

## БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ В КАТЕГОРИЯХ МКФ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЛАН

УДК 616.12-005.4+614.25:31

Шмонин А.А.<sup>1,2,3</sup>, Мальцева М.Н.<sup>1,3,4</sup>, Мельникова Е.В.<sup>1,3,4</sup>, Иванова Г.Е.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

<sup>3</sup>СПб ГБУЗ "Городская Больница №26", Санкт-Петербург, Российская Федерация.

<sup>4</sup>АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии» 197229, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

<sup>5</sup>ФДПО Российский национальный Исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российская Федерация.

## BASIC PRINCIPLES OF MEDICAL REHABILITATION, REHABILITATION DIAGNOSIS IN THE ICF CATEGORIES AND REHABILITATION PLAN

Shmonin AA<sup>1,2,3</sup>, Maltseva MN<sup>1,3,4</sup>, Melnikova EV<sup>1,3,4</sup>, Ivanova GE<sup>5</sup>

<sup>1</sup>The first St. Petersburg State Medical University n.a. Acad. IP Pavlov, St. Petersburg, Russian Federation.

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution "North-West Federal Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation.

<sup>3</sup>St. Petersburg City Clinical Hospital "City Hospital No. 26", St. Petersburg, Russian Federation.

<sup>4</sup>ANO "Community of support and development of canic therapy" 197229, St. Petersburg, Russian Federation.

<sup>5</sup>PDPO Russian National Medical Research University n.a. N.I. Pirogov Ministry of Health of Russia, Russian Federation.

Реабилитация – это координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий в целях подготовки (или переподготовки) индивидуума на оптимум работоспособности [12, 13]. Данное определение фигурирует в отечественной и зарубежной литературе достаточно давно. На практике очень часто реабилитация представляет собой простое сочетание методов, каждый из которых способен восстановить отдельную функцию или деятельность. Однако именно координированное применение этих технологий, целью которого является восстановление прежней или даже новой жизненной активности, комфортной и желаемой пациентом, будет главным приоритетом. Ключевой вопрос – как практически реализовать позиции, отраженные в определении реабилитации? Действенным инструментом такой реализации может выступить международная классификация функционирования (МКФ), в категориях которой устанавливается реабилитационный диагноз [10, 18, 19].

Реабилитация взрослых и детей на стационарном или амбулаторном этапе, а также в отделениях реанимации и интенсивной терапии осуществляется в рамках биопсихосоциальной модели в соответствии с универсальными принципами: пациент-центрированным подход, мультидисциплинарность, ранее начало реабилитационных мероприятий, непрерывность, этапность и преемственность [1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 19].

Биопсихосоциальная модель подразумевает, что социальные и психологические факторы играют большую роль в жизни больного человека, поэтому для эффективной реабилитационной и лечебной помощи им следует уделять большое внимание. В рамках биопсихосоциальной модели рекомендуется привлекать внимание участников реабилитации и персонала к вопросам обустройства среды медицинского учреждения, в котором проводится реабилитация, работы с родственниками, обсуждению привычной деятельности, религии, семьи, профессии, хобби, финансового и материально-состояния, домашнего обустройства и других важных составляющих жизни пациента. Биопсихосоциальная модель подразумевает, что лечат человека, а не болезнь, что человек – это не только тело, но и психика, что человек – это личность с индивидуальным опытом и реакциями. В процесс реабилитации необходимо включать работу с психоэмоциональной составляющей человека. Время, потраченное на работу с мотивацией, психоэмоциональными реакциями пациента, даст в конечном счете большую эффективность и большую экономию [13].

Чтобы лучше понять биопсихосоциальную модель, рекомендуется относиться к пациенту и его родственникам так, как бы Вы хотели, чтобы отнеслись к Вам или Вашим родственникам в такой ситуации. В ряде учебных центров проводятся тренинги, где персоналу клиники предлагается занять койку пациента, чтобы понять

его ощущения. Данная форма является более понятной, чем лекционный материал или наставления авторитетного преподавателя.

В результате заболевания, травмы или просто госпитализации развивается ограничение жизненной активности и привычной деятельности. Деятельность – это то, из чего состоит наша жизнь: прием пищи, посещение туалета и реализация функций мочевого пузыря и кишечника, прием ванны или душа, перемещение, уход за собой (бритье, причесывание, макияж, уход за ногтями и др.), сексуальная активность, сон и отдых, общение и многое другое. Человек получает удовольствие от занятия любимым видом деятельности. Следует признать, что лишение человека характерной и привычной для него деятельности может привести к нарушениям и ограничениям, в том числе инициировать развитие заболевания. Заболевания и травмы приводят к ограничениям деятельности. Возвращение человеку привычной деятельности является приемом реабилитации и может приводить не только к улучшению самочувствия, но и к регрессу симптомов соматического или иного расстройства. Вопросы деятельности, которые неразрывно связаны с факторами среды входят в спектр компетенций, за которые в мультидисциплинарной бригаде (МДБ) отвечает эрготерапевт [8].

Биопсихосоциальный подход требует более активного понимания психологических потребностей пациента и умения расшифровывать и корректировать его эмоциональное состояние. Также этот подход подразумевает привлечение к процессу лечения и реабилитации различных специалистов, включающихся в обсуждение различных сторон здоровья и поведения пациента. Такое обсуждение дает больше информации и распределяет нагрузку в МДБ.

Исследования и практика показывают, что у пациентов имеются общие психоэмоциональные характеристики, которые связаны с основным заболеванием. Частично это обусловлено тем, что особенности психики пациента, тип его реакции на стресс, на события в его жизни, тип приспособительных реакций приводят к развитию связанных соматических проявлений. Например, люди с активной, конфликтной реакцией на жизненные события, с привычкой винить внешние источники в своих проблемах, склонны к гипертонической болезни и инсульту. Люди, переживающие неприятности скрытно, имеющие тенденцию скрывать эмоции, обвинять себя, оказываются более склонны к инфарктам миокарда. Вместе с тем, личность пациента претерпевает изменения под влиянием болезни. Личность приспособляется к новому состоянию посредством механизмов адаптации, и это приводит к изменениям в психоэмоциональном состоянии, порой доходящих до состояния патологии. «Адаптация есть приспособительный процесс, активно изменяющий личность» (А. Реан, 1998). Любое заболевание, приводящее к ограничению двигательной активности или угрожающее жизни, вызывает необходимость приспособить психику к новым условиям. Лишь единицы людей с уникальными способностями к адаптации могут эффективно адаптироваться без сторонней помощи.

Психика человека – это психика социального существа, она формируется с установками на взаимодействие с другими людьми. Социальная поддержка родственников и тем более специалистов повышает возможности адаптации человека, перенесшего заболевание.

Реализация на практике биопсихосоциального подхода сокращает время работы с пациентом, вовлекает в процесс работы самого больного, за счет чего увеличивает удовлетворенность пациента оказанной помощью, повышает качество диагностики и реабилитации, позволяет часто разрешить те проблемы, которые раньше реабилитационной команде казались неразрешимыми.

Пациент-центрированный принцип заключается в учете индивидуальных потребностей пациента, его запросов и целей. Также важно учитывать психологическое состояние пациента, его переживания, страхи, убеждения и предрассудки, потребность в информации о заболевании, состоянии и дальнейших перспективах восстановления, в удобной и понятной для пациента форме. Информирование пациента, обустройство среды пациента, применение усилий по решению социальных и материальных проблем, восстановление повседневной активности и привычной для пациента деятельности является составляющими реабилитационной работы и также важно, как и решение медицинских вопросов.

Нами было проведено исследование [5, 6, 7, 8, 9], в котором было показано, что своевременное информирование пациента о заболевании, факторах среды (больница, лечащий врач, перспективы лечения и реабилитации, определение во времени и пространстве) позволяет предотвратить тревогу и депрессию. Пациент нуждается в том, чтобы ему объяснили все, что его интересует о состоянии здоровья и той системе, в которой он получает медицинскую помощь. Такое объяснение должно проводиться в удобной и доступной (понятной) форме для пациента. Любой пациент нуждается, чтобы его признавали, как личность с учетом его видения мира, его опыта, его индивидуальных жизненных устремлений и установок. В конечном итоге, пациент имеет право на когнитивные нарушения, на непонимание, того, что с ним происходит, на плохое настроение, на принятие собственного решения вплоть до отказа от лечения.

С этой точки зрения не бывает пациентов с «плохим характером» и «конфликтных родственников», бывают пациенты и родственники, которым не оказали психологической поддержки. Нами было проведено исследование среди родственников пациентов с инвалидностью и выраженным ограничением жизнедеятельности [6]. Все родственники пациентов с инвалидностью, проживающие вместе с ними, имеют депрессию тяжелой и средней степени выраженности по шкале депрессии Бека. Полученные результаты позволяют с большой вероятностью предположить, что развивающаяся у членов семьи инвалида депрессия приводит к нарушению социальных связей, снижению участия всей семьи в жизни общества. Вся семья становится «инвалидной», что является нежелательным явлением не только с гуманитарной точки зрения, но имеет и отрицательное экономическое значение. Учитывая, что с позиции биопсихосоциальной модели родственники входят в состав раздела факторов среды, то есть являются составляющей здоровья пациента, то наши реабилитационные усилия и работа могут быть направлены не только на самого пациента, но и на его родственников. Это особенно актуально, когда мы не можем восстановить тяжелого пациента, но остается возможность модифицировать окружающую среду.

Мультидисциплинарная реабилитационная бригада (МДБ) – это сплоченная профессионально и пси-

хологически команда специалистов по реабилитации с отлаженной коммуникацией внутри коллектива и разделенными функциональными обязанностями как по вопросам диагностики, так и применения реабилитационных технологий. Основой работы МДБ является достижение поставленных целей и задач по восстановлению независимости пациента и активной жизнедеятельности. В состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады в обязательном порядке входят следующие специалисты: врач по физической и реабилитационной медицине, врач по профилю (например, кардиолог, ортопед, невролог, хирург, педиатр и др.), специалист по физической реабилитации, клинический психолог, эрготерапевт, медицинская сестра, сам пациент, его родственники и при необходимости логопед, социальный работник и другие специалисты.

Основной формой работы МДБ является заседание МДБ, которое может проходить в двух вариантах (форматах). В первом варианте МДБ проводит обход и осматривает пациента совместно непосредственно у постели больного в стационаре, либо в кабинете во время амбулаторного приема, во время обхода обсуждаются вопросы клинического диагноза, анамнеза пациента, а главное вопросы здоровья пациента, его функционирование и проблемы. Во втором варианте, если обход не проводится, то возможно организация осмотра пациента каждым специалистом в отдельности, а после чего все участники МДБ собираются на заседании и обсуждают вопросы здоровья пациента, его функционирование и проблемы. Пациент и его родственники должны привлекаться на заседание МДБ в целях повышения качества оказанной помощи, удовлетворенности пациента, а также улучшения результатов реабилитации. Каждый участник МДБ в рамках своих компетенций дает заключение о функционировании пациента, что отражается в реабилитационном диагнозе. Каждый участник МДБ имеет право высказывать свое мнение о пациенте, аргументировать свою позицию и отстаивать ее. Координатором и ответственным за реабилитационный процесс в целом в МДБ является врач по физической и реабилитационной медицине. Каждый специалист является ответственным за реабилитацию в рамках своих компетенций. Любые разногласия и споры в рамках обсуждения пациента на заседании МДБ решаются в пользу пациента. Каждый конкретный случай в реабилитации пациента является индивидуальным, определяется ключевыми проблемами, характерными нарушениями и ограничениями, индивидуальным окружением пациента, его убеждениями и опытом, определяющими функционирование пациента, поэтому вклад каждого специалиста МДБ может быть разным.

Одной из особенностей работы МДБ является объединение специалистов для одновременной индивидуальной работы с пациентом. Так целесообразно объединение физического терапевта и психолога, эрготерапевта и физического терапевта, логопеда и физического терапевта и др. В качестве примера можно привести работу с пациентом, у которого имеются когнитивные нарушения (лобная симптоматика), в этом случае занятия по лечебной физкультуре целесообразно проводить одновременно с психологом и с физическим терапевтом.

Во многих странах для оценки качества работы реабилитационного отделения при аудите включаются вопросы о работе МДБ. Отсутствие мультидисциплинарного процесса рассматривается как низкое качество и наказывается штрафом. Данный факт свидетельствует

о экономической важности мультидисциплинарного процесса в реабилитации.

Основным инструментом работы МДБ, а также документом, отражающим ее работу является реабилитационный диагноз. Последний является полным отражением проблем пациента, описывающим все компоненты здоровья в категориях МКФ, призванным оценить не только медицинские проблемы, но и психологические, социальные, религиозные и иные проблемы, влияющие на функционирование пациента и являющиеся для него значимыми. Реабилитационный диагноз описывает возможности пациента, его деятельность в характерном для пациента образе жизни. Реабилитационный диагноз используется наравне с клиническим диагнозом по МКБ. В результате обсуждения пациента на собрании МДБ составляется реабилитационный диагноз в категориях и доменах МКФ (Приложение 1 Форма реабилитационного диагноза). МКФ является инструментом для описания реабилитационного диагноза. Домен МКФ – это практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности. Каждая выявленная проблема, включенная в реабилитационный диагноз, должна быть значима для пациента, а описанный вид деятельности или контекстуальный фактор должны влиять на функционирование больного. Если среди доменов МКФ, представленных в Полной версии МКФ [10], не будет найден домен, соответствующий проблеме или деятельности пациента, то он может быть сформулирован в произвольной форме и добавлен в реабилитационный диагноз. Работа с каждой проблемой, отображенной доменом МКФ, в рамках реабилитационного процесса должна приводить к повышению независимости и снижению уровня ограничения жизнедеятельности, восстановления функции и структур. Таким образом, к примененным технологиям и методам реабилитации могут относиться как занятия по ЛФК, так и психологические воздействия, работа с родственниками, проведение школ пациентов, хирургические вмешательства, направленные на профилактику повторных событий (инфаркта, инсульта и др.), так и восстановление функций и структур.

Использование заранее подготовленных подборок доменов МКФ (например, ICF-CORE-SET) в виде списка для каждой нозологической единицы или клинического диагноза является нецелесообразным и не рекомендуется к применению в реабилитационной практике [11].

Поиск кодов доменов и оценка доменов МКФ по определителям проводятся в соответствии с Полной версией МКФ. Коды доменов МКФ могут быть использованы для статистической оценки и анализа эффективности работы участников МДБ. Определитель – это количественная оценка показателей здоровья в МКФ. Определитель устанавливается после кода домена, после точки.

Активность и участие представляют собой категории, описывающие деятельность и они оба имеют два определителя. На первом месте идет «реализация», на втором месте – «капацитет». «Реализация» – это выполнение действия при использовании адаптированной среды, то есть, например, с помощью технических средств реабилитации, обученных родственников, грамотного медицинского персонала или ухаживающих лиц в условиях реабилитационной палаты или адаптированной для инвалида квартиры. Классификатор «капацитета» обозначает выполнение активности или участия в акту-

альной для пациента среде (в тех конкретных условиях, в которых человек находится в жизни: не адаптированная квартира или рабочее место). Актуальная среда часто подразумевает социальный контекст, поэтому под участием также можно понимать, «вовлеченность в жизненную ситуацию» или «опыт, проживаемый людьми» в реальном контексте их жизни. Этот контекст включает факторы среды – все аспекты физического и социального окружения, а также социальные установки, которые возможно закодировать, используя классификатор «Факторы окружающей среды». Классификатор «реализации» деятельности определяет степень трудности выполнения чего-либо для респондента, учитывая, что респондент выполняет это добровольно. «Капаситет» (потенциальные возможности) – это выполнение действия самостоятельно пациентом, без посторонней помощи в не адаптированной среде. Ограничения, выраженные в оценке «капаситета», должны непосредственно отражать состояние здоровья респондента, без учета посторонней помощи. Под посторонней помощью имеется в виду помощь другого лица, или специально созданные и приспособленные для человека инструменты или транспорт, или любая форма модификации пространства (комнаты, дома, рабочего места и т. д.). Уровень возможностей следует оценивать относительно того, что в обычных условиях можно было бы ожидать от данного человека, или же относительно возможностей человека до того, как состояние его здоровья стало таким, каковым оно является на момент оценки.

Понятия активности и участия, а также оценка каждой позиции по двум показателям – «капаситет» и «реализация» – является самым сложным в постановке реабилитационного диагноза. Понимание границы пациента – что он может в стандартных и «идеальных» условиях – позволит работать в реабилитации на более высоком уровне [10, 16, 17, 19].

Факторы среды имеют один определитель со знаком «+» или «-».

Функции имеют один количественный определитель – степень нарушения функции. Структуры имеют три определителя: выраженность, характер и локализация. Менять местами определители запрещено.

Каждая проблема пациента, зашифрованная в МКФ, закрепляется за участником МДБ и служит одной из задач реабилитации. МКФ предназначена для управления работой МДБ и установления реабилитационных цели и задач. Реабилитационный диагноз в категориях МКФ отражает функциональное состояние больного и делает «прозрачным» процесс реабилитации. В процессе заседания МДБ формулируется также цель реабилитации и подцели на определённый период (например, 1 неделя) и задачи [7].

Цель устанавливается по мнемоническому правилу SMART. Аббревиатура расшифровывается следующим образом: S – Specific (Конкретный), M – Measurable (Измеримый), A – Attainable, Achievable (Достижимый), R – Relevant (Актуальный) и T – Time-bound (Ограниченный во времени) [16].

Для иллюстрации приведем несколько примеров долгосрочной цели: пациент после реабилитации через 3 месяца возвращается на прежнюю работу; пациент через 6 месяцев самостоятелен дома (готовит еду, совершает гигиенические процедуры, одевается и раздевается, прибирается дома); через 1 месяц родственники пациента обладают навыками ухода за пациентом и чувствуют себя комфортно (не имеют депрессии и стресса)

или через 1 год пациент умеет читать и писать, поступил в обычную общеобразовательную школу и учится на общих основаниях и типичной программе. Краткосрочная цель может выглядеть следующим образом: пациент через 7 дней может самостоятельно пройти 10 метров, используя ходунки, без помощи ассистента; пациент через 7 дней может сказать простые фразы, необходимые для выражения основных потребностей или желаний пациента; через 7 дней пациент может одеть самостоятельно рубашку и застегнуть пуговицы без помощи ассистента; через 7 дней пациент может приготовить простые блюда и напитки (бутерброд, чай, кофе).

На основании реабилитационного диагноза составляется план реабилитации и формируется прогноз. Реабилитационный план – это комплекс индивидуализированных реабилитационных мероприятий, осуществляемый мультидисциплинарной реабилитационной командой и имеющий общую цель и согласованный по действиям и по времени регламент реабилитационных интервенций. Каждый домен МКФ в реабилитационном диагнозе может быть увязан с конкретной технологией реабилитации и ответственным участником МДБ. Реабилитационная задача может быть установлена для родственника, ухаживающего лица или самого пациента. Цель реабилитации и задачи должны быть отражены в медицинской документации и озвучены для пациента в доступной для него форме, а при его желании – родственникам. При повторных заседаниях МДБ происходит обсуждение достигнутых результатов, коррекция цели и задач при необходимости. Реабилитационный диагноз в начале и в конце реабилитационного этапа должен быть отражен в выписных документах пациента.

Для проведения детальной диагностики нарушенных функций, активности и участия используются специальные оценочные шкалы. Оценочные шкалы нужны для количественной объективной оценки и коррекции алгоритма диагностики.

Основной целью реабилитации является снижение инвалидности и повышение независимости пациента от окружающих. Усилия МДБ могут быть направлены на восстановление активности и участия (через переобучение, компенсацию или адаптацию пациента к новым условиям функционирования) на модификацию среды обитания пациента (в медицинском учреждении, дома, на рабочем месте или ином месте пребывания), на разрешение психологических и социальных проблем, а также на восстановление нарушенных функций. Таким образом при условии использования функциональной оценки и шкал, реализуется персонализированный подход в медицинской реабилитации.

Использование МКФ в виде реабилитационного диагноза позволяет [7]:

- Фиксировать все проблемы пациента со здоровьем,
- Фиксировать проблемы, выявленные психологом, логопедом, методистом ЛФК, медицинской сестрой,
- Описать аспекты деятельности пациента,
- Найти ресурс вокруг пациента для амбулаторной реабилитации,
- Понять каково влияние среды и что с этим делать,
- Фиксировать эффективность работы всех членов МДБ,
- Создать итоговый документ о состоянии пациента,
- Установить цель и задачи реабилитации.

Учитывая, что функционирование пациента и его независимость определяются деятельностью и возмож-



ностью решать жизненные задачи, то одной из главных целей реабилитации является восстановление активности и участия различными приемами и технологиями реабилитации: через восстановление функций и структур, переобучение, компенсацию или адаптацию и модификацию среды.

**Заключение:** Здоровье человека описывается с помощью категорий МКФ: активность, участие, функции,

структуры, факторы среды и персональные факторы. Реабилитационный диагноз устанавливается в категориях МКФ и является списком проблем пациента. Задача для специалиста в команде устанавливаются на основании выявленных проблем в категориях МКФ. В программу обучения специалиста по реабилитации должно входить обучение использованию МКФ и формулированию реабилитационного диагноза.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванова Г.Е., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шмонин А.А., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» // Вестник восстановительной медицины. 2016. № 2 (72). С. 2-6.
2. Иванова Г.Е., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шмонин А.А., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол // Вестник Ивановской медицинской академии, Т.21, №1, 2016, с. 6-11.
3. Иванова Г.Е., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Мельникова Е.В., Прокопенко С.В., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Шмонин А.А., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при острых нарушениях мозгового кровообращения // Вестник Ивановской медицинской академии, Т.21, №1, 2016, с. 19-22.
4. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мишина И.Е., Никифоров В.В., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Протокол второй фазы проекта // Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, №2, С.27-34.
5. Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. Судникова И.А., Иванова А.В. Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии // Consilium Medicum №09 2015 стр. 63-65.
6. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью // Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2016, Том XXIII, №3, С.40-43.
7. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Никифоров В.В., Мельникова Е.В., Предварительные результаты реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в России» в СПбГУЗ Городской больницы №26. Использование программы «ICF-reader» для установки реабилитационного диагноза // Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Том XXIII, №4, С 54-60.
8. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Биопсихосоциальная модель пациента с инсультом: роль факторов среды в реабилитации // Consilium Medicum Том:18. №2.1, 2016 стр. 14-20.
9. Шмонин А.А., Никифоров В.В., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» – программа «ICF-reader» // Вестник Ивановской медицинской академии, Т.21, №1, 2016, с. 66-70.
10. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO, 127 P.
11. Geyh S., Cieza A., Schouten J., Dickson H., Frommelt P., Omar Z., Kostanjsek N., Ring H., Stucki G. ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med. 2004 Jul; (44 Suppl): 135-41. PubMed PMID: 15370761.
12. 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 Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) and Académie Européenne de Médecine de Réadaptation. 46 P.
13. Официальный сайт Союза реабилитологов России: <http://rehabrus.ru/>. Дата обращения: 01.02.2017
14. Официальный сайт <http://www.icf-core-sets.org/>. Дата обращения: 01.02.2017
15. Jelsma J. Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. Physiother. 2011; 97:47-54.
16. Levack WMM, Weatherall M, Hay-Smith EJC, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7.
17. Snyman S. Goliath C. Clarke M. Conradie H. Van Zyl M. Transforming health professions education: Applying the ICF framework to equip students to strengthen health systems in an interdependent world. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.
18. Stallinga H. Roodbol P. Annema C. Jansen G. Wynia K. Functioning assessment versus conventional medical assessment. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.
19. World Health Organization. How to use the ICF. A practical manual for using the International 127 P.

## REFERENCES

1. Ivanova GE, Aronov DM, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Bubnova MG, Buiylova TV, Melnikova EV, Mishina IE, Prokopenko SV, Sarana AM, Stakhovskaya LV, Suvorov A.Yu., Khasanova DR, Tsykunov MB, Shmonin AA, Shamalov NA. [Pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation"] // Journal of Restorative Medicine. 2016. No. 2 (72). pp. 2-6.
2. Ivanova GE, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Buiylova TV, Melnikova EV, Mishina IE, Prokopenko SV, Sarana AM, Stakhovskaya LV, Suvorov A. Yu., Khasanova DR, Tsykunov MB, Shmonin AA, Shamalov NA [Pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation" . General principles and protocol] // Bulletin of the Ivanovo Medical Academy, Vol.21, No.1, 2016, p. 6-11.
3. Ivanova GE, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Melnikova EV, Prokopenko SV, Stakhovskaya LV, Suvorov A.Yu., Khasanova DR, Shmonin AA, Shamalov NA. [Pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation". The system of monitoring and monitoring the effectiveness of medical rehabilitation in acute disorders of cerebral circulation] // Bulletin of the Ivanovo Medical Academy, Vol.21, No.1, 2016, p. 19-22.
4. Ivanova GE, Melnikova EV, Shmonin AA, Aronov DM, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Bubnova MG, Buiylova TV, Mishina IE, Nikiforov VV, Prokopenko SV, Sarana AM, Stakhovskaya LV, Suvorov A.Yu., Khasanova DR, Tsykunov M. B., Shamalov NA. [Pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation". The protocol of the second phase of the project] // Uchenye zapiski PSPbGMU im. Acad. IP Pavlova, №2, P.27-34.
5. Maltseva MN, Melnikova EV, Shmonin AA, Sudnikova IA, Ivanova AV. [Influence of the patient's awareness of acute cerebrovascular accident during hospitalization of the surrounding environment on the development of post-stroke depression] // Consilium Medicum №09 2015 p. 63-65.
6. Maltseva MN, Shmonin AA, Melnikova EV. [The phenomenon of "family disability", or depression in relatives caring for a patient with a disability] // Scientific notes PSPbGMU them. Acad. IPPavlova, 2016, Vol. XXIII, No.3, P.40-43.
7. Shmonin AA, Maltseva MN, Nikiforov VV, Melnikova EV. [Preliminary results of the Pilot Project "Development of the Medical Rehabilitation System in Russia" in SPbGU to the City Hospital No. 26. Using the "ICF-reader" program for setting a rehabilitation diagnosis] // Uchenye zapiski PSPbGMU im. Acad. IP Pavlova, Volume XXIII, No. 4, P. 54-60.

8. Shmonin AA, Maltseva MN., Melnikova EV, Ivanova GE. [Biopsychosocial model of a patient with stroke: the role of environmental factors in rehabilitation] // Consilium Medicum Volume: 18. №2.1, 2016 pages 14-20.
9. Shmonin AA, Nikiforov VV, Maltseva MN, Melnikova EV, Ivanova GE. [Electronic system of monitoring the effectiveness of rehabilitation in the pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation" - the program "ICF-reader"] // Bulletin of the Ivanovo Medical Academy, Vol.21, No.1, 2016, p. 66-70.
10. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO, 127 P.
11. Geyh S., Cieza A, Schouten J., Dickson H., Frommelt P., Omar Z., Kostanjsek N., Ring H., Stucki G. ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med. 2004 Jul; (44 Suppl): 135-41. PubMed PMID: 15370761.
12. Gutenbrunner C. at 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 Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) and Académie Européenne de Médecine de Réadaptation. 46 P.
13. Official resource Russian union of rehabilitators: <http://rehabrus.ru/>. Access date: 01.02.2017
14. Official resource <http://www.icf-core-sets.org/>. Access date: 01.02.2017
15. Jelsma J. Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. Physiother. 2011; 97:47-54.
16. Levack WMM, Weatherall M, Hay-Smith EJC, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7.
17. Snyman S. Goliath C. Clarke M. Conradie H. Van Zyl M. Transforming health professions education: Applying the ICF framework to equip students to strengthen health systems in an interdependent world. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.
18. Stallinga H. Roodbol P. Annema C. Jansen G. Wynia K. Functioning assessment versus conventional medical assessment. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.
19. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International 127 P.

## РЕЗЮМЕ

Реабилитация – это координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий в целях подготовки (или переподготовки) индивидуума на оптимум работоспособности. Для решения задач, обозначенных в определении необходимо соблюдение современных принципов реабилитации. Реабилитация взрослых и детей на стационарном или амбулаторном этапе, а также в отделениях реанимации и интенсивной терапии осуществляется в рамках биопсихосоциальной модели инвалидности в соответствии с универсальными принципами: пациент-центрированным подходом, мультидисциплинарностью, ранним началом реабилитационных мероприятий, непрерывностью, этапностью и преемственностью. Здоровье человека описывается с помощью категорий МКФ: активность, участие, функции, структуры, факторы среды и персональные факторы. Реабилитационный диагноз устанавливается в категориях МКФ и является списком актуальных проблем пациента. Задачи для специалиста в команде устанавливаются на основании выявленных проблем в категориях МКФ. В программу обучения специалиста по реабилитации должно входить обучение использованию МКФ и постановке реабилитационного диагноза. Заключение: МКФ является инструментом реализации изложенных выше принципов реабилитации.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, реабилитационный диагноз, международная классификация функционирования, МКФ, реабилитационный план, биопсихосоциальная модель инвалидности, пациент-центрированный принцип, мультидисциплинарный принцип.

## ABSTRACT

Rehabilitation is the coordinated application of medical, social, pedagogical and professional actions to prepare (or retrain) patients for optimum of functioning. To solve the problems identified in the definition, it is necessary to comply with modern principles of rehabilitation. Rehabilitation of adults and children at the inpatient or outpatient and in intensive care units based on the biopsychological model of disability in accordance with universal principles: patient-centered approach, multidisciplinary, earlier initiation of rehabilitation activities, continuity, succession and continuity. So human health is described using categories of ICF: activity, participation, functions, structures, environmental factors and personal factors. Rehabilitation diagnosis is established in the categories of the ICF and is a list of patient problems. The tasks for the specialist in the team are established based on the identified problems in the categories of the ICF. The educational program for rehabilitation specialists should include training in the use of the ICF and the formulation of a rehabilitation diagnosis. Conclusion: The ICF is an instrument for implementing the above principles of rehabilitation.

**Keywords:** medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis, international classification of functioning, ICF, rehabilitation plan, biopsychosocial model of disability, patient-centered principle, multidisciplinary principle.

### Контакты:

**Шмонин А.А.** E-mail: langendorff@gmail.com

