

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

**Г. Е. Иванова, Е. В. Мельникова,
А. А. Шмонин, Д. М. Аронов,
А. А. Белкин, А. Ф. Беляев,
Р. А. Бодрова, М. Г. Бубнова,
Т. В. Буйлова, И. Е. Мишина,
В. В. Никифоров, С. В. Прокопенко,
А. М. Сарана, Л. В. Стаховская,
А. Ю. Суворов, Д. Р. Хасанова,
М. Б. Цыкунов, Н. А. Шамалов**

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». ПРОТОКОЛ ВТОРОЙ ФАЗЫ

Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России»

Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» реализуется с 1 сентября 2015 г. в 13 субъектах России. Проект предусматривает переход на новую модель медицинской реабилитации пациентов с различными заболеваниями. В качестве моделей заболеваний были выбраны три группы пациентов: с церебральным инсультом, инфарктом миокарда и после эндопротезирования тазобедренного сустава.

В проекте предусмотрены две фазы исследования, когда одни и те же реабилитационные центры работают сначала по «старой модели» (в первой фазе), а далее, после набора нужного для статистики количества пациентов, центры — участники исследования переходят к «новой» модели (вторая фаза). Протокол Первой фазы Пилотного проекта был опубликован в журнале «Вестник Ивановской медицинской академии» [2].

Проект зарегистрирован в международном регистре клинических исследований Clinical Trials.gov под названием «The Pilot Project Development Of MEdical Rehabilitation System in Russian Federation (DOME)» и идентификационным номером NCT02793934.

Основания для проведения пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»:

— Письмо заместителя Министра здравоохранения Т. В. Яковлевой от 14 августа 2015 г. № 17-5/10/2-4691 «О проведении пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»;

— Письмо первого заместителя Министра здравоохранения И. Н. Каграманяна от 26 августа 2015 г. №16-2/10/2-4972 «О проведении пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»;

— Письмо заместителя Министра здравоохранения Т. В. Яковлевой от 22 января 2016 г. №16-2/10/2-264 «О проведении пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»;

— Письмо главного специалиста МЗРФ по медицинской реабилитации Г. Е. Ивановой от 8 февраля 2016 г. № 2016-01-12 к руководителям органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, руководителям медицинских организаций — участникам Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» «ICF-reader — система мониторинга».

Во 2-й фазе Пилотного проекта медицинские организации реализуют проблемно-ориентированный пациент-центрированный мультидисциплинарный подход [2], с применением Международной классификации функционирования (МКФ), использованием клинических шкал с целью проведения своевременной экспертизы и маршрутизации пациентов в медицинские организации или их структурные подразделения для продолжения реабилитационных мероприятий, адекватных характеру и уровню функциональных нарушений, с обязательным применением новых управленческих технологий работы мультидисциплинарных бригад (МДБ) и современных реабилитационных технологий.

Во 2-й фазе пилотного проекта в составе МДБ появляется новый специалист — эрготерапевт. Выполнять функциональные обязанности эрготерапевта после специального обучения могут специалисты, имеющие высшее педагогическое, высшее психологическое, сестринское или высшее медицинское образование.

Также продолжается сбор информации о пациентах в программе «ICF-reader». Основная задача, которая решается с помощью МКФ, — это установка реабилитационного диагноза [10]. МКФ содержит информацию обо всех компонентах здоровья пациента, поэтому позволяет описать не только проблемы ограничения подвижности, боли, слабости, но и иные проблемы пациента, возможно, не связанные с основным заболеванием, которые могут иметь куда более важное значение. Так, влиять на функционирование могут следующие распространенные факторы: взаимоотношения в семье («муж — жена», «родители — дети»), финансовое положение семьи, профессия человека, обустройство палаты или квартиры, наличие или отсутствие лифта, наличие ухаживающего лица,

установки и убеждения пациента и его родственников. Описывая проблемы пациента в категориях МКФ, мы составляем список проблем пациента, которые следует решить для помощи больному. Проблемы пациента (сформулированные в виде доменов МКФ) могут решаться не только медицинскими методами (операция, лекарство, лечебная физкультура), но и психологической коррекцией, подбором деятельности для пациента и воздействием на родственников (работа с убеждениями родственников, обучение и переобучение). Поэтому для реализации новой модели реабилитации и использования МКФ важно работать в мультидисциплинарной бригаде при наличии психолога и эрготерапевта, поскольку у врача и методиста ЛФК может не хватить времени и компетенций для того, чтобы увидеть эти проблемы и работать с ними. Для правильного использования МКФ в программе «ICF-reader» участникам реабилитационного процесса предложено пройти обучение в форме видеокурса. Таким образом, при работе с МКФ во вторую фазу Проекта:

- программа позволяет формулировать реабилитационный диагноз – список проблем пациента в категориях МКФ;

- МКФ служит инструментом планирования лечебного и реабилитационного процесса, т. е. выявленные нарушения в форме МКФ одновременно являются целью для разных участников реабилитационной мультидисциплинарной команды;

- выступает как клинический инструмент для оценки потребностей, сравнения вариантов терапии, оценки профессиональной пригодности, реабилитации и оценки результатов вмешательств;

- дает возможность вводить диагностированные у больного нарушения в виде доменов МКФ по названию и коду доменов МКФ, по ключевым словам и комментариям;

- предусматривает оценку по утвержденным шкалам для реабилитации с возможностью одновременного перевода выявленных нарушений из шкалы в реабилитационный диагноз по МКФ;

- дает возможность визуализировать выявленные нарушения в виде графиков и диаграмм для лучшего понимания степени и характера нарушений;

- позволяет сформировать общий язык для описания показателей здоровья с целью улучшения взаимопонимания между различными участниками реабилитационного процесса – врачами, медсестрами, логопедами, психологами, работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая инвалидов;

- позволяет передавать информацию между разными этапами реабилитации и разными стационарами;

- обеспечивает систематизированную схему кодирования для информационных систем;

- обеспечивает научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;

- выступает как статистический инструмент для сбора и накопления информации (например, в популяционных исследованиях, эпидемиологическом мониторинге или при создании информационных систем);

- выступает как инструмент обучения для разработки учебных планов, пропаганды и проведения общественных акций;

- делает сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени.

Для работы с МКФ с целью формулирования реабилитационного диагноза нами разработаны правила использования МКФ в Пилотном проекте и в программе «ICF-reader»:

- 1) МКФ носит описательный характер и предназначена, в первую очередь, для описания проблем пациента и установления целей реабилитации для каждого участника мультидисциплинарной бригады (МДБ) и для пациента;

- 2) оценка нарушений происходит участниками МДБ в течение нескольких дней (например, трех дней);

- 3) каждый член МДБ по мере получения информации о пациенте (оценка по шкале, осмотр, заполнение опросников пациентом или его родственниками, инструментальные исследования, тестирование функции с использованием приборов и др.) вводит информацию в бланк МКФ в соответствии со своей компетенцией;

- 4) оцениваются все функции и структуры, активность и участие и контекстные факторы, но заполняются только те разделы формы МКФ, в которых есть нарушения у пациента или которые актуальны для больного;

- 5) для разделов МКФ, где не применяются общепризнанные шкалы, возможно введение информации в форму МКФ на основании опыта специалиста без использования специализированных шкал (в первую очередь, активность и участие, факторы среды);

- 6) заполненная форма МКФ является протоколом мультидисциплинарной бригады.

Программа «ICF-reader» ведет учет логинов и при мониторинговании (внутреннем электронном аудите) позволяет учитывать того, кто вводит данные в систему. Данная опция позволяет выявить главный вопрос – как работает мультидисциплинарная команда. Предварительный анализ 1-й фазы Пилотного проекта показал, что введение данных в систему осуществляется одним специа-

листом. Обычно это либо регистратор, либо специалист по профилю (кардиолог, невролог или травматолог).

Во 2-й фазе проекта, так же как и в 1-й, для включения пациента и учета его в системе мониторинга независимо от профилей формулируются критерии включения/невключения. В исследовании принимают участие все пациенты, имеющие критерии включения и не имеющие критериев неключения. Но во 2-ю фазу Пилотного проекта созданы четко регламентированные критерии перевода с этапа на этап, выработанные профессиональным сообществом (Союз реабилитологов России). Перевод пациентов на последующие этапы реабилитации в учреждениях, принимающих участие в Пилотном проекте, возможен только в соответствии с приведенными в данной публикации критериями.

Авторы проекта хотели бы отдельно обратить внимание на то, что в Пилотном проекте критерии включения используются для учета пациентов в системе. Однако, согласно законодательству, все пациенты, которые нуждаются в реабилитации, должны ее получать. Противопоказаний для реабилитации в целом нет. Могут быть противопоказания к отдельным методикам и технологиям. Так, даже очень тяжелый пациент может получить в качестве реабилитационной помощи сенсорную коррекцию, позиционирование или занятия с психологом. А при крайне низком реабилитационном потенциале действия реабилитационной команды могут быть направлены на родственников — обучение уходу и психологические занятия. Таким образом, все центры, принимающие участие в Пилотном проекте, оказывают реабилитационную помощь всем пациентам, но в электронной системе мониторинга регистрируют только тех пациентов, которые соответствуют критериям включения.

Приведем критерии перевода пациентов кардиологического профиля. Критерии включения и неключения были опубликованы ранее [4].

Критерии перевода из реанимации в отделение ранней реабилитации (кардиология и кардиохирургия):

- отсутствие нарушения сознания;
- отсутствие болевого синдрома в течение двух последних дней пребывания в отделении реанимации/интенсивной терапии;
- отсутствие расширения зоны инфаркта по ЭКГ;
- стабильность гемодинамических показателей;
- отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма (пароксизм фибрилляции предсердий, ранние, политопные желудочковые экстрасистолы, бигеминия);
- отсутствие дренажных систем.

Критерии выписки из стационара первого этапа:

- выполнение объема обследования и лечения согласно Порядку оказания медицинской помощи больным;

- стабильность основных гемодинамических показателей;

- крайне низкий реабилитационный потенциал (требуется дальнейшее амбулаторное наблюдение участковым терапевтом, в основном симптоматическое лечение, постельный/полупостельный режим, организация ухода).

Критерии перевода с первого этапа на второй (стационарный, в условиях специализированного кардиореабилитационного отделения):

- III, IV класс больных ИБС по результатам теста с 6-минутной ходьбой;

- наличие реабилитационного потенциала;

- адекватная реакция на вертикализацию и патологическая реакция на пробы с нагрузкой при ходьбе или педалировании (ноги или руки);

- толерантность к нагрузке менее 0,5 Вт на кг веса тела или менее 3 МЕТ;

- состояние после аорто-коронарного шунтирования.

Противопоказания к переводу на реабилитационное лечение любого этапа и противопоказания к физическим тренировкам были приведены в предыдущей публикации [4].

Критерии перевода на третий этап кардиореабилитации (дневной стационар):

- острый инфаркт миокарда, после лечения в специализированном кардиологическом отделении, I — II степени тяжести клинического состояния, при наличии I — II функционального класса стенокардии по данным нагрузочных проб, освоение IV ступени реабилитации;

- ИМ после эндоваскулярного вмешательства на коронарных артериях (стентирование) и лечения в отделении неотложной кардиологии (перевод с первого этапа при наличии высокого реабилитационного потенциала);

- состояние после планового эндоваскулярного вмешательства (стентирование) при наличии высокого уровня реабилитационного потенциала;

- возраст менее 75 лет;

- фракция выброса ЛЖ более 45 %;

- 1–2 сосудистых поражения;

- отсутствие устойчивых аритмий, других осложнений и сопутствующих заболеваний;

- возможность продолжения реабилитационных мероприятий на 3-м этапе (дневной стационар, специализированные санатории, амбулаторное наблюдение в условиях кардиореабилитационного центра).

В связи с появлением нового специалиста в составе МДБ — эрготерапевта, были подобраны шкалы для более эффективной работы МДБ и расширения возможностей МДБ при работе с факторами

Таблица 1

Новые шкалы во 2-й фазе Пилотного проекта по профилю "Кардиология"

№	Объем обследования пациента	Этап реабилитации			
		I	II	III	
				поликлиника, реабилитационное отделение санатория, телереабилитация	3 месяца. Телефонное интервью
24	Тест функциональной независимости (FIM)	X	X	X	-
25	Шкала активности "Ривермид"	X	X	X	-
26	Канадская оценка выполнения деятельности (COPM) (оценивает пациент вместе со специалистом)	X	X	X	-
27	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (стационар: 1-й и 2-й этапы)	X	X	-	-
28	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (амбулаторно: 3-й этап)	-	-	X*	-

* – у пациентов, проходящих реабилитации на 3-м этапе в санатории, используется стационарная версия Шкалы эрготерапевта для оценки окружения.

среды и активность/участием. В табл. 1; 2 приведены «новые» шкалы для кардиологического профиля и новое распределение обязанностей по оценке пациента бригадой.

По профилю «Неврология» в Пилотном проекте также предусмотрены критерии перевода во 2-й

фазе, которые строго регламентируют маршрутизацию пациентов, нуждающихся в реабилитации.

Критерии перевода из реанимации в отделение ранней реабилитации (наличие всех критериев обязательно):

- стабилизация витальных показателей пациента;
- уровень сознания не ниже оглушения;
- спонтанное дыхание, отсутствие показаний к ИВЛ;
- не нуждается в инотропной поддержке;
- стабильность вегетативной реакции на активную вертикализацию до положения сидя или пассивную

вертикализацию на поворотном столе до 60°.

Критерии перевода с первого этапа на второй уровень (наличие всех критериев обязательно):

– выполнены все исследования по Порядку для ОНМК;

- стабилизированы основные витальные функции;
- индекс мобильности Ривермид – 2–8 баллов;
- устойчивое вертикальное положение, в том числе с использованием технических средств;
- степень самообслуживания – 3–4 балла по модифицированной шкале Рэнкин;
- наличие положительной динамики по модифицированной шкале Рэнкин при наличии реабилитационного потенциала.

Критерии перевода с первого этапа на второй третьего уровня (наличие всех критериев обязательно):

- выполнены все исследования по Порядку для ОНМК;
- стабилизированы основные витальные функции;
- индекс мобильности Ривермид – 2–8 баллов;
- степень самообслуживания – 3–5 балла по модифицированной шкале Рэнкин;
- отсутствие динамики по модифицированной шкале Рэнкин;
- необходимость проведения расширенного нейрофизиологического обследования с целью коррекции реабилитационной программы.

Таблица 2

Распределение функциональных обязанностей по заполнению шкал во 2-й фазе Пилотного проекта по профилю "Кардиология"

Специалист МДБ	Шкала
Реабилитолог (кардиолог)	Модифицированная шкала Рэнкин. Оценка функционального класса стенокардии (Канадская классификация). ВАШ боли в грудной клетке. Оценка ФК ИБС. Оценка фракции выброса по Симпсону (ЭхоКГ). Объем форсированного выдоха (ОФВ1). Жизненная емкость легких. Степень артериальной гипертензии. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕPI. Оценка риска смерти по шкале GRACE (используется однократно при поступлении)
Психолог	Монреальская шкала оценки психического статуса (MoCA). Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
Инструктор ЛФ	Оценка функционального класса ХСН – тест с 6-минутной ходьбой (NYHA). Толерантность к физической нагрузке (ВЭМ). Оценка качества жизни (EQ-5D). Сизтлский опросник для пациентов со стенокардией (только для 2-го и 3-го этапов)
Эрготерапевт	Тест функциональной независимости (FIM)*. Шкала активности "Ривермид"*. Канадская оценка выполнения деятельности (COPM) (оценивает пациент вместе со специалистом)*. Оценка качества жизни (EQ-5D) (оценивает пациент, только для больных в сознании)*. Шкала эрготерапевта для оценки окружения (стационар: 1-й и 2-й этапы, санаторий)*. Шкала эрготерапевта для оценки окружения (амбулаторно: 3-й этап, за исключением санатория)*

Примечание: на каждом этапе оценка проводится дважды – при поступлении и при выписке; * – новые.

Критерии перевода со второго на третий этап (домой на самостоятельные занятия):

- наличие реабилитационного потенциала;
- оценка по модифицированной шкале Ренкин – 3–4 балла;
- индекс мобильности Ривермид – 5–8 баллов;

Критерии перевода на третий этап (дневной стационар, реабилитационные отделения санаториев, поликлиническая реабилитация):

- наличие реабилитационного потенциала;
- степень самообслуживания – 1–3 балла по шкале Ренкин;
- индекс мобильности Ривермид – 9–15 баллов;
- необходимость проведения комплексных реабилитационных мероприятий;

– условия проведения реабилитационных мероприятий определяются социальными показаниями (трудоспособный возраст, социально значимые категории населения и т. д.).

Критерии перевода на третий этап (дистанционно контролируемая реабилитация):

- уровень сознания пациента, позволяющий понимать и выполнять инструкции;
- наличие реабилитационного потенциала;
- необходимость проведения активной продолженной реабилитации с целью реализации реабилитационного потенциала;
- степень самообслуживания – 1–4 балла с оценкой по модифицированной шкале Рэнкин;
- наличие технической возможности проведения телереабилитации (наличие компьютера, телефона, Internet, умение пользоваться технологией).

Относительные противопоказания к направлению на реабилитационное лечение второго и третьего этапов:

- отказ пациента от реабилитационных мероприятий, заверенный подписью пациента или законного представителя;
- отсутствие мотивированности пациента для проведения реабилитационного лечения;

– клинико-лабораторные признаки острого системного инфекционно-воспалительного процесса;

Таблица 3

Новые шкалы во 2-й фазе Пилотного проекта по профилю "Неврология"						
№	Объем обследования пациента	Этап реабилитации				
		I	II	III		
				поликлиника, реабилитационное отделение санатория, телереабилитация	3 месяца. Телефонное интервью	
1	Шкала Спилберга	X	X	X	–	
2	Шкала Бека	X	X	X	–	
3	Шкала активности Ривермид	X	X	X	–	
4	Канадская оценка выполнения деятельности (COPM) (оценивает пациент вместе со специалистом)	X	X	П	–	
5	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (стационар: 1-й и 2-й этапы)	П	П	-	–	
6	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (амбулаторно: 3-й этап)	-	-	X*	–	

* – в санатории используется версия для стационара.

Таблица 4

Список шкал для каждого специалиста во 2-ю фазу исследования по профилю "Неврология"

Специалист	Шкалы
Реабилитолог (невролог)	Модифицированная шкала Рэнкин. Шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS). Модифицированная шкала Ашфорта (для больных с нарушением мышечного тонуса). Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ) (для больных с болью)
Реаниматолог	Шкала комы Глазго. Шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS)
Логопед	Тест дисфагии (MASA). Шкала нарушения речи Вассермана. Шкала дизартрии
Психолог	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (для всех больных в сознании и способных говорить или писать – оценивает сам пациент с помощью психолога). Монреальская шкала оценки психического статуса (MoCA). Шкала тревожности Спилбергера. Шкала депрессии Бека
Специалист ЛФ	Индекс мобильности Ривермид. Шкала баланса Берга. Индекс ходьбы Хаузера. Шкала комитета медицинских исследований (MRC) – 6-бальная шкала силы мышц. Тест Френчай (для больных с нарушением функции кисти и руки)
Эрготерапевт	Тест функциональной независимости (FIM) – только для больных в сознании. Шкала активности Ривермид. Канадская оценка выполнения деятельности (COPM) (оценивает пациент вместе со специалистом). Оценка качества жизни (EQ-5D) (оценивает пациент, только для больных в сознании). Шкала эрготерапевта для оценки окружения (стационар: 1-й и 2-й этапы, санаторий). Шкала эрготерапевта для оценки окружения (амбулаторно: 3-й этап, за исключением санатория)

Примечание: оценка проводится на каждом этапе реабилитации дважды – при поступлении и при выписке; * – на втором и третьем этапах исследования нет шкалы комы Глазго, остальные шкалы совпадают.

Таблица 5

Новые шкалы во 2-й фазе Пилотного проекта по профилю "Травматология и ортопедия"

№	Объем обследования пациента	Этап реабилитации			
		I	II	III	
				поликлиническая реабилитация	3 месяца. Телефонное интервью
1	Канадская оценка выполнения деятельности (СОРМ) (оценивает пациент вместе со специалистом)	X	X	X	-
2	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (стационар: 1-й и 2-й этапы, санаторий)	X	X	-	-
3	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (амбулаторно: 3-й этап, за исключением санатория)	-	-	X	-

– грубый психоорганический синдром или деменция, исключающий продуктивный контакт с окружающими;

– неотложные состояния, требующие хирургического или терапевтического или реанимационного вмешательства;

– недостаточность кровообращения II-Б-стадии и выше;

– неконтролируемые аритмии, синусовая тахикардия выше 120 уд./мин;

– полная поперечная АВ-блокада сердца;

– артериальная гипертензия, недостаточно корригируемая медикаментозной терапией с кризовым течением;

– сахарный диабет тяжелого течения или в стадии декомпенсации;

– заболевания системы крови в стадии декомпенсации.

Критерии выбытия из дальнейшего реабилитационного процесса в медицинские организации первого, второго и третьего этапов (оценка состояния пациентов в этом случае производится через 3 и 12 месяцев, после завершения реабилитации):

– высокая степень самообслуживания (оценка по модифицированной шкале Рэнкин – 0–1 баллов);

распределение обязанностей по оценке пациента бригадой.

По профилю «Травматология и ортопедия» во 2-й фазе Пилотного проекта также предусмотрены критерии перевода, которые строго регламентируют маршрутизацию пациентов, нуждающихся в реабилитации.

Критерии перевода с первого этапа на второй:

– наличие реабилитационного потенциала;

– выраженное ограничение возможностей передвижения и самообслуживания;

– резко выраженное ограничение жизнедеятельности по шкале Лекена (11 и более баллов), если менее 11 баллов – сразу на 3-й этап;

– результат по шкале Харриса (менее 60 баллов).

Критерии перевода со второго этапа на третий этап:

– наличие реабилитационного потенциала;

– умеренное ограничение возможностей передвижения и самообслуживания;

– выраженное и умеренное ограничение жизнедеятельности по шкале Лекена (10 и менее);

– результат по шкале Харриса (60 баллов и более).

В связи с появлением нового специалиста в составе МДБ для реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, эрготерапевта, были подобраны шкалы для более эффективной работы МДБ и расширения возможностей МДБ при работе с факторами среды и активностью/участием у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. В табл. 5; 6 приведены «новые» шкалы для профиля «Травматология и ортопедия» и новое распределение обязанностей по оценке пациента бригадой.

Таблица 6

Список шкал для каждого специалиста во 2-ю фазу Пилотного проекта по профилю "Травматология и ортопедия"

Специалист МДБ	Шкала
Реабилитолог (травматолог)	Модифицированная шкала Рэнкин
Психолог	Госпитальная шкала тревоги и депрессии
Инструктор ЛФ	Шкала Харриса.
	Шкала Лекена
Эрготерапевт	Канадская оценка выполнения деятельности (СОРМ) (оценивает пациент вместе со специалистом). Оценка качества жизни (EQ-5D).
	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (стационар: 1-й и 2-й этапы, санаторий).
	Шкала эрготерапевта для оценки окружения (амбулаторно: 3-й этап, за исключением санатория)

Примечание: оценка проводится на каждом этапе реабилитации дважды – при поступлении и при выписке.

– отсутствие реабилитационного потенциала (паллиативная помощь, уход).

В связи с появлением нового специалиста в составе МДБ для реабилитации пациентов с инсультом, эрготерапевта, были подобраны шкалы для более эффективной работы МДБ и расширения возможностей МДБ при работе с факторами среды и активностью/участием у больных с инсультом. В табл. 3; 4 приведены «новые» шкалы для неврологического профиля и новое

распределение обязанностей по оценке пациента бригадой.

По профилю «Травматология и ортопедия» во 2-й фазе Пилотного проекта также предусмотрены критерии перевода, которые строго регламентируют маршрутизацию пациентов, нуждающихся в реабилитации.

Критерии перевода с первого этапа на второй:

– наличие реабилитационного потенциала;

– выраженное ограничение возможностей передвижения и самообслуживания;

– резко выраженное ограничение жизнедеятельности по шкале Лекена (11 и более баллов), если менее 11 баллов – сразу на 3-й этап;

– результат по шкале Харриса (менее 60 баллов).

Критерии перевода со второго этапа на третий этап:

– наличие реабилитационного потенциала;

– умеренное ограничение возможностей передвижения и самообслуживания;

– выраженное и умеренное ограничение жизнедеятельности по шкале Лекена (10 и менее);

– результат по шкале Харриса (60 баллов и более).

В связи с появлением нового специалиста в составе МДБ для реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, эрготерапевта, были подобраны шкалы для более эффективной работы МДБ и расширения возможностей МДБ при работе с факторами среды и активностью/участием у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. В табл. 5; 6 приведены «новые» шкалы для профиля «Травматология и ортопедия» и новое распределение обязанностей по оценке пациента бригадой.

В результате реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» планируется получить данные, которые будут ис-

пользованы для решения ключевых вопросов медицинской реабилитации в России: маршрутизация, разработка МДБ, оценка реабилитационного потенциала пациента, оценка реабилитационной способности центра, управление системой реабилитации.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Вузы, принимающие участие в проекте

1. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, 101990, г. Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3.
2. ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», 117997, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
3. ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.
4. ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 690002, Россия, г. Владивосток, пр. Острякова, д. 2.
5. ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Минздрава России», 420012, Россия, г. Казань, ул. Муштары, д. 11.
6. ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского», 603950, Россия, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 23.
7. ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8.
8. ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.
9. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1.
10. СПбГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района», 197706, Россия, г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова, д. 9.
11. ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, Россия, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.
12. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова Минздрава России», 127299, Россия, г. Москва, ул. Приорова, д. 10.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р.
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., Буйлова Т. В., Цыкунов М. Б. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при эндопротезировании тазобедренного сустава // Вестник Иванов.мед. акад. — 2016. — Т.21. — №1. — С. 23–24.

тник Иванов.мед. акад. — 2016. — Т.21. — №1. — С. 23–24.

4. Иванова Г. Е., Аронов Д. М., Бубнова М. Г. и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при остром инфаркте миокарда // Вестник Иванов.мед. акад. — 2016. — Т.21. — №1. — С. 15–18.

5. 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.

6. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (краткая версия) / Всемирная организация здравоохранения. — 2001; русс.версия. — 2003. — 133 с.

7. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья // Всемирная организация здравоохранения. — 2001; русс.версия. — 2001. — 342 с.

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

9. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия».

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (по профилю неврологии).

11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (по профилю «Кардиология»).

12. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2013. — №2. — С. 111.

13. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

14. 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.

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

16. 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.

17. Gutenbrunner C. et al. WHITE BOOK ON PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN EUROPE // 2006 by Section of Physical and Rehabilitation Medicine and European.

18. Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Europeenne des MedecinsSpecialistes (UEMS) and Academie Europeenne de Medecine de Readaptation. — 46 p.

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

РЕЗЮМЕ

Г. Е. Иванова, Е. В. Мельникова, А. А. Шмонин, Д. М. Аронов, А. А. Белкин, А. Ф. Беляев, Р. А. Бодрова, М. Г. Бубнова, Т. В. Буйлова, И. Е. Мишина, В. В. Никифоров, С. В. Прокопенко, А. М. Сарана, Л. В. Стаховская, А. Ю. Суворов, Д. Р. Хасанова, М. Б. Цыкунов, Н. А. Шамалов

Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Протокол второй фазы

Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» — большой всероссийский проект, призванный преобразовать систему оказания реабилитационной помощи больным с инсультом, инфарктом и после эндопротезирования тазобедренного сустава. Данная статья является второй в серии публикаций протокола Проекта. В данной публикации приведены критерии перевода с 1-го на 2-й этапы реабилитации и со 2-го на 3-й по всем трем профилям проекта. Прописаны особенности работы во 2-й фазе проекта, где реализована новая модель реабилитации с оценкой по МКФ, установкой реабилитационного диагноза, работой в мультидисциплинарной команде и введением новой специальности — эрготерапии.

Ключевые слова: Пилотный проект, реабилитация, Международная классификация функционирования (МКФ), эрготерапия, инсульт, инфаркт, эндопротезирование тазобедренного сустава.

SUMMARY

G. E. Ivanova, E. V. Melnikova, A. A. Shmonin, D. M. Aronov, A. A. Belkin, A. F. Belyaev, R. A. Bodrova, M. G. Bubnova, T. V. Builova, I. E. Mishina, S. V. Prokopenko, A. M. Sarana, L. V. Stakhovskaya, A. Yu. Suvorov, D. R. Khasanova, M. B. Tsykunov, N. A. Shamalov

Pilot project «development of medical rehabilitation system in russian federation». Protocol of second stage

The Pilot project «Development of medical rehabilitation system in Russian Federation» is the large Russian project which is intended to transform system of rehabilitation care for patients with stroke, heart attack, and after total hip arthroplasty. The present article is the second one in the series of publications of the Project's protocol. The publication shows the criteria of translation from 1 to 2 stages of rehabilitation and from 2 to 3 stages for all three profiles of the project. Working peculiarities of the second phase of the project are prescribed which realizes the new model of rehabilitation with assessment according to the ICF, determination of rehabilitation diagnosis, work in multidisciplinary team and the introduction of a new speciality — ergotherapy.

Keywords: pilot project, rehabilitation, international classification of functioning (ICF), ergotherapy, stroke, heart attack, total hip arthroplasty.