить внимание и память. Ведь современный мир и стиль жизни, необходимость принятия сложных решений, отсутствие социальной стабильности ставят наш организм в весьма сложные условия.

Программа «**Коррекции веса**». Лишний вес – это проблема духовного, психического и телесного уровней. Болезнь любого органа - это лишь локальное проявление «непорядка» во всем организме. Поэтому лечение и питание строится не по принципу лечения одного органа, а подбирается, чтобы организм, очищаясь, изменяясь, восстанавливаясь, сам излечился.

Программа «**Чистая кожа**». Основные эффекты программы – очищение организма, повышение иммунитета, противовоспалительный, улучшающий процессы кровоснабжения и заживления различных тканей.

Предназначена для пациентов с дерматитами, псориазом, экземой, угревой сыпью, фурункулезом.

Программа «**Сексуальное здоровье мужчины**» – предназначена для профилактики и лечения аденомы предстательной железы, простатитов, уретритов, патологического мужского климакса.

Цель программы - нормализация синтеза и баланса мужских половых гормонов, улучшение потенции, укрепления иммунитета и общей работоспособности мужского организма.

Целью всех программ является улучшение качества жизни, оздоровление, сохранения физического и профессионального долголетия с использованием современных высокоэффективных технологий традиционной и нетрадиционной медицины.

Оптимальный срок реализации программ – 10 дней (возможны сокращенные или более продолжительные варианты).

Республиканский Центр реабилитации МЧС Республики Татарстан - единственное специализированное учреждение, проводящее медико-психологическую реабилитацию по уникальным и индивидуально разрабатываемым для каждого пациента методикам.

С целью улучшения качества жизни пациентов, оздоровления, сохранения функциональных резервов и профессионального долголетия, коррекция функциональных нарушений с использованием современных высокоэффективных технологий традиционной и нетрадиционной медицины мы предлагаем следующие программы реабилитации на платной основе: «К здоровым сосудам», «К здоровым суставам», «Здоровье женщины», «К здоровому пищеварению», «Антистресс», «Снятие синдрома хронической усталости», «Сексуальное здоровье мужчины», «Чистая кожа, «коррекция веса», «Путь к здоровью». Продолжительность лечения до 10 дней.

## **Глава 6. Особенности организации реабилитационной работы**

### **1. Восстановительное лечение**

Современная точка зрения на восстановительное лечение предполагает достижение больным не только физической, профессиональной, социальной, но и психической полноценности.

Для группы больных с неосложненными переломами характерна аффективная ригидность, склонность к построению на этой основе сверхценных образований, касающихся взаимоотношений с окружающими, тенденцией к постоянному недовольству распорядком отделения и правилами поведения в нем, конфликтностью.

Выявленные особенности, а также средние сроки продолжительности восстановительного периода и пребывания больных в реабилитационном

центре обуславливали характер психотерапевтической работы с больными.

Целью первого этапа работы является снижение повышенного уровня тревоги и эмоциональной напряженности, основывающееся на введении в лечебный процесс психотропных препаратов и занятий аутогенной тренировкой. Психотропная терапия базируется на индивидуальном подборе дозы препарата, дифференцированном введении препарата в зависимости от глубины аффективных расстройств, их структуры, коррекции психического состояния в динамике лечения. Занятия аутогенной тренировкой – 15 занятий в течение 2-3 недель включают помимо базисных – упражнения с идеомоторными зрительными образами. Последние способствуют восстановлению нервной проводимости, уменьшению выраженности атрофических явлений и реакции перерождения мышц.

На втором этапе психотерапевтического воздействия (после снижения степени тревоги и эмоциональной напряженности) к перечисленным методикам подключаются рациональная психотерапия и элементы коллективной психотерапии. Они направлены на формирование у больных правильного представления о своем состоянии и функциональных возможностях, выработку адекватного взгляда на будущее и активного противодействия болезни, на формирование представлений об отсутствии исключительности состояния и о лечебной перспективе.

Относительная кратковременность пребывания в реабилитационном центре больных с неосложненными переломами, а также преобладание в структуре состояния психопатических черт обуславливают необходимость применения на первых этапах пребывания больных в реабилитационном центре рациональной психотерапии для коррекции их поведения и отношения к своему состоянию, распорядку дня в отделении, необходимости проведения того или иного вида лечения.

Исследование психического состояния больных обеих групп в динамике восстановительного лечения выявляет тенденцию к нормализации психического статуса, более заметную у больных с косметическими и ампутированными дефектами. Это проявляется в снижении уровня тревоги и эмоциональной напряженности, степени эмоциональной лабильности и зависимости поведения. Анализ продолжительности реабилитационного периода у больных с травмами кисти показывает существенное ее сокращение у больных, получавших психотропную терапию и психотерапию.

Таким образом, построение реабилитационных мероприятий у больных с травмами кисти должно включать:

раннее скрининговое обследование всего контингента с целью выявления нуждающихся в коррекции психического состояния;

клиническое и психодиагностическое обследование больных в динамике с выявленными психопатологическими явлениями;

индивидуализированную психотропную терапию и занятия аутоген-

ной тренировкой;

рациональную психотерапию, направленную на коррекцию представлений больного о своем состоянии, лечении и прогнозе;

элементы коллективной психотерапии с формированием приемов активного противодействия болезни и лечебной перспективы.

Введение методов психотерапевтического воздействия в восстановительное лечение больных с травмами кисти улучшает их психическое состояние и повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

Физиотерапия является важной составляющей восстановительного лечения больных с последствиями повреждений кисти, от дифференцированного подбора слагаемых которой существенно зависят результаты реабилитации.

Многообразие путей оптимизации физиотерапевтических воздействий на различных этапах восстановительного лечения этой группы больных определяется: многоуровневым характером регуляции процессов жизнедеятельности организма, сложностью механизмов воздействия физических факторов, возможностью изменения их параметров, вариабельностью сочетаний и комбинаций различных методов физиолечения.

Назначение конкретных физических факторов зависит как от сложности повреждения, так и от клинических проявлений последствий травмы на различных этапах восстановительного лечения кисти.

Специфика назначаемой физиотерапии в первую очередь определяется стадией формирования костной мозоли. В первый период (7-10 дней после травмы), когда в клинической картине преобладают спазм мышц, боли и отек, физиотерапевтические факторы должны быть направлены на создание оптимальных условий для остеорепаративных процессов.

Для ликвидации отека тканей, обезболивания, рассасывания кровоизлияний применяются различные физические факторы: УВЧ-терапия, индуктотермия, магнитотерапия.

Параллельно с физиотерапией уже на третий день после травмы назначается лечебная гимнастика в виде упражнений для симметричной конечности и свободных сегментов больной руки, а также изометрические упражнения, которые способствуют предотвращению контрактур. Второй период назначения направленной физиотерапии охватывает время с 7-11 дня (в зависимости от места перелома) после травмы до образования соединительнотканной и первичной костной мозоли.

Физиотерапия этого этапа направлена на предупреждение возможных функциональных нарушений (атрофии, тугоподвижности суставов). Воздействие чаще осуществляется в период съемной лонгеты. Наиболее оптимальным в это время является использование ультразвуковой терапии с дозировкой 0,2-0,4 Вт/кв.см по 4-5 минут на место перелома в непрерывном режиме (диаметр головки излучателя 1 см) с последующим электро-

форезом кальция (кожу необходимо перед проведением электрофореза тщательно очистить от контактной среды).

При таком комбинированном воздействии максимально увеличивается введение лекарственного вещества и длительность его пребывания в кожном депо.

В третий период – постиммобилизационный, когда происходит окончательное формирование костной мозоли, физиотерапия направлена на улучшение трофики тканей, предупреждение и устранение осложнений (мышечной атрофии, тугоподвижности суставов, контрактур).

В этом периоде для снятия отека целесообразно использование микроволновой терапии в олиготермических дозировках, электрофореза кальция и салицилово-кислого натрия. Для снятия боли кроме электрофореза с обезболивающими веществами возможно применение токов в обычных режимах и с лекарственными веществами. На этом этапе хороший эффект дают массаж, вихревые ванны, электростимуляция мышц.

Основное внимание в этот период реабилитации уделяется лечебной гимнастике. Цель ее – восстановление нормального объема движений в суставах кисти, силы мышц. Занятия проводятся по 35-40 минут 2-3 раза в день по принципу активных упражнений с предметами и без них (возможны упражнения в вихревой ванне), пассивно-активных упражнений при постепенно нарастающей дозировке.

При открытых переломах костей кисти физиотерапия проводится теми же методами, но начинают ее на следующий день после травмы. Применяются электрическое поле УВЧ и ультрафиолетовое облучение раны.

В случае замедленного образования костной мозоли хорошие результаты дает электрофорез 1-2% раствора глутаминовой кислоты или хлористого кальция, магнитотерапия.

С целью рассасывания чрезмерно развившейся костной мозоли используются диадинамические токи, электрофорез йодида калия, аппликации грязи при температуре 44°C, ультразвук в дозировках 0,8-1,0 Вт/кв.см.

При возникновении пястной костной атрофии (синдром Зудека), появляющейся как осложнение травмы (множественные переломы костей кисти, неправильное сопоставление отломков, длительная иммобилизация, энергичное теплолечение, отсутствие соответствующей физиопрофилактики в период иммобилизации, стягивающая гипсовая повязка), используется специальный комплекс физиотерапевтических факторов, направленный на устранение остеопороза, снятие отека, болевого синдрома и нормализацию кровотока в поврежденной конечности.

Оптимальным при синдроме Зудека является применение диадинамических токов с последующей ультразвуковой терапией. При этом целесообразно воздействие на сегментарную зону и на пораженную кисть

двухтактным непрерывным током и током короткой период по 3 минуты (ежедневно, до 10-15 процедур).

При развившейся дистрофии Зудека категорически противопоказаны местный ручной массаж и подводный массаж, тепловые процедуры. Могут быть назначены вихревые ванны для симметричной конечности с возрастающей температурой 37°-40° длительностью; 10-15-20 минут ежедневно, всего 10-20 ванн.

При проведении лечебной гимнастики пассивные движения противопоказаны. В начальной стадии заболевания необходимо щадить больную кисть, проводить активные движения в проксимальных суставах и упражнения для здоровой симметричной конечности.

Предлагаемая нами схема применения физиотерапии в комплексе восстановительного лечения апробирована более чем на 3000 больных. Хорошие и отличные клинические, функциональные и трудовые исходы, полученные у 90% больных, позволяют определить эту схему как оптимальную.

## 2. Организация реабилитации больных

Наиболее часто обращаются за оборудованием и помощью родственники людей, перенесших инсульт или травмы опорно-двигательного аппарата, особенно переломы шейки бедра или бедренной кости.

Это основные заболевания, которыми страдают люди пожилого и старческого возраста. Они требуют длительной, сложной и квалифицированной реабилитации.

По статистическим данным, в Петербурге ежегодно страдают от инсульта более 20 тысяч человек. Еще 250 тысяч – люди с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения – составляют группу риска.

Мы знаем, что инсульт сегодня остается одной из острейших медико-социальных проблем, наносит огромный экономический ущерб обществу: он занимает третье, а по данным некоторых исследователей – второе место среди причин смертности взрослого населения и является основной причиной длительной инвалидизации.

Еще одним часто встречающимся заболеванием, которому подвержены пожилые люди, является перелом шейки бедра и другие переломы бедренной кости (около 40% всех переломов).

По данным базы выставленных счетов за пролеченных больных, в 1998 году было госпитализировано 2989 человек с этими видами травм, которые в дальнейшем нуждались в реабилитации.

Наши наблюдения показывают, что далеко не все люди престарелого возраста с переломом шейки бедра попадают в больницу. При нынешнем

состоянии медицинских учреждений нашей страны чем старше больной, тем менее приветливо его там встречают. Бывает, что старика отправляют домой с места происшествия или из приемного покоя больницы в день получения травмы, наложив лишь гипсовый деротационный сапожок. Это случается даже при таких видах перелома, которые без операции заведомо не срастаются. С этого момента все заботы о больном ложатся на плечи растерянных родственников, знакомых, а иногда и соседей. Врачи поликлиники редко и очень неохотно посещают таких больных и вряд ли могут оказать существенную помощь и поддержку родственникам, ухаживающим за больным.

Но и тогда, когда из больницы выдворяют не сразу, а после необходимых лечебных мероприятий (скелетное вытяжение, операция остеосинтеза или эндопротезирование) больной часто становится лежачим. К тому же он получает напуганные медиков: лежать! Лежать 4 месяца, полгода, в сложных случаях – всегда.

Надо ли доказывать, что лежать – пытка. Человеку, который долго лежит, грозят пролежни, застойная пневмония, атрофия мышц, контрактура суставов. Длительный отрыв от свойственной человеку повседневной деятельности часто приводит к необратимым изменениям личности.

Что же такое реабилитация? Энциклопедический словарь медицинских терминов называет реабилитацию в медицине комплексом медицинских, социальных и психологических мероприятий, направленных на быстрое и наиболее полное восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

Основными принципами реабилитации являются:

раннее начало – способствует более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций;

комплексный подход с привлечением специалистов различного профиля, с использованием не одного, а нескольких методов, направленных на преодоление дефекта;

учет индивидуальных особенностей больного;

непрерывность и преемственность этапов реабилитации;

привлечение больного к активному участию в лечении.

Среди наиболее часто встречающихся ошибок – необоснованное разделение во времени двух единых процессов – лечения и реабилитации. При искусственном разделении лечения и реабилитации на два последовательных этапа нередко возникают такие осложнения, как замедленная консолидация, дефекты и ложные суставы костей, контрактуры и анкилозы суставов, гемодинамические и нейротрофические расстройства, образование пролежней и трофических язв.

Восстановительное лечение и социально-трудовая реадaptация больных и инвалидов является исключительно актуальной проблемой здравоохранения. Медицинская и социально-экономическая эффективность хорошо налаженной системы реабилитации лиц, пострадавших вследствие болезни или травмы, не вызывает сомнений, общепризнана. Однако многие организационные и методологические вопросы реабилитации еще не решены. При наличии достаточного количества высших и средних медицинских учебных заведений нет программы подготовки врачей - реабилитологов, до сих пор не издан отечественный учебник, в котором вопросы реабилитологии были бы изложены систематично и последовательно. Большая часть учебных пособий по медицинской реабилитации принадлежит иностранным авторам, однако практика зарубежных реабилитологов не всегда приемлема в условиях нашей страны. Реабилитацией охвачен лишь незначительный контингент нуждающихся в ней людей.

Таким образом, литературные данные, а также наш опыт показывают, что существующая в настоящее время система реабилитации больных с такими заболеваниями, как инсульт и травмы опорно-двигательного аппарата, является малоэффективной, не удовлетворяющей ни больного, ни его лечащего врача, ни интересов семьи и общества в целом. Усилий только государственных медико-социальных структур, работающих с такими пациентами, недостаточно. Необходима помощь негосударственных благотворительных организаций в сфере медико-социальной помощи людям старшего поколения.

Одной из организаций, взявших на себя заботу о таких людях в Санкт-Петербурге, является благотворительный центр «Хэсэд Авраам».

С 1994 года при отделе проката медицинского оборудования Хэсэд Авраам начала создаваться бригада медицинской реабилитации больных, перенесших переломы бедренной кости, инсульты и некоторые другие заболевания, потому что назрела острая необходимость в том, чтобы помочь пожилым людям, перенесшим такие заболевания и фактически оставленным на произвол судьбы.

Бригада оказывает помощь консультациями в офисе Хэсэда или у больных на дому в случаях

- всех видов переломов;
- артрозов и прочих заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- некоторых постинсультных состояний.

В состав бригады в настоящее время входят следующие специалисты-волонтеры:

- ортопед-травматолог с опытом хирурга;
- ортопед-травматолог, специалист по эндопротезированию;
- методист лечебной физкультуры с опытом работы в больнице скорой помощи;

терапевт широкого профиля;  
психолог;  
конструктор по специальным приспособлениям.

В состав бригады входит также ее координатор – сотрудник отдела проката.

Эпизодически к работе бригады привлекаются:

невропатолог;  
рентгенолог с передвижной рентгеновской установкой.

В дальнейшем планируется расширение состава бригады, а именно включение в нее:

постоянного невропатолога;  
логопеда;

медсестер, специально обученных приемам и методам ЛФК (обучение предполагается в недрах самой бригады или на соответствующих курсах в МАПО).

Схема работы с подопечными, имеющими травму опорно-двигательного аппарата, в отделе Проката медицинского реабилитационного оборудования «Хэсэд Авраам».

1. При первичном обращении подопечного или его родственников за оборудованием в связи с травмой работник отдела выясняет следующие вопросы:

диагноз и возможности передвижения;  
сопутствующие заболевания;  
возраст больного;  
состояние психики больного;  
возможности помощи со стороны родственников;  
характер жилого помещения.

2. Если имеются какие-либо сомнения в правильности поставленного диагноза или по ведению процесса реабилитации, работник отдела записывает больного на консультацию к ортопеду – травматологу. Для консультации необходимо иметь рентгеновский снимок.

3. После консультации ортопеда (а иногда и без нее) подопечному подбирают и выдают реабилитационное оборудование, соответствующее его состоянию, и инструктируют его и его родственников по правильному использованию этого оборудования.

4. Ортопед – травматолог во время консультации дает советы по дальнейшей реабилитации больного:

необходимость направить его к специалисту по эндопротезированию или к специалисту по лечебной физкультуре;

рекомендации по режиму жизни на период реабилитации (например, сколько времени больной должен находиться в постели, когда может сесть, спустить ноги, встать на здоровую, встать на больную ногу и т.д.).

5. Координатор организует рекомендованные ортопедом консультации.

6. Специалист по эндопротезированию выносит решение о целесообразности и возможности для данного больного этой операции. В случае необходимости операции дает рекомендации по подготовке к ней, а также содействует госпитализации больного.

7. Реабилитация с помощью ЛФК производится на дому у больного. Ее проводят методист лечебной физкультуры и работающий с ним для контроля общего состояния больного и установления допустимой для него физической нагрузки терапевт широкого профиля.

Эти специалисты посещают больного по мере необходимости несколько раз, каждый раз давая ему специальные задания, которые должны быть освоены к следующему их посещению.

Координатор следит, выполнены ли задания, и назначает следующий визит врачей.

8. В отдельных случаях, когда родственники больного не могут проследить за правильностью выполнения упражнений, к нему может быть направлен патронажный работник или медсестра для ежедневных занятий.

9. Методист ЛФК дает службе проката рекомендации о замене одних видов оборудования на другие в связи с переходом на новый этап реабилитации.

10. Случается, что у больного после травмы развивается депрессия, чувство подавленности, пропадает желание жить, он теряет надежду на выздоровление. В этом случае с ним работает психолог, задачей которого является возрождение у больного воли к жизни, убеждение его быть сотрудником в деле своего лечения и выздоровления. Такая позиция больного в процессе реабилитации особенно необходима, т.к. в этом случае он сам становится активным участником лечебного процесса, а его возможности по восстановлению и компенсации утраченных функций значительно возрастают.

Мы же располагаем лишь рекомендациями ортопеда-травматолога, который считает: больного надо поднимать как можно скорее, ставить с оперированными и неоперированными переломами, с теми, что могут срастись, и с теми, что никогда не срастутся. Пусть с ходунком, пусть сначала на одну лишь здоровую ногу. Не давать залеживаться!

Таким образом, ортопед-травматолог определяет стратегию реабилитации, а специалист по лечебной физкультуре осуществляет ее на практике.

Целью занятий ЛФК является:

улучшение тонуса больного;

профилактика возможных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта;

улучшение кровообращения в области травмы для ускорения репаративных процессов;

профилактика вестибулярных нарушений;

восстановление опороспособности здоровой конечности;

восстановление движения в суставах;  
укрепление мышц больной конечности;  
обучение навыкам ходьбы с помощью ходунка или костылей;  
стимуляция внутренних ресурсов больного в борьбе с заболеванием.

Реабилитационные мероприятия проводятся с учетом личностных особенностей пациента и слагаются из предварительной подготовки и следующего за ней периода упражнений, направленных на укрепление мышц и подготовку к ходьбе. Для каждого пациента создается индивидуальная программа реабилитации с учетом его клинических, возрастных и психологических особенностей и индивидуальная программа лечебно-физкультурных мероприятий. Имеющаяся в отделе Проката медицинская техника создает благоприятные условия для активизации больного.

По данным Н.В.Корнилова и др., отказ пострадавшему с переломом шейки бедра в хирургической помощи лишает его надежды на выздоровление, до 80 % лечившихся консервативно погибают в течение полугода после травмы. Многие из выживших нуждаются в постоянном уходе до конца своих дней.

К нам в отдел большей частью обращаются за помощью как раз родственники таких больных, которым отказано в операции. Только за год помощью реабилитационной бригады воспользовалось около 300 человек, в их числе 200 человек – систематической помощью на дому. И только в 10% случаев по тем или иным причинам не удалось добиться улучшения.

Вот такие цифры для сравнения. В государственной медицине ничего подобного этой бригаде нет, тем более не будем забывать, что все врачи реабилитационной бригады – это волонтеры, работающие бесплатно.

На наш взгляд, особо стоит обратить внимание на проблему реабилитации больных, перенесших инсульт. В современных условиях – это более чем актуально.

Инсульт – тяжелое заболевание, причиной которого является нарушение кровоснабжения участков головного мозга вследствие закупорки или разрыва сосуда, питающего кровью данный участок.

Исход и тяжесть проявлений болезни зависят от состояния организма, места и обширности поражения мозга, принятых мер. В настоящее время инсульт можно достаточно успешно лечить, но успех при этом напрямую зависит от того, как быстро после появления первых симптомов был поставлен диагноз и начато лечение.

Наиболее частыми последствиями инсульта являются двигательные расстройства, обычно односторонние гемипарезы. Восстановление движений происходит в основном в первые 3-6 месяцев после инсульта – периоде, наиболее эффективном для проведения реабилитации. Сложные бытовые и трудовые навыки обычно восстанавливаются дольше.

1. Подбор реабилитационного оборудования. Оказание помощи подопечному начинается с первого обращения родственников больного за оборудованием. Сотрудники и волонтеры отдела Проката подбирают пациенту то, что оптимально для него, с учетом его состояния, стадии заболевания, особенностей его быта и личности.

Если больной лежит и не может сам двигаться, ему можно рекомендовать судно, утку, подголовник, прикроватный столик. Если возможно больного пересадить, мы предлагаем коляску-каталку, оборудованную санитарно-техническим узлом. Использование такой коляски облегчает уход за больным и дает ему стимул к выздоровлению.

Если больной может ходить, но испытывает при ходьбе трудности, то, в зависимости от его возможностей, можно предложить ходунок, квадрипод или трость.

Для помощи в туалете подопечный может использовать специальный манеж с подлокотниками или насадку на унитаз, поднимающую высоту сидения на 5, 10 или 15 см.

Для мытья в ванной мы советуем взять поручень, ступеньки и сидение для ванны, а также резиновый коврик на присосках, предотвращающий скольжение.

Для предоставления подопечному максимальной самостоятельности в самообслуживании в отделе Проката имеется целый ряд приспособлений, помогающих в одевании, в приготовлении и приеме пищи.

2. Лечебная физкультура. Кроме использования приспособлений, помогающих больному в быту, для более успешной реабилитации необходимо заниматься лечебной физкультурой.

В этих занятиях помогают методист ЛФК вместе с терапевтом, но только после того, как невропатолог даст на это разрешение и установит допустимые пределы нагрузки.

Основным методом восстановительного лечения при постинсультных гемипарезах является кинезотерапия, включающая лечебную гимнастику, обучение ходьбе и навыкам самообслуживания.

Для снижения спастичности мышц используются методы физического воздействия: лечение положением (специальные укладки конечностей), специальные лечебно-гимнастические приемы на расслабление, пассивная гимнастика, точечный массаж.

Сначала больной может выполнять лишь идеомоторные упражнения, мысленно подавая команду больной конечности и представляя, что она двигается.

Затем он выполняет пассивные упражнения, перемещая больную конечность с помощью здоровой и произнося вслух команды: вверх-вниз, вправо-влево, вперед-назад и т.д. После этого переходят к пассивно-активным упражнениям, а затем – к активным.

Наряду с этими движениями существует целый ряд упражнений для развития мелкой моторики пальцев, что очень важно для таких больных. Очень полезно для улучшения мелкой моторики заниматься трудотерапией: клеить аппликации, складывать мозаику, вязать, шить, пришивать цветные пуговицы на заранее нарисованные картинки. Освоив эти нехитрые операции, больные становятся менее зависимыми от окружающих.

Необходимо также делать упражнения для укрепления мышц рук и ног, используя резиновый бинт, эспандер или какие-либо подручные средства.

3. Обучение медсестер. Уже на первых этапах работы по реабилитации стало очевидно, что одних консультаций врача и методиста ЛФК на дому старым больным людям часто бывает недостаточно: врач уходит, а больной остается один на один со своей болезнью.

Как показывает опыт, наличие родственников не всегда является гарантией правильного выполнения указаний методиста ЛФК. Кроме того, нередко ухаживающие – сами люди преклонного возраста, живут в других районах города или просто очень заняты. Поэтому появилась идея подключить специально обученных патронажных работников к занятиям с подопечными по методикам, рекомендованным врачами.

4. Работа с родственниками больного. Процесс реабилитации больного включает не только обучение самого больного приемам самообслуживания, но также и обучение членов семьи правильному поведению и уходу за больным.

Члены семьи должны попытаться организовать жизнь так, чтобы избежать лишних трудностей. Следует установить простой удобный распорядок на каждый день, сделать так, чтобы все необходимое было под рукой; если нужно, передвинуть мебель для свободного передвижения больного по квартире. Нужно вместе с больным обсуждать все возникающие проблемы, рассказывать ему о том, что происходит вокруг, держать его в курсе событий. Родственники не должны слишком опекают больного, нужно поощрять его попытки быть более самостоятельным. Необходимо вселить в него уверенность, помочь приспособиться к новой ситуации, относиться к нему с уважением. Надо дать ему возможность почувствовать себя нужным, интересным для окружающих. Очень важно, чтобы человек, перенесший инсульт, чувствовал себя необходимым, востребованным в семье.

Благодаря правильному лечению и положительному настрою пациент может за достаточно короткий срок сменить инвалидную коляску на ходунки, ходунки – на трость, а затем уже начать ходить и без опоры.

В литературе приводятся примеры, когда при активной моральной поддержке со стороны окружающих больные выздоравливают скорее, общее состояние организма заметно улучшается, даже у перенесших тяжелый инсульт.

Скорость реабилитации зависит от размера и локализации очага поражения по отношению функционально значимым зонам, степени реабилитационного потенциала для выздоровления пациента, а также его выносливости, навыков и целеустремленности.

Отрицательно сказываются на восстановлении сложных двигательных навыков и социальной реадaptации больных сопутствующие эмоционально – волевые (снижение психической и двигательной активности, депрессия) и когнитивные нарушения (снижение внимания, памяти, интеллекта).

Психологическая реабилитация подопечных. Как уже было сказано выше, реабилитация, по мнению специалистов, представляет собой единое понятие, где медицинский и социальный факторы являются составными частями целого.

Так с целью социальной и психологической реабилитации подопечных, которые месяцами из-за болезни не могли выйти из дома, были лишены общения, при отделе Проката «Хэсэд Авраам» создан «Клуб на колесах». Клуб этот существует с 1994 года. Результаты его деятельности налицо. Больные, которые были в плену чувства страха, боялись сделать лишнее усилие, чтобы не упасть, стали смелее, активнее. Они трепетно ждут, когда за ними приедут на автобусе Хэсэда, повезут в музей, на прогулку, а затем в Хэсэд, где в большой красивой комнате их ждет обед, чай с чем-нибудь вкусным. С ними проводятся беседы о еврейских традициях, праздниках, к ним приглашают артистов. Они общаются, отходят от своего одиночества.

Занимаются работой «Клуба на колесах» под руководством сотрудника отдела проката четыре волонтера: двое формируют группы, обзванивают подопечных, сообщают время, когда за ними придет автобус, сопровождают в поездке, организуют экскурсии в музеи, а двое других занимаются хозяйственными делами: накрывают столы, подают обед, убирают посуду.

Сама обстановка создает праздник, согревает души инвалидов, заставляет забыть о болезнях.

Новое в реабилитации – Клуб психологической поддержки родственников, ухаживающих за тяжело больными. До настоящего времени усилия отдела Проката были направлены только на помощь больным, нуждающимся в реабилитационном оборудовании. Но, работая уже 7 лет и общаясь не только с самими больными, но и с их родственниками, мы увидели, что часто и родственникам нужна наша помощь.

Переходя к вопросам организации реабилитации и диспансеризации инфекционных больных, следует еще раз подчеркнуть необходимость раннего начала лечебно-восстановительных мероприятий. Они начинаются еще в стационаре, а заканчиваются, как правило, уже после того, как переболевший приступил к своей обычной повседневной трудовой деятельности. В этой связи очевидно, что реабилитация и диспансеризация не могут организовываться и осуществляться на всем протяжении одним специали-

стом (только врачом стационара, или только врачом реабилитационного отделения (центра), или только врачом поликлиники). На каждом этапе реабилитации и диспансеризации осуществлять восстановительные мероприятия будут различные врачи-инфекционисты. В этих условиях строгая последовательность и преемственность проводимых лечебно-восстановительных мероприятий может быть обеспечена только за счет единого методологического и методического подхода к реабилитации и диспансеризации. Такой подход предполагает одинаковые представления врачей-инфекционистов разных этапов о сущности, принципах и методах реабилитации и диспансеризации инфекционных больных. В связи с этим важно определить принципиальную схему реабилитации инфекционных больных. Один из вариантов такой схемы предусматривает, что основные этапы и мероприятия реабилитации должны быть приурочены к периодам болезни. Основными этапами являются:

- 1) инфекционное отделение стационара;
- 2) реабилитационное отделение (центр) или санаторий;
- 3) поликлиника по месту жительства (КИЗ) или медсанчасть предприятия.

На первом этапе в остром периоде болезни и в периоде ранней реконвалесценции осуществляются медицинские мероприятия реабилитации.

На втором этапе в условиях реабилитационного отделения (центра) или санатория в периоде поздней реконвалесценции к медицинским мероприятиям добавляются также социально-экономические (в том числе специальные профессиональные).

Наконец, на третьем этапе (поликлиника, медсанчасть предприятия) в периоде исходов перенесенной инфекции роль медицинского компонента существенно уменьшается, осуществляются в основном мероприятия социально-экономического характера (МСЭК, рациональное трудоустройство и др.). Следует заметить, что второй этап является факультативным и для большинства инфекционных больных основными этапами могут быть стационар и поликлиника. В некоторых случаях, когда инфекционные больные не госпитализируются, основным и единственным этапом может стать амбулаторно-поликлинический. В этой связи понятно, что ведущую роль в организации реабилитационных и диспансерных мероприятий будут играть инфекционисты кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ). Существование в нашей стране системы КИЗов создает благоприятные предпосылки для реализации основных положений реабилитации и диспансеризации инфекционных больных. Новые возможности у инфекционистов КИЗ могут появиться в связи с проведением в стране политики на дальнейшее развитие специализированных служб, создание отделений профилактики и восстановительного лечения в поликлиниках. В сложных случаях, когда инфекционист КИЗ затрудняется в определении точного

диагноза и составления адекватных программ и плана реабилитации переболевшего, он может направлять реконвалесцентов на консультацию в специализированный стационар или центр.

## Глава 7. Методики реабилитации

### 1. Методы реабилитации

Обычно стационарный реабилитационный центр для лечения больных с травмами использует такие методы, как: лечебная физкультура; физические методы лечения (свето-, электро-, теплолечение); гидрокинезотерапия; механотерапия; массаж.

Вместе с тем полная программа реабилитационного лечения может включать в себя такие методы:

1. Массаж.
2. ЛФК (лечебная физ. культура).
3. Кинезитерапия.
4. Физиотерапия.
5. Мануальная терапия.
6. Электрическая стимуляция мышц (улучшение проведения нервного импульса к мышцам).
7. Криотерапия (мощное усиление кровообращения).
8. Прием хондропротекторов (восстановление хрящевой ткани).
9. Инъекции биостимуляторов (алоэ, стекловидного тела) для размягчения и рассасывания после операционных рубцов.
10. Психологическая помощь.

С помощью лечебного массажа, миофасциального расслабления производится воздействие на мышцы при миозитах, растяжениях, спазмах, травмах и их последствиях. В результате чего улучшается кровообращение в поврежденном сегменте конечности, отток лимфы. Быстрее купируется отек и уменьшается болевой синдром. Использование дозированных, ритмически повторяемых физических упражнений на специальных аппаратах для восстановления подвижности в суставах, облегчения движений и укрепления мышц, повышения общей работоспособности, входит в основу лечебной физкультуры. Комплекс упражнений лечебной физкультуры укрепляет мышцы, восстанавливает работоспособность и функцию суставов. Мышцы, являясь вторым после сердца насосом кровеносной системы, обеспечивают улучшение регионарного кровообращения, стимулируют лимфодренажную функцию. Для укрепления мышц спины и живота существуют специальные упражнения (комплексы и отдельные упражнения, которые можно компоновать так, как ним нравится).

Физиотерапевтические методы реабилитации обладают выраженным обезболивающим, противоотечным эффектом; они активно влияют на все органы и системы человека, в особенности на опорно-двигательный аппарат, нервную систему и кровообращение - повышают их функциональную активность, способствуют восстановлению нарушенных функций, а также повышают защитные силы организма. Использование лечебных физических факторов имеет следующие преимущества:

существенно расширяется диапазон методов лечебного воздействия и сокращаются сроки лечения больных;

не возникают аллергия и лекарственная болезнь;

усиливается действие большинства лекарств;

увеличивает период ремиссии хронических заболеваний;

не развивается лекарственная зависимость;

возникают мягкие безболезненные лечебные эффекты;

используемые методы лечебного воздействия, как правило, неинвазивны.

Мануальная терапия, во всем множестве методик, позволяет устранить блокирование, восстановить или увеличить объём движений в суставах. Позволяет бороться с контрактурами мышечной и соединительной ткани, укрепить мышечный каркас, сделать его более эластичными, устранить гипо- и атрофии мышц, возникающие после длительного вынужденного положения позвоночника и конечностей.

Медицинская реабилитация включает в себя:

Физические методы реабилитации (электротерапия, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия).

Механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия).

Массаж.

Традиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия, трудотерапия).

Психотерапия.

Логопедическая помощь.

Лечебная физкультура.

Реконструктивная хирургия.

Протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь).

Санаторно-курортное лечение.

Технические средства реабилитации.

Информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.

Социально-бытовая адаптация включает в себя:

Информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи.

Обучение пациента самообслуживанию.

Адаптационное обучение семьи пациента.

Обучение больного и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации.

Организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида).

Обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента).

Сурдотехника.

Тифлотехника.

Технические средства реабилитации.

Социально-средовая реабилитация включает в себя:

Проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование).

Осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости).

Содействие в решении личных проблем.

Консультирование по правовым вопросам.

Обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

Программа профессиональной реабилитации

Профориентация (профинформирование, профконсультирование).

Психологическая коррекция.

Обучение (переобучение).

Создание специального рабочего места инвалида.

Профессионально-производственная адаптация.

Психологическая реабилитация включает в себя комплекс мер направленных на скорейшее и стабильное восстановление психики человека к нормальному функционированию специальными психологическими средствами.

Вопросы реабилитации и диспансеризации инфекционных больных активно разрабатываются в последние годы. Интерес к ним понятен. Инфекционные заболевания относятся к самым частым и распространенным среди населения. Они приводят в общей сложности к самым большим трудопотерям. Установлено, что каждый второй случай (56%) и каждый третий день (39%) нетрудоспособности в стране связаны с инфекционными болезнями. Доминирующую роль играют грипп и другие острые респираторные заболевания, на долю которых приходится около половины всех случаев временной нетрудоспособности, а экономический ущерб составляет около 3,5 млрд рублей в год (в ценах 1990 г.). Помимо них наиболее значимыми являются вирусный гепатит, острые кишечные инфекции, так называемые «детские» инфекции, а также менингококковая инфекция и

тифопаратифозные заболевания. Если в расчете социально-экономической значимости принять тот факт, что после перенесенных инфекций нередко развиваются серьезные соматические и неврологические осложнения, лечение которых является сложной задачей, то становится понятным особое значение реабилитации инфекционных больных. Уже в остром периоде болезни и особенно в периоде ранней реконвалесценции возможно осуществление целенаправленных действий, предупреждающих нежелательные последствия и ускоряющих восстановление функций организма. Эти реабилитационные мероприятия, по существу, являются профилактическими в отношении возможных нарушений трудоспособности переболевших. Последовательная и систематическая реабилитация может привести к полному и скорейшему возвращению переболевших к активному общественно-полезному труду. Проведение собственно диспансеризации в таком случае оказывается последовательным и логическим продолжением реабилитации. Особенности диспансеризации будут вытекать не только из характера перенесенного инфекционного заболевания, но также из предшествовавших ей реабилитационных мероприятий.

Таким образом, очевидна тесная связь и преемственность реабилитации и диспансеризации инфекционных больных. Однако если в других областях клинической медицины (терапия, хирургия, психиатрия и др.) это положение давно и прочно укоренилось в представлениях врачей, то в учении об инфекционных болезнях до сих пор сам термин «реабилитация» вызывает у некоторых специалистов недоумение, а под диспансеризацией часто понимается лишь необходимость производить в течение определенного времени и с определенной частотой осмотры и бактериологические исследования, или, в лучшем случае, – «долечивание» больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Такое положение дел уже не отвечает требованиям времени. Реабилитационное направление, широко распространенное за последние годы вообще, закономерно внедряется и в учение об инфекционных болезнях. Оформились, в основном, взгляды на причины и факторы, определившие интенсивное изучение проблемы реабилитации. Среди них необходимо указать следующие:

- 1) высокие темпы научно-технического прогресса, предъявляющие повышенные требования к физиологическим и психофизиологическим системам человека, особенно, в процессе выполнения им сложной и высокодифференцированной трудовой деятельности;

- 2) повышение ценности квалифицированных кадров из-за длительности и дороговизны их подготовки;

- 3) изменения в демографической структуре общества – относительная нехватка рабочей силы за счет уменьшения удельного веса лиц молодого работоспособного возраста; изучению реабилитации способствует

также растущая тенденция к гуманизации медицины, углубление интереса различных наук к человеку как объекту изучения.

Применительно к инфекционным больным актуальность проблемы реабилитации и диспансеризации имеет дополнительные аспекты. Они заключаются, во-первых, в сохраняющемся высоком уровне заболеваемости при ряде массовых и высокозаразных инфекций (вирусный гепатит, острые кишечные инфекции, грипп и острые респираторные заболевания, ангина, менингококковая инфекция и др.), что определяет большую суммарную временную нетрудоспособность. Во-вторых, в появлении в арсенале современного этиопатогенетического лечения новых средств, позволяющих быстро добиваться освобождения организма инфекционного больного от возбудителя и затем рано начинать собственно восстановительную терапию. В связи с этим следует заметить, что вопросы реабилитации инфекционных больных долгое время находились на второстепенном месте. Это объяснялось переоценкой значимости эпидемиологических данных. При ряде бактериальных инфекций (дизентерия, брюшной тиф и др.) заразность больных в значительной степени определяет сроки стационарного лечения. Этот фактор и сейчас остается одним из ведущих. Поэтому не случайно основное внимание обращалось на этиотропную терапию. В ней как раз и достигнуты значительные успехи. Применяя эффективные методы и средства этиотропного лечения, можно быстрее добиться освобождения организма от возбудителей при ангине, острой дизентерии, других кишечных инфекциях. Многие бактериальные инфекции стали управляемыми. Это открывает возможность более ранней выписки больных, эпидемиологически уже неопасных для окружающих. Однако полное выздоровление инфекционного больного, даже при применении высокоактивных антибактериальных средств, в конечном итоге зависит от мобилизации защитных сил организма – факторов неспецифической резистентности, иммунитета и патофизиологических реакций, направленных на восстановление гомеостаза. В этом смысле воздействие на защитные силы организма комплексной терапией с включением наряду с этиотропными препаратами патогенетических методов и средств способствует реализации конечной цели антибактериальной терапии – подавлению жизнедеятельности и уничтожению возбудителей инфекции. При тяжелом течении бактериальных инфекций существенной является патогенетическая терапия; при многих вирусных болезнях она становится самостоятельной и имеет большое значение.

Успехи антибактериальной терапии выдвинули на первый план необходимость поиска тех методов, которые позволили бы сократить период времени, потребного для восстановления нарушенных болезнью функций организма и ускорить процесс реадaptации.

Несмотря на то, что о реабилитации инфекционных больных заговорили сравнительно недавно, она уже прочно вошла в практическую деятельность инфекционистов и является одной из наиболее актуальных про-

блем в инфекционной патологии. Тем не менее приходится, к сожалению, констатировать, что до сих пор отсутствуют единые представления о самом понятии «реабилитация». Принципиальными вопросами, по которым ведутся дискуссии, являются: 1) определение понятия; 2) место реабилитации в системе лечебно-профилактических мероприятий (в том числе взаимосвязь с лечением и диспансеризацией, время начала и окончания, сроки реабилитации); 3) содержание реабилитационных мероприятий; 4) организация реабилитации.

Эти вопросы в инфекционной патологии до последнего времени в широком научном плане не решались. В отечественной и иностранной литературе имеется лишь одна монография по проблеме реабилитации и диспансеризации инфекционных больных.

Семантика слова «реабилитация» (от лат. *re* – возобновление, *habilitas* – способность, пригодность; т.е. восстановление пригодности к чему-либо) дает возможность лишь в самом общем виде охарактеризовать суть понятия и не позволяет принять дословный перевод термина в качестве его определения. К тому же термин «реабилитация» часто используют не только в медицине, но и в юридической практике (снятие обвинения и полное восстановление в правах по суду).

Концепция реабилитации больных и инвалидов получила свое современное содержание в годы Второй мировой войны в Англии и США, хотя имеются указания, что отдельные мероприятия и публикации предпринимались гораздо раньше. Интересно, что еще в середине XVIII века во время Семилетней, а затем и русско-турецкой войны, высочайшим повелением в адрес командующего армией предписывалось в заграничных «гошпиталях выздоравливающих, после как из лечения выдут, для приведения их в силу до отправки к армиям и к полкам, содержать при гошпитале и довольствоваться по целому месяцу». К настоящему времени идеи реабилитации получили исключительно широкое распространение.

Так же как и лечение, реабилитация представляет собой прежде всего активное воздействие на объективные процессы. Именно поэтому она может и должна рассматриваться как метод подхода к больному человеку и метод воздействия на него. Таким образом, уровень рассмотрения реабилитации применительно к решению конкретных практических задач примерно соответствует тому уровню, на котором находятся и изучаются лечение и диспансеризация. Как методы, включающие в себя различного рода мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности, лечение, реабилитация и диспансеризация могут быть поставлены в один ряд в системе лечебно-профилактического обеспечения населения.

В этом ряду реабилитация занимает самостоятельное и особое положение. Во-первых, она требует от клинициста перехода от традиционного организмоцентрического к новому популяционному, а точнее «человеко-

центрическому» стилю мышления. При этом решаются вопросы не только биологического выздоровления особи, но и восстановления социальных функций больного, возвращения его как полноценной личности в общество. Во-вторых, реабилитация выходит за пределы собственно клинической медицины, да и медицины вообще, поскольку требует привлечения специальных знаний по физиологии, психологии, психофизиологии, педагогике и др. В-третьих, реабилитация представляет собой метод синтетического междисциплинарного подхода, стержнем которого является единство научных проблем теоретической, профилактической и клинической медицины. Это тем более важно, что в современной медицине пока еще аналитические методы явно преобладают над синтетическими концепциями.

Таким образом, клиницистам, занимающимся реабилитацией, необходимо в первую очередь владеть категориями, используемыми физиологами и патофизиологами, чтобы достаточно четко представлять сущность процессов, происходящих в организме выздоравливающих. По сути дела, клиницист, применяя те или иные лечебно-реабилитационные воздействия, проводит эксперимент. В ходе него он обязан правильно трактовать развивающиеся в организме больного сложные физиологические и патофизиологические процессы. Помимо клинического и физиологического аспектов в реабилитации не менее важным и необходимым является социальный. Не всегда существует прямая корреляция между здоровьем и трудоспособностью. Переболевший может восстановить биологическое здоровье, но оставаться неработоспособным. И наоборот, даже больной человек может сохранять профессиональную работоспособность. Следовательно, реабилитация требует от клинициста синтезировать в подходе к больному биологическое и социальное. Более того, исходя из конечной цели — восстановления социальной полноценности, социальная сторона является ведущей. Что касается биологического здоровья, то его восстановление сопряжено и в известной степени соподчинено решению этой главной задачи. В этой связи уместно привести формулу здоровья Р.М. Баевского, который под здоровьем понимает возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, свободно взаимодействуя с ней на основе биологической, психологической и социальной сущности. Другими словами, здоровье человека — это состояние его нормальной жизнедеятельности. При этом между организмом и окружающей средой устанавливаются гармонические взаимоотношения. Когда же они нарушаются, например, вследствие болезни, могут возникнуть различные отклонения в степени адаптивности. То есть, в результате процесса дизадаптации (например, болезни) возникает дизадаптированность, в основном являющаяся результатом того, что плата за адаптацию к экстремальным условиям (например, взаимодействие с патогенным возбудителем болезни) вышла за пределы

«биосоциального бюджета» организма и неизбежным образом выдвинула перед ним новые проблемы. Главной задачей при этом является восстановление утраченной вследствие болезни адаптированности. Поэтому такое восстановление, повторное приспособление к привычным до болезни условиям жизни и социальной деятельности (к труду) может быть названо реадаптацией.

Рееадаптация – это возврат к состоянию нормальной адаптированности организма. Причем рееадаптация – это не простое восстановление, а новое приобретение утраченной адаптированности, которая может иметь удивительное внешнее сходство с прежней, но при более глубоком изучении всегда будет в том или ином отношении иной. Осуществление такой рееадаптации будет проводиться как «старыми», уже проверенными в онто- и филогенезе механизмами, так и новыми, не существовавшими ранее. Например, при инфекционном заболевании – образование новых специфических иммунных антител. Однако новое будет чаще всего заключаться в новом функциональном взаимодействии, чем в коренном изменении структуры. В этом смысле может быть точнее отражал бы суть термин «перееадаптация».

Таким образом, если ввести понятие о рееадаптации как об общебиологической основе реабилитации, то становится понятным, что для осуществления научно-обоснованных восстановительных мероприятий необходимо, прежде всего, рационально воздействовать на рееадаптационные процессы. При этом если рееадаптация – это активная функция самого организма и личности больного по приспособлению после болезни к условиям окружающей среды и трудовой деятельности, то реабилитация – это активное воздействие на организм и личность больного человека, активная функция общества по отношению к личности больного. В этой связи недопустимо употребление термина рееадаптация как синонима реабилитации или как ее составной части.

Реабилитация как метод активного воздействия на инфекционного больного представляет собой систему последовательных и преемственных медицинских и социально-экономических мероприятий, направленных на скорейшее и полное восстановление нарушенной болезнью адаптированности больного, т.е. к установлению между ним и окружающей средой динамического равновесия, определяющего оптимальную жизнедеятельность (в том числе трудоспособность) в данных условиях. Таким образом, целью реабилитации является восстановление не только здоровья, но и трудоспособности переболевшего.

Различные термины, существующие рядом с реабилитацией – ресоциализация, социальная интеграция и другие – не имеют самостоятельного значения. Они лишь подчеркивают ее социальную направленность, не являясь полноценными синонимами реабилитации. Неправильно говорить также о существовании медицинской, профессиональной, социальной ре-

билитации и т.д. Реабилитация едина, она совмещает в себе все частные варианты, которые отражают лишь преобладание того или иного метода воздействия внутри самой системы реабилитации. Термин «медицинская реабилитация», который используется как синоним восстановительного лечения, является переходным, отражает исторический процесс переключения смыслового содержания реабилитации с юридического на медицинский аспект и, будучи по сути неверным (нет специальной медицинской реабилитации, а есть реабилитация больного), не должен употребляться в настоящее время.

Приурочив реабилитацию к процессам реадaptации, можно установить временные взаимоотношения между реабилитацией и лечением. Реабилитация должна начинаться тогда, когда возникнут процессы реадaptации. Если больной поступит к врачу уже в том периоде, когда процессы реадaptации сформировались, то следует одновременно лечить и реабилитировать больного. Реабилитация может начинаться одновременно с лечением, может запаздывать, но не может опережать лечения. При этом лечение будет направлено в первую очередь на устранение возбудителя и (или) следствий, вызванных им в организме (этиопатогенез), а реабилитация – на поддержание жизнедеятельности организма и улучшение приспособления больного к новым условиям, к окружающей среде, а затем и к социальным факторам – труду, обществу (адаптациогенез). По мере того как под влиянием лечебных воздействий восстанавливаются защитные и компенсаторные механизмы организма, намечаются первоначальные признаки восстановления функций, должны подключаться реабилитационные мероприятия с тщательно дозированной, адекватно подобранной состоянию организма нагрузкой. Неправильно говорить о реабилитации, когда патологический процесс прогрессирует и может привести к гибели больного. Реабилитация в этом случае лишена смысла. Термин «реабилитация» в этой ситуации может иметь лишь абстрактно-теоретический характер и в лучшем случае указывать на принцип подхода к больному, на возможные перспективы его восстановления, если он останется в живых.

Указать четкую грань, абсолютно точно разделить лечение и реабилитацию невозможно, так как некоторые мероприятия могут быть одновременно лечебными и реабилитационными. Это относится к мероприятиям так называемого восстановительного лечения. Нужно заметить, что сам термин «восстановительное лечение» не вполне удачный, так как не существует лечения, которое не преследовало бы в конечном счете цели восстановления. Тем не менее это понятие укоренилось. Если использовать этот термин для обозначения лечебных мероприятий, которые относятся преимущественно к восстановительным, становится понятным, что именно восстановительное лечение – это то общее, что связывает лечение и реабилитацию. Рассматривая лечение и реабилитацию в одной плоскости, а именно, в системе лечебно-

профилактических мероприятий, их можно представить в виде двух пересекающихся множеств. При этом общая для обоих множеств часть и представляет собой восстановительное лечение. Такое понимание взаимосвязи лечения и реабилитации исключает существующие попытки включать реабилитацию в лечение и, наоборот, относить лечение к реабилитации. Таким образом, реабилитация в такой же мере часть лечебного процесса, как и лечебный процесс является частью реабилитации.

## 2. Основные принципы реабилитации

Применительно к инфекционным больным необходимо выделять следующие основные принципы реабилитации:

1. Возможно раннее начало восстановительных мероприятий. Они начинаются в остром периоде или в периоде ранней реконвалесценции, когда миновала угроза жизни больного и начались процессы реадaptации.

2. Строгая последовательность и преемственность восстановительных мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.

3. Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.

4. Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.

5. Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

Указанные общие принципы должны преломляться через призму нозологического подхода, определяющего особенности реабилитации и диспансеризации при тех или иных инфекционных заболеваниях. Так, для переболевших вирусным гепатитом особенности в проведении реабилитации и диспансеризации будут в значительной степени определяться тем, какой именно гепатит перенес больной. В настоящее время можно считать доказанным, что для вирусного гепатита А переход в хронические формы не характерен, хотя и не исключается полностью. В то же время при вирусном гепатите В хронизация наблюдается значительно чаще – до 10-19%. Особенно неблагоприятным в прогностическом отношении может оказаться гепатит С. По данным зарубежных авторов, частота хронизации при этом гепатите достигает 30-54%. Понятно, что эти данные не могут не учитываться при проведении реабилитации и диспансеризации переболевших

вирусным гепатитом. Следует подчеркнуть, что возможность хронизации после вирусного гепатита требует улучшения раннего распознавания и лечения хронического гепатита.

Совокупность приведенных выше принципов находит отражение в программах реабилитации и диспансеризации, разрабатываемых для определенных категорий инфекционных больных (дифференцирование, в зависимости от нозологической и клинической формы, степени тяжести, течения болезни и т.д.). Предпосылкой составления такой программы является точный диагноз, позволяющий оценивать степень нуждаемости в реабилитации. В программе должны определяться:

1) основные этапы реабилитации и диспансеризации данной категории инфекционных больных;

2) оптимальные сроки проведения восстановительных мероприятий и методы реабилитационных воздействий;

3) система оценок для контроля адекватности и эффективности реабилитационных мероприятий;

4) непосредственная реализация такой программы для каждого конкретного реконвалесцента должна осуществляться путем выполнения специально составляемых индивидуальных планов реабилитации и диспансеризации; в этих планах для каждого больного указывают время перехода от одного режима реабилитации к другому, подробно излагают методы лечебно-восстановительных воздействий, а также методики оценки восстановления нарушенных функций (в том числе профессионально-значимых); одним из важных моментов в составлении и выполнении индивидуального плана является апелляция к личности реконвалесцента, его активное включение в лечебно-восстановительный процесс.

В процессе реабилитации и диспансеризации переболевших инфекционными болезнями могут применяться самые разнообразные методы и средства воздействия. Условно можно выделить два основных направления, по которым целесообразно осуществлять управление функциональным состоянием и корректировать работоспособность реконвалесцентов. Первое направление связано с непосредственным воздействием на реконвалесцента. Второе – с воздействием на окружающие переболевшего условия труда и быта. Первое направление является ведущим на ранних стадиях реабилитации и диспансеризации. При этом могут использоваться как общие методы воздействия, применимые у всех инфекционных больных, так и дополнительные средства, действующие целенаправленно на частные специфические механизмы восстановления функций при тех или иных инфекциях. Среди общих лечебно-восстановительных мероприятий необходимо выделять следующие:

1. Режим. Он является основой для осуществления лечебно-восстановительных мероприятий. Режим представляет собой научно-обоснованную регламентацию различных видов деятельности и отдыха

больного с использованием разнообразных средств лечебного, восстановительного, профессионального и культурно-воспитательного воздействия. Он определяет во времени частоту, интенсивность, продолжительность и чередование лечебных процедур, приемов пищи, культурно-массовых и других мероприятий. Основным требованием при выборе и назначении режима (щадящего, щадяще-тренирующего или активирующего) является, с одной стороны, щажение динамического стереотипа, создание оптимальных условий для лечения и отдыха, а с другой, объективно обоснованная перестройка на каждом из этапов реабилитации, тренировка основных систем и всего организма в целом, достижение конечной цели – возвращения к профессиональной или другим видам трудовой деятельности.

2. Лечебное питание. Диета назначается с учетом тяжести и клинических проявлений перенесенного инфекционного заболевания. Она должна быть полноценной по составу и калорийности. При преимущественном поражении каких-либо органов (печени, кишечника, почек и др.) используют соответствующую этим поражениям диету. Обязательным является дополнительное назначение витаминов, что связано с повышенным расходом витаминов во время лихорадочного периода болезни и антивитаминальным действием некоторых антибиотиков и химиопрепаратов. Как правило, назначают поливитамины в дозах, в 2-3 раза превышающих суточную потребность.

3. Двигательная активность реконвалесцентов и лечебная физкультура. В настоящее время со всей определенностью можно заявить, что абсолютная неподвижность на больничной койке и даже резкое ограничение двигательной активности больного являются устаревшими методами. Во всех случаях необходимо проводить лечебную гимнастику, соответствующую тяжести состояния больного и характеру местных изменений. Регламентированная двигательная активность способствует восстановлению моторной доминанты, что оказывает существенное влияние на состояние вегетативных центров и мобилизацию защитно-приспособительных механизмов организма реконвалесцента к возрастающим физическим и нервно-психическим нагрузкам. Чем интенсивнее нагрузка в процедурах лечебной физкультуры, тем больше выражена ответная реакция организма, тем сильнее процесс восстановления и выше работоспособность. Только интенсивная и разнообразная мышечная деятельность, предъявляющая повышенные требования к организму, совершенствует и развивает его. При этом следует помнить, что критерием адекватности физической нагрузки служит физиологическая реакция на нее (нормотонический тип ответа, проявляющийся умеренным учащением ЧСС и подъемом систолического артериального давления или умеренным снижением диастолического давления наряду с учащением пульса и повышением систолического давления). Кроме того, должна учитываться функция наиболее пораженного органа или системы (например, функция печени при вирусном гепатите).

4. Физиотерапия, физические и физиолого-гигиенические средства и методы. У реконвалесцентов после инфекционных болезней могут широко применяться водные процедуры (душ, ванны и др.), воздушные и солнечные ванны, общее УФО, другие процедуры закаливания. По показаниям могут использоваться массаж и электрофизиологические методы – УВЧ, диатермия, диадинамик, соллюкс, токи Д. Арсонваля, отрицательная ионизация вдыхаемого воздуха, электросон (аппаратом «Ленар»), электростимуляция нервно-мышечного аппарата и др. В последнее время широко разрабатывается воздействие на биологически активные точки кожи в восстановительной терапии инфекционных больных. Эффективным средством купирования астенического синдрома после тяжелых инфекций, сопровождающихся выраженной гипоксией, может оказаться ингаляция кислорода под нормальным или избыточном давлением (гипербарическая оксигенация).

5. Психотерапевтические средства и методы. Целесообразно проведение психопрофилактических бесед с реконвалесцентами. Могут использоваться аутогенная тренировка, другие методы воздействия (гипноз, функциональная музыка и т.д.).

6. Фармакологические средства. Среди препаратов, которые могут использоваться в целях восстановления функций и работоспособности переболевших инфекционными болезнями, можно выделить несколько основных групп:

«психоаналептики» или стимуляторы – к ним относятся стимуляторы фенаминового ряда, кофеин и другие препараты, которые в короткие сроки резко увеличивают работоспособность («допинги»), но требуют в последующем длительного отдыха. Понятно, что эти препараты мало пригодны для использования у реконвалесцентов после инфекционных болезней. Они могут применяться только в исключительных экстремальных случаях и критических ситуациях;

«психоэнергизаторы» – эти препараты улучшают широкий круг обменных процессов, нормализуют энергетический баланс. К ним примыкают такие перспективные препараты как ноотропы. Последние являются высокоэффективными в восстановительной терапии переболевших менингококковой инфекцией. Кроме того, ноотропные средства могут быть использованы для купирования астенического синдрома и после других инфекционных заболеваний;

«актопротекторы» – это препараты, которые экономизируют использование кислорода и метаболитов-макроэргов, снимают фактор гипоксии и ускоряют процесс восстановления. Один из этих препаратов – бемитил с успехом апробирован в восстановлении работоспособности переболевших вирусным гепатитом. За счет усиления препаратом протеинсинтеза отмечено положительное его влияние на ускорение купирования цитолитического синдрома; «энергодающие соединения и субстраты». К ним относят-

ся калия и магния аспаргинаты (панангин), янтарная кислота, витамины группы В, глутаминовая кислота, рибоксин. Сюда же примыкают препараты, стимулирующие репаративные процессы и синтез белка – метилурацил, пентоксил и др. Основными недостатками препаратов этой группы являются необходимость длительного их применения и относительно небольшое увеличение работоспособности;

«адаптогены» – это вещества, повышающие неспецифическую сопротивляемость организма к широкому спектру факторов внешней среды. Они оптимизируют метаболические процессы, улучшают нервную и гормональную регуляцию функций, ускоряют восстановление работоспособности. Давно и хорошо известен такой адаптоген как дибазол, нашедший применение в восстановительной терапии при ряде инфекций. В последнее время особый интерес вызывают адаптогены животного (сапарал, пантокрин) и особенно растительного происхождения (элеутерококк, женьшень, китайский лимонник, заманиха, золотой корень и др.). Однако для получения эффекта от этих препаратов также требуется длительный прием.

Адаптогены, так же как нейротропные средства (адреналин, норадреналин) и биостимуляторы, могут быть использованы в проведении неспецифической терапии на основе теории общих адаптационных реакций – тренировки и активации. Такая терапия может оказаться перспективной в восстановлении здоровья и работоспособности переболевших инфекционными болезнями.

Помимо приведенных выше общих методов воздействия на инфекционных больных в целях ускорения их реабилитации, дополнительно могут быть использованы средства, действующие целенаправленно на частные механизмы восстановления функций отдельных органов и систем. Так, у больных менингококковой инфекцией – это средства восстановления нарушенной микроциркуляции в сосудах головного мозга (трентал, доксиум), нормализации тканевого и клеточного обмена нервной ткани (ноотропы и др.). У больных вирусным гепатитом – это средства восстановления функций печени (гепатотропные препараты – эссенциале, легален и др.; иммуномодуляторы и иммуностимуляторы). У больных гриппом и ОРЗ, корью – средства нормализации тонуса и секреции бронхиального дерева. У больных ангиной – средства, уменьшающие содержание токсических продуктов и иммунных комплексов в крови (дезинтоксикация, десенсибилизация, иммуномодуляторы). У больных кишечными инфекциями – средства, ускоряющие регенерацию слизистой оболочки кишечника (пентоксил, метацил и др.), и нормализующие секреторно-моторную функцию желудка и кишечника (заместительная ферментная терапия и др.). И так далее.

Вторым направлением, по которому можно улучшать восстановление функционального состояния и работоспособности переболевших инфекционными болезнями, является воздействие на окружающие реконва-

лесцента условия труда и быта. Это направление приобретает особое значение на завершающих стадиях реабилитации и диспансеризации. Оно включает все меры, направленные на оптимизацию объекта, содержания, условий и организации профессиональной деятельности переболевшего. Оно требует также учета возможно большего числа эргономических и психологических факторов. Рациональное трудоустройство может оказать решающее воздействие на полное восстановление здоровья и высокой профессиональной работоспособности переболевшего. При этом под рациональным трудоустройством понимается такое трудоустройство, которое не влияет отрицательно на общее состояние реконвалесцента, соответствует его способностям, обеспечивает моральное и экономическое вознаграждение. Кроме того, учитывает не только медицинские, но и социально-экономические факторы (характер труда, наличие неблагоприятных профессиональных факторов и др.).

## **Глава 8. Психологическая подготовка, как основа психологической устойчивости в ЧС**

### 1. Необходимость психологической подготовки специалистов

Под нормой психического здоровья человека понимается совокупность определенных потенциалов организма, позволяющих успешно выполнять профессиональную деятельность. Требования к норме психического здоровья конкретного специалиста имеют свои особенности в различных сферах деятельности, опосредованы повседневными и чрезвычайными условиями профессиональной деятельности и другими факторами.

Психическое здоровье рассматривается как неотъемлемая, составная часть здоровья человека, куда входят духовная и соматическая составляющие.

Норма психического здоровья тесно связана с уровнем духовного развития и соматическим состоянием человека на конкретном этапе профессиональной деятельности, с особенностями выполнения профессиональных задач в различных условиях. Так как эти три составляющих неразрывно взаимосвязаны, то руководителю очень важно знать и уметь выявлять закономерности их взаимного опосредования.

Основу общей готовности специалиста к выполнению предстоящих действий отражает его соматическое состояние. Чаще, руководители различных степеней, учитывают именно этот внешний показатель.

Духовный компонент выражается через проявление идейной убежденности и мотивов поведения человека.

Психический компонент, собственно психическое здоровье, представлен уровнем проявления психических реакций, адекватностью поведения и общего психологического состояния специалиста.

Основные направления психологической подготовки специалиста:

**Психодиагностика** состояния специалиста, подвергнувшегося воздействию психогенных факторов. Цель психодиагностики заключается в том, чтобы определить наличие характерных симптомов и синдромов психического расстройства, уточнить причины данного расстройства, принять решение о дальнейшем должностном предназначении и характере психологической помощи данному специалисту. Основу включения психолога в психотерапевтическую работу составляют изменения результатов профессиональной деятельности, жалобы самого специалиста, результаты тестирования и др.

**Психологическая помощь** специалисту, нуждающемуся в ней, осуществляется психологом-практиком в условиях мирного и в период ЧС. Результаты его деятельности будут опосредованы такими переменными как:

- наличие и особенности психологического просвещения специалистов;
- продолжительность участия в ликвидации ЧС;
- характер ЧС и мотивационная готовность участия в ней;
- условия проведения психотерапевтической работы и наличие положительного эмоционального настроя у конкретного специалиста и др.

Основу психотерапевтического воздействия может составлять методика «Статус-3», основные положения которой, включают следующие направления:

- создание условий «отключения» специалиста от воздействия психотравмирующих факторов;
- выявление доминирующих желаний и потребностей специалистов;
- в состоянии релаксации, гипнотического погружения сформировать образ поведения, социального статуса и психического состояния близкого к ранее сформированному, эмоционально-положительному образу;
- закрепить данный образ через приемы «якорения», взаимосвязанный с результатами проведенных действий, межличностными взаимоотношениями, прошлым опытом;

**Психологическое сопровождение** включает оказание психологической помощи, отражение результатов изменения психического состояния специалиста в специальных психологических картах.

Одно из направлений психотерапии в реальных условиях представляет психологическое консультирование. Данное направление работы психолога может носить индивидуальный или групповой характер. Задача психотерапевтической помощи состоит не только в разработке рекомендаций конкретному специалисту, нуждающемуся в изменении психосоматического состояния, но и обучении его методам контроля и саморегуляции. Для реализации поставленной задачи необходимо четко определиться в типологических чертах специалиста, т.е. прежде чем начать какое-либо управленческое воздействие, желательно выявить доминирующие каналы получения информации конкретной личности.

Не секрет, что большинство информации окружающей действительности человек получает с помощью зрения. Существует определенная категория людей, которые принимают решения только после того, как они увидят то, о чем им говорят. Эта категория специалистов нуждается в зрительной информации. Возникает вопрос, как определить таких специалистов, а следовательно, как иметь максимальное воздействие на них.

Эта группа людей, которая склонна говорить громче, чем другие, решения принимают быстро долго не раздумывая, стараются показать себя, быть на виду, нуждаются в психотерапевтической помощи гораздо реже, чем другие. Смена обстановки, устранение воздействующих факторов приводит к изменению психосоматического состояния. Психотерапевтическая помощь проявляется быстро, интерпретация предыдущего состояния характеризуется искажением. Для повышения психокоррекционного воздействия, на данную категорию специалистов, необходимо кратко излагать свои мысли, говорить готовые выводы, использовать свои возможности решения конкретной проблемы, больше показывать, чем рассказывать.

Определенная часть специалистов ориентируется на свой опыт, расчеты, умозаключения. Это люди интроверты. Отличительными признаками их являются: медлительность, расчетливость в действиях, умение выслушать собеседника, скептическое отношение к внешним показателям и др. Такие специалисты редко говорят о своих проблемах. Внешне незаметны, часто долго задумываются, прежде чем высказать свое мнение. При получении психотравмирующего воздействия чаще «уходят в себя». Внешне проявляются безразличие, апатичность. Нервно-психическая неустойчивость носит скрытый характер.

Психотерапевтическая помощь данной категории специалистов не должна носить директивный характер. Наибольшая эффективность достигается в ходе индивидуальных бесед имеющих четкий план, взаимопонимания, утверждения правильности ранее сформированных идей и ценностей. Хорошие результаты достигаются включением специалистов в интеллектуальную деятельность.

Третьим, доминирующим каналом получения информации для принятия решения выступают чувства. Чаще это выражается обыденным термином «что я буду иметь?» Определенная часть специалистов склонна ориентироваться в процессе деятельности на удовлетворение своих чувств. Они буквально «живут» удовлетворением своих потребностей. Их не устраивают долгие размышления, внешние показатели работы. Ориентация идет на удовлетворение своей эмоционально-чувственной сферы. В условиях воздействия психотравмирующих факторов, данная категория специалистов может проявлять полное безразличие, инертность, ситуативное согласие, либо быть агрессивными, злобными действовать эпизодично.

Внешне, в обычной обстановке, эти военнослужащие неторопливы, рвения в службе не проявляют, чаще соглашаются, чем отстаивают свои позиции, активности не показывают.

Психотерапевтическая помощь данной категории военнослужащих заключается в предоставлении им отдыха улучшенного питания возможности быть рядом с теми, с кем участвовали в экстремальных ситуациях.

В целом, все психокоррекционные процедуры: диагностика, психопрофилактика, психологическое сопровождение должны решать проблему восстановления нормы психического здоровья, что позволяет осуществлять управления воинскими подразделениями с наибольшей эффективностью.

## 2. Уровни профессиональной компетенции спасателей

В современных условиях основной задачей обучения специалистов-спасателей является достижение соответствующего уровня профессиональной компетенции.

### **Спасатель 3 класса должен:**

знать психологические характеристики профессиональных действий спасателя, психологические факторы, влияющие на личность и деятельность в ЧС; психологические особенности выполнения профессиональных задач, психические состояния личности, динамику психических состояний в процессе проведения спасательных работ в условиях риска, опасности для жизни, неопределенности, дефицита времени, длительных и интенсивных физических нагрузок, эмоциональных воздействий, основы психической саморегуляции, основные права и функциональные обязанности спасателей при проведении ПСР, требования, предъявляемые к спасателям; психологические особенности поведения населения в ЧС;

уметь определить уровень своей психологической подготовленности к выполнению работ в ЧС, разбираться в психологических аспектах своей деятельности, выдерживать и преодолевать психологические трудности; применять полученные профессионально-психологические знания, навыки на практике, оказывать первую психологическую помощь пострадавшим и контролировать свои психические состояния

### **Спасатель 2 класса должен:**

знать требования, предъявляемые к спасателю 3 класса, кроме того специфику влияния ЧС на функционирование психики человека, психологическое воздействие ЧС на население, факторы, определяющие психологическую устойчивость спасателя в ЧС, при ведении работ в условиях риска для жизни; методику и приемы управления собственным состоянием; технику проведения аутогенной тренировки, дыхательные и физические упражнения; способы оказания психологической помощи населению, пострадавшему в ЧС;

уметь выявлять, понимать, учитывать психологические особенности аспекты ЧС; оценивать ход предстоящих и осуществляемых спасательных мероприятий, их психологический аспект, проводить ПСР при ликвидации последствий аварий, катастроф и стихийных бедствий, оказывать пострадавшим медицинскую и психологическую помощь, приспосабливаться к экстремальным условиям, владеть приемами выживания и поддержания жизнедеятельности; применять на практике приемы психической саморегуляции; переносить высокие физические и морально-психологические нагрузки; развивать способность к быстрой внутренней мобилизации для действий в условиях риска.

**Спасатель 1 класса должен:**

знать требования, предъявляемые к спасателю 2 класса, кроме того, индивидуальные и коллективные формы панических реакций в ЧС;

условия их возникновения, методы предупреждения и пресечения при ведении спасательных работ; способы управления психическим состоянием личности; массовые психические проявления, способы их предупреждения; основы физических и психологических резервов организма, условия их мобилизации; управление психическим состоянием спасателя и повышение эффективности спасательных работ; приемы рациональной организации труда и отдыха при ведении спасательных работ; социально психологический климат коллектива спасателей, психологические основы управления малыми группами и возникающие при этом противоречия, конфликта, способы выхода из них, методы формирования практических навыков к быстрому восстановлению организма спасателя, выходу из стрессовых ситуаций; приемы проведения реабилитационных и восстановительных мероприятий, не менее одного метода психокоррекционной работы с пострадавшими при ЧС;

уметь организовать и проводить со спасателями реабилитационные мероприятия по определению уровней физической работоспособности и мощности, индивидуально допустимых физических нагрузок;

применять активные методы отдыха; в совершенстве владеть упражнениями для проведения аутогенной тренировки; формировать навыки быстрого восстановления работоспособности, снятия усталости, боли; выполнять работу спасателя в условиях личного риска; осознавать степень риска; проводить мероприятия по психологической коррекции с населением, пострадавшим в ЧС.

**Спасатель международного класса должен:**

знать требования, предъявляемые к спасателю 1 класса, кроме того, психологические основы ведения ПСР в особо опасных условиях, возможность отрицательного отражения их на личности, способы вывода психики человека из стрессового состояния, основы выживания в неблагоприятных условиях; самостоятельно выбирать оптимальный способ ведения спасательных работ особой тяжести;

методику принятия решения при изменении ситуации, методику определения психического состояния спасателя; методику обучения упражнениям по саморегуляции и выхода из стрессового состояния других спасателей, определять у спасателей уровни физической работоспособности и мощности; психологические приемы и методы работы с большими группами людей, охваченными паникой, психозом, при ликвидации последствий ЧС; приемы педагогического и психологического воздействия на личность; психологические особенности поведения больших групп людей; не

менее двух методов психокоррекционной работы с пострадавшими;

уметь оказывать психологическое воздействие на пострадавшего; предотвращать панические настроения и брать на себя роль лидера; выполнять физическую работу различной степени тяжести, в любых ЧС и при различных эмоциональных нагрузках, выбирать оптимальные способы, условия организации труда; быстро принимать решения в изменяющейся обстановке; быстро восстанавливаться; выполнять поисково-спасательные работы в любых ЧС; в совершенстве владеть навыками организации и проведения реабилитационных мероприятий.

## **Глава 9. Оценка и прогнозирование психологических потерь**

### **1. Методика оценки и прогнозирования психологических потерь**

История изучения проблем сохранения жизнедеятельности людей в ЧС позволяет определить ряд основных закономерностей:

1. У людей, находящихся в ЧС, глубина психологических изменений, при условии, что они не пострадали физически, будет находиться в прямой зависимости от наблюдаемых негативных явлений.

2. В результате наблюдений и опытов выявлено: около 15-20% участников событий, как правило, сохраняют самообладание, способны к активным действиям. 15-20% утратят работоспособность на срок более 0,5 часа и до нескольких суток, у могут наблюдаться патологические изменения в психике. 10% - утратят работоспособность на срок от нескольких суток до нескольких месяцев или вообще станут нетрудоспособными.

3. Динамика изменения психологических потерь по времени совпадают с адаптацией к гиперстрессам. Мощный стресс, за ним следует этап дезорганизации (от 1 до 10 минут) – далее наступает гипермобилизация всех ресурсов организма, а за ним – полное истощение физических и психических сил (от 2-х часов до времени представления сна, отдыха). МПС специалистов позволит активно выполнять профессиональную деятельность не ранее, чем через 20 часов.

4. Зоны психологических потерь включают в себя 2 радиуса. В первой зоне люди полностью будут не дееспособны или погибнут, во второй будут подвергнуты достаточно сильному психотравмирующему воздействию. Целесообразно вести психологический анализ во второй зоне.

Методики прогнозирования и оценки психологических потерь связаны с оценкой психологических потерь в момент применения оружия массового поражения (ОМП), глобальных природных катаклизмов или в момент воздействия гиперстрессов.

Определение уровня работоспособности:

1. От первоначального количества находившихся в зоне ЧС отнимается число людей, попавших за пределы первой зоны. Производится расчет психологических потерь во второй зоне. После оценки их уровней (процентного соотношения) и определяется общая работоспособность всех участников ЧС. При этом считается, что, как правило, 80-85% из них окажутся не работоспособными.

2. Методика связана с учетом динамики психологических потерь во времени. В соответствии с ней в первые 10 минут после ОМП достаточную работоспособность сохраняют 15-20% пострадавших, через 50-60 минут процент может подняться до 60-75%, а затем начнет падать на протяжении 3-х часов до 20-30%, а через несколько дней он упадет до 10% участников, попавшего во вторую зону.

3. Методика связана с определением уровня оценки психологических потерь путем определения типов психических реакций людей на психотравмирующий фактор. Выделяют 3 типа психических реакций.

а) слабые – в обстановке ЧС вызывается внезапным появлением в поле зрения людей небольших разрушений, возгораний, легко раненных. При этом испытывают повышенное возбуждение, напряжение, неспособны сосредоточиться, легко поддаются настроению.

б) среднее – эти психические реакции могут быть названы значительным количеством разрушений, пожаров, легко и тяжело ранеными. При этом люди испытывают апатию, вяло реагируют на команды, трудно управляемые.

в) тяжелые – это такое психологическое потрясение, которое человек переживает в обстановке полного разрушения, сильного огня, массовых потерь. При этом утрачиваются контакты между людьми, отсутствует ориентация, могут допускаться неадекватные действия.

Влияние объема психологических потрясений на работоспособность

Тип реакции	Процент пострадавших	Степень потери работоспособности	Период времени
ЛЕГКИЙ	5-10%	Незначительная	до 2-х часов
	30-40%	Слабая	

	50-60%	Заметная	
СРЕДНИЙ	5-10%	Слабая	Больше суток
	30-40%	Заметная	
	50-60%	Сильная	
ТЯЖЕЛЫЙ	5-10%	Заметная	Несколько суток, месяцев
	30-40%	Слабая	
	50-60%	Полная	

Коэффициент для прогнозирования возможности числа психологических потерь исчисляется от общего числа потерь в ЧС.

**Психологические потери = физические потери × коэффициент**

Категория специалистов	Коэффициент	Высокая инстен.	Низкая инстен.
1. Не имеющие опыта действий в ЧС	0,4-0,5	0,6-0,7	0,3-0,4
2. Имеющие опыт действий в ЧС	0,3-0,4	0,4-0,5	0,2-0,3
3. Имеющие опыт действий в ЧС и психологическую травму	0,5-0,6	0,6-0,7	0,4-0,5

Потери среди участников ЧС условно разделяются на несколько основных групп:

Психологические потери – это потери, связанные с утратой работоспособности (полной или частичной) вследствие психической травмы (расстройства), вызванной психотравмирующими факторами ЧС.

Психическая травма – это нарушение психической деятельности по объективному отражению действительности под воздействием факторов внешней среды (частичная потеря зрения, памяти, слуха; неадекватное восприятие и реакция; эмоциональный шок и т.п.).

Санитарные психологические потери – характеризуются утратой работоспособности, для восстановления которой требуется госпитализация и лечение.

Временные психологические потери – характеризуются кратковременной (от нескольких минут до одних суток) утратой работоспособности, восстановление которой достигается оказанием психологической помощи и проведением мероприятий реабилитации непосредственно в ЧС.

Методика оценки психологических потерь осуществляется на основе степени влияния следующих факторов:

### 1. Воздействие обстановки ЧС:

вид;

характер;

интенсивность,

динамика ЧС;

положение в ЧС;

наличие радиоактивного и химического заражения и др.

### 2. Условия местности и погодные условия:

рельеф и характер местности;

количество осадков, температура;

время года и суток и т.п.

### 3. Состояние участников:

успешность выполняемых действий;

потери среди людей и техники;

физическая и психологическая усталость;

морально-психологический климат в коллективах;

морально-психологические состояние участников;

управляемость;

степень доверия к руководству;

защищенность и др.

Оценка влияния каждого фактора:

1 балл – влияние незначительно;

2 балла – влияние среднее;

3 балла – влияние значительное.

## 2. Ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций

Проведенные исследования в разных странах позволяют утверждать, что важнейшей составляющей прогноза потерь в период ЧС является уровень готовности специальных сил и средств к борьбе за жизнь и здоровье пострадавших. Ликвидация ЧС ситуации осуществляется силами и средствами предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовой формы, органов местного самоуправления, органов исполнительной власти субъектов РФ, на территории которых сложилась ЧС, под руководством соответствующих комиссий по ЧС. К ликвидации ЧС могут привлекаться Вооруженные Силы РФ, Войска гражданской обороны РФ, другие войска и воинские формирования в соответствии с законодательством РФ. Ликвидация ЧС считается завершённой по окончании проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ.

Спасательные работы. Спасательные и др. неотложные работы в очагах поражения включают:

- разведку очага поражения, в результате которой получают истинные данные о сложившейся обстановке;
- оказание пострадавшим медицинской помощи, эвакуации пораженных в медицинские учреждения, эвакуация населения из зон возможного катастрофического воздействия (затопления, радиационного и др. заражения);
- розыск и вскрытие заваленных защитных сооружений, розыск и извлечение из завалов пострадавших;
- санитарная обработка людей, обеззараживание транспорта, технических систем, зданий, сооружений и промышленных объектов;
- локализацию и тушение пожаров, спасение людей из горящих зданий;
- неотложные аварийно-восстановительные работы на промышленных объектах.

Для своевременного и успешного проведения спасательных работ планируется проведение целого ряда неотложных мероприятий:

- устройство при необходимости проездов в завалах и на загрязненных участках; оборудование временных путей движения транспорта (так называемых колонных путей);
- локализация аварий на сетях коммунально-энергетических систем; восстановление отдельных поврежденных участков энергетических и водопроводных сетей и сооружений;
- укрепление и обрушение конструкций зданий и сооружений, препятствующих безопасному проведению спасательных работ.

В качестве спасательных сил используют обученные спасательные формирования, создаваемые заблаговременно, а также вновь сформированные подразделения из числа работников промышленного объекта (подразделения гражданской обороны объекта). Спасательные формирования могут быть подчинены руководству объекта или администрации района, города, области. В качестве технических средств используют как объектовую технику (бульдозеры, автогрейдеры, пневматический инструмент, автомобили-самосвалы и т.д.), так и спецтехнику, находящуюся распоряжении спасательных формирований (специальные подъемно-транспортные машины, бетоноломы, ручной спасательный инструмент и т.д.). особое место в организации и ведении спасательных работ занимает поиск и освобождение из-под завалов пострадавших. Их поиск начинается с уцелевших подвальных помещений, дорожных сооружений, уличных подземных переходов, у наружных оконных и лестничных проемов, околостенных пространств нижних этажей зданий; далее обследуется весь, без исключения, участок спасательных работ. Люди могут находиться также в полостях завала, которые образуются в результате неполного обрушения крупных элементов и конструктивных зданий. Такие полости чаще всего могут возникнуть между сохранившимися стенками зданий и неплотно лежащими балками или плитами перекрытий, под лестничными маршами. Спасение

людей, попавших в завалы, начинают с тщательного осмотра отдельных конструкций. Далее пытаются установить связь с попавшими в завалы (голосом или перестукиванием). В завалах проделывают проход сбоку или сверху с одновременным креплением неустойчивых конструкций и элементов. Подходы к людям, находящимся в завале, следует вести как можно быстрее, избегая трудоемких работ и используя полости в завалах, сохранившиеся помещения, коридоры и проходы. Всегда следует помнить, что использование для разборки завалов тяжелой техники резко ускоряет процесс, но может нанести непоправимый вред пострадавшим. Значительная часть работ в очаге поражения приходится на локализацию и ликвидацию пожаров. Эти работы производят формирования пожаротушения системы гражданской обороны, пожарные части территориального подчинения во взаимодействии со спасательными формированиями. Очень важно как можно быстрее оценить обстановку, предугадать развитие пожаров и на этой основе принять правильное решение по их локализации и тушению. При локализации на пути распространения огня (с учетом направления ветра) устраивают отсечные полосы – на направлении распространения пожара разбирают или обрушивают сгораемые конструкции зданий, полностью удаляют из отсеченной полосы легковозгораемые материалы и сухую растительность. Пожарные подразделения в первую очередь тушат и локализуют пожары там, где находятся люди. Одновременно с тушением пожаров эвакуируют людей. При отыскивании и эвакуации из горящего здания людей можно пользоваться некоторыми правилами;

- пожар в здании распространяется преимущественно по лифтовым шахтам, лестничным клеткам, по вентиляционным коробам;
- целые оконные проемы в горящем здании свидетельствует о том, что в этом помещении нет людей или они не в состоянии добраться до окон;
- сильное пламя в оконных проемах свидетельствует о полном развитии пожара при большом количестве сгораемых материалов;
- сильное задымление без пламени – признак быстрого распространения огня скрытыми путями и по конструкциям; если при этом дым густой и темный, то это означает горение при недостатке кислорода.

## **Глава 10. Психическая травма.**

### **Оказание психологической помощи пострадавшим**

#### **1. Психическая травма**

Психологическая травма или психическая травма или психотравма – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику.

По интенсивности психотравмирующие воздействия делятся на масштабные (катастрофические), внезапные и острые, приводящие к резкому подавлению адаптационных возможностей человека; по социально-значимым последствиям – на узконаправленные и многопланового действия, при которых страдают параметры социальной жизни человека (социальный престиж, возможность самоутверждения, уважения окружающих и близких людей и т.п.); по интимно-личностным последствиям на биологически и личностно разрушительные, приводящие к психосоматическим заболеваниям, неврозам, реактивным состояниям. Разрушительная сила психической травмы зависит от индивидуальной значимости травмирующего события для человека, степени его психологической защищённости (силы духа) и устойчивости к ударам судьбы. Роль психотравмы может сыграть известие о наличии тяжелого заболевания, о необходимости проведения сложной операции. Например, в связи с онкологической, или кардиологической патологией. Там, в кардиохирургической практике у 26,1% больных с пороками сердца в послеоперационный период формируется синдром Скумина, в механизме развития которого существенную роль играет психотравмирующий характер «кардиохирургической» ситуации.

Своё наибольшее распространение понятие «психологическая травма» получило в рамках теории посттравматического расстройства и возникшей в конце 80-х годов кризисной психологии. Психологическая травма – переживание особого взаимодействия человека и окружающего мира. Психологическая травма – переживание, потрясение. Наиболее яркими примерами психотравм являются унижение и угроза жизни и здоровью.

## 2. Оказание психологической помощи пострадавшим в ЧС

В последние десятилетия существенно возросло количество крупных ЧС, влекущих за собой нарушение условий жизнедеятельности, а зачастую и гибель людей. Только за прошедший год на территории Российской Федерации произошло более десяти ЧС, получивших широкий общественный резонанс. Еще десять лет назад вопросы о воздействии ЧС на психическое состояние людей и необходимости оказания им экстренной психологической помощи в зоне ЧС являлись дискуссионными. Сегодня уже ни у кого не вызывает сомнения, что пострадавшие в ЧС физически, потерявшие родных и близких, а также очевидцы трагических событий получают психические травмы, приводящие к сильным эмоциональным переживаниям и длительным нарушениям психического состояния и поведения, и нуждаются в экстренной психологической помощи. В связи с этим возникла потребность в разработке эффективной технологии оказания экстренной психологической помощи людям, пострадавшим в результате ЧС.

Реализация данного проекта направлена на создание технологии психологической помощи пострадавшим в ЧС, представляющей собой целостную систему мероприятий, направленных на оптимизацию актуального психического состояния пострадавших в условиях ЧС и профилактику отдаленных негативных психических последствий. Эта система включает в себя как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды, окружающей пострадавших и родственников пострадавших и погибших, в процессе ликвидации последствий ЧС. Востребованность данной технологии и ее эффективность подтверждаются наличием большого количества запросов на оказание психологической помощи в условиях ЧС, высокой оценкой этой помощи со стороны лиц, участвующих в ликвидации последствий ЧС, а также со стороны самих пострадавших.

Эмпирические данные, полученные в ходе реализации проекта, способствуют выявлению внутренних механизмов, лежащих в основе переживаний людьми экстремальных ситуаций. Понимание этих механизмов вносит существенное дополнение в развитие экстремальной психологии, которая традиционно позиционируется как направление психологической науки, изучающее особенности психических процессов у людей, занимающихся экстремальными видами профессиональной деятельности.

Задачи:

1. Снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших, оптимизацию их актуального психического состояния.
2. Профилактика возникновения у пострадавших отдаленных психических последствий в результате воздействия травмирующего события.
3. Профилактика возникновения массовых негативных эмоциональных реакций.

В рамках данного проекта осуществлялись следующие мероприятия:

1. Работа в целях создания обстановки, способствующей оптимизации психического состояния пострадавших и родственников погибших и пострадавших:

организация психологической помощи родственникам погибших и пострадавших, прибывающим в аэропорт, расселенным в гостиницах, находящимся в других местах в процессе ожидания дальнейших мероприятий;

сопровождение массовых мероприятий;

сопровождение родственников погибших при проведении процедуры опознания в морге;

организационная, координационная и консультативная работа с руководителями и специалистами, а также с представителями учреждений и организаций, принимающими участие в оказании медицинской и психологической помощи пострадавшим;

содействие пострадавшим и родственникам погибших и пострадавших в решении социальных вопросов;

2. Собственно оказание экстренной психологической помощи: индивидуальная и групповая психокоррекционная и психопрофилактическая работа на всех вышеперечисленных этапах с пострадавшими и родственниками погибших и пострадавших;

оказание информационной поддержки и экстренной психологической помощи по телефону «Горячая линия» в круглосуточном режиме.

Результаты:

1. Создание эффективной технологии оказания психологической помощи пострадавшим в ЧС, способствующей снижению интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших, а также уменьшению риска возникновения у них посттравматических стрессовых расстройств, состояния патологического горя и других отдаленных психических последствий.

2. Оказание психологической помощи в условиях ЧС по следующему количеству обращений (в 2010 году):

Психологическая помощь в зоне ЧС	293
В том числе:	
Психологическая помощь группам пострадавших	285
Индивидуальная психокоррекционная работа	782
Консультирование специалистов, участвующих в оказании медицинской и психологической помощи пострадавшим	26
Психологическая помощь по телефону «Горячая линия»	543

Состояния человека, требующие психологической помощи и поддержки:

1. Бред и галлюцинации. Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом - не только физическом, но и психическом тоже. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание. Признаки: ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить. При галлюцинациях пострадавший воспринимает объекты, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее, которых нет на самом деле).

Необходимая помощь: Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи. До прибытия специалистов следите, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность. Пере-

ведите пострадавшего в уединенное место, не оставляйте его одного. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните! В такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

2. Попытка самоубийства. Пережитая катастрофа, потеря кого-то близкого (смерть, разлука), тяжелая болезнь, приведшая к инвалидности, - все это действительно может толкнуть человека на самоубийство (суицид). Признаки: Человек может совершать конкретные действия, направленные на лишение себя жизни, (пить таблетки, пытаться выброситься из окна) или говорить о своих намерениях («я устал так жить»). Перед совершением попытки самоубийства человек может быть подавленным либо, наоборот, чрезмерно возбужденным. Если самоубийство совершает психически нормальный взрослый человек, то причиной этого могут быть: денежные долги, потеря высокого поста, профессиональная несостоятельность, безработица, раскаяние за совершенное убийство или предательство, угроза тюремного заключения или смертной казни, тюремное заключение, угроза физической расправы, получение тяжелой инвалидности, неизлечимая болезнь и связанное с ней, ожидание смерти, нервное расстройство, шантаж, сексуальная неудача, измена или уход (мужа, жены; жениха, невесты), ревность, потеря невинности, нежелательная беременность, венерические болезни, изнасилование, систематические избиения, публичное унижение, коллективная травля, политическая смерть, смерть детей, близкого человека, одиночество, тоска, усталость, религиозные мотивы, подражание кумиру.

Психологическая помощь: Человек, решивший свести счеты с жизнью, находится, как правило, в состоянии конфликта со всем окружающим миром. Поэтому очень важно, чтобы кто-то, обязательно, проявил по отношению к нему сочувствие. Слушайте и соглашайтесь с тем, что он говорит. Вы должны стать своим, «играть на его стороне». Во время разговора постарайтесь найти положительные моменты в сложившейся ситуации (удалось выжить «после такого!»; жив-здоров, голова, руки-ноги на месте; нужно думать и заботиться о детях, родителях). Покажите уникальность его жизненного опыта. Попросите его о помощи (это поможет ему почувствовать, что он кому-то нужен). Ведите разговор на том расстоянии, которое ему удобно. Если он отклоняется от Вас, сделайте шаг назад. Постепенно, продолжая разговор, приближайтесь к нему. При первой же возможности обратитесь за помощью к специалисту.

3. Апатия. Она может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду погиб. Наваливается ощущение усталости - такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить: движения и слова даются с большим трудом. В душе - пустота, безразличие, нет сил даже на

проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.). В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель. Признаки: безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, речь медленная, с большими паузами.

Необходимая помощь: Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов исходя из того, знаком он Вам или нет. «КАК ТЕБЯ ЗОВУТ?» «КАК ТЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕШЬ?» «ХОЧЕШЬ ЕСТЬ?» Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь). Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чая или кофе, помочь окружающим нуждающимся в помощи).

4. Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Происходит после сильнейших нервных потрясений (землетрясение, взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил столько энергии на выживание, что сил на контакт с окружающим миром уже нет. Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь, и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать. Признаки: резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи, отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки), «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности, возможно напряжение отдельных групп мышц.

Необходимая помощь:

Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями и четко над зрачками. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть, Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Помните! Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего и вывести его из оцепенения.

5. Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов. Признаки: сохраняется сознание, чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы, речь эмоционально насыщенная, быстрая, крики, рыдания.

Необходимая помощь:

Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для Вас. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»). После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием. Не потакайте желаниям пострадавшего.

6. Плач. Каждый человек хоть раз в жизни плакал. И каждый знает, что после того, как дашь волю слезам, на душе становится немного легче. (Ребенок, а порой и взрослый, проплакавшись, быстро засыпает.) Подобная реакция обусловлена физиологическими процессами в организме. Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Важно, когда рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе. Признаки: человек уже плачет или готов разрыдаться, подрагивают губы, наблюдается ощущение подавленности, в отличие от истерики нет возбуждения в поведении. Помните! Не происходит эмоциональной разрядки, облегчения, если человек сдерживает слезы. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека. Не зря говорят: «Сошел с ума от горя».

Необходимая помощь:

Не оставляйте пострадавшего одного, установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что Вы рядом, применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, т.е. подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства, говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего, не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду... Не задавайте вопросов, не давайте советов. Помните! Ваша задача – выслушать.

7. Сексуальное насилие. Пострадавший испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события окружающей действительности, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу. В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологи-

чески ситуация воспринимается по-разному. Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.д.). Если виновник – знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но более продолжительной.

Помните! Желательно, чтобы помощь оказывал человек одного пола с потерпевшим. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшего. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это человеку неприятно, то избегайте телесного контакта. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроль над реальностью). Не спрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся. Дайте пострадавшему понять, что он может рассчитывать на Вашу поддержку. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях но и об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват насильник», «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах». Если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживет ужасную ситуацию. Ему будет необходима Ваша поддержка!

8. Насилие, связанное с угрозой для жизни. К подобным ситуациям относятся: захват террористами, ограбление, разбойное нападение и др.

Помните! Если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получил сильнейшую психическую травму.

Необходимая помощь взрослому:

Помогите пострадавшему выразить чувства, связанные с пережитым событием (если он отказывается от беседы, предложите ему описать происшедшее, свои ощущения в дневнике или в виде рассказа). Покажите пострадавшему, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний). Дайте пострадавшему возможность общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события). Не позволяйте пострадавшему играть роль «жертвы», т.е. использовать трагическое событие для получения выгоды.

Необходимая помощь ребенку:

Ребенок, пережив насилие по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения разрушение иллюзии справедливости беспомощность). Прямое насилие над ребенком может оказаться слишком трудным, невыносимым для него, что выразится в молчании,

оцепенении. У ребенка может зафиксироваться в памяти картина события. Он будет снова и снова представлять страшные моменты происшедшего (например, изуродованных, раненых людей или напавшего на него человека). Дайте ребенку понять: Вам важно то, что он пережил, и Вы знали других детей, которые тоже через это прошли. Создайте атмосферу безопасности (обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх). Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии - это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки). Повторяйте, что совершенно нормально чувствовать беспомощность, страх, гнев. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки). Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов). Помните! Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.

## **Глава 11. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс**

### **1. Стресс и его последствия**

Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «я».

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, перенесших психотравмирующий стресс, но и у очевидцев, и у членов их семей. Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию особых жизненных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь человека.

Существуют общие механизмы и проявления стрессовых нарушений, поэтому, в целях более качественного оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, необходимо знать общие понятия о стрессе, причинах его возникновения и последствий для организма и личности.

Термин стресс восходит к области физики, где он относится к любому напряжению, давлению или силе, прикладываемой к системе. В медицинской науке этот термин был впервые введен Hans Selye (Ганс Селье) в 1926 г. Селье обратил внимание, что у всех пациентов, страдающих от самых разных соматических недугов, как будто имеется ряд общих

симптомов. К ним относятся потеря аппетита, мышечная слабость, повышенное артериальное давление, утрата мотивации к достижениям. Селье использовал термин «стресс» для описания всех неспецифических изменений внутри организма и определил понятие как неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. В современной научной литературе наиболее часто критикуется вопрос о том, насколько «неспецифичной» является стрессовая реакция. Другие исследователи (Everly, 1978) утверждали, что стрессовая реакция носит специфический характер, который зависит от силы раздражителя и индивидуальных особенностей организма. Сила раздражителя понимается как воздействие на организм и человека значимого (имеющего смысл) для него фактора, а так же как сильное, экстремальное воздействие. Таким образом, стресс (в узком смысле) – совокупность неспецифических физиологических и психологических проявлений адаптационной активности при сильных, экстремальных для организма воздействиях. Стресс (в широком смысле) – неспецифические проявления адаптационной активности при действии любых, значимых для организма факторов. Итак, **стресс** – совокупность состояний, переживаемых человеком в процессе адаптации к условиям окружающей обстановки, неблагоприятным для его жизнедеятельности и угрожающим его жизненно важным ценностям.

В 1936 г. Г.Селье описал общий адаптационный синдром, который по его мнению, способствовал приобретению состояния привычки к вредоносному воздействию и поддерживал это состояние. Адаптационный синдром – совокупность адаптационных реакций организма человека, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на стрессоры – значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия.

Адаптационный синдром - это процесс, закономерно протекающий в трех стадиях, которые носят название стадии развития стресса.

I. Стадия «тревоги» (аларм-реакция, стадия мобилизации) - мобилизация адаптационных ресурсов организма. Продолжается от нескольких часов до двух суток и включает две фазы:

- фаза шока – общее расстройство функций организма вследствие психического потрясения или физического повреждения;

- фаза «противошока». При достаточной силе стрессора фаза шока заканчивается гибелью организма, в течение первых часов или дней. Если адаптационные возможности организма способны противостоять стрессору, то наступает фаза противошока, где происходит мобилизация защитных реакций организма. Человек находится в состоянии напряженности и настороженности. Физически и психологически он чувствует себя хорошо, пребывает в приподнятом настроении. На этой фазе часто проходят психосоматические заболевания (гастриты, язвы желудка, аллергии и т.п.), а, к третьей стадии они возвращаются с утроенной силой.

Пример: Во времена Великой Отечественной войны люди чрезвычайно редко болели – настолько они были внутренне мобилизованы, зато после окончания войны был отмечен резкий рост числа заболеваний.

Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если стрессогенный фактор слишком силен или продолжает свое действие, наступает следующая стадия.

II. Стадия резистентности (сопротивления) – *stage of resistance* – S-E. Включает в себя сбалансированное расходование адаптационных резервов, поддерживается существование организма в условиях повышенных требований к его адаптационным возможностям. «Продолжительность периода сопротивления зависит от врожденной приспособленности организма и от силы стрессора». Каждый стрессогенный фактор обладает специфическим (одинаковым для разных раздражителей) и стрессогенным (неодинаково, но специфично для каждого фактора) действием. Ответ организма зависит не только от действия раздражителя, в качестве которого может выступать какой-либо предмет, явление или значимая информация, так же играют роль внутренние и внешние условия.

Эта стадия приводит либо к стабилизации состояния и выздоровлению, либо, если стрессор продолжает действовать еще дольше, сменяется последней стадией – истощения.

III. Стадия истощения (*stage of exhaustion* – S-E) – утрата резистентности, истощение психических и физических ресурсов организма. Возникает несоответствие стрессогенных воздействий среды и ответов организма на эти требования. В отличие от первой стадии, когда стрессовое состояние организма ведет к раскрытию адаптационных резервов и ресурсов, и организм человека может сам справиться со стрессом, на третьей стадии помощь может быть только извне, либо в форме поддержки, либо в форме устранения стрессора, изнуряющего организм.

Помимо стадий развития стресса выделяют фазы адаптации при стрессе:

1. Разрушение привычного функционирования организма. На данной фазе происходит активизация адаптационных форм реагирования. Продолжительность фазы (при максимально субъективной переносимости стрессора) – минуты, часы. Наблюдаются стенические эмоции, повышение работоспособности.

2. Фаза становления нового функционирования организма. Здесь происходит перестройка организма на максимально возможное реагирование в ситуации продолжающегося воздействия стрессоров. Суммарная продолжительность 1 и 2 фазы 11 суток. Проявляются болезненные состояния со снижением работоспособности. Однако психологические факторы (мотивация, установка) могут за счет «сверхмобилизации» резервов нейтрализовать неблагоприятные проявления.

3. Фаза неустойчивой адаптации. Продолжительность от 20 до 60 суток. Человек частично адаптируется к жизнедеятельности в новых условиях.

4. Фаза устойчивой адаптации (соответствует стадии резистентности).

5. Фаза разрушения систем функционирования организма (истощение). Человеческий организм уже не в состоянии функционировать в новых условиях, ввиду истощения адаптационных возможностей.

Истощение адаптационных возможностей – состояние приводящее к появлению негативных изменений в психическом состоянии человека. Эти негативные изменения могут охватывать все уровни психической дезадаптации: психотический и пограничный.

К психотическому уровню относятся различные виды психотических реакций и состояний (психозов). Психоз – глубокое расстройство психики, проявляющееся в нарушении адекватности отражения реального мира, поведения и отношения к окружающему. Психотическое состояние или реакция может возникнуть как ответ организма на внезапное острое психотравмирующее событие (смерть родных или информация о смерти, угроза своей жизни и т.д.) и, как правило, необратимы (полного выздоровления не наступает).

Пограничный (допсихотический) уровень реагирования на стресс включает различные виды невротических (неврозы) и психопатоподобных (психопатии) состояний. Неврозы – группа пограничных функциональных нервно-психических расстройств, возникающих в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека вследствие психотравмы или психотравмирующей ситуации. Психопатия – аномалия личности, характеризующаяся дисгармоничностью ее психического склада.

Г. Селье (1954, 1974) различает конструктивный и деструктивный стресс. Стрессовая активация может быть положительной мотивирующей силой (эустресс – «эу» – греч. – хороший), а так же ослабляющей, чрезмерной (дистресс – англ. – горе, несчастье, недомогание, истощение, нужда). По мере усиления стресса улучшается общее самочувствие и проявление здоровья. Однако, продолжая нарастать, стресс достигает своего апогея. Эта точка – оптимальный уровень стресса. Если стресс возрастает и дальше он становится вредным для организма.

На стадии истощения адаптационных возможностей организма человек не в состоянии самостоятельно справиться со стрессогенным воздействием. Возникший стресс перегружает психологические, физиологические и адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим.

Психотравмирующий стресс – особая форма общей стрессовой реакции, обусловленной психотравмирующими для индивида жизненными событиями. Это стресс повышенной интенсивности, сопровождающийся получением человеком психических травм.

Далеко не каждое событие способно вызвать травматический стресс. Психическая травма возможна в случаях, если:

- произошедшее событие осознаваемо;
- пережитое разрушает привычный образ жизни, выходит за рамки обыденного человеческого опыта и вызывает дистресс у любого человека.

Психотравмирующие события изменяют представление о себе, систему ценностей, концепцию окружающего мира, изменяют устоявшиеся представления о способах существования в мире. Эти события могут быть внезапными, шокowymi или оказывать длительное, тяжело переносимое воздействие, а так же сочетать в себе как те, так и другие свойства одновременно.

Одним из последствий психотравмирующего стресса является психическая травма. Одно из первых упоминаний о психотравме принадлежит историку Геродоту, который рассказал об афинской войне Эпизелосе, ослепшем от переживаний после Марафонской битвы. Лукреций (1 век до н.э.) впервые указал на реминисценции (отсроченное воспроизведение вытесненного события) как основной элемент травматического невроза у воинов. Проблемами психических травм занимался З.Фрейд. Психическая травма по З. Фрейду – прорыв гипотетического защитного покрова, который предохраняет психику от чрезмерных раздражений.

Идеи З. Фрейда о двух формах проявления реакции на психотравмирующее событие (вытеснение и фиксация на травме), нашли свое отражение в современной концепции отсроченных реакций на психотравмирующий стресс. Одним из основных видов психологической защиты, как реакции на психотравмирующий стресс является вытеснение. **Вытеснение** - один из видов психологической защиты, представляющий собой процесс, в результате которого неприемлемые для индивида мысли, воспоминания, переживания «изгоняются» из сознания и переводятся в сферу бессознательного.

В отечественной литературе можно выделить следующие подходы к пониманию феномена психической травмы. А.М. Свядоц рассматривал психическую травму, как раздражитель, действие которого определяется не их физическими параметрами, а информационным значением. Психическая травма по А.М. Свядоцу – результат воздействия психотравмирующих раздражителей, сила которых определяется значимостью патогенной информации для данного индивида. Он выделяет острые психические травмы и хронические. Первые являются результатом однократного, сверхсильного воздействия, вторые – многократно действующих более слабых раздражителей. Действие слабых раздражителей может суммироваться.

Ф.В. Басин и В.Е. Рожнов подходят к рассмотрению природы психической травмы в контексте концепции психологической защиты. Психическая травма по Ф.В. Басину и В.Е. Рожнову – нарушение психологической защиты человека, которая приводит к нарушению прежней системы значимых переживаний.

Существует различная классификация психических травм и ситуаций их вызывающих. Г.К. Ушаковым (1987) была предложена классификация психических травм с точки зрения их интенсивности. Он выделил следующие виды психотравм:

- массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) не актуальные для личности;

- ситуационные острые (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность, связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения;

- пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации; б) вызываемые чрезмерным уровнем притязания личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме деятельности.

В.А. Гурьева (1996) подразделяет психотравмы по силе их воздействия на личность, выделяя следующие основания:

Сверхсильные, острые, внезапные:

- а) присутствие при смерти;

- б) убийство;

- в) изнасилование.

Субъективные, сверхсильные, острые (сверхзначимые для личности):

- а) смерть близких родственников (матери, отца);

- б) неожиданный уход из семьи любимого родителя (для детей);

Черепанова Е.М. классифицировала психотравмирующие ситуации по степени увеличения симптомов патологического горя, развития синдрома посттравматических стрессовых нарушений:

1. Ожидаемая утрата, к которой человек подготовлен;

2. Внезапная ожидаемая утрата;

Информация о неожиданной утрате:

- а) внезапная смерть, болезнь;

- б) несчастный случай, катастрофа, война;

- в) убийство, самоубийство.

4. Присутствие при неожиданной утрате:

- а) внезапная смерть, болезнь;

- б) убийство, самоубийство.

5. Неожиданная утрата в ситуациях, когда человек, пострадавший в результате несчастного случая, катастрофы или на войне остался в живых.

Характер психической травмы и уровень стрессогенности психотравмирующей ситуации зависит от силы психотравмирующего воздействия. Психотравмирующее воздействие по Ю.А. Александровскому – воздействие, обусловленное ослаблением активности или целостности ин-

дивидуального барьера психической адаптации. В случае ослабления индивидуального барьера психической адаптации, снижение ее уровня приводит к психогенным расстройствам.

Психотравмирующее воздействие на человека оказывают определенные стресс-факторы – стрессовые события, ставшие причиной психической травмы. По мнению М. Горовца, разработавшего теорию отсроченных психических реакций на психотравмирующий стресс, человек находится в состоянии стресса или периодически возвращается в это состояние, до тех пор, пока информация о стрессовом (психотравмирующем) событии перерабатывается.

В процессе ответной реакции на стрессовые события М. Горовец выделяет ряд последовательных фаз:

- фазу первичной эмоциональной реакции;
- фазу «отрицания», выражающуюся в эмоциональном оцепенении, подавлении и избегании мыслей о случившемся, избегании ситуаций, напоминающих о психотравмирующем событии;
- фазу чередования «отрицания» и «вторжения». Вторжение проявляется в «прорывающихся воспоминаниях о психотравмирующем событии, снах о событии, повышенном уровне реагирования на все, что напоминает психотравмирующее событие;
- фазу дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта, которая заканчивается ассимиляцией (усвоение психотравмирующего опыта на основе существующих схем поведения) или аккомодацией (приспособление схем поведения к психотравмирующей ситуации).

Длительность процесса ответного реагирования на стрессовое событие обуславливается, по наблюдениям М. Горовца, значимостью (актуальностью) для индивида связанной с этим событием информации. При благоприятном осуществлении данного процесса он может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев после случившегося (прекращение психотравмирующего воздействия). Это нормальная реакция на стрессовое событие. При обострении ответных реакций и обострении их проявлений в течение длительного времени говорится о патологизации процесса ответного реагирования, появлении отсроченных реакций на психотравму.

Отсроченные реакции на психотравмирующий стресс по М. Горовцу – совокупность психических явлений, обусловленных процессом «переработки» психотравмирующей информации. В случае их интенсивного и длительного проявления говорят о посттравматических стрессовых расстройствах, относящихся к затяжным реактивным состояниям.

Выделяют следующие диагностические критерии посттравматического стресса:

1. Наличие экстремального события, сочетающегося с серьёзной угрозой жизни или физической целостности самому человеку, его близким,

друзьям, внезапным разрушением его жилища или наблюдением за внезапной гибелью других людей.

2. В возникших психических расстройствах «звучит» – переживается психотравмирующее событие особенно в познавательной, волевой и эмоциональной сферах.

3. При усилении актуальности (повторная травма, воспоминание) психотравмирующей ситуации усиливается психогенная, реактивная симптоматика. При снижении актуальности психотравмы – симптоматика уменьшается.

4. Появление устойчивого астено-гипотимического (подавленное настроение с общей слабостью организма) или тревожно-аффективного (беспокойство, сопровождаемое сильными эмоциональными переживаниями) синдромов.

5. Продолжительность устойчивых нарушений не менее 1 месяца – по некоторым классификациям не менее 6 месяцев.

Отсроченные реакции лиц, перенесших психотравмирующий стресс, объединяют в три группы реакций:

I группа – повторяющиеся и насильственно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о травмирующем событии, включая образы, мысли или представления.

II группа – стремление избегать переживаний, относящихся к психической травме и общая психическая заторможенность.

III группа – повышенная физиологическая и психическая возбудимость.

Третья группа реакций сопутствует реакциям первой и второй группы.

Основными проявлениями отсроченных реакций у лиц, перенесших психотравмирующий стресс, будут являться: в I группе – повторяющиеся сны и навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, которые сопровождаются тяжелыми переживаниями; внезапные переживания, возвращающие в психотравмирующую ситуацию; тяжелые переживания, обусловленные событиями, которые ассоциируются с психотравмирующими (например, очередные годовщины).

Во II группе проявляются: стремления избегать мыслей, переживаний, действий, ситуаций, которые могут напоминать о психотравмирующих событиях; неспособность воспроизвести в памяти обстоятельства события, послужившего причиной психической травмы; очевидная потеря интереса к значимым ранее для данного человека формам жизнедеятельности; чувство отчужденности от окружающих; снижение способности к сопереживанию и душевной близости с другими людьми; ощущение «укороченного» будущего, неспособности к активной деятельности и семейной жизни.

К проявлениям третьей группы относятся: трудности засыпания и нарушения сна; повышенная раздражительность и вспышки гнева. Человек

становится конфликтным, со всеми ссорится, часто предпочитает решать споры, применяя насилие. Даже, когда человек хочет контролировать свое поведение, у него ничего не получается; трудности запоминания и концентрации внимания. Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить. В некоторые моменты концентрация внимания может быть нормальной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться; повышенная настороженность (сверхбдительность) и повышенная реакция на внезапные раздражители (преувеличенное реагирование).

При проявлении сверхбдительности, человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему угрожает постоянная опасность. Но это опасность не только внешняя, но и внутренняя – она состоит в том, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Часто сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения, которое может выполнять защитную функцию - защищает наше сознание, и нельзя убирать психологическую защиту, пока не уменьшилась интенсивность переживаний.

При преувеличенном реагировании, человек вздрагивает на малейший шум, стук и т.п., бросается бежать, громко кричит и т.д.

Перечисленные реакции на психотравмирующий стресс не исчерпывают всех возможных психических проявлений. В процессе переработки психотравмирующего события могут возникать различные чувства и состояния, не дающие человеку реально оценивать ситуацию.

Особое место среди отсроченных реакций на психотравмирующий стресс занимают повторные переживания (флэшбек). Флэшбэк (flashback) – повторные внезапные переживания имевшихся травматических событий, которые сопровождаются как бы «выключением» из настоящего.

Возникновению внезапных повторных переживаний травматических событий способствуют наиболее распространенные осложнения психического порядка. Устойчивую и удручающую триаду составляют страх, нарушения сна и кошмары.

По словам людей, переживших психотравмирующий стресс, они испытывают страх даже во сне. Страх этот не носит характер невроза, он тесно связан с переживаниями во время травмирующего события. Пострадавшие безуспешно стараются его подавить. От того что их мучают кошмары, они боятся ложиться спать. Они не высыпаются, так как сон у них зачастую прерывист, неглубок и длится 3 – 4 часа подряд. Люди пробуждаются от кошмарных видений, которые повергают их в ужас. Этот ужас объясняется тем, что в подобных снах они ощущают полную незащищенность.

Возникновение кошмаров и flashback зачастую связаны с будничными происшествиями и впечатлениями, которые ассоциируются с перенесенной травмой. Flashback – это пронзительное и тревожное воспомина-

ние, воскрешающее травмирующую ситуацию, так что на какое-то ограниченное время, которое может длиться от нескольких секунд до нескольких часов, человек полностью или частично утрачивает связь с реальностью.

## 2. Психологическая помощь пострадавшим от стресса

Человек обращается к психотерапевту, когда испытывает внутренний дискомфорт, когда понимает, что какая-то часть его личности выходит из-под контроля. Пациент надеется, что врач поможет ему обрести покой, душевные силы, самообладание, внутреннюю гармонию или хотя бы уменьшит его страдания. Нарушение внутреннего равновесия – вот причина, которая заставляет прибегать к какой-либо психологической помощи, будь то консультация по проблемам брака и семьи, обучение методам саморегуляции и т.д. Короче говоря, пациент идет к психотерапевту, чтобы тот помог ему измениться к лучшему.

Говоря о психотерапевтической помощи ветеранам вьетнамской войны, вначале рассмотрим, с какими жалобами они обращаются к врачу. Для большинства ветеранов характерны одни и те же нарушения внутреннего равновесия. Этот особый комплекс психологических проблем получил медицинское название «синдром посттравматического стресса» (СПТС). Именно о нем я и буду говорить на протяжении всей этой книги.

Человек умеет приспосабливаться к различным обстоятельствам; с изменением нашей жизни меняемся и мы сами. Происходящие в нас перемены помогают выжить, в какие бы условия мы ни попали. У людей, живущих высоко в горах, увеличивается объем легких, что дает им возможность получать достаточно кислорода из разреженного горного воздуха. В теле каждого человека вырабатываются особые защитные механизмы, чтобы противостоять воздействию микробов, проникающих внутрь нас с водой, пищей и воздухом.

По каким же признакам можно распознать присутствие посттравматического стресса? Если мы говорим, что тот или иной человек «болен» посттравматическим стрессом, то это значит, что этот человек пережил травмирующее событие, т.е. испытал нечто ужасное, что не часто случается с людьми. По определению психиатров, травмирующим называют событие, «выходящее за пределы нормального человеческого опыта».

Но посттравматический стресс – это не только наличие травмирующего события в прошлом. Такое событие – только часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе.

Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые события. Все мы реагируем по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую травму одному и почти не затронет психику другого. Очень важ-

но также, в какой момент происходит событие: один и тот же человек в разное время может реагировать по-разному.

Итак, говоря о посттравматическом стрессе, мы имеем в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику. Эти события так резко отличаются от всего предыдущего опыта или причиняли настолько сильные страдания, что человек ответил на них бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в такой ситуации естественно стремится смягчить дискомфорт: человек, переживший подобную реакцию, коренным образом меняет свое отношение к окружающему миру, чтобы жить стало хоть немного легче.

Среди мероприятий, направленных на обеспечение высокой эффективности сохранения психического здоровья граждан, большое значение принадлежит системе оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Психологическая помощь понимается как область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей, оказания психологической поддержки и помощи, как отдельному человеку, так и группе. Содержание психологической помощи заключается в цели взаимодействия психолога с клиентом. Содержание психологической помощи может быть представлено следующим образом:

1. Психодиагностика (оказание помощи через сообщение объективной информации).
2. Психологическая коррекция (организованное воздействие на клиента, с целью обеспечения его полноценного развития и функционирования и предполагающее изменение показателей его активности).
3. Психологическое консультирование (вид психологической помощи, заключающийся в обеспечении человека продуктивным существованием в конкретных обстоятельствах его жизни, в поиске решений выхода из проблемной ситуации).
4. Психотерапия (вид психологической помощи при решении проблем или затруднений психологического характера).
5. Другие виды психологической помощи: психотерапевтическое обучение (применяется при обучении родителей работе с детьми), совместная помощь (осуществляется супругами после психотерапевтического обучения), самопомощь.

Психотерапия, проводимая вместе с другими видами психологической помощи, является одним из основных методов лечения психотравм, наряду с медицинской и социальной помощью. Она призвана обеспечить человеку, перенесшему психотравмирующий стресс, способность самостоятельно регулировать свое функциональное состояние, изменение его поведения в сторону большей независимости и усилению у него чувства ответственности за себя, что является конечной целью психотерапии. Она

должна проводиться профессионально, чтобы избежать развития многих нежелательных побочных явлений.

Существуют различные психологические концепции и взгляды на процесс оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс.

Психоаналитические, отражающие психоаналитический подход к личности и к психической травме. Их сущность заключается в преодолении психической травмы, преодолении негативных изменений в «эго», гармонизации отношений в системе «эго» и «суперэго», расширении сферы сознания.

Поведенческие – основаны на бихевиористском подходе. Главную причину последствий психотравмирующего стресса представители данного направления видят в том, что те формы поведения и реакции, которые человек приобретает после перенесенной психотравмы, не соответствуют формам поведения и реакциям, которые необходимы или целесообразны в повседневной жизни. Задача поведенческой психотерапии – помочь человеку привести его поведение и реакции в соответствие с принятыми нормами в обществе.

Когнитивные концепции объясняют причины последствий воздействия стрессоров в резком изменении представлений о себе, о жизни, о мире, представлении о безопасности своих близких в этом мире. Задача когнитивной терапии – помочь сформировать представление травмированной личности более адаптивным окружающей действительности.

Психофизиологические модели исходят из условно-рефлекторного подхода появления последствий стресса. Они считают, что в основе негативных психических последствий психотравмирующего стресса лежит прочно сформировавшийся условный рефлекс. Психологическая помощь должна оказываться в направлении разрушения или переструктурирования условно-рефлекторных связей.

В практике оказания психологической помощи выделяют три методологических подхода. Первый основывается на идее, что для успешной коррекции психических нарушений необходимо точно знать этиологию (предпосылки) и патогенез (развитие болезненных симптомов) этих нарушений. Второй подход исходит из предположения, что, воздействуя на конкретные проявления психических нарушений можно добиться общего улучшения психического состояния. Примерами первого подхода являются патогенетическая психотерапия (Б.Карвасарский) и психоанализ, примером второго – техники NLP.

Третий подход основывается на знании и выявлении структурных компонентов психотравмирующего стресса – конкретных посттравматических состояний (как правило, это – просьбы или жалобы, с которыми обращаются участники психотравмирующих событий), с целью воздействия

на каждое такое состояние наиболее адекватным природе его возникновения психокоррекционным методом. Подобная стратегия основывается на работе не с синдромом в целом, а с возникающими в процессе его формирования конкретными и целостными психическими состояниями. Иными словами, если человек жалуется на ощущение «потери вкуса жизни» – необходимо работать с его эмоциональными состояниями, если он жалуется на бессонницу или на регулярные кошмарные сновидения – нужно сделать упор на коррекцию повышенной тревожности. Центральной задачей психотерапевта, в данном случае, является создание условий для постепенной ассимиляции (усвоением) психотравмирующего опыта.

В рамках третьего подхода существуют конкретные методы коррекции психических состояний, включающие различные виды психологической помощи (рациональная терапия, трансмедитативная (методы психической саморегуляции), когнитивная, поведенческая, личностно-ориентированная, терапия искусством, творческим самовыражением и т.д.) и формы ее проведения (индивидуальная, групповая, семейная), а так же возрастные категории пациентов (дети и подростки, взрослые, люди пожилого возраста) и тип психической травмы: угроза жизни и целостности Я-образа (изнасилование, физические и психические методы пыток, боевой стресс и т.п.), потеря близкого окружения (члены семьи, близкие родственники, друзья), потеря благополучия (места жительства, материальных ценностей) в результате стихийного бедствия или вынужденного переселения. Психологическая помощь лицам перенесшим психотравмирующий стресс может носить срочный характер, иметь ограниченный срок или быть рассчитанной на длительный период.

Срочная психотерапия – вид психологической помощи, которая проводится в ближайшее время после получения человеком психической травмы с целью восстановления психического равновесия и недопущения дезадаптивной реорганизации личности. Она имеет задачей оказание оперативной психологической помощи, как правило, в непосредственной близости к району ЧС.

## **Глава 12. Психологическая реабилитация**

### **1. Психотерапевтические методы и их задачи**

Реабилитация участников ЧС представляет собой систему различных мероприятий, направленных на предупреждение развития тяжелых патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате работоспособности и трудоспособности, и на возможно раннее и эффективное их возвращение к профессиональной деятельности.

Реабилитация участников ЧС, опираясь на ряд принципиальных положений, разработанных в отечественной медицине (принципы партнерства, разносторонности усилий, единства психосоциальных и биологических методов воздействия, ступенчатости прилагаемых усилий и т.д.), характеризуется некоторыми специфическими моментами.

1. Контингент нуждающихся в реабилитации ветеранов ЧС включает несколько основных групп: психически здоровые лица; с пограничными нервно-психическими расстройствами; имеющие психотические формы; страдающие аддиктивными расстройствами; лица с соматической патологией.

2. Базисом психической дизадаптации пострадавших в ЧС являются возникшие в условиях ЧС личностные изменения, новые реактивные способности, эмоционально-поведенческие стереотипы.

3. Организация лечебно-реабилитационных мероприятий должна исходить из реальных возможностей ее осуществления (структуры системы государственной медико-психологической помощи пострадавшим, экономического положения здравоохранения, отношения к ветеранам и т.д.).

4. В настоящее время эффективными видами реабилитационных воздействий практически остаются консультативно-психологическая помощь и психотерапия. Медикаментозная терапия принципиальных отличий от лечения других контингентов пострадавших не имеет.

Консультативно-психологическая помощь рассчитана преимущественно на психически здоровых людей или лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами. Данная помощь включает: психологическое консультирование пострадавших в ЧС и членов их семей по проблемам личного характера; профессиональное психологическое консультирование; по вопросам обучения; психологическое консультирование при проблемах, возникающих в связи со злоупотреблением алкоголем и наркотиками (асоциальное поведение); помощь при острых психологических кризисах. На этом уровне осуществляется и психокоррекция (индивидуальная, семейная).

Психотерапевтическую помощь оказывают пострадавшим в ЧС с пограничными нервно-психическими расстройствами, психотическими формами, аддиктивными расстройствами, а также лицам с соматической патологией. В районе ЧС при наличии дизадаптивных реакций и неспецифических нозологических расстройств используют простые и доступные методы психокоррекции. На госпитальном этапе при наличии сформировавшейся нозологической формы психического расстройства проводят комплекс психотерапевтических методик, описанных ниже.

Общим принципом построения психотерапии при дизадаптации пострадавших в ЧС является дифференцированное сочетание при её проведении методов симптоматической, личностно-ориентированной и социоцентрированной психотерапии. Необходимо учитывать также последовательность проведения различных психотерапевтических методик в зависимости от этапа лечения. Выбор психотерапевтических методов в первую очередь определяется их направленностью и эффективностью, а также возможностями и профессионализмом врача. Кроме того, необходимо учитывать личностные особенности пострадавших в ЧС.

Наиболее оптимальной в лечении конкретного больного с определенной формой расстройства психического или психосоматического характера является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, опирающаяся на теоретические положения «патогенетической» психотерапии В.Н. Мясищева. Ее цели и задачи:

глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотиваций, специфики формирования, структуры и функционирования системы отношений;

выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих как возникновению, так и сохранению невротического состояния и симптоматики;

достижения у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболевания;

помощь больному в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении при необходимости его объективного положения и отношения к нему окружающих;

изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и, в свою очередь, ведет как к улучшению субъективного самочувствия, так и к восстановлению полноценности его социального функционирования.

Во-первых, этот выбор обуславливается тем, что до недавнего времени практически единственной и наиболее разработанной в нашей стране системой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии была «патогенетическая» психотерапия, которая наиболее знакома практикующим врачам.

Во-вторых, эта система более всего соответствует взглядам на этиологию и патогенез психических и психосоматических заболеваний и наиболее адекватна клиническому подходу в их лечении.

В-третьих, в ее рамках могут гармонично сочетаться различные формы индивидуальной и групповой психотерапии.

В-четвертых, несмотря на то, что основой личностно-ориентированной психотерапии являются методы патогенетической направленности, дополнительно возможно использование и других методов, преимущественно симптоматической направленности, так как в патогенезе всех болезней участвуют наряду с личностным фактором и другие уровни интеграции и функционирования организма.

В-пятых, основные положения «патогенетической» личностно-ориентированной психотерапии достаточно хорошо согласуются со многими положениями других направлений, таких, как психоанализ, гештальт-психотерапия, нейролингвистическое программирование и т.д. Отсюда логична возможность применения разнообразных психотехник из различных направлений, подчиненных основным целям и задачам патогенетической психотерапии.

Учитывая наличие высокого уровня тревожности, эмоциональной возбудимости и раздражительности, закономерно сопровождающихся соматовегетативными нарушениями, мышечной напряженностью и т.д., а также в большинстве случаев повышенную внушаемость, обусловленную астенизацией и имеющейся или имевшей место угрозой для жизни на фоне изначально низкой готовности к совместной активной психотерапевтической работе, мы предлагаем следующую структуру психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий:

на первом этапе оказания психотерапевтической помощи представляется наиболее адекватным применение методик психической саморегуляции (ПСР), телесно-ориентированной психотерапии и глотропного дыхания;

на втором этапе – личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, используемая в форме индивидуальной и групповой психотерапии;

на третьем этапе – социальная коррекция в форме социально-психологического тренинга. Применение методик ПСР позволяет: редуцировать страх, тревогу, психоэмоциональное напряжение; сформировать фоновое позитивное психоэмоциональное состояние; обучить приемам релаксации и мобилизации и подготовить пациента к последующей активной совместной психотерапевтической работе.

Учитывая достаточно выраженную изначально пассивность комбатантов и их достаточно высокую внушаемость, наиболее результативными являются методики саморегуляции. На первых этапах обучают гетеросуггестии, постепенно увеличивая роль обучаемого, его внутреннюю активность в процессе их освоения. Поэтому наряду с такими классическими методиками ПСР, как аутогенная тренировка, мышечная релаксация Джекобсона, мы применяем разработанные на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии (Малахов Ю.К.,

Саламатов В.Е., 1996) методику психической саморегуляции для реабилитации военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, «Мобилизация-1»; методику психической саморегуляции «Якорь-7»; ассоциативную методику саморегуляции. В комплексное симптоматическое лечение входит также разработанная нами методика «Морфей» для нормализации процесса засыпания и улучшения сна.

Преимущественно симптоматической направленностью отличается методика голотропного дыхания, адаптированная для применения у лиц с пограничными расстройствами. Ее тоже можно применять с самого начала психотерапевтической работы. Мы рекомендуем сочетать голотропное дыхание с методиками ПСР. В процессе применения методики голотропного дыхания достигаются активизация неспецифических адаптационных реакций, восстановление эмоционального равновесия, глубокая релаксация, а также происходит эмоциональное отреагирование «ущемленных» аффектов и психотравмирующих ситуаций, сопровождающиеся в ряде случаев их осознанием.

Третьим направлением первого этапа психотерапевтической помощи является методика телесно-ориентированной терапии, акцентированная на актуализацию чувственного осознания (по Ш. Селвер и Ч. Бруксу) с одновременным обращением к проблемам раннего периода жизни и развития. С ее помощью формируются положительные эмоции витально-телесного уровня; снимаются «мышечные блоки», психоэмоциональная напряженность; создаются базальное чувство безопасности, доверительное отношение к окружающим. Проведение этой психотерапевтической методики требует специальной подготовки врача, так как в основе метода лежит преимущественно невербальное воздействие на пациента, что крайне затрудняет описание этой методики и требует наглядного обучения.

Психотерапевтическое лечение на первом этапе формирует более положительное отношение к предстоящей личностно-ориентированной психотерапевтической работе. Возникают начальные процессы групповой динамики, особенно заметные в группах телесно-ориентированной психотерапии, устанавливаются доверительные отношения пациентов к врачу, уверенность в компетентности последнего, формируются устойчивая положительная установка на проводимое и предстоящее лечение, чувство ответственности за происходящее, активный настрой на предстоящую работу.

Врач индивидуально работает с пациентом обязательно на всех этапах психотерапии, что обеспечивает успешность всех психотерапевтических манипуляций. Кроме соответствующих личностных качеств и профессионального опыта в лечении подобных расстройств врачу-психотерапевту необходимо практическое умение устанавли-

вать продуктивный контакт с пациентом на эмоциональном и когнитивном уровнях с использованием вербальных и невербальных приемов коммуникации. Чтобы хорошо владеть такими навыками, весьма полезно использовать приемы нейролингвистического программирования, известные под названиями «подстройки», «синхронизации» и «ведения» и подробно изложенные в соответствующих руководствах.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия используется индивидуально и в группе. Ее цель – изучение личности пациента, осознание и изменение нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного психологического и социального функционирования. При этом фиксируются три плоскости изменений: когнитивная, эмоциональная и поведенческая.

Основной формой личностно-ориентированной психотерапии является рациональная, направленная на формирование устойчивой установки на успешность предстоящего лечения; коррекцию представлений о болезни, формирование реальной картины расстройства, ее прогнозе и положении индивидуума в социальной микро- и макросреде, а также возникающих в связи с этим переживаний; формирование и коррекция мотиваций к здоровью, дальнейшей реабилитации, трудовой деятельности, социальной активности.

Стержнем рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера, причин возникновения, прогноза заболевания, что позволяет сформировать наиболее адекватное отношение к своему состоянию.

В рамках рациональной психотерапии врач может использовать теоретические положения самых различных направлений, но в основе работы должны лежать следующие правила: высокая компетентность врача в данном направлении, обеспечение этим направлением необходимого «психотерапевтического простора», расширяющего возможность творческого подхода, «широты маневра» для врача в последующих психотерапевтических манипуляциях, уместность применения в данном случае, понятная для больного форма изложения.

В качестве примера можно привести трансактный анализ Э. Берна, позволяющий наглядно интерпретировать взаимодействие пациента с окружающими и возникающие конфликты через определенные «я-состояния» (Ребенок, Взрослый, Родитель). Анализ психологических игр и сценариев позволяет пациенту глубже понять истинные мотивы и цели собственного поведения, происхождение деструктивного поведения и т.д.

На основе проведенной психотерапевтической работы, а также психологического тестирования выделяется «мишень» психотерапевтического воздействия и определяются соответствующие психотехники.

Достаточно эффективными являются различные методики нейролингвистического направления. Самыми результативными и употребляемыми у данного контингента больных являются техники «якорения», «тройной диссоциации», «взмаха», модификация «шестишагового рефрейминга» и некоторые другие. С помощью этих психотехник достигаются: коррекция отношения к психотравмирующей ситуации; создание новых конструктивных личностных установок и целей, более адекватного и позитивного «Я-образа»; переоценка жизненных ориентиров; выработка новых «программ», паттернов эмоционального и поведенческого реагирования.

В результате второго этапа достигается более полное понимание пациентом причин своего расстройства и механизма его развития; формулируется цель психотерапии, желаемые изменения в психическом состоянии (которые хочет достичь пациент в результате лечения); изменение нарушенных отношений, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, выработка новых стереотипов и форм эмоционального и поведенческого реагирования.

После начальных этапов психотерапии необходимо подключение групповых форм. Их психотерапевтическими целями являются:

1) эмоциональная стимуляция, социальная активация и налаживание коммуникаций;

2) выработка адекватных стереотипов поведения, тренировка общения и повышение социальной уверенности;

3) достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения;

4) раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, перестройка системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации.

Переходя к третьему этапу, подчеркнем, что не всегда есть возможность четко разграничить методы лично-ориентированной и социоцентрированной психотерапии (социально-психологический тренинг, семейная психотерапия).

Опыт показывает, что в генезе и проявлениях психических расстройств у пострадавших в ЧС важное место занимают нарушения в плане межличностных отношений, в свою очередь порождающие невротические паттерны поведения (усиливающие невротическую симптоматику), и таким путем формирующие образование порочного круга. Проблему коррекции межличностных отношений на уровне микро- и макроокружения зачастую возможно

решить только в психотерапевтических группах. Групповая психотерапия комбатантов позволяет:

уяснить особенности своих межличностных отношений и поведения, возможность их оценки в различных ситуациях, корректировать самооценку на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия;

снять ореол исключительности психологических проблем, испытываемых комбатантом; получить эмоциональную поддержку от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели;

апробировать и освоить новые навыки поведения, иметь возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений; разрешить имеющиеся межличностные конфликты.

Предложенные психотерапевтические методики доказали эффективность у данной категории пострадавших. В подавляющем большинстве случаев они обеспечивают высокую эффективность и быстроту достижения полезного результата, что немаловажно при ограниченном времени терапевтического воздействия. Методики относительно просты в освоении и применимы у различных контингентов «пограничных» больных, так как имеют широкий психотерапевтический спектр.

## 2. Этапы реабилитации пострадавших в ЧС

Реабилитация является процессом, состоящим из нескольких этапов, последовательность которых в каждом конкретном случае может быть различной, но во всех случаях требуется соблюдение максимальной преемственности мероприятий в соответствии с общей программой реабилитации.

Принято различать следующие этапы:

1. Госпитальный, где оказывают специализированную психиатрическую помощь больным, часто поступающим в остром периоде заболевания и где помимо соответствующих лечебных мероприятий формируют программу реабилитации в целом.

2. Амбулаторно-поликлинический, который может занимать очень значительный промежуток времени, даже после восстановления трудоспособности реконвалесцента. Наряду с лечебными мероприятиями проводят необходимые контрольные обследования.

3. Санаторный – этап восстановительного лечения широкого спектра в условиях санаторно-курортного учреждения.

Основной задачей госпитального этапа является формирование адекватной психологической реакции на заболевание и веры в выздоровление. Важное место в системе реабилитации занимают психологические методы. Их значение возрастает, когда в процесс реабилита-

ции активно включаются сам больной, его родственники, друзья. Положительный результат реабилитации будет достигнут лишь в том случае, если все, ее участники, а не только врачи-специалисты, сознательно относятся к проводимым мероприятиям.

Санаторный этап продолжает госпитальный или амбулаторно-поликлинический этап. Если санаторий является специализированным и имеет отделение реабилитации, то больного переводят в него из лечебного отделения. Задачи санаторного этапа:

повышение работоспособности больных целенаправленным, настойчивым выполнением программы физической реабилитации и полным использованием природных физических факторов;

проведение мероприятий по устранению или уменьшению психопатологических синдромов для достижения психической реадaptации; подготовка больных к профессиональной деятельности;

предупреждение медикаментозной терапией и проведением вторичной профилактики прогрессирования заболевания, его обострений и осложнений.

Амбулаторно-поликлинический этап начинается после выписки больного из отделения реабилитации госпиталя, из санатория или после завершения отпуска по болезни.

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации проводят врачи медицинских пунктов (поликлиник) под руководством, наблюдением и при непосредственном участии невропатологов (психоневрологов) лечебных учреждений.

Амбулаторно-поликлинический этап условно разделяют на периоды: переходный – между окончанием санаторного этапа или отпуска по болезни и началом профессиональной деятельности; врабатывания – после выхода на службу (до 4 недель); частичного ограничения (5-7 месяцев); полной работоспособности.

Продолжительность амбулаторно-поликлинического этапа равна длительности всей последующей работы реабилитанта и зависит от времени после получения травмы или состояния здоровья.

Задачи амбулаторно-поликлинической реабилитации больных, перенесших острые заболевания:

диспансерное динамическое наблюдение; мероприятия по вторичной профилактике заболеваний;

комплекс мероприятий, направленных на повышение общей и иммунологической реактивности организма;

поддержание трудоспособности на достигнутом уровне;

оценка состояния трудоспособности по окончании периода временной нетрудоспособности и во время динамического наблюдения;

рациональное трудоустройство;

предупреждение прогрессирования заболевания.

Успешное решение этих задач возможно лишь при комплексном выполнении программ медицинской и психологической реабилитации, систематическом контроле за функциональным состоянием систем организма, проведении эффективных мероприятий по борьбе с факторами риска (курение, ожирение, гиподинамия, системная артериальная гипертензия, нарушения углеводного и липидного обменов и др.).

Завершающим этапом работы должно быть формирование у комбатантов психической адаптации, предупреждения перехода дизадаптационных расстройств в выраженные патологические формы.

Психическая адаптация рассматривается как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды (Березин Ф.Б., 1988). Выделяют три основных аспекта психической адаптации: собственно психический (поддержание психического гомеостаза, сохранение психического здоровья), социально-психологический (организация адекватного микросоциального воздействия, достижение значимых целей) и психофизиологический (оптимальное формирование психофизиологических соотношений и сохранение соматического здоровья). Тесная взаимосвязь отдельных аспектов психической адаптации проявляется в том, что различные типы ее нарушений, затрагивая преимущественно один из аспектов, неизбежно оказывает влияние и на другие. Применительно к проблеме психического здоровья ветеранов войн эти теоретические положения находят подтверждение в практической деятельности, когда психическое состояние пострадавших в ЧС оценивается с позиций взаимодействия средовых (социальных и микросоциальных), личностных (наличие или отсутствие личностно-характерологических изменений после участия в боевых действиях) и сомато-неврологических (последствия ранений, контузий, инфекций) факторов.

После возвращения из зоны ЧС многие пострадавшие в ЧС, обнаруживающие признаки травматического стресса, переживают новые стрессы уже «мирного» происхождения, связанные с непониманием и осуждением окружающих, сложностями профессионального самоопределения, экономическими трудностями, переосмыслением своего места в жизни и т.д. Первичный боевой травматический стресс суммируется со вторичным стрессом. Такой комплексный экстремальный стресс, приобретая устойчивость, может стать внутренней психологической основой собственно психической и социально-психо-

логической дезадаптации человека. Если затруднения психической адаптации не компенсируются, они выражаются в снижении адекватности функционирования психической сферы, ухудшении межличностного взаимодействия и в различной степени физиологических сдвигах. Все эти проявления могут находиться как на доклиническом, так и на клиническом уровнях.

На сегодняшний день одной из актуальнейших проблем психиатрии является создание и функционирование системы лечебно-реабилитационных мероприятий для пострадавших в ЧС. Их основная цель – сохранение психического здоровья и продление профессионального долголетия пострадавших в ЧС должным проведением медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

### **Глава 13. Центр экстренной психологической помощи МЧС России**

Чрезвычайной ситуацией считается внезапно возникшее событие, в результате которого два или больше человека погибли, либо три или больше человека пострадали/заболели и находятся в тяжелом состоянии. Обо всех подобных событиях информация от сотрудников МЧС, органов внутренних дел, военных, учреждений здравоохранения и других организаций поступает в Центр Медицины Катастроф. Различают чрезвычайные ситуации локального (1-10 пострадавших), территориального (10-50 пострадавших), регионального (50-500 пострадавших), федерального (более 500 пострадавших) и международного уровня.

Служба Медицины Катастроф находится в подчинении Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации. По характеру работы имеет мало общего с другими учреждениями здравоохранения, обычно работает в тесном взаимодействии с аварийно-спасательными формированиями МЧС.

Задачи службы Медицины Катастроф: медицинская разведка в зоне ЧС, сортировка пострадавших, организация эвакуации и эвакуация пострадавших из зоны ЧС, организация оказания помощи и непосредственно оказание помощи пострадавшим, привлечение дополнительных медицинских сил для помощи пострадавшим в случае необходимости, организация госпитализации пострадавших, руководство действиями медицинских, аварийно-спасательных и всех других формирований и учреждений, администрации населенных пунктов в зоне ЧС, по всем вопросам, связанным с пострадавшими.

Структура Службы Медицины Катастроф (СМК) в России:

1. Центральный аэромобильный спасательный отряд «Центроспас» МЧС РФ – единственное формирование МЧС, в состав которого официально входят врачи, имеются медицинское оборудование и медикаменты.

В составе других подразделений МЧС медиков нет. На должность спасателя охотно принимаются люди с медицинским образованием, но они не имеют медицинского оборудования, медикаментов и лицензии на оказание медицинской помощи. «Центроспас» не относится непосредственно к Службе Медицины Катастроф, но принимает активное участие в оказании медицинской помощи пострадавшим при ЧС.

2. Головное учреждение СМК – Всероссийский Центр Медицины Катастроф (ВЦМК) «Защита» МЗ РФ. Занимается научной, учебной и организационной работой в области Медицины Катастроф, участвует и руководит при оказании помощи пострадавшим в ЧС федерального и международного уровня. Имеет аэромобильный госпиталь. В повседневной деятельности занимается вопросами, связанными с санитарной авиацией – оказанием помощи и транспортировкой больных и пострадавших по воздуху по территории РФ и за рубежом.

3. Территориальный Центр Медицины Катастроф (ТЦМК) – учреждение областного подчинения. Занимается ликвидацией медицинских последствий ЧС локального, территориального и регионального уровня на территории соответствующей области. Региональный Центр Медицины Катастроф (РЦМК) – учреждение, аналогичное ТЦМК, но в том субъекте Российской Федерации, где нет деления на области. В Москве – свой отдельный центр Медицины Катастроф – Научно-практический Центр Экстренной Медицинской Помощи (ЦЭМП).

Станции Скорой и Неотложной Медицинской Помощи – в Службу Медицины Катастроф не входят. Рассматриваются как резервные формирования СМК.

Федеральное Медико-Биологическое Агентство (ФМБА) – правопреемник 3-го Главного управления Минздрава СССР. Занимается медицинским обеспечением предприятий атомной промышленности, военно-промышленного комплекса и т.д., а также «закрытых» населенных пунктов при таких предприятиях. Также занимается ликвидацией медицинских последствий ЧС на этих предприятиях и в населенных пунктах.

Структура Территориального Центра Медицины Катастроф на примере ГУЗ ТЦМК Московской области:

В состав ТЦМК входят:

1. Оперативно-диспетчерский отдел: сбор информации, взаимодействие, руководство формированиями.

2. Клинический отдел: бригады экстренной медицинской помощи (БЭМП) – постоянные формирования ТЦМК. В составе – врач анестезиолог-реаниматолог, с общим стажем выездной работы на Скорой Помощи не менее 10 лет и с опытом работы в стационаре, два фельдшера с аналогичным стажем на Скорой Помощи, водитель. БЭМП расположены в различных точках на территории подконтрольной ТЦМК. Как правило, рядом

с крупными федеральными автомобильными трассами. В зону ответственности БЭМП входит сектор вдоль федеральной трассы от МКАДа до границы области, включая все дороги, города, поселки, предприятия, аэродромы, железные дороги и т. д. Резервные формирования – бригада экстренного реагирования (БЭР) – сотрудники учреждений здравоохранения в населенных пунктах, привлекаемые в случае ЧС.

3. Мобильный пневмокаркасный госпиталь - надувные модули с оборудованием.

4. Отдел санитарной авиации – вертолеты (из-за финансовых проблем пока в стадии организации).

5. Научный отдел.

6. Психологическая лаборатория – психологи и психиатры – помощь пострадавшим при ЧС и периодическое тестирование и контроль сотрудников ТЦМК.

7. Вспомогательные службы – отдел кадров, бухгалтерия, аптека, склад, автохозяйство и т. д.

Центр может работать в трех режимах:

1. Режим повседневной деятельности – поводы к вызову БЭМП – любые ЧС (больше 3-х пострадавших или 2-х погибших) – ДТП, пожар, техногенная или природная катастрофа, обрушение зданий, угроза взрыва, теракты, захват заложников, массовые беспорядки и драки, ножевые и огнестрельные ранения, минно-взрывная травма, поездная травма, авиакатастрофа, падение с высоты, массовые отравления, случаи выявления особо опасных инфекций, любые другие чрезвычайные ситуации. БЭМП может выехать на ситуацию с одним-двумя крайне тяжелыми пострадавшими по распоряжению старшего врача оперативно-диспетчерского отдела. 90% вызовов - крупные ДТП на федеральных трассах, за пределами населенных пунктов. Задача БЭМП – прибыть на место, провести медицинскую разведку и сортировку, запросить дополнительные силы (Скорая Помощь и спасатели из ближайших населенных пунктов), руководить оказанием помощи пострадавшим на месте ЧС. Запас медикаментов и расходных материалов БЭМП рассчитан на 25 пострадавших. Есть возможность самостоятельной госпитализации пострадавших. Оснащение БЭМП соответствует уровню отделения анестезиологии и реанимации в стационаре. Информация о ЧС поступает от местных станций Скорой Помощи, пожарных, спасателей, милиции и ГИБДД в оперативно-диспетчерский отдел и непосредственно врачу БЭМП. Также БЭМП привлекается к медицинской эвакуации – транспортировка крайне тяжелых реанимационных больных из стационара в стационар. Привлекается к медицинскому обеспечению массовых мероприятий (дежурства).

2. Режим угрозы возникновения ЧС – развертывание мобильного госпиталя, мобилизация БЭР, мобилизация коечного фонда в стационарах, оперативное взаимодействие с другими службами.

3. Режим ЧС – работа в условиях ЧС регионального или федерального уровня.

Служба Медицины Катастроф не имеет собственной выделенной цветографической схемы окраски транспортных средств. Санитарная авиация использует цветографическую схему авиации МЧС. Как правило, летно-технический персонал – сотрудники МЧС, медицинский персонал – сотрудники Центра Медицины Катастроф. Санитарные автомобили используют цветографическую схему, установленную ГОСТом для автомобилей Скорой Помощи: белый или желтый цвет кузова, красная полоса с красным крестом по борту, надписи «03» спереди и сзади автомобиля. Без выполнения этих условий автомобиль не может пройти техосмотр, получить разрешение на установку спецсигналов и средств оперативной радиосвязи. Дополнительно могут наноситься надписи «Медицина Катастроф», «ЦЭМП», эмблема СМК – золотой колокол на фоне красного креста и флага Российской Федерации, эмблемы «Звезда жизни» («Star of Life») – синяя шестилучевая «снежинка» на белом фоне и другие опознавательные знаки. Форма одежды – синяя или темно-синяя с желтыми вставками и световозвращающими полосами. Расположение надписей и нашивок может быть различным в разных Центрах Медицины Катастроф.

Государственное учреждение «Центр экстренной психологической помощи МЧС России»

В настоящее время психологическая служба МЧС России объединяет специалистов и структурные подразделения в региональных центрах МЧС России, главных управлениях МЧС России субъектов Российской Федерации, учебных заведениях и научно-исследовательских учреждениях МЧС России, а также специалистов в организациях, учреждениях, воинских частях, спасательных отрядах, пожарных частях.

Организационно-методическое руководство психологической службой возложено на Государственное учреждение «Центр экстренной психологической помощи МЧС России».

Государственное учреждение «Центр экстренной психологической помощи МЧС России» было создано 17 сентября 1999 года как филиал «Всероссийского центра экстренной радиационной медицины МЧС России» (г. Санкт-Петербург). 1 января 2004 года на основании приказа МЧС России от 25.04.2003 г. № 218 «О создании психологической службы МЧС России» Центр получил в Министерстве самостоятельный статус.

С 2002 года Центр экстренной психологической помощи МЧС России возглавляет кандидат психологических наук Ю. Шойгу.

Основными задачами Центра являются:

1. Психодиагностическое обеспечение в системе МЧС России – это комплекс мероприятий, направленных на изучение интеллектуально – мнестических, эмоционально-личностных и мотивационно – волевых особенностей профессиональных контингентов МЧС России, выявление степени их пригодности к выполнению профессиональных обязанностей или обучению по конкретной специальности, а так же динамическое наблюдение за их психологическим состоянием в период прохождения службы (работы, учебы) с целью выявления наличия и степени выраженности психологических последствий, связанных с профессиональной деятельностью.

Мероприятия по психодиагностическому обеспечению включают в себя: профессиональный психологический отбор; психодиагностический мониторинг; постэкспедиционное обследование профессиональных контингентов, участвующих в ликвидации последствий ЧС; участие в работе аттестационных комиссий; социально-психологические исследования; научно-исследовательскую работу в области психодиагностики; научно-методическое обеспечение психодиагностических мероприятий.

2. Психологическая подготовка и консультирование – направлена на обучение и формирование профессионально важных качеств, психологических знаний, умений и навыков личного состава МЧС России, сохранение их профессионального здоровья и долголетия, профилактику последствий, связанных с выполнением служебных обязанностей.

Психологическая подготовка включает проведение лекционных, тренинговых занятий для личного состава МЧС России и гражданского населения, проведение учебно-методических семинаров, курсов повышения квалификации по психологической тематике; разработку программ психологической подготовки, в том числе с использованием современных интерактивных методик и инновационных методов обучения.

В рамках консультационной работы проводится психологическое консультирование сотрудников МЧС и членов их семей; психологическое консультирование населения; проведение психокоррекционных и психотерапевтических групповых занятий с сотрудниками МЧС в целях оптимизации их психического состояния; оказание психологической помощи сотрудникам МЧС, принимавшим участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

3. Реабилитационная работа – главная задача реабилитационных мероприятий заключается в восстановлении, поддержании, сохранении профессионального здоровья и предупреждение последствий профессионального стресса у сотрудников системы МЧС России. Это обеспечивается:

- проведением комплексных мероприятий, направленных на коррекцию и компенсацию нарушений психических функций, состояний и личного статуса специалистов системы МЧС, привлекаемых к выполнению аварийно-спасательных работ в зонах ЧС;

- осуществлением психотерапевтической и психологической помощи членам семей сотрудников системы МЧС;

- научно-методическим обеспечением психологической службы МЧС в области медико-психологической реабилитологии.

В комплексной реабилитации применяются следующие методы:

- медицинское и психотерапевтическое консультирование;

- индивидуальная психотерапия (когнитивная, гипносуггестивная, гешальт-терапия, системная, семейная, позитивная, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, психотерапия рисунком, музыкой, кинезиотерапия и т.д.);

- групповые тренинги (эмоционального реагирования, саморегуляции напряжения и покоя, снятия агрессии, командообразования, повышения сплоченности коллектива, разрешения конфликтов, общения, уверенного поведения, личностного роста и т.д.);

- методы аутотренинга и психической саморегуляции (упражнения мышечной релаксации; эмоционального расслабления и др.);

- аппаратные методы психофизиологической и биофизической резонансной коррекции организма, используемые для профилактики функциональных расстройств, повышения резервных возможностей и восстановления функционального состояния различных органов и систем организма;

- физикальные методы реабилитации – различные виды массажа лечебный, релаксационный, тонизирующий, а также японский массаж шиатсу.

Профессиональный потенциал отдела представлен профессионально подготовленными сертифицированными специалистами - врачами- психиатрами, психотерапевтами и массажистом. Осуществляется активное взаимодействие и сотрудничество с научно-исследовательскими институтами г.Москвы и г. С-Петербурга.

Оказание экстренной психологической помощи пострадавшим в зонах чрезвычайных ситуаций является одним из приоритетных направлений деятельности Центра. С момента создания, психологи Центра участвовали в сопровождении аварийно-спасательных работ при ликвидации последствий крупных чрезвычайных ситуаций, оказывая экстренную психологическую помощь пострадавшим и их родственникам.

- 2000 г. - землетрясение на о. Сахалин; гибель атомного подводного крейсера «Курск»;

- 2001 г. - наводнение в г. Ленске (Якутия);

- 2002 г. - сход селевых потоков и ледника «Колка» в Кармодонском ущелье Республики Северная Осетия – Алания; террористический акт в ДК 1-го ГПЗ «Шарикоподшипник» в г. Москве;

- 2003 г. - авиакатастрофа вертолета Ми-8 в Камчатской области; землетрясение и в Алтайском крае;

- 2004 г. - взрывы в метро на станциях "Павелецкая" и «Рижская»; авиакатастрофа самолета Ту-134 в Тульской области; обрушение купола "Трансваальпарка" в г. Москве; террористический акт в школе № 1 г. Беслан Республики Северная Осетия – Алания;

- 2005 г. – взрыв поезда «Грозный – Москва»;

- 2006 г. – обрушение кровли купола Басманного рынка в г. Москве; авиакатастрофа самолета А-320 в районе г. Сочи; авиакатастрофа самолета А 310 Москва-Иркутск; эвакуация граждан РФ и государств-участников СНГ из Палестины; взрыв на Черкизовском рынке, г. Москва; авиакатастрофа самолета ТУ – 154 Анапа – Санкт-Петербург в Донецкой обл.; авария на шахте «Центральная» пос. Вершино-Дарасунский Читинской обл.; пожар в наркологической клинике № 17, г. Москва;

- 2007 г. – авария на шахте «Ульяновская» в Кемеровской области; эвакуация граждан РФ и государств-участников СНГ из Палестины; землетрясение в г. Невельске (о. Сахалин); пожар в Московском институте государственного и корпоративного управления (МИГКУ); пожар в Государственном стационарном учреждении социального обслуживания «Чернский дом-интернат для престарелых и инвалидов» (Тульская область).

- 2008 г. – взрыв в жилом доме (г. Москва); землетрясение в провинции Сычуань (Китай); взрыв в жилом доме (г. Сочи); Грузино-Югоосетинский конфликт; авиакатастрофа самолета Боинг-737 Москва-Пермь в г. Пермь, авария автобуса с туристами в Израиле (Тель-Авив – Эйлат); авария автобуса с туристами в Египте (Дахаб – Шарм эль-Шейх).

- 2009 г. – эвакуация граждан РФ и государств – участников СНГ из Палестины; авария автобуса с туристами во Вьетнаме; авария автобуса с туристами во Владимирской области.

Наряду с работой в зонах чрезвычайных ситуаций федерального уровня, сотрудники Центра, в рамках соглашения о сотрудничестве с ГУ по г. Москве, осуществляют совместные со спасателями выезды по Москве на крупные ДТП, пожары, попытки суицида.

С января 2006 года в Центре в круглосуточном режиме работает отделение «Горячая линия», сотрудники которого обеспечивают круглосуточное оперативное дежурство, оказывают экстренную психологическую помощь по телефону различным категориям и группам населения, проводят информационно-разъяснительную работу во время ЧС. В течение года сотрудники отделения оказывают психологическую помощь более 6 тыс. обратившихся.

В целях дальнейшего развития системы оказания психологической помощи и повышения её доступности, в 2008 году начата реализация проекта Интернет – службы экстренной психологической помощи населению на базе портала МЧС России. Психологическая Интернет-служба – это система, реализующая право человека на получение квалифицированной по-

мощи в любом месте и в любое время, обеспечивающая рядовому пользователю доступ к современным психологическим ресурсам.

Осуществление этого проекта позволяет:

- реализовать новые технологии оказания экстренной психологической помощи;

- пропагандировать культуру безопасности, содействовать развитию психологического просвещения и формированию психологической культуры населения, в особенности молодежи и несовершеннолетних, являющихся наиболее активными Интернет-пользователями;

- способствовать решению сложных проблем, связанных с ограниченными возможностями получения квалифицированной помощи в труднодоступных населенных пунктах или в ситуации ЧС;

- создать базы данных, позволяющих провести научные исследования на принципиально ином уровне.

В режиме интерактивного консультирования on-line и off-line психологическая помощь может быть незамедлительно оказана людям, находящимся в кризисной ситуации.

Сотрудники Центра принимают участие в международных учениях по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям, а также в международных, всероссийских и межведомственных научно-практических конференциях, учебно-методических сборах, симпозиумах и семинарах.

В 2008 году специалисты Центра выезжали для оказания экстренной психологической помощи пострадавшим при землетрясении в провинции Сычуань (Китай), пострадавшим в Грузино-Югоосетинском конфликте; пострадавшим при аварии автобуса с российскими туристами в Израиле (Тель-Авив – Эйлат) и аварии автобуса с туристами в Египте (Дахаб – Шарм эль-Шейх).

В 2009 г. психологи Центра участвовали в эвакуации граждан РФ и государств – участников СНГ из Палестины; вылетали во Вьетнам для оказания помощи пострадавшим в автобусной аварии и их родственникам.

Методическое сотрудничество по обмену и передаче опыта в процессе встреч, учебных семинаров обменом методической литературы осуществляется с коллегами из стран СНГ Казахстана, Украины, Белоруссии, Абхазии, Азербайджана.

Перспективами развития международного сотрудничества являются организация и проведение учебно-методических семинаров для специалистов из Китайской Народной Республики, из стран-участниц Международной Организации Гражданской Обороны.

Телефоны «Горячей линии» ГУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС России»:

в г. Москве: (495) 626-37-07 (работает круглосуточно);

в г. Санкт-Петербурге: (812) 718-25-16.

Проводится плановая работа по сбору, анализу и обобщению сведений о результатах профессиональной деятельности специалистов психологической службы МЧС России. В 2006 и 2007 гг. прошли «Сборы руководящего состава психологической службы МЧС России», на которых были приняты решения по развитию основных направлений деятельности службы, по ее материально-техническому и методическому оснащению.

В Центре ведется научно-исследовательская работа, ряд специалистов имеет ученую степень кандидата психологических наук. Центр сотрудничает с учебными и научными учреждениями МЧС России, с другими ведомствами по профильным вопросам своей деятельности. На базе Центра постоянно проводятся курсы повышения квалификации сотрудников психологической службы МЧС России по программе «Психологическое обеспечение ЧС». В рамках соглашения о сотрудничестве с факультетом психологии МГУ им. М.В. Ломоносова и общественной организацией «Студенческий корпус спасателей» сотрудники Центра проводят обучение студентов по программе «Оказание экстренной психологической помощи в зоне ЧС».

Разрабатывается и выпускается методическая литература: практические пособия и руководства по диагностике и психологической подготовке.

В 2007 г. проект коллектива ГУ ЦЭПП МЧС России «Технология оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях» победил в Национальном профессиональном психологическом конкурсе «Золотая психея» в номинации «Проект года в психологической практике».

В 2008 г. в издательстве «Смысл» вышло учебное пособие «Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных», подготовленное авторским коллективом сотрудников Центра.

Перспективными направлениями развития психологической службы МЧС России являются:

- разработка и реализация концепции психологического сопровождения специалистов МЧС России, основанной на принципах целостности, преемственности и охвата всех этапов профессионального становления, развития и функционирования специалиста, что необходимо для сохранения профессионального здоровья и долголетия различных профессиональных контингентов МЧС России;

- развитие и совершенствование системы оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера с целью минимизации их последствий.

В настоящее время принята «Концепция развития психологической службы МЧС России на 2009-2011 гг.», определяющая деятельность и пути развития службы на ближайший период.

## **Глава 14. Профессионально-психологический отбор**

## 1. Модульный подход к психологической классификации профессий

Основой профессионального психологического отбора (ППО) является дифференциальная психофизиология, т.е. ППО – система мероприятий, направленных на выявление лиц, которые по своим психофизиологическим свойствам, возможностям и способностям в наибольшей мере соответствуют требованиям конкретной специальности.

Существующая система профотбора позволит рационально использовать специалистов, сократить срок допуска к соответствующим видам деятельности, уменьшить расходы на обучение, сократить аварийность, сохранить здоровье.

Однако существуют и ограничения возможностей ППО:

1. ППО не является универсальным средством, заменяющим систематическое комплексное воспитание, обучение воинов. А является составной частью этой системы. ППО носит рекомендательный характер. Результаты ППО и ПП пригодности должны решаться комплексно наряду с данными о здоровье, уровне развития, знаний, навыков, умений, социально-демографическими сведениями, в тесной связи с морально-психологическими качествами. В ряде случаев именно эти данные, а не результаты ППО являются решающими при вынесении решения о ПП пригодности.

2. Не для всех специальностей.

Весь отбираемый контингент делится на 4 группы:

1 группа – кандидаты на успешное овладение специальностью в установленные сроки, полное соответствие психофизиологических свойств и возможностей с требованиями, предъявляемыми к ним соответствующей специальностью.

2 группа – могут допускать в процессе работы незначительные ошибки в силу пониженного резерва возможностей организма.

3 группа – требует увеличения сроков подготовки и специальные тренировки повышенного объема, допускают больше ошибок и допускаются к работе на технике при остром дефиците людских ресурсов, под контролем.

4 группа – не могут овладеть специальностью, обучение их малопродуктивно.

Виды ППО:

1. Медицинский отбор (МО) – специальное заключение об успешности овладения специальностью и работе без ущерба для здоровья, осуществляется ВВК. Не прошедшие МО к другим видам не допускаются.

2. Социально-психологический отбор (СПО) – предназначен для выявления тех социально обусловленных психологических свойств, в т.ч. морально-политических и нравственных качеств, которые необходимы для

успешной работы в коллективе, отражают его готовность и стремление выполнять поставленные задачи в любых условиях.

3. Образовательный отбор – осуществляется для выявления знаний и навыков, необходимых для дальнейшего обучения по избранной специальности, что позволяет обеспечить необходимый начальный уровень подготовки специалистов (аттестаты, методики общего развития).

4. Психофизиологический отбор (ПО) – для выявления у кандидатов тех профессионально психофизиологических качеств и способностей, которые необходимы для овладения профессиональными знаниями, навыками и умениями конкретной специальности.

В истории психологии труда неоднократно предлагались различные принципы психологической классификации профессий. Однако традиционная форма классификации не может достаточно полно учесть некоторые особенности разных профессий.

Одна из особенностей заключается во внутренней структурной разнородности профессий. Последние довольно часто включают в себя психологически различные компоненты, из которых иногда вытекают различные противоположные требования к работнику, что затрудняет и профессиональное определение критериев профпригодности и соответственно психологическую классификацию данных профессий.

Другая особенность связана с динамическим характером профессий.

Некоторые профессии исчезают, другие появляются, третьи, что более важно, изменяют облик в зависимости от форм организации труда. Это также вносит долю неопределённости, затрудняющую классификацию профессий.

Но самое главное – в настоящее время наступает такой этап развития профориентации, который характеризуется, с одной стороны, вовлечением в профориентационный процесс большинства молодых людей, стоящих перед выбором профессии, а с другой стороны, необходимостью повышения обоснованности рекомендаций по выбору максимально широкого круга профессий.

В условиях дефицита квалифицированных кадров задачу разработки в максимально сжатые сроки критериев профуспешности для большого количества профессий и методики их применения в практике профконсультации можно решить только с помощью автоматизации профконсультационного процесса и использования новых подходов, обещающих повышение производительности труда в научных исследованиях в этой области.

Одним из таких подходов может стать модульный принцип психологической классификации профессий. При психологической классификации профессиональной деятельности есть смысл перейти на такой уровень классифицируемых объектов, который является более частым и элементарным, чем профессия и даже специальность. Таким уровнем может быть

типовой элемент деятельности с учётом различных факторов режима производственной среды. Каждую специальность и профессию можно представить как составленную из отдельных типовых элементов деятельности по модульному принципу. Такой модуль – типовой элемент деятельности, режима, производственных условий – является более однородным по психологическому содержанию и более стабильным, чем профессия и специальность, что облегчает экспериментальное изучение критериев профпригодности и делает их более точными.

Данный модуль выявляется по критерию общности психологических требований к человеку, поэтому его можно назвать психологическим модулем профессии, который определяется как типовой элемент профессиональной деятельности, присущий ряду профессий и выделенный на основании общности психологических требований к человеку. Таким образом, структурно психологический модуль является образованием (точнее соединением), состоящим из двух частей – объективной характеристики типового элемента деятельности и психологической характеристики требований, предъявляемых к человеку, соответствующих этому элементу.

Исходя из вышесказанного, можно сформулировать в самом общем виде гипотезу, которая заключается в том, что применение модульного принципа для психологической классификации профессий позволит быстрее и эффективнее решать задачу разработки системы профориентации, в частности профподбора, на широкий круг профессий.

Модульный принцип фактически является разновидностью или, скорее, реализацией многомерной классификации, но модули представляют собой ячейки многомерной классификации, соответствующие только таким комбинациям признаков, которые отражают наиболее существенные и часто встречающиеся психологические характеристики реально существующих профессий. Модуль по самому характеру своего образования с самого начала обладает психологической характеристикой. Из полного набора психологических модулей можно, как из кубиков, собрать психологическую характеристику любой из нескольких тысяч профессий.

Модульный подход основывается на том теоретическом положении советской психологии, которое рассматривает обобщённость как одно из основных и «сквозных» свойств психики. Обобщённость как фундаментальное свойство психических процессов и свойств личности даёт нам основания для выделения общих типовых элементов деятельности в разных профессиях.

Психологические модули могут включать в себя не только узко функциональные, но и личностные характеристики, которые содержатся в описаниях отдельных профессий.

На первом шаге алгоритма происходит расклассифицирование по психологическим требованиям и обобщение объективных характеристик

профессий, т.е. рождается первая половина модуля, состоящая из объективных («производственных») характеристик элементов профессиональной деятельности.

Следующий шаг алгоритма – анализ получившегося нового списка, с левой стороны которого – психологические требования, с правой – соответствующие ему объективные характеристики профессиональной деятельности.

Далее необходимо убедиться в полноте психологической характеристики каждого полученного обобщённого типового элемента деятельности путём суммирования психологических требований по разным профессиям. В итоге каждому типовому элементу деятельности соответствует набор психологических требований (он может состоять и из одного требования), т.е. появляется полный контур психологического модуля с соответствующими психологическими требованиями к человеку.

Необходимо полученный психологический модуль снабдить критериями отнесения к нему тех или иных элементов деятельности в тех терминах, в которых они описаны в Едином тарифно-квалификационном справочнике работ и профессий рабочих (ЕТКС). Для каждого модуля создаётся список терминов, которые соответствуют объективной характеристике – типовому элементу деятельности. Когда каждый модуль получает такой список-словарь терминов, с ними можно на основе ЕТКС формировать модульные характеристики представленных в нём профессий. Формирование модульных характеристик и будет являться третьим шагом алгоритма.

На основе психологических модулей профессий можно создать классификацию профессий, а также классификацию самих модулей как по психологическим признакам, так и по объективным производственным признакам. Все эти классификации будут полезным инструментом как для совершенствования профориентационной работы, так и для дальнейших теоретических исследований в области психологии труда.

## 2. Профессионально-психологическая реабилитация

Одним из основных направлений поддержки специалистов, долгое время находившихся в зонах ЧС или получивших профессиональные травмы, является профессиональная реабилитация, которая является важнейшей составной частью государственной политики в области социальной защиты граждан.

Профессиональная реабилитация специалистов, долгое время находившихся в зонах ЧС или получивших профессиональные травмы, включает следующие мероприятия, услуги и технические средства: профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор; профподбор); психологическая поддержка профессионального самоопре-

деления; обучение (переобучение) по программам основного общего образования, среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования; повышение квалификации; содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству); квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов; профессионально-производственная адаптация.

Профессиональная реабилитация специалистов, получивших профессиональные травмы, с их последующим восстановлением профессиональных качеств, экономически выгодна для государства. Так как, средства, вложенные в реабилитацию специалистов, долгое время находившихся в зонах ЧС или получивших профессиональные травмы, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием профессионального долголетия. В случае ограничения доступа таких специалистов к занятию профессиональной деятельностью, расходы на их реабилитацию лягут на плечи общества в еще большем размере.

#### **IV. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

##### *Федеральные законы*

Конституция Российской Федерации 1993

Указ Президента РФ №1300 1997 г. «Об утверждении Концепции национальной безопасности Российской Федерации»

Трудовой Кодекс 2001/2006г. (ФЗ №197 2001)

«О промышленной безопасности опасных производственных объектов» № 116-ФЗ 1997/2000/2003/2004

«О гражданской обороне» № 28 ФЗ 1998

«О пожарной безопасности» №69-ФЗ 1994

«О лицензировании отдельных видов деятельности» №128-ФЗ 2001

«О безопасности гидротехнических сооружений» № 45-ФЗ 2005

«Об обороне» № 61-ФЗ 1996

##### *Основная*

Белов С.В. Безопасность жизнедеятельности. – М.: Высшая школа, 2008

##### *Дополнительная*

Белов С.В. Безопасность жизнедеятельности. – М.: Высшая школа, 2001

Хван Т.А., Хван П.А. Безопасность жизнедеятельности. – Ростов-на-Дону. Феникс, 2007.

Сапронов Ю.Г. Безопасность жизнедеятельности. – М.: Академия, 2007

Постановление Правительства РФ № 240 2002 «О порядке организации мероприятий по предупреждению и ликвидации разливов нефти и нефтепродуктов на территории РФ»

Постановление Правительства РФ № 794 2003 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций»

Приказ МЧС России от 25.04.2003 г. № 218 «О создании психологической службы МЧС России»

Приказ МЧС России от 28 декабря 2004 г. №621 «Об утверждении Правил разработки и согласования планов по предупреждению и ликвидации разливов нефти и нефтепродуктов на территории Российской Федерации»

Приказ МЧС России от 20.11.2007 № 607 «Об утверждении Порядка добровольной аккредитации организаций, осуществляющих деятельность в области гражданской обороны, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций и обеспечения пожарной безопасности»

## **V. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ**

Активный отдых.

Здоровье и здоровый образ жизни.

Искусственное дыхание и закрытый массаж сердца.

Критерии, определяющие здоровье человека.

Наркотики и наркомания, как болезнь.

Обстоятельства, влияющие на индивидуальное здоровье.

Определение материального ущерба и числа жертв.

Первая медицинская помощь.

Помощь при ожогах.

Помощь при отморожениях.

Помощь при электротравме.

Правила оказания первой медицинской помощи.

Принципы прогнозирования развития событий и оценки последствий природных и техногенных чрезвычайных ситуаций.

Адаптация, как психологический процесс.

Реабилитация, как психологический процесс.

Задачи службы Медицины Катастроф.

Структура Службы Медицины Катастроф.

Лечебно-эвакуационное обеспечение населения.  
Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) населения.  
Медицинская эвакуация.  
Этап медицинской эвакуации.  
Медицинская сортировка пораженных в чрезвычайных ситуациях.  
Виды медицинской сортировки.  
Основные сортировочные признаки и группы распределения пострадавших.  
Медицинская реабилитация.  
Социальная реабилитация.  
Профессиональная реабилитация.  
Реабилитация (психологическая) пострадавших (РПП) в ЧС.  
Программа реабилитации пострадавших в ЧС «Очищение организма».  
Программа реабилитации пострадавших в ЧС «К здоровым сосудам».  
Программа реабилитации пострадавших в ЧС «К здоровым суставам».  
Программа реабилитации пострадавших в ЧС «Антистресс».  
Программа реабилитации пострадавших в ЧС «Снятие синдрома хронической усталости».  
Программа реабилитации пострадавших в ЧС «Коррекции веса».  
Основные принципы реабилитации пострадавших.  
Реабилитационные мероприятия.  
Реабилитация больных, перенесших инсульт.  
Подбор реабилитационного оборудования.  
Обучение медсестер.  
Работа с родственниками больного.  
Психологическая реабилитация подопечных.  
Методики реабилитации пострадавших в ЧС.  
Психологическая подготовка, как основа психологической устойчивости в ЧС.  
Оценка и прогнозирование психологических потерь.  
Психологическая травма - как переживание особого взаимодействия человека и окружающего мира.  
Реабилитация (психологическая) пострадавших в ЧС (РПП).  
Цель РПП.  
Задачи РПП.  
Основные этапы РПП.  
Основные признаки проведения РПП.  
Центр экстренной психологической помощи МЧС России. Пункт психологической реабилитации и помощи.

## **VI. ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ РЕФЕРАТОВ**

- Организация мероприятий по ликвидации последствий ЧС.
- Организация аварийно-спасательных и других неотложных работ в зонах ЧС.
- Здоровый образ жизни и его составляющие.
- Правила оказания первой медицинской помощи.
- Наркотики, как фактор, разрушающий здоровье.
- Алкоголь, как фактор, разрушающий здоровье.
- Токсикомания, как фактор, разрушающий здоровье.
- Медицина Катастроф как область медицины.
- Служба Медицины Катастроф.
- Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях.
- Медицинская сортировка пораженных в чрезвычайных ситуациях.
- Сущность лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) населения.
- Виды реабилитации пострадавших в ЧС.
- Программы реабилитации пострадавших в ЧС.
- Особенности организации реабилитационной работы

Организация реабилитации пострадавших после травм опорно-двигательного аппарата и инсультов.

Восстановительное лечение и социально-трудовая реадаптация больных и инвалидов.

Медицинская и социально-экономическая эффективность системы реабилитации лиц, пострадавших в ЧС.

Стационарный реабилитационный центр для лечения больных с травмами.

Физические методы лечения (свето-, электро-, магнито-, теплолечение).

Психологические свойства личности.

Психические состояния и способы влияния на них.

Психологическая подготовка населения к действиям в ЧС.

Психологические особенности поведения населения в ЧС.

Модели общения спасателей в ходе работы с населением.

Психическая саморегуляция как средство повышения эффективности деятельности в экстремальных условиях.

Психологические основы управленческой деятельности.

Методы управления психическим состоянием при действиях в ЧС.

Глубина психологических изменений в ЧС.

Взаимосвязь психологических потерь с адаптацией к гиперстрессами.

Дезорганизация, гипермобилизация, полное истощение физических и психических сил.

Зоны психологических потерь.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Материалы учебного пособия «Безопасность жизнедеятельности. Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций» по дисциплине «Современные системы реабилитации после чрезвычайных ситуаций», представлены основные учебные вопросы и тематика, рассматриваемые при ее изучении на факультетах ВГИФК. Учебное пособие может быть использовано студентами при самостоятельном изучении дисциплины и при подготовке к зачету.

Подписано в печать 16.12.11.

Формат 60x90 1/16

Бумага типографская.

Печать офсетная.

Гарнитура Times New Roman.

Усл. печ. л. 9

Уч.-изд.л.8,8.  
Тиража 500 экз.  
Заказ №\_\_\_\_