

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568461>

Стандартизация реабилитационных медицинских карт для взрослых больных с нарушением функции костно-мышечной системы и периферической нервной системы

Г.Е. Иванова^{1, 2}, А.Ю. Суворов^{1, 2, 3}, А.В. Новиков⁴, А.Н. Белова⁴, О.В. Воробьева⁴,
М.Б. Цыкунов^{2, 5}, Т.В. Буйлова^{4, 6}, А.А. Шмонин⁷, М.Н. Мальцева⁷

¹ Федеральный центр мозга и нейротехнологий, Москва, Российская Федерация;

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация;

³ Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация;

⁴ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация;

⁵ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва, Российская Федерация;

⁶ Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород, Российская Федерация;

⁷ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

В настоящее время каждое реабилитационное учреждение решает проблему оформления реабилитационных медицинских карт эмпирически, исходя из существующих реалий конкретного учреждения.

Цель нашего исследования — разработка макетов формализованной медицинской карты пациента с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, предназначенных для второго и третьего этапов медицинской реабилитации.

Предложенный макет карт соответствует утвержденным в настоящее время формам 003/у (Медицинская карта стационарного больного) и 025/у (Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), но дополнен разделами, позволяющими вносить информацию в соответствии с требованиями Порядка организации медицинской реабилитации взрослых (N 788н от 31 июля 2020 г.). Дополнительные разделы, бланки и приложения, предназначенные для внесения в истории болезни специфической для реабилитационного процесса информации, включают разделы осмотров врача физической и реабилитационной медицины и членов мультидисциплинарной реабилитационной команды; бланки оценки пациента по шкале реабилитационной маршрутизации; протоколы заседаний мультидисциплинарной реабилитационной команды с формулировкой целей и задач, а также индивидуальной программы медицинской реабилитации; формализованный выписной реабилитационный эпикриз; лист критериев качества специализированной медицинской помощи при проведении медицинской реабилитации взрослых пациентов с нарушением функции костно-мышечной системы / периферической нервной системы; русифицированные версии бланков соответствующих шкал и тестов.

Унификация реабилитационных медицинских карт по профилю нарушений функции костно-мышечной системы / периферической нервной системы облегчает сотрудникам отделений и центров реабилитации оформление историй болезни в соответствии с действующим законодательством.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; медицинская карта; периферическая нервная система; костно-мышечная система.

Как цитировать:

Иванова Г.Е., Суворов А.Ю., Новиков А.В., Белова А.Н., Воробьева О.В., Цыкунов М.Б., Буйлова Т.В., Шмонин А.А., Мальцева М.Н. Стандартизация реабилитационных медицинских карт для взрослых больных с нарушением функции костно-мышечной системы и периферической нервной системы // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2023. Т. 5, № 3. С. 179–188. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568461>

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568461>

Standardization of rehabilitation medical cards for adult patients with musculoskeletal and peripheral nervous systems dysfunction

Galina E. Ivanova^{1, 2}, Andrey Yu. Suvorov^{1, 2, 3}, Aleksander V. Novikov⁴, Anna N. Belova⁴, Olga V. Vorobyova⁴, Mikhail B. Tsykunov^{2, 5}, Tatyana V. Builova^{4, 6}, Alexey A. Shmonin⁷, Maria N. Maltseva⁷

¹ Federal center of brain research and neurotechnologies, Moscow, Russian Federation;

² The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russian Federation;

³ Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation;

⁴ Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation;

⁵ Priorov Central institute for Trauma and Orthopedics, Moscow, Russian Federation;

⁶ Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod, Nizhny Novgorod, Russian Federation;

⁷ Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Currently, each rehabilitation institution solves the problem of registration of rehabilitation medical records empirically, based on the existing realities of a particular institution.

The study examined the development of a medical history template for the in- and outpatient medical rehabilitation of patients with peripheral nervous system (PNS) and musculoskeletal system (MSA) dysfunction.

The medical history template corresponded to the currently approved forms 003/y (“Medical record for inpatient care”) and 025/y (“Medical record for outpatient care”) but supplemented with chapters, allowing entry of information in accordance with the requirements of the Ministry of Health of the Russian Federation Order for medical rehabilitation of adults (No. 788n dated July 31, 2020). Additional chapters, forms, and appendices designed to include specific information about the rehabilitation process included the physical and rehabilitation medicine doctor examination list, multidisciplinary rehabilitation team members, examination lists, rehabilitation routing scale blank, list of MDRC discussions, individual patient management forms, standard rehabilitation discharge form, and list of rehabilitation quality criteria for adult patients with MSA/PNS dysfunction. Validated scales and test forms were also included.

The unification of rehabilitation medical records for patients with MSA/PNS impairment makes it easier for the staff of the rehabilitation departments and centers to file medical records in accordance with the current legislation.

Keywords: medical rehabilitation; medical records; musculoskeletal system; peripheral nervous system; standardization.

To cite this article:

Ivanova GE, Suvorov AY, Novikov AV, Belova AN, Vorobyova OV, Tsykunov MB, Builova TV, Shmonin AA, Maltseva MN. Standardization of rehabilitation medical cards for adult patients with musculoskeletal and peripheral nervous systems dysfunction. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2023;5(3):179–188. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568461>

Список сокращений

КМС — костно-мышечная система

МДРК — мультидисциплинарная реабилитационная команда

МКАБ — медицинская карта амбулаторного больного

МКСБ — медицинская карта стационарного больного

МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

ПНС — периферическая нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Первичная медицинская документация, к числу которой относятся медицинская карта стационарного больного (МКСБ) и медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (МКАБ), является важнейшим источником информации о качестве оказания медицинской помощи [1, 2].

В настоящее время в стационарных и амбулаторных отделениях хирургического и травматологического профиля при оформлении МКСБ и МКАБ используются, соответственно, формы 003/у и 025/у¹. В медицинских учреждениях эти формы применяются как основной документ и оформляются для каждого поступившего пациента. Карты содержат все необходимые сведения, характеризующие состояние пациента в течение всего времени пребывания в лечебном учреждении, организацию его обследования и лечения, результаты объективных, лабораторно-диагностических и других исследований.

Ведение МКСБ и МКАБ в реабилитационных учреждениях сопряжено с рядом особенностей, которые связаны со спецификой реабилитационных мероприятий и диктуются требованиями Приказа Минздрава России N 788н от 31 июля 2020 года² и не учтены в формах 003/у и 025/у.

В настоящее время каждое реабилитационное учреждение решает проблему оформления реабилитационных медицинских карт эмпирически, исходя из существующих реалий конкретного учреждения, что вызывает трудности сравнительных исследований качества и эффективности оказания медицинской помощи в различных учреждениях и анализа результатов научных исследований по реабилитационной тематике. Именно поэтому унификация заполнения, ведения и хранения медицинских

карт больных с нарушением функции костно-мышечной системы и периферической нервной системы (КМС/ПНС), находящихся на II и III этапах реабилитации, представляется весьма актуальной.

Целью нашей работы являлась разработка структуры и содержательной части медицинских карт пациентов с нарушением функции КМС и ПНС, получающих помощь на II и III этапах медицинской реабилитации.

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕДИЦИНСКИМ КАРТАМ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Общие требования к МКСБ и МКАБ, которые используются в реабилитационных отделениях и учреждениях, включают следующие положения.

1. МКСБ и МКАБ должны соответствовать утверждённым формам 003/у и 025/у³, а также требованиям к ведению первичной медицинской документации, утверждённым в соответствующем медицинском учреждении.
2. МКСБ и МКАБ должны содержать все сведения, регламентированные порядком организации медицинской реабилитации взрослых⁴.
3. Структура МКСБ и МКАБ должна позволять вводить информацию, касающуюся всего спектра ортопедо-травматологической патологии, с которой врачам физической и реабилитационной медицины и членам мультидисциплинарных реабилитационных команд (МДРК) приходится сталкиваться на II и III этапах реабилитации.
4. Структура МКСБ и МКАБ должна обеспечивать возможность объективной количественной оценки динамики состояния пациента в процессе проведения курса реабилитации и оценки эффективности реабилитации на основе результатов объективных, лабораторно-диагностических и других исследований.

¹ Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения (с изменениями на 31.12.2002)» (<https://base.garant.ru/5367302/>); Приказ Минздрава РФ от 05.08.2022 N 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=434842>).

² Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 N 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.

³ Там же.

⁴ Там же.

5. Структура МКСБ и МКАБ должна быть удобной и понятной для специалистов-реабилитологов.
6. С учётом планируемого перехода на электронную форму истории форма МКСБ и МКАБ должна быть легко конвертируемой в электронную версию.

СТРУКТУРА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Медицинская реабилитационная карта стационарного и амбулаторного больного с патологией КМС/ПНС формируется на основе утверждённых Минздравом России форм с включением дополнительных разделов.

Разделы МКСБ и МКАБ, предусмотренные формами 003/у и 025/у, включают следующие блоки информации.

1. Общие сведения: паспортная часть, согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство.
2. Анамнестический блок: анамнез болезни с указанием сведений о дебюте и динамике патологического состояния, предшествующем лечении и его эффективности; анамнез жизни с указанием характера профессиональной деятельности, условий проживания, перенесённых заболеваний, хирургических вмешательствах, гемотранфузиях, аллергических реакциях, вредных привычках; эпидемиологический анамнез с указанием возможного контакта с инфекционными больными и перенесённой коронавирусной инфекции, вакцинациях.
3. Экспертный блок: экспертный анамнез с указанием периодов временной нетрудоспособности, наличия листка нетрудоспособности, необходимости выдачи или продления листка нетрудоспособности, наличия группы инвалидности.
4. Диагностический блок: описание общего статуса пациента, реабилитационного статуса, локального статуса; данные лабораторных тестов и инструментальных исследований, к числу последних относятся, в том числе, результаты визуализационных и электромиографических исследований
5. Дневники наблюдений лечащего врача с указанием динамики состояния пациента и проведённых манипуляций, листы назначений и температурный лист. На амбулаторном этапе дневники оформляются каждые 3 дня.

Дополнительные бланки и приложения предназначены для внесения в истории болезни специфической для реабилитационного процесса информации.

Приказ Минздрава России № 788н⁵ диктует ряд ключевых особенностей проведения медицинской реабилитации взрослых пациентов, к числу которых относятся применение шкалы реабилитационной маршрутизации для определения маршрутизации пациента; оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики; установление реабилитационного диагноза, сформулированного в категориях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); определение реабилитационного потенциала, индивидуальных целей и задач проведения реабилитационных мероприятий, индивидуальной программы медицинской реабилитации; оценка факторов риска и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; оказание реабилитационной помощи членами МДРК на основе сформированного индивидуального плана медицинской реабилитации; оценка эффективности реализованных в рамках индивидуальной программы медицинской реабилитации реабилитационных мероприятий и предоставление реабилитационного эпикриза с рекомендациями по дальнейшей тактике ведения пациента.

В соответствии с этим предлагаются следующие дополнительные бланки и разделы МКСБ и МКАБ для взрослых с нарушением функции КМС/ПНС:

- бланк «Анкета ожиданий пациента»;
- бланк «Шкала реабилитационной маршрутизации»;
- раздел «Осмотр врача физической и реабилитационной медицины»;
- бланк «Оценка по МКФ»;
- бланки осмотров пациента членами МДРК (специалистом по физической реабилитации, специалистом по эргореабилитации, медицинским психологом, медицинской сестрой по реабилитации);
- бланк «Протокол заседаний МДРК»;
- бланк «Выписной реабилитационный эпикриз»;
- бланк «Лист критериев качества специализированной медицинской помощи при проведении медицинской реабилитации взрослых пациентов с нарушением функции КМС/ПНС»;
- русифицированные версии бланков соответствующих шкал и тестов.

Анкета ожиданий пациента представляет собой опросник из 14 вопросов, отражающих ожидания пациента от предстоящего курса реабилитационных мероприятий. Данные анкеты позволяют сразу при поступлении больного на реабилитацию определить его ключевые потребности и применить пациент-ориентированный подход к реабилитации.

Бланк «Шкала реабилитационной маршрутизации» определяет индивидуальную маршрутизацию пациента при реализации мероприятий медицинской реабилитации

⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 N 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.

и помогает оценить результативность реабилитационных мероприятий. Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на любом этапе и имеющие оценку состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активности и участия пациента) 0–1 балл, согласно шкале реабилитационной маршрутизации, не нуждается в продолжении медицинской реабилитации. Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на I и/или II этапах и имеющих значения шкалы реабилитационной маршрутизации 2–3 балла, направляется на III этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию первой, второй, третьей и четвёртой групп.

Бланк «Осмотр врача физической и реабилитационной медицины» формализует те аспекты жалоб и анамнеза, которые должны быть учтены при составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий (ИПРМ). Врач физической и реабилитационной медицины собирает, помимо жалоб пациента, анамнез заболевания (его давность, проведённое ранее лечение, его эффективность, возникшие осложнения), анамнез жизни (с акцентом на характере трудовой деятельности пациента, семейном положении, вредных привычках, наличии заболеваний, влияющих на проведение реабилитационных мероприятий). При сборе экспертного анамнеза указываются данные о сроках временной нетрудоспособности, наличии группы инвалидности и т.д. Особое внимание уделяется описанию анамнеза развития инвалидизации и ограничений жизнедеятельности. Следует акцентировать внимание на реальных проблемах в сфере функционирования больного, которые могут быть связаны не только с основным диагнозом, но и в том числе с сопутствующими диагнозами, психологическими, поведенческими и/или средовыми проблемами. Важно описать, как острые события (травмы или операции) повлияли на состояние больного, проходил ли он реабилитацию, какие методы реабилитации применялись, какой был эффект от реабилитации и каких результатов удалось достигнуть, а также как долго этот эффект реабилитации сохранялся. В истории болезни следует отразить, в какой среде живёт пациент и как он функционирует в этих условиях, какие использует технические средства реабилитации. Желательно указать также, какие есть барьеры в квартире, в доме или на работе (пороги, узкие проходы, конфликтные родственники и др.), и нуждается ли пациент в уходе.

Физикальное обследование включает краткую оценку общего статуса больного, когнитивных функций и способности к коммуникации, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой системы, координации движений. Важно оценить и описать в истории болезни результаты оценки толерантности к физической нагрузке. При описании локального статуса использован принцип функциональных двигательных единиц (рука и плечевой пояс, нога и тазовый пояс, грудная клетка, голова, шея, туловище), при патологии периферической

нервной системы — сегментарный подход в соответствии с иннервацией дерматомов и миотомов. Все признаки, входящие в описание заинтересованного сегмента, максимально формализованы, но позволяют получить информацию о состоянии кожных покровов, мышц, о локомоторных нарушениях, расстройствах чувствительности. Врач физической и реабилитационной медицины описывает не только дефект, вызванный заболеванием (повреждением), но и двигательные навыки, которые есть у пациента. Кратко описываются следующие паттерны: поворота в положении лёжа, присаживания, сидения, вставания, стояния, наклонов, походки, прыжков, бега и иных способов перемещения, а также использование руки с оценкой всех типов захватов, навыки гигиены, самообслуживания, бытовой жизни и другие аспекты активности и участия (более детальное описание указанных аспектов даётся специалистами по физической реабилитации и эргореабилитации).

Формализована оценка лабораторных тестов и данных инструментальных исследований (гониометрия, динамометрия, электромиография, стабилметрия, постуральный баланс, подография и др.). В тех случаях, когда врач физической и реабилитационной медицины проводит реабилитационные интервенции (например, локальную инъекционную терапию и др.), сведения об этом также указываются.

В бланке «Оценка по МКФ» должна быть представлена оценка состояния пациента всеми специалистами реабилитационной команды в категориях МКФ; оценка производится при поступлении на реабилитацию, далее каждые 7 дней и при выписке. Каждый указанный в этом бланке домен МКФ должен отражать ту реабилитационную проблему, которая будет решаться в процессе реабилитации. Например, домен «b7100 Подвижность одного сустава» выбирается, когда у пациента имеется контрактура в суставе, и в плане реабилитационных мероприятий напротив этого домена указывается суставная мобилизация либо пассивная механотерапия. Другой пример: если у пациента легко возникает одышка, и он быстро утомляется в связи с детренированностью из-за низкой мобильности, то в оценочном бланке выставляется домен «b455 Функции толерантности к физической нагрузке», и пациента нужно будет тренировать, например, на велотренажёре.

Учитывая, что реабилитационные проблемы у пациентов с мышечно-скелетными проблемами являются сходными, Всемирная организация здравоохранения разработала наборы самых часто встречающихся реабилитационных проблем в виде доменов МКФ [3]: b130 (волевые и побудительные функции); b134 (функция сна); b152 (функция эмоций); b260 (проприоцептивная функция); b270 (сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями); b280 (ощущение боли); b415 (функции кровеносных сосудов); b435 (функции иммунной системы); b440 (дыхательные функции); b455 (физическая выносливость); b525 (функция дефекации); b530 (функция поддержания веса тела); b620 (функция мочеиспускания); b710 (функция подвижности суставов); b715 (функция

стабильности суставов); b730 (функция мышечной силы); b735 (функция мышечного тонуса); b740 (функция мышечной выносливости); b755 (функции произвольной двигательной реакции); b770 (функции стереотипа походки); b780 (ощущения, связанные с мышцами и движением); b810 (защитные функции кожи); s710 (структура головы и шеи); s720 (структура плечевого пояса); s730 (структура верхней конечности); s740 (структура таза); s750 (структура нижней конечности); s760 (структура туловища); S810 (структура кожного покрова); d155 (приобретение практических навыков); d177 (принятие решений); d230 (выполнение повседневных рутинных действий); d240 (преодоление стресса и других психологических нагрузок); d310 (восприятие устных сообщений при общении); d410 (изменение позы тела); d415 (поддержание положения тела); d420 (перемещение тела); d430 (подъём и перенос предметов); d440 (использование точных движений кисти); d445 (использование кисти и руки); d450 (ходьба); d460 (передвижение в различных местах); d465 (передвижение с использованием технических средств); d510 (мытьё); d520 (уход за частями тела); d530 (физиологические отправления); d540 (одевание); d550 (приём пищи); d560 (питьё); d570 (забота о своём здоровье); d760 (семейные отношения); e110 (продукты или вещества для персонального потребления); e115 (изделия и технологии для личного повседневного использования); e120 (изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений); e125 (средства и технологии коммуникации); e150 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования); e225 (климат); e310 (семья и ближайшие родственники); e320 (друзья); e340 (персонал, осуществляющий уход и помощь); e355 (профессиональные медицинские работники); e410 (индивидуальные установки семьи и ближайших родственников); e420 (индивидуальные установки друзей); e430 (индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом); e440 (индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь); e450 (индивидуальные установки профессиональных медицинских работников); e575 (службы, административные системы и политика общей социальной поддержки); e580 (службы, административные системы и политика здравоохранения). При необходимости специалисты МДРК могут расширить перечень кодов МКФ. Некоторые специалисты пытаются составить перечень доменов МКФ для той или иной патологии, что упрощает постановку реабилитационного диагноза. В ряде случаев могут использоваться опросники результатов лечения, которые рекомендуют ортопеды: например, по Харрису — для оценки результатов эндопротезирования тазобедренного сустава, опросник SRS — для изучения результатов хирургического лечения сколиотических деформаций позвоночника.

Бланки осмотров членами МДРК представлены для основных специалистов, принимающих участие в проведении реабилитации больных с нарушением функции КМС/ПНС: специалист по физической реабилитации /

инструктор-методист лечебной физической культуры (ЛФК), медицинский психолог, специалист по эргореабилитации, реабилитационная медицинская сестра. При необходимости участия в МДРК специалистов других профилей, помимо вышеперечисленных, для них формируются аналогичные по форме бланки. Бланки предусматривают предоставление детальной информации о пациенте (по профилю специалиста) минимум трижды в процессе 14-дневного курса реабилитации. Первичный осмотр включает информацию о жалобах и запросах пациента, его функциональном статусе.

Бланк «Осмотр специалиста по физической реабилитации / инструктора-методиста ЛФК» включает оценку амплитуды активных и пассивных движений в суставах по методике SFTR [4, 5], мануальную оценку мышечной силы отдельных мышечных групп, оценку ходьбы, оценку равновесия по шкале Берга, а также оценку функций, связанных с движением, и двигательных активностей [6, 7]. Бланк осмотра медицинского психолога отражает контактность пациента и уровень его критики к актуальному состоянию; особенности эмоционального состояния и поведения, сна, когнитивных функций (память, внимание, мышление, праксис, гнозис, речевые функции); оценку активностей, связанных с коммуникацией, межличностными взаимодействиями и отношениями, заботой о своём здоровье. Бланк осмотра специалиста по эргореабилитации отражает оценку двигательной активности пациента при обеспечении задач жизнедеятельности, его функциональной мобильности, навыков самообслуживания и ежедневной активности, активности моторики рук, способности к использованию специальной техники/приспособлений, количественную оценку по соответствующим шкалам.

При первичном обследовании пациента каждый специалист указывает также цель и задачи реабилитации; МКФ-профиль пациента (домены, с которыми работает специалист); факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий; план реабилитации; реабилитационные технологии. Последующие осмотры специалистов МДРК отражают информацию о проведённых занятиях (число занятий, их продолжительность) и динамике состояния пациента. В медицинскую карту вкладываются протоколы соответствующих реабилитационных интервенций с указанием продолжительности проведения занятий, характера и переносимости нагрузок.

Бланк «Протокол заседаний МДРК» оформляется не менее 3 раз в процессе 14-дневной реабилитации (предусмотрено не менее 3 заседаний МДРК: при поступлении, в динамике и при выписке; при необходимости корректировки целей и задач МДРК могут проводиться дополнительные собрания команды с оформлением протоколов).

Первый протокол осмотра больного членами МДРК оформляется при его поступлении в отделение и включает следующие сведения: жалобы пациента, запрос пациента, коротко реабилитационный статус, оценка по шкале реабилитационной маршрутизации; реабилитационный

диагноз в категориях МКФ, сформулированный и согласованный всеми участниками МДРК; реабилитационный потенциал; краткосрочная цель и задачи реабилитации; факторы риска проведения реабилитационных мероприятий и факторы, ограничивающие их проведение; индивидуальная программа медицинской реабилитации с указанием конкретных технологий; реабилитационный прогноз. В индивидуальной программе медицинской реабилитации каждая реабилитационная интервенция должна быть связана с доменом МКФ (реабилитационной проблемой). Прогноз реабилитации — это предполагаемая оценка каждого домена МКФ в конце курса реабилитации.

Второй протокол осмотра больного членами МДРК оформляется через 7 дней от начала лечения, отражает динамику жалоб и объективного статуса пациента по формализованным признакам, в том числе по МКФ, достижение краткосрочных целей реабилитации и их корректировку.

Заключительный протокол осмотра пациента членами МДРК является одновременно выписным реабилитационным эпикризом. В эпикризе содержится информация об итогах выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации: отражены результаты лабораторных и инструментальных исследований; изменение клинического состояния пациента; динамика оценок по шкалам, тестам и МКФ; достижение поставленных при поступлении целей реабилитации; даются рекомендации по дальнейшей реабилитационной маршрутизации и тактике ведения пациента.

Помимо нозологически неспецифических шкал, определяемых каждым из членов МДРК в процессе своей работы, при реабилитации больных с нарушением функции КМС/ПНС могут быть использованы нозологически специфические шкалы и опросники, перечень которых представлен в табл. 1 [8–22]. Отбор русифицированных версий опросников проведён на основании клинических рекомендаций, данных литературы и собственного опыта их применения.

Данные шкал и опросников дают возможность количественно оценить тяжесть поражения того или иного сегмента, судить о динамике восстановления и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Бланк «Лист критериев качества специализированной медицинской помощи при проведении медицинской реабилитации взрослых пациентов с нарушением функции КМС/ПНС» содержит 15 пунктов, отражающих соответствие медицинской документации критериям, регламентированным Приказом Минздрава России N 788н от 31 июля 2020 года⁶. Этот лист заполняет врач-эксперт, проводящий экспертизу качества оказанной специализированной медицинской помощи.

Медицинские карты стационарного и амбулаторного больного с нарушением функции КМС/ПНС, находящегося на II и III этапе реабилитации, являются основным учётным документом медицинской организации, оказывающей реабилитационную помощь взрослому населению. По формальным признакам содержание основных разделов и бланков стационарной и амбулаторной карты не отличается. Разница лишь в более широком спектре патологий, подлежащих реабилитации на амбулаторном этапе.

Ответственность за правильность оформления и ведения медицинской карты возлагается на врача физической и реабилитационной медицины. Все записи должны быть разборчивыми; записи медицинского персонала должны быть подписаны и содержать отметку о дате, времени осмотра пациента или медицинского вмешательства; допустимо использование лишь общепринятых символов и аббревиатур. Данные лабораторных анализов,

⁶ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 N 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.

Таблица 1. Нозологически специфические шкалы и опросники, используемые в процессе реабилитации больных с нарушением функции костно-мышечной системы и периферической нервной системы

Table 1. Nosology-specific scales and questionnaires used in the rehabilitation of patients with pathologies of the musculoskeletal and peripheral nervous systems

Сегменты	Опросники	Критерии выбора
Позвоночник	Индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее (Neck Disability Index) [8, 9]	Клинические рекомендации [10], литературные данные [11]
	Опросник Освестри [12, 13]	Литературные данные [14]
	Опросник Роланда–Морриса (Roland–Morris disability scale) [15]	Литературные данные [16, 17]
Таз, тазобедренный сустав и бедро, коленный сустав и голень, голеностопный сустав и стопа	Шкала Лекена (Indices for the hip and knee, Lequesne) [18]	Методические рекомендации [19]
Плечевой пояс и плечо, локтевой сустав и предплечье, лучезапястный сустав и кисть	Оценка нарушений функции руки, плеча и кисти (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure, или DASH) [20, 21]	Клинические рекомендации [22]

инструментальных исследований, заполненные бланки шкал, анкет, опросников, консультации специалистов прилагаются в обязательном порядке к истории болезни. Форма листа назначений, температурного листа не меняется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Унификация реабилитационных МКСБ и МКАБ по профилю нарушений функций КМС/ПНС облегчает сотрудникам отделений и центров реабилитации оформление истории болезни в соответствии с действующим законодательством. Регламентация требований к заполнению МКСБ и МКАБ помогает определить объём проделанной работы в медицинской организации пациенту; сформировать адекватный запрос в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по оплате медицинской помощи в соответствии с клинико-статистическими группами; облегчает организацию рабочих процессов в ходе медицинской реабилитации; способствует повышению квалификации специалистов; в значительной степени помогает предотвратить правовые последствия и наложение штрафных санкций в случаях возникновения претензий со стороны органов медицинского страхования и со стороны пациентов; способствует повышению качества лечения и качества жизни пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Публикация выполнена в рамках программы «Приоритет 2030».

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Г.Е. Иванова — написание рукописи, проверка критически важного содержания, редактирование; А.Ю. Суворов — значимое участие в разработке концепции и дизайна исследования; А.В. Новиков, Т.В. Буйлова, А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева — написание рукописи; А.Н. Белова, М.Б. Цыкунов — написание, редактирование рукописи; О.В. Воробьева — подготовка статьи к публикации. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The publication was published in the framework of the program "Priority 2030".

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. G.E. Ivanova — manuscript writing, editing, content verification; A.Yu. Suvorov — meaningful participation in the development of the research concept and design; A.V. Novikov, T.V. Builova, A.A. Shmonin, M.N. Maltseva — manuscript writing; A.N. Belova, M.B. Tsykunov — manuscript writing, editing; O.V. Vorobyova — final article preparation for the publication. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Засыпкин М.Ю., Пономарева И.В. Методические рекомендации по ведению медицинской документации в медицинских организациях. Самара: Медицинский университет «Ревизз», 2019. 27 с.
2. Карпова А.Л., Мостовой А.В. Ведение первичной медицинской документации в отделениях неонатологического профиля // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2014. № 2. С. 64–80.
3. Bickenbach J., Cieza A., Rauch A., Stucki G. ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice: Göttingen: Hogrefe, 2012. 150 p.
4. Матов И., Банков С. Реабилитация при повреждении руки. Болгария: Медицина и физкультура, 1981. 257 с.
5. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. Минск: Наука и техника, 1978. 271 с.
6. Berg K.O., Wood-Dauphinee S.L., Williams J.I., Maki B. Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument // Can J Public Health. 1992. Vol. 83, N 2. P. 7–11.
7. Stevenson T.J. Detecting change in patients with stroke using the Berg Balance Scale // Aust J Physiother. 2001. Vol. 47, N 1. P. 29–38. doi: 10.1016/s0004-9514(14)60296-8
8. Vernon H., Mior J. The neck disability index: A study of reliability and validity // J Manipul Phys Therapy. 1991. Vol. 14, N 7. P. 409–415.
9. Bakhtadze M.A., Vernon H., Zakharova O.B., et al. The neck disability index: Russian language version (NDI-RU): A study of validity and reliability // Spine. 2015. Vol. 14. P. 1115–1121. doi: 10.1097/BRS.0000000000000880
10. Клинические рекомендации «Дегенеративные заболевания позвоночника (утверждены Министерством здравоохранения РФ, 2021)». Режим доступа: <https://base.garant.ru/403622338/>. Дата обращения: 15.08.2023.
11. Steinhaus M.E., Iyer S., Lovecchio F., et al. Which NDI domains best predict change in physical function in patients undergoing cervical spine surgery? // Spine. 2019. Vol. 19, N 10. P. 1698–1705. doi: 10.1016/j.spinee.2019.06.006
12. Fairbank J.C. Why are there different versions of the Oswestry disability index? // J Neurosurg Spine. 2014. Vol. 20, N 1. P. 83–86. doi: 10.3171/2013.9.Spine13344
13. Бахтадзе М.А., Болотов Д.А., Кузьминов К.О. Индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в нижней части спины (опросник Освестри): оценка надежности и валидности русской версии // Мануальная терапия. 2016. Т. 64, № 4. С. 24–33.
14. Roland M., Morris R. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain // Spine. 1983. Vol. 8, N 2. P. 141–144. doi: 10.1097/00007632-198303000-00004

15. Stratford P.W., Binkley J.M. Measurement properties of the RM-18: A modified version of the Roland-Morris disability scale // *Spine*. 1997. Vol. 22, N 20. P. 2416–2421. doi: 10.1097/00007632-199710150-00018

16. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сороковиков В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации. Иркутск: Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии, 2013. 32 с.

17. Бахтадзе М.А., Лусникова И.В., Канаев С.П., Расстригин С.Н. Боль в нижней части спины: какие шкалы и опросники выбрать? // *Российский журнал боли*. 2020. Т. 18, № 1. С. 22–28. doi: 10.17116/pain20201801122

18. Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis // *Semin Arthritis Rheum*. 1991. Vol. 20, N 6, Suppl. 2. P. 48–54. doi: 10.1016/0049-0172(91)90027-w

19. Методические рекомендации для пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации. Москва: Союз реабилитологов России, 2015–2016. 91 с.

20. Ягджян Г.В., Абрамян Д.О., Григорян Б.Э., Азатян А.Т. Русская версия опросника DASH: инструмент исследования исходов лечения поражений верхней конечности // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2005. № 1. С. 52–58.

21. Braitmayer K., Dereskewitz C., Oberhauser C., et al. Examination of the applicability of the disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) questionnaire to patients with hand injuries and diseases using Rasch analysis // *Patient*. 2017. Vol. 10, N 3. P. 367–376. doi: 10.1007/s40271-016-0212-x

22. Клинические рекомендации «Открытая рана запястья и кисти (утверждены Министерством здравоохранения РФ, 2021)». Режим доступа: <https://base.garant.ru/403024386/>. Дата обращения: 15.08.2023.

REFERENCES

1. Zasytkin MY, Ponomareva IV. Methodological recommendations for maintaining medical records in medical organizations. Samara: Reaviz Medical University; 2019. 27 p. (In Russ).

2. Karpova AL, Mostovoy AV. Maintaining primary medical records in neonatology departments. *Neonatology News Opinions Training*. 2014;(2):64–80. (In Russ).

3. Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G. ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice: Göttingen: Hogrefe; 2012. 150 p.

4. Matev I, Bankov S. Rehabilitation in arm injuries. Bulgaria: Med Physical Education; 1981. 257 p. (In Russ).

5. Marks VO. Orthopedic diagnostics. Minsk: Science Technology; 1978. 271 p. (In Russ).

6. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Can J Public Health*. 1992;83(2):7–11.

7. Stevenson TJ. Detecting change in patients with stroke using the Berg Balance Scale. *Aust J Physiother*. 2001;47(1):29–38. doi: 10.1016/s0004-9514(14)60296-8

8. Vernon H, Mior J. The neck disability index: A study of reliability and validity. *J Manipul Phys Therapy*. 1991;14(7):409–415.

9. Bakhtadze MA, Vernon H, Zakharova OB, et al. The neck disability index: Russian language version (NDI-RU): A study of validity and reliability. *Spine*. 2015;14:1115–1121. doi: 10.1097/BRS.0000000000000880

10. Clinical Recommendations “Degenerative diseases of the spine (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation, 2021)”. (In Russ). Available from: <https://base.garant.ru/403622338/>. Accessed: 15.08.2023.

11. Steinhilber ME, Iyer S, Lovecchio F, et al. Which NDI domains best predict change in physical function in patients undergoing cervical spine surgery? *Spine*. 2019;19(10):1698–1705. doi: 10.1016/j.spinee.2019.06.006

12. Fairbank JC. Why are there different versions of the Oswestry disability index? *J Neurosurg Spine*. 2014;20(1):83–86. doi: 10.3171/2013.9.Spine13344

13. Bakhtadze MA, Kuzminov KO, Bolotov DA. Oswestry disability index: A study of reliability and validity of the Russian version. *Manual Therapy*. 2016;64(4):24–33. (In Russ).

14. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine*. 1983;8(2):141–144. doi: 10.1097/00007632-198303000-00004

15. Stratford PW, Binkley JM. Measurement properties of the RM-18: A modified version of the Roland-Morris disability scale. *Spine*. 1997;22(20):2416–2421. doi: 10.1097/00007632-199710150-00018

16. Byvaltsev VA, Belykh EG, Alekseeva NV, Sorokovikov VA. Application of scales and questionnaires in the examination of patients with degenerative lesions of the lumbar spine: Methodological recommendations. Irkutsk: Scientific Center Reconstructive Reconstructive Surgery; 2013. 32 p. (In Russ).

17. Bakhtadze MA, Lusnikova IV, Kanaev SP, Rastrigin SN. Lower back pain: Which scales and questionnaires to choose? *Russ J Pain*. 2020;18(1):22–28. (In Russ). doi: 10.17116/pain20201801122

18. Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1991;20(6 Suppl 2):48–54. doi: 10.1016/0049-0172(91)90027-w

19. Methodological Recommendations for the Pilot Project “Development of the Medical Rehabilitation System in the Russian Federation”. Practical Application of Rating Scales in Medical Rehabilitation. Moscow: Union of Rehabilitation Specialists of Russia; 2015–2016. 91 p. (In Russ).

20. Yagjian GV, Abrahamyan DO, Grigoryan BE, Azatyan AT. Russian version of the DASH questionnaire: A tool to study the outcomes of upper limb lesions. *Ann Plastic Reconstruct Aesthetic Sur*. 2005;(1):52–58. (In Russ).

21. Braitmayer K, Dereskewitz C, Oberhauser C, et al. Examination of the applicability of the disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) questionnaire to patients with hand injuries and diseases using Rasch analysis. *Patient*. 2017;10(3):367–376. doi: 10.1007/s40271-016-0212-x

22. Clinical recommendations “Open wrist and hand wound (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation, 2021)”. (In Russ). Available from: <https://base.garant.ru/403024386/>. Accessed: 15.08.2023.

ОБ АВТОРАХ

* **Иванова Галина Евгеньевна**, д-р мед. наук, профессор;
адрес: Россия, 117342, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10;
ORCID: 0000-0003-3180-5525;
eLibrary SPIN: 4049-4581;
e-mail: reabilivanova@mail.ru

Суворов Андрей Юрьевич, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0003-4901-2208;
eLibrary SPIN: 1639-3135;
e-mail: dr_suvorov@mail.ru

Новиков Александр Вульфвич, д-р мед. наук;
ORCID: 0000-0001-8099-3791;
eLibrary SPIN: 8209-1571;
e-mail: novik2.55@mail.ru

Белова Анна Наумовна, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0001-9719-6772;
eLibrary SPIN: 3084-3096;
e-mail: anbelova@mail.ru

Воробьева Ольга Викторовна, мл. науч. сотр.;
ORCID: 0000-0001-7225-8842;
eLibrary SPIN: 3264-5259;
e-mail: olgyshka1@yandex.ru

Цыкунов Михаил Борисович, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0002-0994-8602;
eLibrary SPIN: 8298-8338;
e-mail: rehcito@mail.ru

Буйлова Татьяна Валентиновна, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0003-0282-7207;
eLibrary SPIN: 6062-2584;
e-mail: tvbuilova@list.ru

Шмонин Алексей Андреевич, д-р мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0003-2232-4332;
eLibrary SPIN: 8626-1270;
e-mail: langendorff@mail.ru

Мальцева Мария Николаевна, д-р вет. наук, канд. тех. наук;
ORCID: 0000-0002-1698-4038;
eLibrary SPIN: 5056-2161;
e-mail: mmn.ktherapy@yandex.ru

AUTHORS' INFO

* **Galina E. Ivanova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 1/10 Ostrovityanova street, 117342 Moscow, Russia;
ORCID: 0000-0003-3180-5525;
eLibrary SPIN: 4049-4581;
e-mail: reabilivanova@mail.ru

Andrey Yu. Suvorov, MD, Cand. Sci. (Med.);
ORCID: 0000-0003-4901-2208;
eLibrary SPIN: 1639-3135;
e-mail: dr_suvorov@mail.ru

Aleksander V. Novikov, MD, Dr. Sci. (Med.);
ORCID: 0000-0001-8099-3791;
eLibrary SPIN: 8209-1571;
e-mail: novik2.55@mail.ru

Anna N. Belova, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: 0000-0001-9719-6772;
eLibrary SPIN: 3084-3096;
e-mail: anbelova@mail.ru

Olga V. Vorobyova, Junior Research Associate;
ORCID: 0000-0001-7225-8842;
eLibrary SPIN: 3264-5259;
e-mail: olgyshka1@yandex.ru

Mikhail B. Tsykunov, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: 0000-0002-0994-8602;
eLibrary SPIN: 8298-8338;
e-mail: rehcito@mail.ru

Tatyana V. Builova, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: 0000-0003-0282-7207;
eLibrary SPIN: 6062-2584;
e-mail: tvbuilova@list.ru

Alexey A. Shmonin, MD, Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0003-2232-4332;
eLibrary SPIN: 8626-1270;
e-mail: langendorff@mail.ru

Maria N. Maltseva, Dr. Sci. (Veterinary), Cand. Sci. (Engin.);
ORCID: 0000-0002-1698-4038;
eLibrary SPIN: 5056-2161;
e-mail: mmn.ktherapy@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author