

Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе.

Глава 1. Определения и понятия ФРМ

Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине

АННОТАЦИЯ

В контексте третьего издания Белой книги по физической и реабилитационной медицине в Европе, физическая и реабилитационная медицина – это основная медицинская специальность, отвечающая за профилактику, медицинскую диагностику, лечение и реабилитацию лиц всех возрастов с инвалидизирующими нарушениями и их сопутствующими заболеваниями, в частности, устранение таких нарушений и ограничений активности в целях содействия их физическому и когнитивному функционированию (включая поведение), участию (включая качество жизни) и изменению личностных факторов и факторов окружающей среды.

Чтобы прийти к этому определению ФРМ, необходимо рассмотреть описание этого понятия. Необходимо отметить несколько фундаментальных аспектов, а именно функционирование, инвалидность и реабилитацию.

Эти определения представлены в настоящей главе и включают в себя:

- **Функционирование:** все действия, выполняемые человеческими организмами и людьми. В МКФ термин «функционирование» используется с точки зрения сфер функционирования, и эти сферы разделены на величину функций и структур тела, деятельности и участия;
- **Инвалидность:** проблема при выполнении человеком действий, которые он или она должен и хочет сделать, проявляющаяся во влиянии основного нарушения здоровья – болезни, травмы или даже старения – на его или ее производительность в его или ее фактической среде.
- **Реабилитация:** комплекс мер, направленных на помощь людям с ограниченными возможностями в достижении и поддержании оптимального функционирования во взаимодействии со своей средой.

В определении инвалидности МКФ четко различаются проблемы, которые полностью вызваны основным нарушением (способность) здоровья из-за проблем, возникающих в результате взаимодействия между способностью, окружающей средой и личностными факторами (производительность).

В данной статье рассматриваются все эти понятия, необходимые для понимания стратегии ФРМ для оценки инвалидности и реализации мер, которые могут привести к улучшению функционирования и здоровья.

(Ссылка на данную статью: Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 1. Определения и понятия ФРМ. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:37–45. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05144-4)

Ключевые слова: Физическая и реабилитационная медицина – Европа – Инвалидность – Функционирование – Реабилитация.

Введение

Белая книга (WB) по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе составлена четырьмя европейскими организациями ФРМ и представляет собой справочник для врачей ФРМ в Европе. WB преследует множество целей, в том числе создание унифицирующей структуры для европейских стран, информирование лиц, принимающих решения на европейском и национальном уровнях, о предоставлении учебных материалов для стажеров и врачей ФРМ и информации о ФРМ медицинскому сообществу, другим специалистам по реабилитации и обществу. В WB утверждается важность ФРМ как первичной медицинской специальности.

Содержание включает определения и понятия ФРМ, объяснение необходимости реабилитации для человека и для общества в целом, основы ФРМ, историю специальности ФРМ, а также структуру и деятельность организаций ФРМ в Европе, с последующим подробным изложением практика ФРМ, то есть знаний и навыков физических терапевтов и реабилитологов, области клинической компетенции ФРМ, местом специальности ФРМ в системе здравоохранения и обществе, образования и непрерывного профессионального развития врачей ФРМ, особенностей и проблем науки и исследований в ФРМ, а также задач и перспектив на будущее ФРМ.

Физическая и реабилитационная медицина – это основная медицинская специальность, отвечающая

за профилактику, медицинскую диагностику, лечение и реабилитацию лиц всех возрастов с инвалидизирующими нарушениями, и их сопутствующими заболеваниями, в частности, устранение таких нарушений и ограничений активности в целях содействия их физическому и когнитивному функционированию (включая поведение), участию (включая качество жизни) и изменению личностных факторов и факторов окружающей среды.

Чтобы прийти к этому определению ФРМ, необходимо рассмотреть описание понятия. Необходимо отметить несколько фундаментальных аспектов, а именно функционирование, инвалидность и реабилитацию.

Эти определения представлены в этой главе и включают в себя:

- **Функционирование:** все действия, выполняемые человеческими организмами и людьми. В МКФ термин «функционирование» используется с точки зрения сфер функционирования, и эти сферы разделены по размерам функций и структур тела, деятельности и участия;
- **Инвалидность:** проблема при выполнении человеком действия, которые он или она должен и хочет сделать, проявляющаяся во влиянии основного нарушения здоровья – болезни, травмы или даже старения – на его или ее производительность в его или ее фактической среде.

- Реабилитация: комплекс мер, направленных на помощь людям с ограниченными возможностями в достижении и поддержании оптимального функционирования во взаимодействии со своей средой.

Функционирование

Функционирование, справка из информационной системы ВОЗ

С момента своего основания в 1948 году мандат ВОЗ заключался в том, чтобы добиться «обладания максимально достижимым уровнем здоровья как основного права каждого человека», которое определяет здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или слабости»¹.

Для контроля достижения этой цели ВОЗ регулярно обновляет Международную классификацию болезней (МКБ) в качестве универсальной справочной системы для регистрации смертности и заболеваемости.² В ее последней версии, МКБ 11, также будет дано описание как биомедицинского характера, так и воздействия нарушенный здоровья.³

В 2001 году Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)⁴ с целью формирования концепции как биомедицинского характера нарушений здоровья – функций и структур тела и их нарушений, так и общего воздействия на здоровье человека во взаимодействии с окружающей средой. В МКФ представлена классификация с применением стандартного международного общего языка, с точки зрения которого жизненный опыт здоровья может быть применен как на уровне одного индивидуума, так и всей популяции. В МКФ, биомедицинский характер и общее влияние нарушений здоровья, в контексте жизни людей, с учетом окружающей среды, в которой они живут, и их личных факторов, называется «функционирование».

МКФ является международной классификацией здоровья и функционирования; это также справочная информационная система для стандартизированного описания здоровья, функционирования и инвалидности на всех уровнях здоровья и связанных с ним систем, включая социальные, образовательные и трудовые. МКФ существенно важно и полезно для практикующих врачей, стремящихся оптимизировать функционирование отдельных пациентов, для политиков, которые желают сформировать систему здравоохранения в соответствии с потребностями людей в функционировании и их требованиями, для исследователей, целью которых является объяснение и влияние на функционирование, а также для наук и профессий, связанных с функционированием.⁵

Функционирование, формирование концепции здоровья по ВОЗ

«Функционирование» является центральной концепцией МКФ и обозначает полный набор функций и структур человеческого тела, а также всех человеческих действий, как простых, так и сложных (рис. 1).

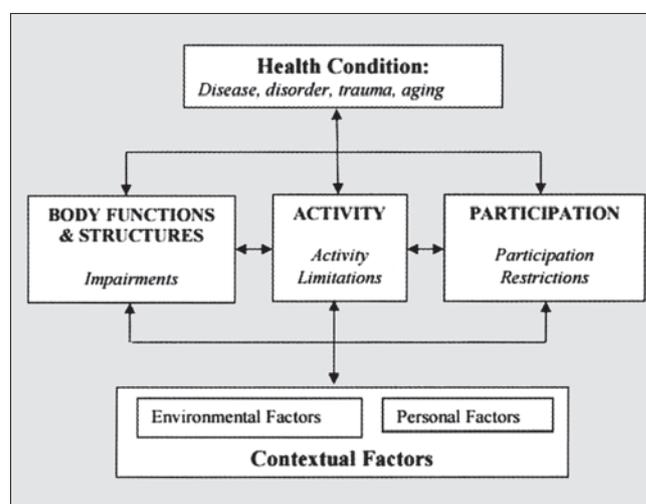
Другими словами, функционирование – это все, что выполняется человеческим телом, и действия, которые выполняются людьми.

В МКФ термин «функционирование» используется с точки зрения сфер функционирования, и эти сферы раз-

делены по размерам функций и структур тела, деятельности и участия;

Далее их организация строится с точки зрения спектра от простого к сложному, от основной функции тела, например, зрение, до очень сложных и социально определяемых сфер участия, таких как работа или участие в общественной жизни. В качестве классификации, МКФ разработана как всеобъемлющая, но в то же время гибкая система, предоставляющая практикующему врачу или исследователю полное пояснение функционирования, и позволяющая при необходимости расширять спецификацию дополнительных областей значения.

Каждая область значения функционирования МКФ рассматривается как переход от полного отсутствия функционирования до полного функционирования. В определенный момент каждый уровень функционирования в любой области значения может быть в принципе описан и, в зависимости от предполагаемого исследования или его клинической цели, может быть также описана всеобъемлющая картина полного функционирования человека. Более того, поскольку общее функционирование человека будет непрерывно меняться на протяжении всей жизни, в МКФ также предоставляется стандартная формулировка для описания в долгосрочной перспективе. По мере увеличения функционирования в первые годы жизни человека, оно будет уменьшаться вследствие травм и болезней и, в конечном счете, с возрастом. Таким образом, при наличии достаточных данных о населении можно создать репрезентативные траектории старения, учитывая возникновение определенных состояний здоровья и сопутствующих заболеваний,



Health condition: disease, disorder, trauma, aging

Нарушение здоровья: болезнь, расстройство, травма, старение

Body functions and structures: impairments

Функции и структуры тела: нарушения

Activity: activity limitations

Активность: ограничения активности

Participation: participation restrictions

Участие: ограничения участия

Environmental factors

Факторы окружающей среды

Personal factor

Личностные факторы

Contextual factors

Контекстуальные факторы

Рисунок 1. Структура функционирования и инвалидности в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

с точки зрения которых можно описать или предсказать потенциальное воздействие клинических вмешательств и мер в области народонаселения на функционирование.

Практические инструменты реализации МКФ в клинической практике, предоставлении и оплате услуг, политике и исследованиях

Практические инструменты упрощают применение МКФ – инструмента для сбора клинических данных и отчетности на базе МКФ^{5, 6} для многочисленных целей. МКФ – это классификация, поэтому для ее использования требуются разнообразные инструменты, помогающие осуществлению классификации на практике. Эти инструменты позволяют указать, какие области функционирования мы хотим задокументировать; позволяют регулярно собирать данные о функционировании на клиническом уровне или на уровне популяции; и позволяют публиковать данные, собранные с использованием общей метрики, давая возможность провести достоверное сравнение данных о функционировании, собранных из разных источников (рисунок 2). Соответственно, при планировании сбора клинических данных, для исследования или для представления уже собранных данных, пользуетеля МКФ должны задать себе следующие четыре вопроса о функционировании:^{7, 8}

- Какие области значения МКФ мы хотим задокументировать? (например, с использованием стандартного набора МКФ, реабилитационного набора МКФ или базового набора МКФ для определенного состояния здоровья, в рамках непрерывного ухода или в контексте, например, профессиональной реабилитации).⁹⁻¹²

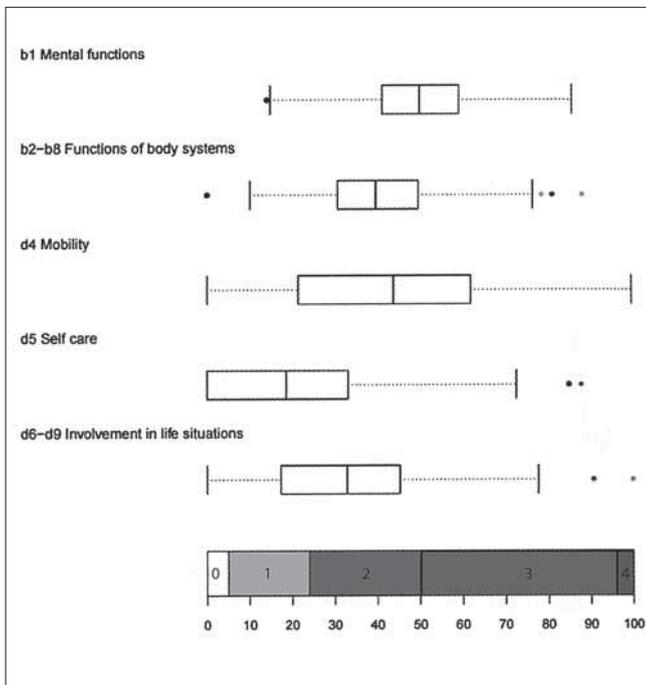


Рисунок 2. Наглядное представление профиля функционирования популяции, участвующей в Швейцарских групповых исследованиях травм спинного мозга

- Какие аспекты будут затронуты (например, способность или производительность)?
- Какие инструменты сбора данных будут применяться для нашей цели?
- Какой метрический подход мы хотим использовать для отчетности?

МКФ и функционирование в реабилитации

МКФ имеет основополагающее значение для реабилитации, пятой стратегии в области здравоохранения наряду со стратегией лечения, поддержания, профилактики и паллиатива.¹³⁻¹⁵ МКФ также является основной составляющей области ФРМ, которую действительно можно назвать медициной функционирования.^{5, 14, 15} Это связано с тем, что общая цель реабилитации и ФРМ заключается в оптимизации функционирования человека и, тем самым, повышении качества его жизни.¹⁶

ФРМ достигает этого, оптимизируя посредством лечения неотъемлемые аспекты функционирования или «способности», согласно терминам МКФ, или посредством внесения изменений в его среду, с целью оптимизации фактической работоспособности человека. Эти мероприятия успешны только тогда, когда они направлены на взаимодействие между нарушением здоровья и факторами окружающей среды, поскольку только в этом случае они могут оптимизировать общий результат функционирования. В конечном итоге цель ФРМ – трансформировать внутреннюю способность или биологическое здоровье человека в фактическую производительность во взаимодействии с окружающей средой и личностными факторами, то есть со здоровьем человека.

Категории МКФ реабилитационного набора МКФ

Вкратце, в контексте реабилитации в целом и ФРМ в частности, функционирование является отправной точкой клинической оценки, ожидаемым результатом применения мер, и основой для контроля качества таких мер.

Для описания, понимания функционирования и влияния на него, ФРМ должна полагаться на МКФ, как с точки зрения своей базовой концептуальной модели функционирования, так и, более конкретно, на ее классификации, которые могут использоваться для обеспечения сопоставимости собранных и сообщаемых данных. МКФ может применяться для описания как отдельных пациентов¹⁷ (Таблица 1) так и групп населения (рисунок 2). С МКФ, цели и задачи мероприятий могут быть определены с точки зрения уровня функционирования человека (в соответствующих областях), основного и сопутствующих заболеваний, а также соответствующих личностных и экологических факторов, из которых складывается жизненный опыт человека в сфере здоровья.

Мероприятия могут быть определены с помощью Международной классификации мероприятий в области здравоохранения (ICHI), которая классифицирует функциональные, хирургические и фармакологические мероприятия. Совместное использование МКФ, МКБ и ICHI позволяет, таким образом, обеспечить полное стандартизированное кодирование полного цикла реабилитации, включая анализ, назначение, мероприятия и оценку.¹⁸

В целях содействия реализации МКФ в повседневной практике реабилитации, Секция и Совет UEMS-PRM направляют усилия европейских организаций на общесистемное внедрение МКФ в области ФРМ, реабилитации

Таблица 1А. Профили функционирования. Профиль категорий МКФ ; Квалификатор МКФ : оценка степени проблемы (0 = все в порядке до 4 = явная проблема) в компонентах функций тела (b), структурах тела (s), деятельности и участии (d); Соотношение цели: 1 и 2 относятся к цели цикла 1 и 2; ПО относится к цели программы обслуживания; Значение цели относится к квалификатору МКФ, достигаемому после применения мер.

(C) = категория набора стандартных данных МКФ	Проблема	0 1 2 3 4				
		b130	Функции возбуждения и энергетические функции (C)			
b134	Функция сна					
b152	Эмоциональная функция (C)					
b280	Ощущение боли (C)					
b455	Функции выносливости физических упражнений					
b620	Функции мочеиспускания					
b640	Сексуальные функции					
b710	Функции подвижности суставов					
b730	Функции мышечной силы					
d230	Выполнение повседневных дел (C)					
d240	Урегулирование стресса и других психологических требований					
d410	Изменение основных положений тела					
d415	Удержание положения тела					
d420	Передвижение					
d450	Ходьба (C)					
d455	Перемещение (C)					
d465	Перемещение с использованием оборудования					
d470	Использование транспорта					
d510	Мытье тела					
d520	Уход за частямителом					
d530	Пользование туалетом					
d540	Одевание					
d550	Питание					
d570	Забота о своем здоровье					
d640	Выполнение домашних работ					
d660	Помощь другим					
d710	Основные межличностные взаимодействия					
d770	Интимные отношения					
d850	Оплачиваемый труд (C)					
d920	Отдых и развлечения					

и здравоохранения в целом во взаимодействии с правительствами, неправительственными субъектами и частным сектором. Эти усилия согласуются с планом работы Международного общества физической и реабилитационной медицины (ISPRM) с ВОЗ.^{19, 20}

Инвалидность

Инвалидность МКФ ВОЗ

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)⁴ отражает наше интуитивное представление об инвалид-

ности как о проблеме при выполнении человеком действия, которые он или она должен и хочет сделать, проявляющейся во влиянии основного нарушения здоровья – болезни, травмы или даже старения – на его или ее производительность в его или ее фактической среде. В МКФ этот опыт представлен с точки зрения базового понятия МКФ о функционировании в различных областях функций и структуры тела, деятельности и участия – т.е. всего, что выполняет тело, и действий, простых и сложных, которые выполняют люди, – во взаимодействии с факторами окружающей среды, которые могут действовать как барьеры (ограничивают производительность) или фасилитаторы (повышают производительность).

Благодаря МКФ этот потенциально сложный опыт реализуется на практике по классификации, которая точно и полностью описывает его международно-стандартными формулировками. Определение инвалидности МКФ несколько шире нашего повседневного понятия, поскольку оно включает в себя нарушения (проблемы в функциях и структурах тела), четко различает проблемы, которые полностью вызваны основным заболеванием (способность) из-за проблем, возникающих в результате взаимодействия между способностью, окружающей средой и личностными факторами (производительность). Поскольку реабилитация в целом и ФРМ в частности направлены на оптимизацию функционирования во всех областях, мы можем утверждать, что эти стратегии здравоохранения направлены на устранение опыта инвалидности или его улучшение.

Эпидемиология инвалидности

На протяжении десятилетий задача заключалась в достижении консенсуса в отношении определения инвалидности как первого шага к истинной эпидемиологии инвалидности. Несмотря на то, что МКФ в настоящее время установила консенсусную концептуализацию, тенденция к путанице двух опытов эпидемиологии инвалидности все еще сохраняется: проблемы, с которыми люди сталкиваются, выполняя действия полностью из-за их состояния здоровья – перспектива способности, и проблем, возникающих у людей в результате взаимодействия между их нарушением и факторами окружающей среды и личностными факторами – перспектива производительности. Несмотря на их разницу, обе перспективы важны для оценки распространенности инвалидности, а также для понимания практики реабилитации.⁷ В соответствии с Планом действий по борьбе с инвалидностью²¹, ВОЗ предприняла шаг по уточнению эпидемиологии инвалидности путем разработки Типового обследования по инвалидности, которое четко различает способность с точки зрения эффективности, с целью отделить здоровье от факторов окружающей среды, определяющих опыт, связанный с инвалидностью.²²

Мероприятия по вопросам инвалидности

С точки зрения эффективности – то есть фактического опыта, связанного с инвалидностью – ограничения в способности выполнять действия в некоторых областях, таких как мобильность или значимая жизненная деятельность, могут быть значительно сокращены с помощью соответствующих вспомогательных устройств и других фасилитаторов в окружающей среде, которые повышают производительность и, следовательно, снижают инвалидность. Тем не менее, эти реабилитационные ме-

Таблица IV. Профили функционирования. Профиль категорий МКФ; Квалификатор МКФ: оценка степени проблемы (0 = все в порядке до 4 = явная проблема) и степень положительного (+) или отрицательного воздействия факторов окружающей среды (e) и личностных факторов (pf).

	Фасилитатор					Барьер						
	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e110											-	-
e115											2	+4
e120											1	+4
e155											-	
e310											-	
e320											-	
e355											-	
e460											-	
e580											-	
pf											ПО	0
pf											-	-
pf											ПО	0
pf											-	-

роприятия требуют от нас воплощения потенциальных выгод от улучшения способности и изменений в окружающей среде в фактическом выполнении действий.

Эффективность и качество реабилитационных мероприятий должны оцениваться не только в плане улучшения способности или упрощения взаимодействия с окружающей средой, но и в плане реальных результатов этого взаимодействия. Именно это означает оптимизацию функционирования.

Оценка инвалидности

Поскольку области функционирования непрерывно связаны друг с другом, начиная от отсутствия проблемы до наличия явной проблемы, инвалидность не является противоположностью функционированию, а скорее представляет собой диапазон функционирования в целом непрерывном процессе, который интуитивно направлен на завершение проблемы такого процесса. Поэтому в нем нет единой точки, которая являлась бы началом для функционирования и инвалидности для каждой области. Эти пороговые точки будут определяться по-разному для разных целей. Это важно с точки зрения эпидемиологии, поскольку, например, юридические определения инвалидности устанавливают порог для целей права на поддержку и услуги, разного во всех странах и даже в разных министерствах внутри стран. Эти определения не могут служить основанием для сопоставления эпидемиологии инвалидности во всем мире, которая вместо этого требует применения стандартизированного критерия функционирования, определяемого психометрически. Хотя в некоторых случаях может быть общее согласие о том, когда функционирование является неоптимальным для любой области, надлежащая клиническая практика признает, что уровень функционирования, который человек испытывает как инвалидность, определяется личными и культурными ожиданиями. Ориентированное на пациентов медицинское обслуживание требует учитывать эти ожидания, даже если их конечный результат не будет соответство-

вать надлежащей клинической практике.

Инвалидность – две социальные перспективы

Концептуализация функционирования и инвалидности МКФ объясняет постоянное разногласие в отношении опыта инвалидности, отраженного в двух социальных аспектах.^{7,23}

С одной стороны, инвалидность, безусловно, является универсальной особенностью состояния человека, в том смысле, что все будут испытывать или будут подвержены риску испытывать ограниченность возможностей и проблемы с производительностью в той или иной области функционирования. При этом не у каждого из них разовьется тяжелая степень инвалидности в течение жизни; старение само по себе является процессом накопления нарушений во многих областях, часто слабой или средней степени тяжести, в зависимости от индивидуума, но в совокупности весьма ограничивающих. Такая инвалидность является универсальной особенностью, поэтому является просто описательным фактом эпидемиологии функционирования. Однако, в то же время, в основном по социально-политическим причинам, мы социально выделяем группу лиц как «инвалидов», как, фактически, группу меньшинства, которая выбыла из основного потока и отрицает, в той или иной степени, полную интеграцию и эффективное участие в жизни общества. Эта социальная проблема не универсальна, а ограничена отдельным меньшинством.

Основное внимание в реабилитации уделяется универсальному видению инвалидности. Из-за старения населения, вызванного, в частности, успехами современной медицины и возросшей выживаемостью после болезней и травм, все чаще реабилитационные мероприятия сосредоточены не только на серьезных нарушениях функционирования, таких как инсульт и травма спинного мозга (SCI), но и на ситуации из-за множественных, но относительно легких или умеренных нарушений, связанных со старением и с некоторыми заболеваниями, а не с одной серьезной инвалидностью, вызванной непосредственно

Таблица II. Главные стратегии системы здравоохранения, их цели и показатели, по материалу: Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53:134–8.

Стратегия	Цель здравоохранения	Показатель	
Профилактическая	Профилактика заболеваний	Заболеваемость	МКБ
Просветительская	Оптимальное биологическое здоровье	Способность по МКФ	МКФ
Лечебная	Борьба с заболеваниями	Смертность	МКБ
Реабилитационная	Оптимальное функционирование	Способность и производительность по МКФ	МКФ
Поддерживающая	Оптимальное жизненное здоровье	Производительность по МКФ	МКФ
Паллиативная	Качество жизни и благополучие	Удовлетворенность	

Таблица III. Концептуальное описание стратегии реабилитации на основе данных Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), модифицированная версия (термины МКФ выделены жирным шрифтом).

Реабилитация – это стратегия здравоохранения, которая, на основе **интегративной модели функционирования, инвалидности и здоровья ВОЗ**, применяет и включает:

- подходы к оценке **функционирования** с учетом **нарушений здоровья**
- подходы к оптимизации **способностей человека**
- подходы, которые развивают и укрепляют ресурсы **человека**
- подходы, которые обеспечивают **благоприятную среду**
- подходы, которые развивают **производительность человека**
- подходы, которые повышают качество жизни человека, зависящее от здоровья, в ходе взаимодействия между человеком и медицинским работником/организацией и восприятия человеком его или ее положения в жизни в процессе **болезни** и во всех возрастных группах; в течение непрерывного ухода, включая больницы, реабилитационные учреждения и окружение, а также по всем секторам, включая здравоохранение, образование, трудовые и социальные вопросы; нацеленные на то, чтобы люди с **заболеваниями**, которые имеют **инвалидность** или подвержены риску ее возникновения, могли достичь и поддерживать оптимальное **функционирование**

Источник: Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. Journal of rehabilitation medicine. 2011;43(9):765–9. Table II p. 768.

одним тяжелым хроническим заболеванием.^{24,25} Будущая задача реабилитации как стратегии здравоохранения, и ФРМ, в частности, в контексте увеличения нагрузки ухода, расходов на здравоохранение и социальную помощь и повышения общественных ожиданий в отношении качественного здравоохранения, будет заключаться в создании стратегий сложных мероприятий, которые соответствуют всему опыту инвалидности с вовлечением нескольких, разнообразных, областей функционирования. Не менее важным будет оценка результатов этих мероприятий, с целью обеспечить качество и снизить издержки. Но как общество, включая специалистов по реабилитации и профессиональные организации, мы должны решать проблемы тех людей, которые живут с инвалидностью и не могут участвовать в жизни обще-

Вставка 4.1 Что такое реабилитация?

В настоящем Докладе **реабилитация** определяется как «комплекс мер, направленных на помощь людям с ограниченными возможностями в достижении и поддержании оптимального функционирования во взаимодействии со своей средой».

Иногда проводится различие между реабилитацией, которая направлена на то, чтобы помочь людям с врожденной или приобретенной в раннем детстве инвалидностью развить максимальное функционирование, и реабилитацией, направленной на восстановление максимального функционирования у людей, утративших какую-либо функцию (2). В этой главе термин «реабилитация» охватывает оба вида мероприятий. Несмотря на широту концепции реабилитации, этот термин может включать не все, что связано с инвалидностью.

Реабилитация нацелена на улучшение функционирования индивидуума – скажем, путем улучшения способности человека есть и пить самостоятельно. Реабилитация также включает внесение изменений в окружающую среду человека – например, путем установки туалетных поручней. Но инициативы по устранению барьеров на общественном уровне, такие как установка пандуса в общественном здании, в настоящем Докладе не рассматриваются как реабилитация.

Реабилитация снижает воздействие широкого спектра заболеваний. Как правило, реабилитация происходит в течение определенного периода времени, но может включать однократное мероприятие или множество мероприятий, проводимых отдельным лицом или группой реабилитационного персонала, и необходимость в ней может возникнуть как с острой или начальной фазы сразу после определения диагноза, так и в подострой фазе и фазе ухода.

Реабилитация включает выявление проблем и потребностей человека, связанных с соответствующими личностными факторами и факторами окружающей среды, определяющих цели реабилитации, планирование и реализацию мер, и оценку воздействия (см. рисунок ниже). Обучение людей с ограниченными возможностями имеет важное значение для развития знаний и навыков самопомощи, ухода, ведения дел и принятия решений. Участие в процессе реабилитации людей с ограниченными возможностями и их родственников позволяет улучшить состояние здоровья и функционирование (3–9).

Рисунок 3. Определение инвалидности во Всемирном Докладе об Инвалидности [WRD].

ства. Основное внимание в этом уделяется социальной цели полного включения в соответствие с основными правами человека. Эти права были четко подтверждены повторно для данной социальной группы в соответствии с Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах инвалидов от 2006 года.²⁶

Реабилитация

Реабилитация, главная стратегия системы здравоохранения

С точки зрения системы здравоохранения реабилитация является одной из пяти стратегий в области здравоохранения,^{13, 14} цели и результаты которых представлены в таблице II.²⁷ С момента принятия Алма-Атинской Декларации в 1978 году реабилитация считается основной стратегией здравоохранения в области первичной медицинской помощи, которая направлена на решение «основных проблем со здоровьем в сообществе» путем «проведения информационных, профилактических, лечебных и реабилитационных услуг».²⁸

VR – это многопрофильный, основанный на фактических данных подход, применяемый в разных условиях, услугах и мероприятиях для лиц трудоспособного возраста с нарушениями здоровья или ограничениями рабочего функционирования, и чья основная цель – оптимизировать участие в работе.

Рисунок 4. Предложенное концептуальное определение профессиональной реабилитации (VR) на основе данных МКФ.

Возникновение реабилитации как ключевой стратегии здравоохранения XXI века

Лечебные, профилактические и информационные стратегии здравоохранения отвечали за усиление влияния медицины и общественного здоровья на протяжении большей части XIX и XX веков. Но к концу прошлого века возникли эпидемиологические проблемы, главным образом из-за успехов предыдущих десятилетий. В частности, происходит старение населения за счет улучшения медицинского обслуживания и повышения выживаемости в условиях, которые ранее считались смертельными, а неинфекционные хронические заболевания стали, по крайней мере в развитых странах, основным

источником смертности.²⁸ В этом веке, как следствие, помимо сохранения цели общественного здравоохранения в профилактике, основная стратегия здравоохранения заключается не столько в том, чтобы вылечить, сколько оптимизировать функционирование людей, живущих дольше, но со значительно большими ограничениями возможностей.^{30,31}

Но это естественная область реабилитации, целью которой является оптимизация внутреннего здоровья и улучшение условий окружающей среды для повышения функционирования и снижения инвалидности в конечном итоге. Фактически демографические и эпидемиологические реалии социально трансформировали реабилитацию в основную стратегию здравоохранения XXI века.³²

Определение реабилитации на основании данных МКФ

Принятие Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ)⁴ дало основу для переосмысления реабилитации в качестве стратегии здравоохранения и обеспечило ей более прочное концептуальное основание. Несколько измененная часть концептуального описания реби-

Таблица IV. Международная классификация функционирования, концептуальное описание физической и реабилитационной медицины (ФРМ).

1. Физическая и реабилитационная медицина – это медицинская специальность, которая, на основе интегративной модели **функционирования, инвалидности и здоровья** ВОЗ и реабилитации в качестве ее основной стратегии здравоохранения, применяет и включает
 2. диагностику заболеваний
 3. оценку функционирования с учетом **заболеваний, личностных факторов и факторов окружающей среды**
 4. выполнение, применение и/или предписание биомедицинских и технологических мероприятий для лечения заболеваний с целью:
 - стабилизации, улучшения или восстановления **нарушенных функций и структур тела**
 - предотвращения нарушений и медицинских осложнений, а также управления рисками
 - компенсации отсутствия или потери **функций и структур тела**
 5. ведение и координацию программы мероприятий по оптимизации активности и участия:
 - в процессе решения проблем, ориентированном на пациента;
 - в партнерстве между человеком и медицинским работником/учреждением и/или человеком, осуществляющим уход и в оценке восприятия человеком своего положения в жизни
 - в выполнении, применении и интеграции биомедицинских и технологических, психологических и поведенческих, образовательных и консультационных, трудовых и профессиональных, социальных и вспомогательных мероприятий, а также мероприятий в области физической среды
 6. консультирование пациентов и их непосредственного **окружения**, медицинских работников/учреждений и плательщиков:
 - в течение всего периода заболевания,
 - для всех возрастных групп
 - в течение всего непрерывного ухода,
 - включая больницы, реабилитационные центры и окружение
 - и по секторам
 - включая здравоохранение, образование, трудоустройство и социальные вопросы
 7. обучение пациентов, родственников и других важных лиц для содействия развитию функционирования и здоровья
 8. контроль за реабилитацией и здравоохранением во всех медицинских службах
 9. информирование и консультирование общественности и ответственных лиц о соответствующих политиках и программах в секторе здравоохранения и в других секторах, которые:
 - обеспечивают более благоприятную физическую и социальную среду;
 - обеспечивают доступ к реабилитационным услугам в качестве права человека;
 - дают возможность специалистам ФРМ оказывать своевременную и эффективную помощь
 10. с целью:
 - помочь людям, которые имеют инвалидность или подвержены риску ее возникновения, в достижении и поддержании оптимального функционирования во взаимодействии со своей средой.

Термины МКФ выделены жирным шрифтом, строки выделены курсивом.

ВОЗ: Всемирная организация здравоохранения.

Источник: Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. Journal of rehabilitation medicine. 2011;43(9):760–4. Table I p. 762.

литации, основанная на данных МКФ, опубликованная в 2007 году комитетом по профессиональной практике Секции UEMS-PRM¹⁴, была использована в качестве определения реабилитации во Всемирном докладе по инвалидности Всемирной организации здравоохранения (WRD), опубликованном в 2011 году (рисунок 3).³³ В том же году, после обсуждения на международном уровне, ISPRM разработала и одобрила обновленную версию этого концептуального описания (таблица III).¹⁵

Это концептуальное описание также послужило основой для производных концептуализаций для конкретных применений. В частности, была разработана производная версия для медицинской специальности ФРМ, сначала в версии для международного обсуждения,³⁴ а затем пересмотренная версия, одобренная ISPRM в 2011 году (таблица IV).¹⁶

Из данного концептуального описания можно вывести производные концептуализации для конкретных областей ФРМ, например, в отношении реабилитации, ориентированной на системы органов или заболевания. И наконец, было разработано второе производное концептуальное описание для профессиональной реабилитации (VR) (рисунок 4).³⁵

Список использованной литературы

1. WHO. Constitution of the World Health Organisation. [Internet]. 2006. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. WHO. World Health Organisation International Classification of Diseases. Version 10. 1992.
3. Selb M, Kohler F, Robinson Nicol MM, Riberto M, Stucki G, Kennedy C, et al. ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. *J Rehabil Med.* 2015 Jan;47(1):2–8.
4. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2001. 2001.
5. Stucki G, Zampolini M, Juocevicius A, Negrini S, Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(2):299–307.
6. Prodinger B, Baller CS, Brach M, Brinkhof MWG, Cieza A, Hug K, et al. Toward standardized reporting for a cohort study on functioning: The Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study. *J Rehabil Med.* 2016 Feb;48(2):189–96.
7. Stucki G, Prodinger B, Bickenbach J. Four steps to follow when documenting functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):144–9.
8. Prodinger B, Tennant A, Stucki G. Standardized reporting of functioning information on ICF-based common metrics. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 May 23.
9. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cited 2017 Jun 14]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
10. ICF Based Documentation Form. World Health Organisation and ICF Research Branch [Internet]. [cited 2016 Aug 23]. Available from: <http://www.icf-core-sets.org/>
11. Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G. ICF Core Sets Manual for Clinical Practice. Hogrefe: Verlagsgruppe. 2012.
12. ICF Research Branch. ICF Research Branch [Internet]. 2016. Available from: <https://www.icfresearch-branch.org/>
13. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med.* 2017. [Epub ahead of print]
14. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):279–85.
15. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med.* 2011 Sep;43(9):765–9.
16. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med.* 2011 Sep;43(9):760–4.
17. ICF Case Studies. Translating Interventions into Real-life Gains – a Rehab-Cycle Approach. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.icf-casestudies.org/index.php?lang=en>
18. Dorjbal D, Cieza A, Gmünder HP, Scheel-Sailer A, Stucki G, Üstün TB, et al. Strengthening quality of care through standardized reporting based on the World Health Organization's reference classifications. *Int J Qual Health Care.* 2016;28(5):626–33.
19. Li J, Prodinger B, Reinhardt JD, Stucki G. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):502–7.
20. Gutenbrunner C, Bickenbach J, Kiekens C, Meyer T, Skempes D, Nugraha B, et al. ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Healthrelated Rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2015 Oct 5;47(9):809–15.
21. WHO. WHO Global Disability Action Plan 2014–2021: Better health for all people with disability. Sixty-seventh World Health Assembly 4 April 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
22. WHO. Model Disability Survey [Internet]. Available from: www.who.int/disabilities/data/mds/en/
23. Bickenbach J, Rubinelli S, Stucki G. Being a person with disabilities or experiencing disability: Two perspectives on the social response to disability. *J Rehabil Med.* 2017;49(7):543–9.
24. He W, Muenchrath M H, Kowal Paul. Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries, 2007–2010 International Population Reports. 2012.
25. WHO. World Report on Ageing and Health. 2015.
26. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, G.A. Res. 61/106 (2007). [Internet]. Available from: www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm
27. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):134–8.
28. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care [Internet]. 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
29. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. 2014.
30. United Nations DESA. World Population Prospects. The 2015 Revision. [Internet]. Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
31. Wan H, Muenchrath M, Kowal Paul. Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries 2007–2010: International Population Report [Internet]. New York: United States Census Bureau.; 2012. Available from: <https://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf> <https://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf>
32. Stucki G. Olle Höök Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):486–93.
33. WHO, World Bank. World Report on Disability. 2011.
34. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(4):286–92.
35. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, Fritz J, Krupa T, Marnetoft S-U, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil.* 2011 Jun;21(2):126–33.

В этой статье коллективное авторское название Альянса европейских организаций ФРМ включает:

- Европейскую академию реабилитационной медицины (EARM);
- Европейское Общество по Физической и Реабилитационной Медицине (ESPRM)
- Европейский союз медицинских специалистов – Секция физической и реабилитационной медицины (UEMS-PRM)
- Европейскую коллегия по физической и реабилитационной медицине (ECPRM) – обслуживается Советом UEMS-PRM
- редакторов третьего издания Белой гниги по физической и реабилитационной медицине в Европе: Педро Кантиста, Мария Габриэлла Чераволо, Николас Христулу, Ален Деларк, Кристоф Гутенбруннер, Шарлотта Кикенс, Саша Мославац, Энрике Варела-Доносо, Энтони Б. Уорд, Мауро Замполини, Стефано Негрини
- соавторы: Педро Кантиста, Герольд Штуки, Жером Бикенбах, Кристоф Гутенбруннер, Антонио Пинто Камело, Шарлотта Кикенс, Хуан Карлос Мианголлар, Дайана Попа, Франциск Сампайо, Педро Соарес Бранко