

Реабилитология как самостоятельная область деятельности, формирующаяся на межотраслевой основе

Д.Д. Панков,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии и школьной медицины факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова prof.pankov@gmail.com

В нашей стране имелись и имеются обстоятельства, которые обуславливают торможение на пути создания реабилитологии как отрасли. Но существует понимание, что дальнейшее торможение этого процесса ведет к тяжелым социальным последствиям. Реабилитолог должен получить специальное образование, освоить новый тип профессионального мышления и многие дополнительные навыки. Он должен опираться на фундаментальные знания, отражающие естественную природу реабилитационных процессов, их механизмы, специфику. Важнейшей составляющей учения о реабилитации должны стать представления о саногенезе, который у человека имеет биосоциальный характер. Реабилитолог должен научиться распознавать симптомы, которые отражают в клинической картине напряжение саногенеза и обозначены нами как позитивные. С практической точки зрения его деятельность должна начинаться с оценки медико-социальной ситуации реципиента и планирования реабилитационного процесса. В статье приведен алгоритм этой деятельности.

Ключевые слова: реабилитология, социализация, межотраслевое сотрудничество, идеология и методология реабилитологии, саногенез, позитивная симптоматика, негативная симптоматика, медико-социальная оценка ситуации, лечебно-реабилитационные мероприятия, конституция организма, планирование реабилитационного процесса.

Уровень востребованности реабилитационных (абилитационных) мероприятий в любом обществе определяется степенью его социального и гуманистического развития, качеством заботы о гражданах и выраженностью ответственного отношения к ним со стороны властных структур [5; 11].

В нашей стране на протяжении советского периода развития внедрялись представления о необходимости самопожертвования граждан ради реализации идеологических установок, проповедуемых руководством. Такой подход резко понижал уровень ответственности властей за конкретную личность, особенно если ее существование не было, по мнению власть предержащих, идеологически значимым.

Данная установка на практике (вопреки декларативным лозунгам идеологов) являлась одним из мощных тормозов на пути развития реабилитологии как социально значимой отрасли. Другим серьезным тормозом была межотраслевая и междисциплинарная разобщенность внутри Советского государства. Гиперцентрализация управления и жесткая регламентированность кадрового состава любого учреждения, постоянное и избыточное давление чиновников, ставящих свои карьерные амбиции выше интересов отрасли, субъективизм в оценке работы делали невозможными оперативное перестроение, кадровое маневрирование, конкурентные взаимоотношения, необходимые для нормального развития системы в направлении оптимизации ее деятельности. Все эти обстоятельства абсолютно противоречили условиям, необходимым для создания реабилитологической отрасли, основанной на тесном межотраслевом и междисциплинарном сотрудничестве, постоянном поиске оптимального кадрового состава коллективов, решающих индивидуальную задачу по реабилитации конкретного реципиента [8].

На сегодняшний день ситуация не намного изменилась в силу сохраняющейся в нашем государстве инверсии взаимоотношений между специалистами и чиновниками. У нас до сих пор не специалисты определяют потребность в бюрократическом аппарате, принимают или отказываются от его услуг (как это должно быть в разумно функционирующей государственной системе), а бюрократия командует специалистами. И специалисты вместо того, чтобы вести за собою отрасль, вынуждены обслуживать чиновничьи амбиции, во многих случаях прекрасно понимая их парадоксальность. А для чиновников изоляция подопечного «поля деятельности», вопреки пожеланию специалистов, является способом сохранить контролирующие и распорядительные функции, обеспечить доступ к материальным ресурсам, предназначенным для соответствующего направления деятельности.

Но понимание того, что торможение процесса создания реабилитологической отрасли в нашей стране ведет к тяжелым социальным последствиям, существует как на уровне профессионалов, так и на уровне общественности. Это видно из резолюции Первого национального съезда врачей Российской Федерации, проходившего в Москве 5 октября 2012 г., в которой указано на «неразвитость сети реабилитационных подразделений... и подразделений паллиативной (направленной на улучшение качества жизни, уменьшение страдания – Д.П.) помощи» [2]. А также из результатов опроса общественного мнения, проведенного, в частности, специалистами «Левада-Центра», пресс-служба которого сообщает, что на вопрос: «Удовлетворены ли вы нынешней системой здравоохранения в России?», утвердительный ответ («Определенно, да / Скорее, да») дали только 15 % респондентов [6].

На административном уровне делались попытки решить эту проблему, «назначив» реабилитологами представителей специальности, имеющей близкое отношение к реабилитационной области деятельности. Так, например, в медицине в реабилитологов переименовали врачей лечебной физкультуры (ЛФК). Но этот маневр, конечно, ничего позитивного не дал. Скорее, наоборот, привел к путанице и как результат – к разочарованию пациентов, которые приходят к этим специалистам с большими проблемами и надеждами, а уходят со все теми же рекомендациями по ЛФК. И в результате вынуждены уезжать за реабилитацией в другие страны.

Дело в том, что задача профессионального реабилитолога – обеспечить социализацию своего подопечного, т.е. выход на такой уровень взаимодействия с окружающим миром, который является приемлемым для его настоящего существования. Во многих случаях для решения подобной проблемы необходимо то или иное сочетание социальных, психологических, медицинских, культурологических, педагогических, технических, правовых и др. методических подходов. А, следовательно, реабилитолог должен, как минимум, квалифицированно разбираться в арсенале заложенных в этих профессиях средств. Для этого необходимо получить специальное образование, существенно выходящее за рамки узкой специальности, освоить новый тип профессионального мышления и многие дополнительные навыки деятельности. Совершенно ясно, что требовать подобных знаний и умений от узкого специалиста, будь он врач (в том числе ЛФК), или психолог, или кто-то другой, не адекватно и не правомерно, так как все это выходит за рамки его компетенции.

Примером, подтверждающим данный тезис, является имевшая место в 1990-е гг. попытка создать в Москве институт медико-социальной реабилитологии для подготовки реабилитологов со студенческой скамьи на базе врачебной специальности. На стадии становления этот учебный институт получил весьма серьезную поддержку Минздрава, Российского государственного медицинского университета, который предоставил ему свои базы и обеспечил преподавательскими кадрами. Вуз прошел аккредитацию, осуществил несколько выпусков. Но его руководство не сумело выйти на уровень создания межотраслевой идеологической базы этой специальности, ограничившись преподаванием расширенного курса ЛФК. И вместо того, чтобы стать уникальным для нашей страны учреждением по формированию специалистов новой отрасли, этот вуз превратился в чисто коммерческий вариант мединститута со всеми характерными для негосударственных учебных заведений недостатками и, в конце концов, в атмосфере дрызг и раздоров прекратил свое существование [2], на что никто не обратил особого внимания. А его выпускники (во всяком случае, та их часть, которая находится в сфере, доступной для нашего внимания через призму Департамента здравоохранения г. Москвы), не будучи идеологически «заряжены» реабилитологией, работают где угодно и кем угодно, но не в

реабилитационной сфере. И это несмотря на то, что с 2003 г. Приказами МЗ РФ № 297 и №502 определен статус врача восстановительной медицины [10]. Кстати, на Западе специалисты, получившие хорошую подготовку в качестве реабилитологов, чрезвычайно востребованы и высоко оплачиваемы.

Исходя из всего вышесказанного, необходимо подчеркнуть, что отличительной особенностью любой отрасли является то, что она имеет свою идеологию и методологию, овладение которыми делает специалиста профессионалом. Профессионал в области ЛФК мыслит категориями своей профессии, специалисты в области неврологии, травматологии, психологии и других специальностей – категориями своих профессий. За это мы их ценим и уважаем. Точно так же специалист в области реабилитологии должен иметь свое профессиональное видение стоящих перед ним задач и владеть методологией их решения.

Конечно, немало относительно простых случаев, когда для реабилитации достаточно усилий только узкого специалиста, например в области ЛФК, или травматологии, или психологии, или другой специальности. К примеру, у человека была поражена конечность, функцию которой лечащему врачу удалось восстановить, и это позволило человеку вернуться на рабочее место, т.е. привело к восстановлению его социального статуса. В этой ситуации не врач стал реабилитологом, а проведенные им грамотные лечебные мероприятия оказались достаточными, в том числе и для реабилитации.

Однако огромно количество случаев, когда ситуация значительно более сложная. И особенно это касается детей с врожденной патологией. В таких случаях без профессионального реабилитолога не обойтись. Только он может составить грамотную программу реабилитации, собрать для этого оптимальную команду, расписать алгоритм их действий, рассчитать время и затраты, обеспечить психологическое сопровождение, продумать принципы юридической и социальной защиты реципиента.

Одним из фундаментальных представлений, которым должен владеть реабилитолог, является постулат о том, что реабилитация – это базисное свойство природы [9]. Возможность к реабилитации заложена во всех природных системах (экосистемах), учитывая естественное воздействие на них не только биотических, но и абиотических факторов. Первоначальная попытка рассматривать реабилитацию как утилитарное восстановление некоторого утраченного количества живого субстрата оказалась несостоятельной. По своей сущности этот процесс значительно более сложный и неоднозначный. Прежде всего потому, что сохранить или вернуть морфологическую основу или психическое состояние невозможно, они подвержены постоянному изменению под воздействием временного фактора. Вектор реабилитационного процесса совпадает с вектором времени, т. е. он всегда направлен в будущее (а не назад, как это может показаться в связи с наличием частицы «ре» в обозначающем данный процесс термине) и, в конечном

счете, приводит к новому качеству реабилитируемого объекта, соответствующему изменившимся за прошедшее время условиям. Следовательно, реабилитация связана не столько с субстратом, сколько с его функцией. Представления о реабилитационном процессе смыкаются с фундаментальными положениями теорий, у истоков которых стоял отечественный мыслитель и естествоиспытатель В.И.Вернадский [1], о пределах жизнеспособности экосистем.

Реабилитацию можно считать успешной, если реабилитируемый объект стал естественной и достаточной функциональной частью системы. Однако она может быть:

- недостаточной или избыточной (если дефицит или избыток ее функциональных свойств ведет к разрушению системы);
- гомогенной по отношению ко всей системе (если функция реабилитируемого объекта в этой системе осталась прежней) или гетерогенной (если функция реабилитируемого объекта качественно изменилась).

Причем, резонно предположить, что чем дольше идет процесс реабилитации, тем более гетерогенным может стать его результат. При этом должен соблюдаться принцип целесообразной компенсации, т. е. реконструированная система соответствует изменившимся внешним или внутренним условиям и тем самым компенсирует утраченное качество или количество. Достижение целесообразной компенсации – основное направление любого реабилитационного процесса в природе. Однако внутри каждой системы имеются свои механизмы реабилитации, отражающие видовые и индивидуальные особенности. Их должны изучать частные разделы реабилитологии. Их может быть много, в зависимости от варианта рассматриваемого объекта (человек, животные, растения, другие элементы природы), системы, с которой у них затруднено взаимодействие (биологическая, психологическая, социальная, правовая, трудовая и др.), характера факторов, затрудняющих это взаимодействие (функциональные, структурные нарушения, изоляция, несостоятельность информационного обеспечения и пр.).

Частная медицинская реабилитология изучает в качестве основного объекта человека, у которого на фоне функциональных и (или) структурных нарушений возникают (или могут возникнуть) затруднения в биологической, психологической, социальной сферах. Она разрабатывает методы, призванные, прежде всего, оказать содействие саногенетическим механизмам в достижении целесообразной компенсации, обеспечивающей равновесие организма реабилитируемого с внутренней и внешней средой [4; 8].

Научно разработанные представления о саногенетических процессах являются серьезным шагом к совершенствованию патогенетического подхода к лечебным и реабилитационным мероприятиям. Суть состоит в том, что любой патологический процесс представляет собой взаимодействие между патогенетическими механизмами, с одной

стороны, и защитными усилиями организма – с другой. Наличие у организма мощных механизмов противодействия неблагоприятным экзо- и эндогенным факторам предполагалось с древних времен. Недаром, из поколения в поколение врачами передавалась истина: «Природа лечит – врач помогает». Сущность большинства лечебных приемов, используемых знахарями и целителями, видимо, основана на стимулировании этих механизмов. Об этом свидетельствуют стоящие за их приемами философско-мистические теории. Главный практический вывод, который можно сделать из сути этих учений, заключается в том, что сам человек содержит в себе огромные и далеко еще не раскрытые возможности исцеления.

Значительное расширение в XX в. методической базы исследований позволило академической науке получить новый фактический материал о саморегуляторных процессах. На его основе стало формироваться учение о саногенезе. По С.М. Павленко [7], саногенез – это динамическая система защитно-приспособительных механизмов (физиологического и патофизиологического характера), активизирующихся на стадии предболезни, развивающихся на протяжении болезненного процесса и направленных на восстановление нарушений саморегуляции организма. Среди этих механизмов, например для больных с патологией нервной системы, по мнению О.Г.Когана и В. Л. Найдина [4], основными можно считать: реституцию (восстановление состояния, существовавшего до возникновения морфофункциональных нарушений), регенерацию, компенсацию и иммунитет. У здорового человека эти механизмы являются ведущими факторами саморегуляции, адаптации: они обеспечивают в различных условиях сохранность целостности организма, его гомеостаза. При их адекватном функционировании возникает динамическое равновесие с окружающей средой, в том числе и в социальной сфере. При появлении патогенетических факторов названные механизмы активизируются для их отражения, обеспечивая саногенетический эффект. Данный эффект выражен тем больше, чем существенней консолидация саногенетических механизмов опережает во времени патологический процесс. Однако сущность саногенеза не сводится к чисто биологическим обстоятельствам. Например, особенностью саногенеза у человека является выраженная направленность на социальную адаптацию. Понимание этого факта приводит к расширению сферы реабилитационных мероприятий за пределы чисто медицинской деятельности. Следовательно, у человека саногенез имеет биосоциальный характер и направлен на гармоничное восстановление здоровья, личного и социального статуса.

Итак, болезненное состояние сопровождается конфронтацией патогенетических и саногенетических механизмов. Проявления их деятельности, вне всякого сомнения, находят отражение в клинической картине. Следовательно, симптомы, сопровождающие болезнь, по своему качеству неоднородны. Одни из них отражают усиление патологических

механизмов. Мы их обозначили как негативные [8; 9]. В противовес этим симптомам, те, которые отражают в клинической картине напряжение саногенеза, мы обозначили как позитивные [8; 9].

Представление о позитивной симптоматике подспудно формируется в современной медицине. Известно, например, что повышение температуры тела до определенного уровня при инфекционном заболевании способствует ослаблению возбудителя, запускающего патогенетический процесс. В результате появилась рекомендация в разумных пределах не противостоять этому симптому. Или у больных со стенозом магистральных сосудов со снижением эластических свойств сосудистой стенки может компенсаторно повыситься артериальное давление. В этом случае следует с большой осторожностью относиться к применению препаратов, понижающих артериальное давление (особенно периферических вазодиллятаторов). И таких примеров довольно много. Все они говорят об одном и том же: отношение к механизмам, обуславливающим появление позитивной и негативной симптоматики, с точки зрения выработки тактики лечения, должно быть различным. Нарастание негативной симптоматики свидетельствует об усугублении патологического процесса, а следовательно, о необходимости активно противостоять порождающим ее механизмам. Усиление позитивной симптоматики свидетельствует об активизации саногенеза. Этому явлению мешать не нужно, его следует осторожно поддерживать. Осторожность связана с одним из важных постулатов: усиление саногенетической активности выше определенного предела опасно, так как может, в свою очередь, провоцировать новые патофизиологические сдвиги. Например, компенсаторное повышение артериального давления может привести, в конце концов, к разрыву сосуда.

Для усиления диагностической значимости выявляемой позитивной симптоматики необходимо научиться проецировать их на соответствующие механизмы саногенеза.

Таким образом, существует немало фундаментальных аспектов, которые могут составить базу для обучения врача или психолога профессиональному взгляду на деятельность реабилитолога с точки зрения медико-психолого-социального подхода, с учетом физиологических и патофизиологических закономерностей реагирования организма. С практической точки зрения, его деятельность должна начинаться с оценки медико-социальной ситуации реципиента и планирования реабилитационного процесса.

Ниже мы приведем предложенный нами [9] алгоритм этой деятельности, главная задача которого – в первом приближении конкретизировать образ мышления реабилитолога, имеющего дело с нуждающимся в реабилитации (абилитации) человеком.

Алгоритм медико-социальной оценки ситуации пациента и планирования
реабилитационного процесса

I. Уровни медико-социальной оценки ситуации пациента и планирования тактики реабилитационного процесса.

1-й уровень учитывает происхождение, выраженность и тяжесть последствий заболевания.

По **происхождению** заболевание может быть:

1) результатом врожденных анатомо-функциональных изменений в организме. *В этом случае реабилитационный процесс должен быть осторожным, ограниченным, учитывающим возможность возникновения дисбаланса конституциональных механизмов, обеспечивающих постоянство внутренней среды;*

2) следствием приобретенных анатомо-функциональных изменений в организме. *В этом случае необходимо, чтобы реабилитационные мероприятия учитывали специфику этиопатогенетических и саногенетических механизмов.*

По **выраженности клинических** проявлений заболевание может соответствовать:

1) фазе компенсации. В этом случае акцент при проведении реабилитации делается на профилактических мероприятиях;

2) фазе субкомпенсации. В этом случае акцент в реабилитации делается на превентивном лечении;

3) фазе декомпенсации. В этом случае лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся в полном объеме, соответствующем выраженности декомпенсации.

По **тяжести** последствий заболевания:

1) социально-значимые последствия отсутствуют. Нет заметного снижения социальной и физической активности пациента, следовательно, реабилитационные мероприятия могут оказаться невостребованными;

2) имеют место ограниченные, временные социально значимые последствия. Реабилитация может оказаться достаточной на уровне привлечения узкого специалиста: врача, психолога или др.;

3) имеют место серьезные социальные последствия. Это влечет за собой инвалидизацию и может потребовать комплекса реабилитационных мероприятий, разработанного и контролируемого (на уровне супервизора) профессиональным реабилитологом.

2-й уровень учитывает характер и активность взаимодействия патогенетических и саногенетических механизмов, оценивает состоятельность последних. Нами [11]

разработана методология, основанная на выявлении позитивной (отражающей активность саногенеза) и негативной (отражающей активность патогенеза) симптоматики, их сопоставлении. *Реабилитационные мероприятия подбираются таким образом, чтобы они были однонаправленны саногенетическим усилиям организма и противонаправлены патогенетическим механизмам (т. е. реализуется древний принцип врачей «Не вреди, но помоги природе организма»).*

3-й уровень учитывает конституциональные особенности организма, связанные с наружным («habitus») обликом человека, наличием аномалий строения внутренних систем и органов, конституциональным типом психической деятельности. *Эти признаки должны быть оценены с точки зрения наличия или отсутствия их субклинической или клинической значимости (как стигмы системного, скрытого неблагополучия, т. е. конституциональной симптоматики). Учет конституциональных симптомов позволяет дифференцировать (индивидуализировать) подбор реабилитационных мероприятий.*

4-й уровень учитывает этап онтогенетического развития, на котором находится реабилитируемый, с точки зрения социально-психологической и биологической специфики.

1-й этап – максимальной психосоциальной зависимости. Реабилитационные мероприятия на этом этапе должны учитывать необходимость обеспечения достаточной психологической и социальной опеки, способствовать нормальному течению процессов роста и структурирования организма, исключая применение тормозящих и дезорганизирующих их методов воздействия.

2-й этап – умеренной социальной зависимости. Он связан с прохождением пубертатного периода онтогенеза. Реабилитационно-профилактические мероприятия должны обязательно учитывать: необходимость обеспечения достаточной социальной опеки и специфической психологической поддержки, благоприятствующей гармоничному формированию самосознания; вероятность возникновения нарушения временных параметров при формировании внутренних систем и органов; возможность появления различных псевдопатологических феноменов за счет функциональных диспропорций, в частности – усиления астенических проявлений.

3-й этап – относительной социальной независимости. Проводимые на этом этапе реабилитационно-профилактические мероприятия должны не противоречить возможности реализовать половую потенцию и репродуктивную функцию, содействовать обеспечению потребности в социальной независимости.

4-й этап – максимальной социальной ответственности. Проводимые на этом этапе реабилитационно-профилактические мероприятия должны быть направлены на снижение активности инволюционных процессов и предотвращение их патологических последствий и осложнений.

5-й этап – пониженной социальной активности. Проводимые на этом этапе реабилитационно-профилактические мероприятия должны обеспечить социальную защиту, смягчить психологическое восприятие возрастающего фактора зависимости от микро-, макросреды, снизить тяжесть последствий инволюционных процессов и их осложнений.

II. Уровни планирования стратегической направленности реабилитационного процесса.

1-й уровень – донологический. Он основан на понимании того, что реабилитация и профилактика являются органически связанными друг с другом процессами. Чем раньше начинается реабилитация, тем более выражена ее профилактическая направленность. Этот уровень охватывает людей, входящих в группы риска возникновения органической или функциональной патологии или имеющих ее субклинические проявления (например, реабилитация людей, находящихся под мощным эмоционально-психологическим прессингом).

2-й уровень обеспечивает профилактику инвалидизации пациентам, страдающим острыми или хроническими формами заболеваний, не осложненными на текущей стадии инвалидизирующими расстройствами.

3-й уровень направлен на уменьшение степени зависимости инвалидов от микросреды в плане реализации своих естественных функций (уход за собой, коммуникация и пр.). На этом уровне реабилитации чаще всего подлежат состояния, обусловленные: наследственным неблагополучием в нервно-психической сфере; психопатологическими реакциями (невротическими, психопатическими и др.); явлениями вегетососудистой дистонии; психотравмирующих и невротизирующих обстоятельств.

Подводя **итог** вышесказанному, представляется важным особо подчеркнуть следующее:

- приходится с сожалением констатировать, что на сегодняшний день в РФ отсутствует такая социально значимая отрасль, как реабилитология, и это, конечно, факт дистанцирующий нас от государств, проявляющих необходимую заботу о наиболее беспомощной части своего населения;
- причины, которые мешали и мешают появлению реабилитологии, заключены не в чьем-то противодействии, а в унаследованных нами системных пороках администрирования, характерных для Советского государства. Объективное осознание и конструктивное изменение этой ситуации может позитивно сказаться не только на процессе, обеспечивающем появление в нашей стране реабилитологии как отрасли, но и на всей социальной сфере в целом;
- необходимо иметь в виду, что отсутствие в РФ реабилитологии – это проблема, которую нужно решать, обеспечив подготовку на межотраслевой основе

качественно новых специалистов, владеющих социально ориентированным мышлением и навыками, имеющими отношение, как минимум, к медицине и психологии;

- очень важно и то, что затраченные на этом направлении усилия и средства обязательно окупятся, поскольку, если удастся в ближайшее время заложить основы реабилитологической отрасли с учетом тех достижений науки и практики, на которые она опирается во всем мире, эта отрасль сможет стать в нашей стране локомотивом, обеспечивающим значительное продвижение на социальном направлении медицины, психологии, педагогики и других имеющих к ней отношение областей деятельности.

Литература

1. Вернадский В.И. О пределах биосферы // Известия АН СССР. ОМОН. Сер. Геология. 1937. № 1.
2. Делегаты Первого национального съезда врачей Российской Федерации приняли резолюцию // ИНФАРМ. 2012, 8 октября. Электронная версия: <http://www.inpharm.ru/delegaty-i-pervogo-nacziionalnogo-sezda-vrachej-rossijskoj-federaczii-prinyali-rezolyucziyu>
3. Ивойлова И. Анатомический театр абсурда// Российская газета. 2009, 9 июня. Электронная версия: <http://www.rg.ru/2009/06/09/vuz.html>
4. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитации в неврологии и нейрохирургии. М., 1988.
5. Медицинские и психосоциальные проблемы школьников-подростков / Под ред. Д.Д.Панкова и В.В.Рубцова. М., 2010.
6. Отечественным здравоохранением довольны 15 процентов россиян // МЕДновости. 2012, 15 октября. Электронная версия: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/15/ruhcare/>
7. Павленко С.М. Учение о саногенезе — важнейшая проблема медицины // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 1967. № 3.
8. Панков Д.Д. Общая клиническая реабилитология. М., 1997.
9. Панков Д.Д. Основы частной медицинской реабилитологии и восстановительной неврологии. М., 1998.
10. Приказ Минздрава РФ №297 от 01.07.2003 «О врачах восстановительной медицины». Электронная версия: <http://www.lawmix.ru/med/6687/>
11. Руководство по школьной медицине. Клинические основы / Под ред. Д.Д. Панкова, А.Г. Румянцева. М., 2011.

Rehabilitology as a self-sustaining transdisciplinary-based activity

D.D. Pankov,

Doctor in Medicine, professor, head of the Pediatrics and school medicine chair of the Medical workers professional development faculty of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University prof.pankov@gmail.com

There have been a range of social conditions that hinder development of rehabilitology as a professional branch in Russia. But there is the consensus that further hindrance of that process leads to grave social consequences. A rehabilitation specialist should receive professional education, master the new type of professional mentality and many applied skills. Such specialist should rely on fundamental knowledge that reflects the essence of rehabilitation processes, their mechanisms and peculiar traits. The notions of sanogenesis and its biosocial nature should become the core component of rehabilitation science. A rehabilitation specialist should learn to recognize positive symptoms that reveal activation of sanogenesis in the clinic. His practice should start from assessment of medical and social situation of a client and planning of rehabilitation process. The article provides an algorithm of such practical activity.

Keywords: rehabilitology, socialization, transdisciplinary collaboration, ideology and methodology of rehabilitology, sanogenesis, positive symptoms, negative symptoms, medico-social assessment of situation, treatment and rehabilitation activates, physical constitution, planning of rehabilitation process.

References

1. Vernadskii V.I. O predelah biosfery // Izvestiya AN SSSR. OMEN. Ser. Geologiya. 1937. № 1.
2. Delegaty Pervogo nacional'nogo s'ezda vrachei Rossiiskoi Federacii prinyali rezolyuciyu // INFARM. 2012, 8 oktyabrya. Elektronnaya versiya: <http://www.inpharm.ru/delegaty-pervogo-naczionalnogo-sezda-vrachej-rossijskoj-federaczii-prinyali-rezolyucziyu>
3. Ivoilova I. Anatomicheskii teatr absurda// Rossiiskaya gazeta. 2009, 9 iyunya. Elektronnaya versiya: <http://www.rg.ru/2009/06/09/vuz.html>
4. Kogan O.G., Naidin V.L. Medicinskaya reabilitacii v nevrologii i neurohirurgii. M., 1988.
5. Medicinskie i psihosocial'nyye problemy shkol'nikov-podrostkov / Pod red. D.D.Pankova i V.V.Rubcova. M., 2010.
6. Otechestvennym zdavoohraneniem dovol'ny 15 procentov rossiyan // MEDnovosti. 2012, 15 oktyabrya. Elektronnaya versiya:

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/15/ruhcare/>

7. *Pavlenko S.M.* Uchenie o sanogeneze — vazhneishaya problema mediciny // Patologicheskaya fiziologiya i eksperimental'naya terapiya. 1967. № 3.
8. *Pankov D.D.* Obshaya klinicheskaya reabilitologiya. M., 1997.
9. *Pankov D.D.* Osnovy chastnoi medicinskoj reabilitologii i vosstanovitel'noi nevrologii. M., 1998.
10. *Prikaz Minzdrava RF №297* ot 01.07.2003 «O vrache vosstanovitel'noi mediciny». Elektronnyaya versiya: <http://www.lawmix.ru/med/6687/>
11. *Rukovodstvo po shkol'noi medicine.* Klinicheskie osnovy / Pod red. D.D. Pankova