

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

КАК ОРГАНИЗОВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ?

УДК 614.39

Иванова Г.Е.^{1,2}, Мельникова Е.В.^{1,3}, Белкин А.А.^{1,4}, Беляев А.Ф.^{1,5}, Бодрова Р.А.^{1,6}, Буйлова Т.В.^{1,7}, Мальцева М.Н.^{1,3}, Мишина И.Е.^{1,8}, Прокопенко С.В.^{1,9}, Сарана А.М.^{1,10}, Стаховская Л.В.^{1,2}, Хасанова Д.Р.^{1,11}, Цыкунов М.Б.^{1,12}, Шамалов Н.А.^{1,2}, Суворов А.Ю.^{1,2}, Шмонин А.А.^{1,3}

¹Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России»

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁴ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

⁵ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия

⁶«Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России», Казань, Россия

⁷ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород, Россия

⁸ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

⁹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

¹⁰СПбГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района», Санкт-Петербург, Сестрорецк, Россия

¹¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

¹²ФГБУ «НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, Москва, Россия

HOW TO ORGANIZE MEDICAL REHABILITATION?

Ivanova G.E.^{1,2}, Melnikova E.V.^{1,3}, Belkin A.A.^{1,4}, Beliaev A.F.^{1,5}, Bodrova R.A.^{1,6}, Builova T.V.^{1,7}, Maltseva M.N.^{1,3}, Mishina I.E.^{1,8}, Prokopenko S.V.^{1,9}, Sarana A.M.^{1,10}, Stahovskaya L.V.^{1,2}, Hasanova D.R.^{1,11}, Tshikuniv M.B.^{1,12}, Samalov N.A.^{1,2}, Suvorov A.U.^{1,2}, Shmonin A.A.^{1,3}

¹Russian public organization "All-Russian union rehabilitators" "ARUR"

²FSBEI HE N.I. Pirogov RNRMU MOH Russia

³FSBEI HE I.P. Pavlov SPbSMU MOH Russia.

⁴FSBEI HE USMU MOH Russia

⁵FSBEI HE PSMU MOH Russia

⁶FSBEI FPE RMACPE MOH Russia

⁷National Research Lobachevsky University Lobachevsky University, UNN

⁸FSBI HPE "IvSMA" MOH Russia

⁹FSBEI HE Prof. V.F. Voino-Yasenetsky KrasSMU MOH Russia

¹⁰City Hospital № 40 Sestroretsk, St. Petersburg

¹¹FSBEI HE Kazan SMU MOH Russia

¹²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Priorov National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics » of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Совершенствование медицинских, информационных технологий и механизмов управления ресурсами, развитие науки и техники привело к увеличению продолжительности жизни в нашей стране. Параллельно с этим закономерно увеличилось внимание к результативности медицинских вмешательств и качеству жизни граждан. Во исполнение положений Постановлений Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на определенный календарный период», Постановления Правительства Российской Федерации «Развитие здравоохранения» РФ № 294 от 15 апреля 2014 года «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения» (подпрограмма 5), Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального Закона от 29 ноября 2010 г. №326 «Об обязательном медицинском страховании» и Федерального Закона от 04 мая 2011г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» министерством здравоохранения, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Росздравнадзором совместно с профессиональным сообществом проводится большая работа по формированию системы оказания помощи по медицинской реабилитации пациентам с различными заболеваниями и состояниями, приводящими к значительным или стойким нарушениям функций организма пациента и ограничениям возможности выполнения ими бытовых и социальных действий, т.е. активности и участия в повседневной жизни, что приводит к снижению эффективности медицинской помощи, увеличению расходов на медикаменты и медицинские изделия, к увеличению вторичных и третичных расходов, повышает социальную напряженность в обществе. 29 декабря 2012 года утвержден Приказ МЗ РФ № 1705н «Порядок организации медицинской реабилитации» (далее Порядок), вступивший в силу 5 мая 2013 года. С 2014 года медицинская реабилитация включена в перечень деятельности для осуществления которой обязательно необходимо наличие у медицинской организации лицензии. Ежегодно увеличивается государственное задание по медицинской реабилитации и по объему помощи (в койко-днях на одного застрахованного) и по финансированию, введена оплата мероприятий по медицинской реабилитации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по клинико-статистическим группам (КСГ). С 2016 года с целью повышения эффективности расходования средств на медицинскую реабилитацию началось внедрение разгруппировки КСГ в зависимости от тяжести состояния пациента, профиля и этапа медицинской реабилитации. Так в 2016 году по медицинской реабилитации взрослых в круглосуточном и дневном стационаре применялись 3 КСГ (300 – медицинская нейрореабилитация, 301 – медицинская кардиореабилитация, 302 – медицинская реабилитация после травм и операций на опорно-двигательном аппарате), разделявшиеся только по профилю медицинской реабилитации. В 2017 году была введена в методические рекомендации ФФОМС по оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования клиническая шкала Рэнкин для оценки тяжести состояния пациента и нуждаемости в проведении второго этапа медицинской реабилитации (круглосуточный стационар) или третьего этапа медицинской реабилитации (внестационарные формы оказания помощи по медицинской

реабилитации: дневной стационар, амбулаторный прием, на дому) не зависимо от профиля медицинской реабилитации. На основании опыта Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» в 2017 году в рамках работы над новой редакцией Порядка профессиональным сообществом была разработана и утверждена для практического применения Шкала Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ), которая позволяет провести дифференцированную оценку нарушений функции и ограничения выполнения бытовых и социальных действий пациентами различных профилей (табл.№1).

Создание этой шкалы позволило на 2018 год разработать модели оплаты уже 20 КСГ по медицинской реабилитации: 12 в круглосуточном реабилитационном стационаре (6 или 5 или 4–3 баллов по ШРМ для нейрореабилитации; 5 или 4 или 3 балла по ШРМ для реабилитации пациентов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; 5 или 4 или 3 балла по ШРМ для кардиореабилитации; 5 или 4 или 3 балла по ШРМ для реабилитации с нарушениями функций при соматических заболеваниях или повреждениях) и 8 в дневном стационаре (3 или 2 балла для нейрореабилитации, для реабилитации пациентов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, для кардиореабилитации, для реабилитации с нарушениями функций при соматических заболеваниях или повреждениях).

Профессиональным сообществом разработаны и утверждены 53 клинические рекомендации по различным вопросам реабилитационного процесса. Разработаны и проходят утверждение 5 новых профессиональных стандартов для проведения мультидисциплинарной медицинской реабилитации на современном уровне в соответствии с международными стандартами и рекомендациями: врача физической и реабилитационной медицины (в действующей модели – врач по профилю оказываемой помощи, врач ЛФК, врач ФЗТ), кинезотерапевта или физического терапевта (в действующей модели – инструктор-методист по ЛФК, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии), эртотерапевта, клинического логопеда (в действующей модели – логопед), клинического психолога. В 9 медицинских ВУЗах и 2-х университетах РФ подготовлен профессорско-преподавательский состав и начата подготовка по новым, утвержденным МЗ РФ образовательным программам в рамках дополнительного профессионального образования и переподготовки новых моделей специалистов для медицинской реабилитации: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Первый СПбГМУ им. И.П. Павлова, Уральский государственный медицинский университет, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Казанская государственная медицинская академия Минздрава России, Ивановская государственная медицинская академия, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Самарский государственный медицинский университет, Казанский государственный медицинский университет, МГУ и Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского.

Так как же организовать медицинскую реабилитацию и что это такое?

Как и при оказании любой медицинской помощи для медицинской реабилитации важны: организация и управление процессом медицинской реабилитации,

Таблица 1. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для определения маршрутизации на этапах реабилитационной помощи*.

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
0	Нет симптомов		
1	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания		
	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.
2	Легкое ограничение жизнедеятельности		
	а) не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи; б) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без помощи.	а) не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи; б) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается).	а) может справляться со своими делами без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) >425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) $\geq 125 \text{ Вт} / \geq 7 \text{ ME}$; в) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без помощи.
3	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности		
	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; в) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие; г) нуждается в помощниках при ведении финансовых дел; д) может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи или с помощью трости; б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания, самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; в) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие; г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1–3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)).	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) в покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. ТШМ = 301–425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 75–100 Вт /4–6,9 ME; в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; г) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками; д) может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
4	Выраженное ограничение жизнедеятельности		
	а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может прожить один дома без помощи до 1 суток.	а) умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в дополнительном средстве опоры – костыли; б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет; в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4–7 баллов по ВАШ)	а) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. ТШМ = 150–300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 25–50 Вт /2–3,9 МЕ; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может прожить один дома без помощи до 1 суток.
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности		
	а) пациент прикован к постели; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью); д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.	а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры – ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет; в) выраженный болевой синдром в покое (8–10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении.	а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ < 150 м; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения; б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении.		

*оценка по максимально выраженному признаку

Маршрутизация пациентов в соответствии с ШРМ осуществляется в следующем порядке:

Оценка 0–1 – не нуждается в реабилитации.

Оценка 2 – курс лечения в условиях отделения медицинской реабилитации дневного стационара; консультация в телемедицинском режиме.

Оценка 3 – курс лечения в условиях отделения медицинской реабилитации дневного стационара или курс лечения в условиях отделения медицинской реабилитации круглосуточного пребывания; консультация в телемедицинском режиме.

Оценка 4–5–6 – курс лечения в условиях отделения медицинской реабилитации круглосуточного пребывания; курс выездной реабилитации в домашних условиях; консультация в телемедицинском режиме.

технологии медицинской реабилитации, подготовленные кадры, финансирование, контроль эффективности организованного процесса.

Медицинская помощь по профилю медицинская реабилитация осуществляется взрослому и детскому населению в остром, раннем и позднем восстановительных периодах при острых заболеваниях и состояниях, при неотложных состояниях и хирургических вмешательствах, лицам с отдаленными последствиями перенесенных и хронических заболеваний, пациентам с врожденными стойкими нарушениями функций и жизнедеятельности по основным группам нарушения функций и ограничения жизнедеятельности с учетом реабилитационного потенциала, при социально значимых классах заболеваний и отдельных нозологических формах.

Медицинская реабилитация осуществляется не по поводу наличия заболевания или повреждения, а только в зависимости от нарушенных в результате заболевания или повреждения функций и ограничения, в связи с этим, жизнедеятельности. Нет абсолютно похожих пациентов по выраженности и сочетанию различных вариантов нарушения функций при одних и тех же заболеваниях и повреждениях. Тем более, что каждый пациент живет в совершенно различных условиях, имеет совершенно различные притязания и систему оценки происходящего с ним. Так же очень важными параметрами, влияющими на исход лечения, являются факторы среды, в которых находится пациент во время разворачивания симптомов заболевания: особенности медицинской организации, квалификация кадров, наличие всех необходимых компонентов для оказания квалифицированной медицинской помощи, наличие родственников и их участие в судьбе пациента и многое другое.

Задачей медицинской реабилитации является максимально возможное предупреждение инвалидности и улучшение качества жизни пациента после выписки из МО. Помощь по медицинской реабилитации осуществляется в три этапа:

а) первый этап медицинской реабилитации осуществляется:

- в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии специалистами мультидисциплинарных бригад (МДБ) групп медицинской реабилитации медицинской организации и пациентам всех профилей при неотложных состояниях и послеоперационных состояниях вне зависимости от нозологических форм (травма, инсульт, инфекция, ожоги и т.д.);
- в специализированных отделениях по профилю оказываемой медицинской помощи медицинских организаций специалистами МДБ этих отделений медицинской организации с первых суток заболевания (в случае хирургического лечения – в предоперационном периоде при плановой операции и наличии показаний и в раннем послеоперационном периоде), при отсутствии противопоказаний к методам реабилитации.

По завершению мероприятий по медицинской реабилитации на первом этапе пациент направляется через единый центр маршрутизации (ЕЦМ) по медицинской реабилитации субъекта РФ для дальнейшего оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, либо паллиативной помощи, либо домой. Если

в МО организовано отделение медицинской реабилитации по одному из профилей медицинской реабилитации или даже Центр медицинской реабилитации, то пациент переводится на реабилитацию в пределах одной МО. МО может в своей структуре организовать все три этапа медицинской реабилитации, что является наиболее эффективной в организационном плане и выгодной в экономическом плане моделью.

б) второй этап медицинской реабилитации организуется для пациентов, имеющих оценку 6–4 балла и 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) при наличии социальных показаний. Медицинская реабилитация второго этапа осуществляется в острый, ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период в условиях специализированного отделения медицинской реабилитации круглосуточного стационара медицинских организаций, специализированного реабилитационного центра, имеющих в структуре палату интенсивной терапии, в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации, направившей пациента на медицинскую реабилитацию второго этапа.

Помощь по медицинской реабилитации на втором этапе оказывается мультидисциплинарной реабилитационной бригадой, входящей в штат специализированного отделения медицинской реабилитации, организованного в структуре медицинской организации.

По завершению мероприятий по медицинской реабилитации на втором этапе пациент направляется через единый центр маршрутизации (ЕЦМ) по медицинской реабилитации субъекта РФ для дальнейшего оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, либо паллиативной помощи, либо домой.

в) третий этап медицинской реабилитации осуществляется пациентам со степенью восстановления по ШРМ – 3–2 балла в ранний и поздний реабилитационный периоды при отсутствии необходимости круглосуточного наблюдения и использования интенсивных методов лечения, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, отсутствии необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода со стороны среднего и младшего медицинского персонала при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Помощь по медицинской реабилитации на третьем этапе оказывается МДБ отделения медицинской реабилитации медицинской организации: в дневном стационаре, амбулаторно, дистанционно с использованием телемедицинских и информационных технологий, а также в выездной форме на основании решения врачебной комиссии медицинской организации.

Выездная МДБ медицинской реабилитации, в состав которой входят врач физической и реабилитационной медицины, кинезотерапевт/физический терапевт, эрготерапевт, медицинская сестра, клинический логопед (по показаниям), клинический психолог, специалист по социальной работе (по показаниям), оказывает плановую реабилитационную помощь пациентам на основании решения врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской реабилитации на третьем этапе.

Помощь по медицинской реабилитации с использованием телемедицинских и информационных техно-

логий, а также в выездной форме оказывается пациентам, которые имеют подтвержденную объективными методами исследования перспективу восстановления или компенсации утраченных функций и/или жизнедеятельности, но не могут самостоятельно передвигаться, в том числе по социальным показаниям и нуждаются в продолжении или длительном проведении мероприятий по медицинской реабилитации.

Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе медицинской реабилитации организуются при тесном взаимодействии с службами медико-социальной экспертизы и социальной помощи населению субъекта РФ.

Медицинская реабилитация осуществляется в плановой форме в рамках первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (первый этап медицинской реабилитации), затем помощи по профилю медицинской реабилитации (второй и третий этапы медицинской реабилитации). В дальнейшем, при наличии в территории специальных программ, пациент может быть направлен на санаторно-курортное лечение. В связи с этим в субъектах должна быть создана сеть МО, оказывающих квалифицированную помощь по медицинской реабилитации в зависимости от потребности. Санаторно-курортное лечение не является мероприятием медицинской реабилитации, и должно рассматриваться как профилактическое мероприятие. Вместе с тем санаторно-курортные МО, при наличии лицензии могут организовывать на своей территории отделения медицинской реабилитации II и/или III этапов.

Медицинская реабилитация начинается в первые 12–48 часов от развития заболевания или состояния и проводится в зависимости от тяжести состояния пациента и периода развития заболевания, при условии ста-

бильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций и/или жизнедеятельности (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза и в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации в различных специализированных отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций различного уровня в соответствии с профилем нарушения функций и жизнедеятельности пациентов в три этапа, в медицинских организациях трех уровней (табл. 2), а так же в МО федерального значения и национальных исследовательских центрах.

Помощь по медицинской реабилитации в РФ в настоящее время осуществляется по следующим профилям/направлениям:

- для пациентов с нарушениями функций и ограничением возможности выполнять бытовые и социальные действия при заболеваниях и состояниях центральной нервной системы (ЦНС) и органов чувств;
- для пациентов с нарушениями функций и ограничением возможности выполнять бытовые и социальные действия при заболеваниях и состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы;
- для пациентов с нарушениями функций и ограничением возможности выполнять бытовые и социальные действия при заболеваниях и состояниях сердечно-сосудистой системы;
- для пациентов с нарушениями функций и ограничением возможности выполнять бытовые и

Таблица 2. Оказание помощи по медицинской реабилитации пациентам в МО МЗ РФ в зависимости от сроков развития заболевания и тяжести нарушения функций и ограничения возможности выполнения бытовых и социальных действий или навыков по ШРМ.

Параметры	I этап (специализированная или высокотехнологичная медицинская помощь, включающая мероприятия по медицинской реабилитации)	II этап (специализированная медицинская реабилитация)	III этап (специализированная медицинская реабилитация)	Территориальные программы диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации и оздоровления населения
Национальные МО	6,5,4 ШРМ	6,5,4 ШРМ	4,3,2 ШРМ	
Федеральные МО	6,5,4 ШРМ	6,5,4 ШРМ	4,3,2 ШРМ	
3 уровень – МО краевые, областные	6,5,4 ШРМ	5,4 ШРМ	4,3,2 ШРМ	КДО
2 уровень – МО областные, межрайонные, районные	6,5,4,3 ШРМ	5,4,3 ШРМ	4,3,2 ШРМ	Отделения паллиативной медицинской помощи, ВТЭК, программы социальной поддержки
1 уровень – МО районные	1, 2,3 ШРМ		3,2 ШРМ	Отделения паллиативной медицинской помощи, стационар на дому (ШРМ 5,4), ВТЭК, программы социальной поддержки

социальные действия при заболеваниях и состояниях соматических органов (за исключением сердечно-сосудистой системы)

По завершении мероприятий по медицинской реабилитации на первом этапе, при наличии реабилитационного потенциала, степени восстановления функций и жизнедеятельности пациентов, имеющих 5 или 6 баллов по ШРМ, необходимо проведение экспертного заключения о реабилитационном потенциале, индивидуальной программе медицинской реабилитации и рекомендуемом месте проведения реабилитационных мероприятий в профильном специализированном реабилитационном отделении, в том числе с использованием телемедицинских и информационных технологий. При оценке в 4–5 баллов по ШРМ, пациент переводится в специализированное отделение медицинской реабилитации второго этапа.

При оценке в 3 балла по ШРМ пациент переводится в отделение медицинской реабилитации дневного стационара или отделение медицинской реабилитации круглосуточного пребывания в зависимости от индивидуальных особенностей течения заболевания и особенностей организации медицинской помощи в субъекте РФ.

При оценке в 2 балла по ШРМ пациент переводится в отделение медицинской реабилитации третьего этапа.

При оценке в 0–1 балл по ШРМ, пациент в мероприятиях по медицинской реабилитации не нуждается и направляется для осуществления мероприятий по вторичной профилактике к профильному специалисту по месту жительства или участковому терапевту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

По завершении мероприятий по медицинской реабилитации на втором этапе, при отсутствии динамики в состоянии пациента, нарушение функций которого в начале и при завершении второго этапа было оценено в 4 или 5 баллов по ШРМ, или при наличии динамики в состоянии пациента от 5-ти до 4-х баллов по ШРМ, по решению экспертной врачебной комиссии пациент направляется на повторный курс реабилитационных мероприятий в специализированное отделение медицинской реабилитации или реабилитационный центр. При отсутствии динамики в состоянии пациента после проведения повторного курса мероприятий по медицинской реабилитации, пациент решением экспертной врачебной комиссии направляется в отделения паллиативной помощи.

При оценке по ШРМ от 0 до 1 балла, в конце второго этапа медицинской реабилитации пациент в дальнейшей медицинской реабилитации не нуждается и направляется для осуществления мероприятий по вторичной профилактике к профильному специалисту по месту жительства или участковому терапевту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю заболевания и по медицинской реабилитации, с учетом стандартов медицинской помощи.

По завершении мероприятий по медицинской реабилитации на третьем этапе, пациенты с нарушением жизнедеятельности 5 баллов по ШРМ, направляется для оказания паллиативной помощи или под наблюдением

врача общей практики. При нарушении жизнедеятельности по ШРМ 4, 3, 2 балла, пациент направляется для осуществления мероприятий по вторичной профилактике к профильному специалисту по месту жительства или участковому терапевту, участковому педиатру в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Помощь по медицинской реабилитации включает в себя:

а) Оценку (диагностику) нарушенных функций и ограничения возможности выполнения бытовых и социальных действий и навыков и определение реабилитационного диагноза. Оценка производится на основании обследования пациента с использованием классических универсальных и специальных тестов и шкал, анализа данных лабораторных и инструментальных исследований не только нарушенных/утраченных, но и сохранных функций, структур, активности, участия, а так же факторов среды, актуальной для пациента. Реабилитационный диагноз является комплексным отражением проблем пациента, описывающим все компоненты здоровья (медицинские, психологические, социальные в категориях международной классификации функционирования (МКФ). Реабилитационный диагноз используется в процессе медицинской реабилитации наравне с клиническим диагнозом по международной классификации болезней (МКБ10). На основании реабилитационного диагноза составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР) и план ее реализации.

б) Определение реабилитационного потенциала. Реабилитационный потенциал (реабилитационный прогноз) – уровень максимально возможного от преморбидного статуса восстановления функций и жизнедеятельности пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, возвращение способности к самообслуживанию, отдыху, досугу) в намеченный отрезок времени с учетом нозологических, этнических, этиопатогенетических, средовых факторов, а также индивидуальных функциональных резервов и компенсаторных возможностей пациента при условии адекватной мотивированности по отношению к предстоящему реабилитационному лечению со стороны его самого и/или его законного представителя.

в) Формирование цели реабилитационных мероприятий, направленной на реализацию реабилитационного потенциала с учетом профиля заболевания или состояния пациента, этапа медицинской реабилитации, тарифов соответствующих клинико-статистических групп, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с учетом методических рекомендаций ФФОМС по оплате услуг по медицинской реабилитации за счет средств обязательного медицинского страхования. Достижение цели реабилитационных мероприятий или анализ причин, по которым цель не была достигнута.

г) Разработку и реализацию индивидуальной программы медицинской реабилитации – ИПМР. ИПМР – это комплекс регламентированных индивидуализированных, персонифицированных реабилитационных мероприятий, осуществляемый мультидисциплинарной

реабилитационной бригадой (МДБ), ориентированный на выполнение цели реабилитационных мероприятий. ИПМР предполагает комплексный лечебно-диагностический процесс с применением лекарственной терапии, немедикаментозной терапии, психологических воздействий, педагогических методов, социальных вмешательств, естественных факторов природы а также средств ассистивной терапии, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе, посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования. В ИПМР включаются только методы с доказанной эффективностью в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, опубликованными на сайте федеральной медицинской библиотеки и профессионального сообщества.

е) Оценку эффективности реабилитационных мероприятий, формирование выписного эпикриза пациента, дальнейшую маршрутизацию пациента для продолжения реабилитационного лечения или паллиативной помощи, или медицинского ухода. Особенностью правильной организации процесса медицинской реабилитации является достижение цели реабилитационных мероприятий, значимой для пациента с наименьшими затратами ресурсов, в наименьшее время. Для совершенствования управления ресурсами в процессе медицинской реабилитации проводится анализ затрат во время внутреннего и внешнего аудита утвержденным и признанным сообществом экспертов по организации медицинской реабилитации в субъекте и РФ.

е) Формирования регистра пациентов, включенных в медицинскую реабилитацию, в том числе пациентов с выраженными и стойкими нарушениями функций и жизнедеятельности для обеспечения преемственности в оказании помощи по медицинской реабилитации с учреждениями Министерства труда и социальной защиты РФ, ведение школы пациентов и их родственников, одновременного направления пациента на МСЭ.

Одним из главных отличий процесса медицинской реабилитации является ее мультидисциплинарность. Квалифицированная оценка нарушений функций и ограничения возможности выполнения бытовых и социальных действий и навыков может быть произведена полноценно только высококвалифицированными специалистами, которые и составляют мультидисциплинарную бригаду (МДБ). МДБ – обязательная организационно-технологическая единица реабилитационной помощи, формируемая в зависимости от профиля, характера и степени нарушения функций и жизнедеятельности пациента, тяжести его общего клинического состояния, используемых технологий для коррекции выявленных нарушений функции, структуры, жизнедеятельности и факторов окружающей среды. Нагрузка на каждого специалиста МДБ зависит от индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента.

По завершении мероприятий по медицинской реабилитации на третьем этапе пациент направляется к врачу – специалисту по профилю оказываемой медицинской помощи или к участковому терапевту/врачу общей практики для продолжения диспансерного наблюдения и, при наличии стойких нарушений функции, направления на медико-социальную экспертизу в соответствии с действующим законодательством. Информация о результатах проведенных мероприятий по медицинской реабилитации пациента передается че-

рез ЕГИС субъекта РФ в медицинскую организацию за которой закреплен пациент по месту своей регистрации в унифицированной форме «Выписного эпикриза пациента из Медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской реабилитации».

6. Для оценки эффективности мероприятий по медицинской реабилитации на всех этапах оказания помощи по медицинской реабилитации и описания динамики состояния пациента используются данные клинического обследования, унифицированные и специальные стандартные клинические оценочные шкалы и функциональные специальные тесты, данные лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от профиля нарушенных функций и степени ограничения жизнедеятельности, выражающиеся в категориях МКФ.

Пациенты, нуждающиеся в медицинской реабилитации, направляются в отделения медицинской реабилитации различных медицинских организаций или специализированных центров медицинской реабилитации в зависимости от нарушенных функций и ограничения жизнедеятельности вне зависимости от форм собственности. Помощь по медицинской реабилитации в различных медицинских организациях осуществляется только при наличии лицензии на медицинскую реабилитацию.

Пациентам, имеющим выраженное нарушение функций, полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), подтвержденной результатами обследования помощь оказывается в медицинских организациях, осуществляющих оказание паллиативной помощи и/или уход за пациентами, и заключается в поддержании достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

Медицинская реабилитация в позднем восстановительном (более 6 месяцев от момента развития заболевания), лицам с установленной инвалидностью предоставляется в условиях отделения медицинской реабилитации второго либо третьего этапов при наличии неполной реализации реабилитационного потенциала, поздних осложнений острых заболеваний, неотложных состояний и после проведения хирургических вмешательств, подтвержденных результатами обследования. Решение о проведении реабилитационного лечения в условиях отделения медицинской реабилитации второго или третьего этапов медицинской реабилитации принимается врачебной комиссией медицинской организации на основании направления единого центра маршрутизации (ЕЦМ) пациентов для оказания помощи по медицинской реабилитации. Центр маршрутизации направляет пациента с установленной инвалидностью для проведения мероприятий по медицинской реабилитации на основании решения врачебной комиссии медицинской организации по направлению врача медико-социальной экспертизы в соответствии с действующим законодательством.

Реабилитационные мероприятия проводятся по показаниям в следующих помещениях медицинской организации в зависимости от этапа:

а) в палате, где находится пациент, с использованием необходимого мобильного оборудования и аппаратов (для пациентов ШРМ 6, 5);

б) для пациентов ШРМ 4, 3, 2 в кабинетах (залах) специализированного отделения медицинской реабилитации (по лечебной физкультуре, медицинскому массажу, психотерапии, медицинской психологии, физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, логопедической коррекции, фониатрии), открытого в условиях медицинской организации, оказывающей помощь в стационарных (в том числе дневного стационара), амбулаторных условиях, в условиях санаторно-курортной медицинской реабилитации в соответствии с действующим законодательством на первом, втором и третьем этапах медицинской реабилитации в медицинских организациях различного уровня, в том числе с использованием дистанционных информатизационных технологий;

в) для пациентов ШРМ 5, 4, 3 в условиях стационара на дому на третьем этапе медицинской реабилитации с использованием выездной и дистанционной форм оказания помощи по медицинской реабилитации в соответствии действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов оказания медицинской помощи и мерами социальной поддержки субъекта.

Продолжительность мероприятий по медицинской реабилитации в течении дня определяется тяжестью нарушений функций и жизнедеятельности пациента в каждый конкретный момент времени выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации. При пребывании пациента в отделении ОРИТ более 72 часов, пациент должен получать ежедневно не менее 1-го часа реабилитации (режим низкоинтенсивной реабилитации), предоставляемой МДБ непосредственно на территории ОРИТ. Потребность в мероприятиях по медицинской реабилитации в ОРИТ рассчитывается исходя их реестрового анализа случаев лечения пациента в условиях ОРИТ и составляет 100% для всех случаев пребывания в ОРИТ более 72 часов.

При пребывании пациента в специализированном отделении по профилю оказываемой медицинской помощи, пациент должен получать ежедневно не менее 1-го, но не более 3-х часов реабилитации (режим среднеинтенсивной реабилитации), предоставляемой МДБ непосредственно на территории специализированного отделения по профилю оказания медицинской помощи. Потребность в мероприятиях по медицинской реабилитации в специализированном отделении по профилю оказания медицинской помощи рассчитывается исходя их реестрового анализа случаев лечения пациента и составляет 60% для всех случаев пребывания в специализированном отделении более 48 часов.

При пребывании пациента в специализированном отделении медицинской реабилитации, пациент должен получать ежедневно не менее 3-х часов реабилитации (режим интенсивной реабилитации), предоставляемой МДБ на территории специализированного реабилитационного отделения в зависимости от нарушенных функций и ограничения жизнедеятельности. Потребность в мероприятиях по медицинской реабилитации в стационарном специализированном реабилитационном отделении при нарушении функций и жизнедеятельности (2 этап медицинской реабилитации) рассчитывается исходя их реестрового анализа случаев законченного лечения пациента в специализированном отделении по профилю медицинской помощи и составляет 30% для всех случаев отделений неврологического и нейрохирургического профилей;

25% для всех случаев отделений ортопедо-травматологического, ревматологического и неврологического профилей профилей; 20 % для всех случаев отделений кардиологического, пульмонологического и других соматических профилей.

Продолжительность реабилитационных мероприятий в соответствии с индивидуальной программой реабилитации на каждом из этапов медицинской реабилитации должна составлять не менее 10 дней. Мероприятия по медицинской реабилитации на первом и втором этапах должны проводиться ежедневно, на третьем этапе – не реже чем один комплекс мероприятий по медицинской реабилитации через каждые 48 часов. Количество курсов медицинской реабилитации пациентам с установленной инвалидностью при наличии нереализованного реабилитационного потенциала – не менее одного в год.

Транспортировка на реабилитационное лечение при состоянии пациента с уровнем ШРМ 6–4 балла в случае необходимости продолжения лечения на базе медицинской организации и к месту регистрации пациента, после завершения реабилитационного лечения, осуществляется силами направляющей пациента медицинской организации, а так же структурными подразделениями (станциями) скорой медицинской помощи или транспортом социальных служб с медицинским сопровождением. Расходы на доставку пациента включаются в тариф медицинской помощи по медицинской реабилитации.

При отсутствии в субъекте РФ медицинской организации с отделением реабилитации, необходимым пациенту для дальнейшего восстановления функций и жизнедеятельности, направление на медицинскую реабилитацию второго и/или третьего этапов осуществляется единым центром маршрутизации субъекта РФ, в том числе в федеральные медицинские организации, медицинские организации других субъектов РФ, в соответствии с действующим законодательством. Решение о приеме в отделение медицинской реабилитации медицинской организации принимает врачебная комиссия медицинской организации на основании предварительного анализа медицинской документации пациента, направляемого на медицинскую реабилитацию и, при необходимости, проведения очной или дистанционной консультации пациента.

Оплата медицинской помощи по медицинской реабилитации осуществляется в рамках программы государственных гарантий за счет средств ОМС по клинико-статистическим группам (КСГ), на основании методических рекомендаций федерального фонда обязательного медицинского страхования по формированию тарифов на оказание медицинской помощи, а так же за счет средств из иных источников, не противоречащих законодательству РФ.

Правильно организованная медицинская реабилитация рентабельна, так как снижает расходы на оказание СМП и ВМП, снижает длительность пребывания на круглосуточной койке стационара, повышает уровень независимости пациента при завершении оказания медицинской помощи, позволяет организовать своевременное оказание специализированной социальной помощи пациенту, снижает уровень вторичных и третичных затрат, снижает частоту повторных событий у пациентов, увеличивает продолжительность жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Бойцов С.А., Иванова Г.Е., Андреев А.Г., Барбараш О.Л., Белова В.В., Белов В.Н., Борисов Б.В., Иванов Е.В., Карамова И.М., Карпухин А.В., Красницкий В.Б., Кыбланова Е.С., Лебедев П.А., Лисняк Е.А., Лямина Н.П., Мизурова Т.Н., Мисюра О.Ф., Мишина И.Е. и др. Организационные вопросы кардиореабилитационной службы в России. Результаты пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации» // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. Т. 15. № 6. С. 4–12.
2. 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. (РИНЦ – 0,834).
3. Иванова Г.Е., Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Мишина И.Е., Сарана А.М. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при остром инфаркте миокарда // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. Т. 21. № 1. С. 15–18.
4. 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.
5. 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. (РИНЦ – 0,071)
6. 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 Ивановской медицинской академии. 2016. Т. 21. № 1. С. 23–24.
7. 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.
8. 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. (РИНЦ – 0,071)
9. 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.
10. 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.
11. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO, 127 P.
12. 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.
13. 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.
14. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02793934>

REFERENCES

1. Aronov DM, Bubnova MG, Boytsov SA, Ivanova GE, Andreev AG, Barbarash OL, Belova VV, Belov VN, Borisov BV, Ivanov EV, Karamov IM, Karpukhin AV, Krasnitsky VB, Kiblanova ES, Lebedev PA, Lisnyak EA, Lyamina NP, Mizurova TN, Misyura OF, Mishina IE, etc. [Organizational issues of cardio-rehabilitation services in Russia. The results of the pilot project "System Development rehabilitation of patients with cardiovascular diseases in medical institutions of the subjects of the Russian Federation"]. Cardiovascular therapy and prophylaxis. 2016. T. 15. № 6. P. 4–12.
2. Ivanova GE, Aronov DM, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Bubnova MG, Builova TV, Melnikova EV, Mishina IE, Prokopenko SV, Sarana AM, Stakhovskaya LV, Suvorov AYU, Khasanova DR, Tsykunov MB, Shmonin AA, Shamalov NA. [Pilot project "Development system of medical rehabilitation in the Russian Federation"]. Journal of Restorative Medicine. 2016. No. 2 (72). P. 2–6.
3. Ivanova GE, Aronov DM, Bubnova MG, Mishina IE, Sarana AM. [The pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in Russian Federation". The system of monitoring and monitoring the effectiveness of medical rehabilitation in acute myocardial infarction]. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. 2016. Vol. 21. No. 1. P. 15–18.
4. Ivanova GE, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Builova TV, Melnikova EV, Mishina IE, Prokopenko SV, Sarana AM, Stakhovskaya LV, Suvorov AYU, Khasanova DR, Tsykunov MB, Shmonin AA, Shamalov NA. [The 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.
5. Ivanova GE, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Melnikova EV, Prokopenko SV, Stakhovskaya LV, Suvorov AYU., Khasanova DR, Shmonin AA, Shamalov NA. [Pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation". The system of control and monitoring of the effectiveness of medical rehabilitation in acute disorders of cerebral circulation]. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy, Vol.21, No.1, 2016, pp. 19–22.
6. Ivanova GE, Builova TV, Tsykunov MB. [Pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation". The system of monitoring and monitoring of the effectiveness of medical rehabilitation in hip joint endoprosthesis]. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. 2016. Vol. 21. No. 1. P. 23–24.
7. Ivanova GE, Melnikova EV, Shmonin AA, Aronov DM, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Bubnova MG, Builova TV, Mishina IE, Nikiforov VV, Prokopenko SV, Sarana AM, Stakhovskaya LV, Suvorov AYU, Khasanova DR, Tsykunov MB, Shamalov NA. [Pilot "The development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation". Protocol of the second phase of the project]. Uchenye zapiski PSpbGMU n.a. Acad. IP Pavlova, №2, pp.27–34.
8. Shmonin AA, Nikiforov VV, Maltseva MN, Melnikova EV, Ivanova GE. [Electronic system of monitoring of efficiency 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, pp. 66–70.
9. Shmonin AA, Maltseva MN, Nikiforov VV, Melnikova EV. [Preliminary results of the Pilot Project "Development system of medical rehabilitation in Russia" in SPbGU to the City Hospital No. 26. Using the "ICF-reader" program for installing rehabilitation diagnosis]. Scientific notes PSpbGMU n.a. Acad. IP Pavlova, Volume XXIII, No. 4, pp. 54–60.
10. Shmonin AA, Nikiforov VV, Maltseva MN, Melnikova EV, Ivanova GE. [Electronic system of monitoring of efficiency 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.
11. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO, 127 P.
12. Geyh S., Cieza S., Schouten J., Dickson H., Frommelt P., Omar Z., Kostanjsek N., Ring H., Stucki G. ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med. 2004 Jul; (44Sb): 135–41. PubMed PMID: 15370761.
13. Gutenbrunner, C. et al. White Paper on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) and Académie Européenne de Médecine de Réadaptation. 46 P.
14. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02793934>

РЕЗЮМЕ

Медицинская реабилитация процесс, направленный на улучшение качества жизни пациентов после заболеваний и/или состояний, на предупреждение развития инвалидности, вторичную профилактику, а так же на увеличение эффективности медицинской помощи в целом. Медицинская реабилитация организовывается в соответствии с действующим законодательством, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи, основываясь на принципах раннего начала, всеобъемлющего анализа нарушенных функций, ограничения возможности выполнения бытовых и социальных действий и навыков вследствие заболеваний и/или состояний, обоснованности, мультидисциплинарного проведения мероприятий, индивидуальном и персональном подходах, рациональности и преемственности, непрерывности оказания помощи. Для организации помощи по медицинской реабилитации необходимы: организация и управление процессом медицинской реабилитации, технологии медицинской реабилитации, подготовленные кадры, финансирование, контроль эффективности организованного процесса.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, организация процесса, управление процессом медицинской реабилитации, организация медицинской реабилитации, система оказания помощи, Шкала реабилитационной Маршрутизации, ШРМ, нейрореабилитация, кардиореабилитация, ортопедическая реабилитация, врач физической и реабилитационной медицины, инвалидность, маршрутизация пациента, Единый центр маршрутизации, реабилитационный потенциал, индивидуальная программа медицинской реабилитации, мультидисциплинарная бригада.

ABSTRACT

Medical rehabilitation is a process aimed at improving the quality of life of patients after diseases and/or conditions, to prevent development of disability, secondary prevention, and also increase the efficiency of health care in General. Medical rehabilitation is organized in accordance with the current legislation, clinical guidelines, taking into account standards of care, based on the principles of early, comprehensive analysis of the disturbed functions, limits the ability to perform household and social skills due to disease and/or condition, propriety, multidisciplinary events, and individual personal approaches, rationality and continuity, the continuity of assistance. To assist in the rehabilitation required: the organization and management of medical rehabilitation, medical rehabilitation technology, trained staff, funding, monitoring the effectiveness of the organized process.

Keywords: medical rehabilitation, organization of the process, management of the medical rehabilitation process, the organization of medical rehabilitation, the system of rendering assistance, the scale of rehabilitation Routing, SHRM, neurorehabilitation, cardiorabolism, orthopedic rehabilitation, physician and rehabilitation medicine, disability, patient routing, Single routing center, rehabilitation potential, individual program of medical rehabilitation, multidisciplinary brigade.

Контакты:
Иванова Г.Е. E-mail: reabilivanova@mail.ru