

© Коллектив авторов, 2016 г.
УДК 616-036.865 (471)

**А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева,
В. В. Никифоров, Е. В. Мельникова,
Г. Е. Иванова, В. И. Дорофеев**

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» В СПбГУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 26». ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММЫ «ICF-reader» И МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург; Городская больница № 26, Санкт-Петербург; АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии», Санкт-Петербург; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва

Современная система оказания терапевтической, хирургической и скорой помощи достигла нового, высокого качества развития, что поставило перед медицинским сообществом задачи не только вылечить пациентов, но и возвращать их к привычной жизни, восстановив прежнюю жизненную активность [10]. Наиболее полно эту задачу решает реабилитационная медицина [10]. Реабилитация динамично развивается во всем мире, в 2015 г. наша страна также пошла по пути выстраивания системной реабилитационной помощи [1]. В связи с поставленными задачами, профессиональное сообщество реабилитологов [14] готовится к вводу новых специальностей (врач по физической и реабилитационной медицине, кинезиолог, эрготерапевт), готовит клинические рекомендации и обновляет нормативно-правовую базу в соответствии с европейским и мировым опытом профессионалов в этой области [14]. С целью развития обозначенных выше позиций был запущен Пилотный проект по развитию медицинской реабилитации в России. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» — федеральная программа, организованная Министерством здравоохранения, которая предусматривает переход на «новую» модель медицинской реабилитации паци-

ентов с различными заболеваниями [1 — 3, 5]. Проект зарегистрирован в международном регистре клинических исследований «ClinicalTrials.gov» под названием «The Pilot Project Development Of Medical Rehabilitation System in Russian Federation (DOME)» и идентификационным номером NCT02793934 [5].

В числе выбранных для Пилотного проекта моделей заболеваний представлены и различные формы церебральных инсультов. Для отработки модели реабилитации церебрального инсульта в клинической части Пилотного проекта принимает участие сосудистый центр Санкт-Петербургского ГБУЗ «Городская больница № 26» (в качестве отделений 1-го и 2-го этапов реабилитации пациентов с инсультом) [3, 6, 14].

Согласно протоколам проекта [2, 5], предусмотрены две фазы исследования: в 1-й фазе работают сначала по «старой модели», далее, после набора нужного для статистики количества пациентов, центры — участники исследования переходят к «новой» модели (2-я фаза). Во 2-й фазе для управления процессом реабилитации и распределения задач по работе с пациентом используется Международная классификация функционирования (МКФ) [7, 8, 16]. МКФ — это классификация, служащая для описания всех компонентов здоровья в таких категориях, как активность, участие, факторы окружающей среды, персональные факторы, функции и структуры. МКФ относится к семейству классификаций ВОЗ (WHO-FIC) [8, 16]. МКФ применяется наравне с Международной классификацией болезней (МКБ), однако решает другие задачи [16].

МКБ используется для описания причин и патогенетических вариантов заболевания. Этот инструмент, безусловно, удобен для решения лечебных и хирургических задач, однако совершенно не отражает состояния пациента в динамике лечения и не подходит для реабилитационного процесса. Это связано с тем, что во время госпитализации нозологический диагноз (по МКБ) пациента не меняется, даже если пациент полностью восстановился и не имеет проблем с функционированием. С другой стороны, МКФ описывает состояние пациента на текущий момент без акцентирования внимания на причинах. Спецификой реабилитации является то, что специалистам исключительно важно всесторонне увидеть проблемы и возможности пациента. МКФ используется для формирования реабилитационного диагноза, показывающего весь спектр ограниченный и возможностей пациента. Это дает определенные преимущества, так как диагноз в категориях МКФ при поступлении и при завершении реабилитации меняется в зависимости от изменения возможностей функционирования пациента [6 — 9, 16].

Реабилитационный диагноз — это список проблем пациента, описывающий все компоненты здоровья и включающий в себя не только медицинские проблемы, но и возможности пациента, деятель-

ность пациента, его среду, окружение, родственников, личные установки и персональный опыт пациента, психологические черты, привычки, религиозные и мировоззренческие позиции. Таким образом, реабилитационный диагноз отражает процесс реабилитации и позволяет сделать его прозрачным. Именно МКФ позволяет ответить на все вопросы, требуемые для формулировки реабилитационного диагноза [7, 8, 10, 16].

При использовании «старой модели» реабилитации часто возникает вопрос о том, зачем учитывать такое большое количество факторов. Такой вопрос наиболее характерен для врачей, в силу специфики их обучения. Для медицинских сестер, психологов, социальных работников, логопедов и эрготерапевтов учет всех компонентов здоровья является более обычным и не требует дополнительных усилий по осознанию их важности. Часто оказывается, что страдание пациента во время болезни или травмы может быть связано не с медицинскими проблемами, а другими факторами. В качестве примера можно привести наиболее часто встречающиеся факторы, способные существенно ограничить процесс реабилитации: неудобная кровать, информационная депривация, неправильно подобранные тапки, необходимость осуществлять физиологические потребности в подгузник, необходимость лежать в кровати голым, конфликт между пациентом и медицинским персоналом, конфликт пациента и его родственников, недопущение родственников в реанимацию и к реабилитационному процессу в целом. Перечислять подобные факторы можно долго, но важнее увидеть их у конкретного пациента, поскольку они имеют индивидуальный характер.

«Новая» модель медицинской реабилитации подразумевает реализацию на практике базовых принципов, которые заложены в основу реабилитационной философии в Европе и мире [1–3, 5, 10]:

- биопсихосоциальная модель заболевания;
- мультидисциплинарный принцип;
- пациент-центрированный принцип;
- проблемно-ориентированный подход;
- персонализированный принцип.

МКФ представляет собой инструмент для реализации пяти перечисленных главных принципов. Сложность реализации «новой» модели реабилитации заключается в принятии и внедрении обозначенных принципов, ранее системно не применявшихся. Эта задача особенно важна для врачей как для специалистов, задающих вектор реабилитационного процесса в России. В нашем привычном врачебном мировоззрении мы понимаем, что такое нарушение функции или структуры. Поэтому, говоря о МКФ, мы хорошо представляем, каким образом возможно перевести нарушения функций в домены МКФ. Но функционирование зависит от контекста среды, условий, убеждений и желаний

пациента, времени суток, информированности пациента о ситуации и множества других факторов. Мы не всегда осознаем в полной мере роли психологического фактора и влияния привычной повседневной деятельности на жизнь и здоровье пациента. Имея медицинское образование, мы (врачи) не умеем должным образом работать с психологическими аспектами функционирования пациента. Не понимая чувств, переживаний пациента, мы часто устанавливаем «загадочный» клинический диагноз, который призван указать, что у пациента проблемы – остеохондроз, дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, астения. На самом деле, у больного может быть стресс, нарушение сенсорной интеграции, защитное торможение, психологическая защитная реакция, депрессия или тревога. МКФ и реабилитационный диагноз помогают конкретизировать проблемы пациента и избежать неоправданной лекарственной терапии, связанной с «распространенными» диагнозами.

Если пациента обследует один врач, то МКФ может оказаться не нужна, так как МКФ – инструмент работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады. Если же пациента реабилитируют несколько специалистов с различным образованием и компетенциями, то МКФ поможет организовать комфортный обмен данными о пациенте. Даже если специалист работает исключительно над приверженностью к терапии, то в реабилитационном диагнозе следует указать домены, посвященные этому.

МКФ – это инструмент планирования реабилитации. Каждая проблема пациента (домен МКФ) является задачей реабилитации для участников мультидисциплинарной реабилитационной команды. Устанавливая задачу, важно задать вопрос самому себе, на что направлена реабилитационная интервенция (технология). Что и в какие сроки мы хотим и можем восстановить у пациента?

Что делать с выявленной проблемой?

1. Сделать задачей реабилитации.
2. Если мы не можем помочь пациенту с выявленной проблемой на данном этапе или при данном «скромном» арсенале реабилитационных технологий, но она важна для пациента, мы оставляем данную проблему в реабилитационном диагнозе. Данная проблема может стать задачей реабилитации на следующем этапе или в другой более оснащенной клинике.

3. Если же проблема не влияет на функционирование пациента и его повседневную активность (не актуальна на сегодняшний момент), то можно ее не выносить в реабилитационный диагноз.

Ведение документации по МКФ отражает работу в реабилитационном центре, т. е. реабилитационный процесс. Если процесса нет или он не является проблемно-ориентированным, то у реабилитационной команды возникнут трудности с установкой реابي-

Таблица 1
Ограничение активности и участия при инсульте по результатам работы отделения 1-го и 2-го этапов

Название и код домена	Ключевые слова	%
d4103 Изменение позы при положении сидя	Сидит	38,1
d410 Изменение позы тела	Вертикализация	28,6
d450 Ходьба	Ходьба	23,8
d465 Передвижение с использованием технических средств	Ходунки/трость	23,8
d8502 Полная трудовая занятость	Работа	14,3
d540 Одевание	Одевание	9,5
d170 Письмо	Письмо	9,5
d440 Использование точных движений кисти	Работа кистью и рукой	9,5
d166 Чтение	Чтение	4,8
d9204 Хобби	Хобби	4,8

литационного диагноза. Таким образом, использование МКФ дает функциональный и персонализированный подход в реабилитации. Следует учесть, что по доменам МКФ невозможно подбирать технические средства реабилитации, таблетки, дозы, одежду и др. Внедрение МКФ не отменяет функционального тестирования (психологического, кинезиологического, мануального, когнитивного, сенсорного, анализа деятельности и др.).

Показано, что использование МКФ может привести к более целостной и всеобъемлющей оценке пациентов. Этот эффект был обнаружен, когда исследователи применили функциональную модель на базе МКФ вместо традиционной, исключительно диагноз-ориентированной, модели. Функциональная модель была использована для оценки пациентов с рассеянным склерозом; оценки были более полными, и было обнаружено больше элементов, требующих вмешательства [13, 16]. Студенты, обучающиеся физической и реабилитационной медицине, знакомые с МКФ, при ведении детей с нарушениями развития продемонстрировали большую осведомленность о влиянии контекстуальных факторов и лучшее понимание участия и социального взаимодействия [11, 16]. В случаях, когда студенты-медики воспользо-

вались МКФ в контексте первичной медицинской помощи, это увеличило трансформационное обучение и способствовало взаимозависимости и вкладу в укрепление системы здравоохранения [12, 16].

Следует упомянуть существующее распространенное заблуждение про МКФ. Молодые исследователи, начинающие работу с реабилитационным диагнозом, фокусируют внимание на кодах тех проблем, которые они сформулировали для пациента в доменах МКФ. Однако необходимо подчеркнуть, что коды

доменов не главное! Ни один специалист не способен и не должен запоминать все домены. Для практикующего специалиста важно и необходимо осознание смысла категорий МКФ, понимание того, какие бывают нарушения и ограничения в состоянии здоровья. Умение объяснить, как симптомы заболевания влияют на жизнь пациента; какие ограничения повседневной активности имеются у пациента [7].

Для перевода проблем пациента в домены МКФ в Пилотном проекте использовалась программа «ICF-reader» — программа для формулировки и шифрования реабилитационного диагноза по МКФ. Данная программа во 2-ю фазу Пилотного проекта для оценки по МКФ предусматривает следующие опции [7]:

- оценки по шкалам автоматически переводятся в коды МКФ;
- режим выбора доменов с кодами из списка самых часто встречаемых (например, при инсульте);
- режим выбора доменов из подсказок для каждого специалиста исходя из компетенций специалистов или модели пациента (для логопеда, психолога, эрготерапевта, пациента в коме, для пациента, получающего вертикализацию и др.);
- режим поиска доменов с кодами вручную, по ключевым словам, или по описанию доменов (комментариям ВОЗ).

Таким образом, «ICF-reader» — это программа, которая позволяет в автоматическом режиме сформировать список проблем пациента, который автоматически трансформируется в коды доменов МКФ. Так программа сохраняет базу реабилитационных диагнозов в категориях и кодах МКФ [7].

Одним из первых в России центров, который установил программу «ICF-reader» и внедрил реабилитационный диагноз в категориях МКФ как один из ключевых инструментов реализации новой модели реабилитации, была СПбГУЗ «Городская

Таблица 2
Факторы среды, вовлеченные в процесс реабилитации при инсульте по результатам работы отделения 1-го и 2-го этапов

Название и код домена	Ключевые слова	%
e310 Семья и ближайшие родственники	Всего	100,0
	Дети	52,4
	Жена/муж	38,1
	Сестра	9,5
e1101 Лекарственные вещества	Лекарства	23,8
e340 Персонал, осуществляющий уход и помощь	Сиделка	14,3
e1500 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства входов и выходов зданий для общественного пользования	Палата	14,3
e310 Семья и ближайшие родственники	Сестра	9,5
e1251 Вспомогательные средства и технологии коммуникации	Компьютер	9,5
e320 Друзья	Друг	4,8
e155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования	Дом	4,8

больница № 26». В качестве переходного периода для внедрения реабилитационного диагноза до использования программы была придумана бумажная форма, где не было кодов МКФ (приложение). Переходная форма реабилитационного диагноза представляет собой таблицу, в которой выделено четыре группы проблем пациента: активность и участие, контекстуальные факторы, функции и структуры. Во время заседания (обхода) реабилитационной командой в текущем режиме в предложенную форму вносятся проблемы пациента в категориях МКФ. Проблему каждый специалист формулирует своими словами. Напротив каждой проблемы указывается специалист, который с этим работает. Также напротив каждой проблемы указывается способ ее решения (реабилитационная технология). Такая бумажная форма позволяет реализовать проблемно-ориентированный, пациент-центрированный подход и помогает внедрить мультидисциплинарный принцип. Заполненная форма реабилитационного диагноза с указанием ответственных участников бригады и реабилитационных технологий является планом реабилитации. После использования переходной формы реабилитационного диагноза реабилитационной команде проще перейти к работе с программой, которая позволяет реализовать на практике все базовые принципы реабилитации.

Во 2-ю фазу Пилотного проекта в больнице на неврологических отделениях и отделении реабилитации была применена компьютерная программа, и реабилитационный диагноз для пациентов с инсультом устанавливался с ее использованием [7]. В данный анализ попали 70 пациентов с 1-го и 2-го этапов реабилитации в соответствии с критериями Пилотного проекта [5]. Программа позволила посчитать статистику основных нарушений и ограничений, которые составили реабилитационный диагноз (табл. 1 – 4).

Данные, приведенные в табл. 1 – 4, отражают список наиболее распространенных проблем пациента с инсультом, сформулированных в категориях и кодах МКФ, которые получали лечение и реабилитацию в нашей больнице. Так, благодаря внедрению МКФ с помощью программы «ICF-reader» нам удалось не только реализовать принципы реабилитации, но и получить статистические данные распределения инвалидности и ограничения жизне-

Таблица 3
Структуры, нарушенные при инсульте по результатам работы отделения 1-го этапа

Название и код домена	Ключевые слова	%
S4101 Артерии	Стеноз артерий (операция)	33,3
S4100 Сердце	Сердце, инфаркт	23,8
S43010 Бронхиальное дерево	Бронхит	14,3
S110 Структуры головного мозга	Головной мозг (очаг ишемии, гематома)	9,5
S4301 Легкие	Пневмония	4,8

деятельности. Эти данные, в том числе, отражают список тех проблем пациента, который видит реабилитационная команда, что является отражением компетентности реабилитационной команды. Такие данные делают прозрачным весь процесс реабилитации. Отдельно производился анализ выявленных проблем пациента в реабилитационном диагнозе и состав мультидисциплинарной команды, проводящей осмотр данного пациента. Замечено, что при отсутствии какого-либо специалиста в составе бригады (по объективным причинам: ушел в отпуск, заболел, занимается другим тяжелым пациентом и др.) в реабилитационный диагноз не вносятся домены и проблемы, относящиеся к компетенции данного специалиста. Например, если психолог отсутствует в составе команды, то у пациента не выявляются в должной мере проблемы коммуникации с родственниками и реабилитационной командой, и мы получаем в некоторых ситуациях гипер- или гиподиагностику тревоги и депрессии, нет данных об особенностях характера, когнитивные проблемы оцениваются очень поверхностно, не создается мотивация к восстановлению и т. д.

Таблица 4
Функции, нарушенные при инсульте по результатам работы отделения 1-го этапа

Название и код домена	Ключевые слова	%
b7302 Сила мышц одной стороны тела	Гемипарез	85,7
b320 Функции артикуляции	Дизартрия	57,1
b420 Функции артериального давления	Артериальная гипертензия	28,6
b455 Функции толерантности к физической нагрузке	Снижение толерантности к нагрузке	19,0
b7352 Тонус мышц одной стороны тела	Высокий тонус	14,3
b152 Функции эмоций	Тревога/депрессия	14,3
b28014 Боль в верхней конечности	Боль в плече	14,3
b1670 Восприятие языка	Афазия	14,3
b1303 Сила желаний	Зависимость (курение, алкоголизм)	14,3
b260 Проприоцептивная функция	Чувствительные нарушения	14,3
b117 Интеллектуальные функции	Когнитивный	9,5
b2300 Восприятие звука	Глухота	4,8
b760 Контроль произвольных двигательных функций	Атаксия	4,8
b2401 Головокружение	Головокружение	4,8
b4100 Темп сердечных сокращений	Аритмия	4,8
b510 Функции приема нутриентов	Дисфагия	4,8
b28010 Боль в голове и шее	Головная боль	4,8
b156 Функции восприятия	Неглект	4,8
b530 Функции сохранения массы тела	Ожирение	4,8

В результате работы были выявлены наиболее частые ошибки в работе с МКФ и реабилитационным диагнозом:

- психолог не формулирует выявленные проблемы;
- невролог пишет только неврологический статус – неврологические дисфункции;
- не учитывается среда, в которой живет пациент (профессия, хобби, привычные аспекты жизненной активности);
- забывают про родственников, а родственники – важный ресурс реабилитации;
- фокус внимания в команде локализован на процессе, а важнее сфокусироваться на проблеме (описывают что было у больного (подробно анамнез), а нужно – что актуально сейчас);
- нет сроков достижения цели и выполнения задач;
- эрготерапевт не пишет заключений по результатам осмотра (нужна стандартная форма и алгоритм заключения эрготерапевта, например, на основе шкалы FIM и COPM);
- не спрашивают у больного, кем он работает и чем он живет. Это не отнимет много времени, но изменит отношение пациента к врачам и позволит понять направление, в котором будет строиться программа реабилитации;
- нет понимания, что скрывается под истинным названием доменов МКФ;
- МКФ оценивает один специалист, а не МДБ;
- отказ от части разделов МКФ (чаще всего отказываются от разделов активности и участия + факторы среды);
- нет понимания, как использовать понятия активности и участия, а также факторов среды в клинической практике, в «старой» системе мы в основном работали с функцией и структурой;
- путают активность и участие или функцию с активностью;
- не оценивают в разделах активности и участия фактическое выполнение (реальное) и выполнение с помощью (потенциальное);
- выбирают домены МКФ по принципу чем меньше, тем лучше, а не исходя из реальной практики;
- относятся к МКФ как к шкале, а, на самом деле, это функциональных диагнозов с указанием степени тяжести нарушения.

Известно, что среди специалистов, длительно работающих в реабилитации по «привычной» модели, существует позиция, что установка реабилитационного диагноза отнимает много времени и это дополнительная бумажная работа. Поэтому мы в нашей работе анализировали среднее время осмотра одного пациента при поступлении в отделение реабилитации 1-го и 2-го этапов. Среднее время осмотра составило 10 (9; 13,5) мин (медиана [перцентиль 25%; 75%]). Это значит, что на одного пациента уходит от

5 до 15 мин. За это время команда успевает осмотреть и обсудить пациента, составить реабилитационный диагноз, назначить ответственных специалистов из команды и составить реабилитационный план на неделю, решить вопрос о реабилитационном потенциале и дальнейшей маршрутизации пациента. Мы отмечаем, что, судя по характеру работы в нашей команде, можно еще сократить время обхода и осмотра пациента. Сокращение времени на мультидисциплинарное обсуждение пациента может быть достигнуто путем подготовки к обходу, создания алгоритма ответа каждого участника мультидисциплинарной бригады, составления заранее списка возможных реабилитационных интервенций и технологий (это позволит не тратить время на объяснение характера вмешательства, каждый участник знает и понимает, какие возможны интервенции).

ВЫВОДЫ

На основе проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Внедрение в реабилитационный процесс для больных с инсультом такого понятия (инструмента), как «реабилитационный диагноз в категориях МКФ», в корне меняет характер работы реабилитационной команды.
2. Выполнение требований «новой» модели реабилитации через внедрение реабилитационного диагноза и реабилитационного плана подталкивает реабилитационную команду к реализации базовых принципов современной реабилитации: биопсихосоциальная модель заболевания, мультидисциплинарный принцип, пациент-центрированный принцип, проблемно-ориентированный подход и персонализированный принцип.
3. Реализация мультидисциплинарного принципа работы команды и использование программы «ICF-reader» приводит к сокращению времени и интенсификации реабилитационного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Г. Е., Аронов Д. М., Белкин А. А. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» // Вестник восстановит. мед. – 2016. – № 2 (72). – С. 2–6. URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=26183739>.
2. Иванова Г. Е., Белкин А. А., Беляев А. Ф. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол // Вестник Иванов. мед. акад. – 2016. – Т. 21. – № 1. – С. 6–11.
3. Иванова Г. Е., Белкин А. А., Беляев А. Ф. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при острых нарушениях мозгового кровообращения // Вестник Иванов. мед. акад. – 2016. – Т. 21. – № 1. – С. 19–22.
4. Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шмонин А. А. и др. Медикаментозная поддержка реабилитационного процесса при острых нарушениях мозгового кровообращения

ния // *Consilium Medicum*. — 2016. — Т. 18. — № 2. — С. 20–25.

5. Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Шмонин А. А. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Протокол второй фазы проекта // Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. — 2016. — № 2. — С. 27–34.

6. Шмонин А. А. Биопсихосоциальная модель пациента с инсультом: роль факторов среды в реабилитации // А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // *Consilium Medicum*. — 2016. — Т. 18. — № 2. — С. 14–20.

7. Шмонин А. А., Никифоров В. В., Мальцева М. Н. и др. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» — программа «ICF-reader» // Вестник Иванов. мед. акад. — 2016. — Т. 21. — № 1. — С. 66–70.

8. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) // *Exposures draft for comment*. — Geneva: WHO, 2013. — 127 p.

9. Geyh S., Cieza A., Schouten J. et al. ICF Core Sets for stroke // *J. Rehabil. Med.* — 2004. — № 44. — Suppl. — P. 135–141. PubMed PMID: 15370761.

10. Gutenbrunner C. et al. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe // 2006 by Section of Physical and Rehabilitation Medicine and European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS) and Academie Europeenne de Medecine de Readaptation. — 46 p.

11. Jelsma J., Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study // *Physiother.* — 2011. — № 97. — P. 47–54.

12. Snyman S., Goliath C., Clarke M. et al. Transforming health professions education: Applying the ICF framework to equip students to strengthen health systems in an interdependent world. — 2012. — oct. Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.

13. Stallinga H., Roodbol P., Annema C. et al. Functioning assessment versus conventional medical assessment. — 2012. — oct. Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.

14. URL: <http://rehabrus.ru>.

15. URL: <http://www.icf-core-sets.org/>.

16. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International. — 127 p.

РЕЗЮМЕ

А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, В. В. Никифоров, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова, В. И. Дорофеев

Предварительные результаты реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в СПбГУЗ «Городская больница № 26». Использование программы «ICF-reader» и Международной классификации функционирования для установки реабилитационного диагноза

Статья посвящена реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в Городской больнице № 26 Санкт-Петербурга. На опыте реабилитации пациентов с инсультом на 1-м этапе проведен анализ использования Международной классификации функционирования (МКФ) с целью установки реабилитационного диагноза и управления реабилитационным процессом с помощью программы «ICF-reader». Выявлены ключевые моменты и ошибки использования МКФ в реабилитационном диагнозе. Приведены данные по частоте использования различных доменов

МКФ в практике реабилитации. В нашей работе анализировали среднее время осмотра мультидисциплинарной командой одного пациента при поступлении в отделение реабилитации 1-го и 2-го этапов. Среднее время осмотра составило 10 (9; 13,5) мин (медиана [перцентиль 25 %; 75 %]). Это значит, что на одного пациента уходит от 5 до 15 мин. За это время команда успевает осмотреть и обсудить пациента, составить реабилитационный диагноз, назначить ответственных специалистов из команды и составить реабилитационный план на неделю, решить вопрос о реабилитационном потенциале и дальнейшей маршрутизации пациента. Внедрение в реабилитационный процесс для больных с инсультом такого понятия (инструмента), как «реабилитационный диагноз в категориях МКФ» в корне меняет характер работы реабилитационной команды. Выполнение требований «новой» модели реабилитации через внедрение реабилитационного диагноза и реабилитационного плана подталкивает реабилитационную команду к реализации базовых принципов современной реабилитации: биопсихосоциальная модель заболевания, мультидисциплинарный принцип, пациент-центрированный принцип, проблемно-ориентированный подход и персонализированный принцип. Реализация мультидисциплинарного принципа работы команды и использование программы «ICF-reader» приводит к сокращению времени и интенсификации реабилитационного процесса.

Ключевые слова: реабилитация, Пилотный проект, инсульт, Международная классификация функционирования, «новая» модель реабилитации, мультидисциплинарный принцип, программа «ICF-reader».

SUMMARY

A. A. Shmonin, M. N. Maltseva, V. V. Nikiforov, E. V. Melnikova, G. E. Ivanova, V. I. Dorofeev

Preliminary results of the Pilot Project «Development of the Medical Rehabilitation System in the Russian Federation» in the city hospital № 26 (Saint Petersburg). Using «ICF-reader» and the International Classification of Functioning for Setting Rehabilitation Diagnosis

This article focuses on the implementation of the pilot project «Development of the medical rehabilitation system in the Russian Federation» in the city hospital № 26 (Saint Petersburg). By the experience of rehabilitation of stroke patients at the 1 stage, we analyzed the use of ICF for the purpose of setting a rehabilitation diagnosis and management of the rehabilitation process using the program «ICF-reader». We identified key issues and errors of ICF use in rehabilitation diagnosis. The article presents data on the frequency of using the different ICF domains in practice of rehabilitation. In this paper, we analyzed the average time of inspection of one patient by multidisciplinary team at admission to rehabilitation of the 1st and 2nd stages. The average time of examination was 10 [9; 13.5] minutes (median [percentile 25 %; 75 %]). Thus, the inspection of one patient needs of 5 to 15 minutes. During this period, the team has time to examine and discuss the patient, to make a diagnosis rehabilitation, to assign responsible specialists from the team and to make a rehabilitation plan for a week, to solve the issue of the rehabilitation potential and future patient routing. The introduction into rehabilitation process for stroke patients of such notion (tool) as rehabilitation diagnosis in terms of ICF fundamentally changes the nature of work of the rehabilitation team. Compliance with the «new» model of rehabilitation through implementation of the rehabilitation diagnosis and rehabilitation plan encourages the rehabilitation team to implement the basic principles of modern rehabilitation: the bio-psycho-social model of disease, multi-disciplinary principle, patient-centered principle,

