

Мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации у пациентов с церебральным инсультом на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья

А.А.Шмонин^{1,2}, М.Н.Мальцева^{1,2}, Е.В.Мельникова^{✉1}

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии», Санкт-Петербург, Россия

✉ melnikovae2002@mail.ru

Цель. Создать и апробировать алгоритм формулировки реабилитационной цели и задач реабилитации пациента с церебральным инсультом на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов. Реабилитация проводилась на I этапе для больных в острую фазу инсульта с участием мультидисциплинарной бригады (МДБ), в состав которой входили: врач-невролог, врач-реабилитолог, логопед, эрготерапевт, методист по лечебной физкультуре, клинический психолог и медицинская сестра. Для всех пациентов устанавливался реабилитационный диагноз в категориях МКФ.

Результат. Разработан и апробирован алгоритм установки цели реабилитации на основе МКФ и с учетом реабилитационного потенциала пациента.

Выводы. Главным элементом в алгоритме определения цели реабилитации для пациента с церебральным инсультом в остром периоде является выбор одного наиболее сложного вида деятельности, сформулированного реабилитационной МДБ в категориях активности и участия по МКФ и доступного пациенту к концу курса реабилитации. Цель реабилитации устанавливается на основании реабилитационного диагноза по заключению каждого специалиста МДБ о потенциале восстановления пациента, и ее определение является одной из важнейших технологических составляющих реабилитации.

Ключевые слова: инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, цель реабилитации, мультидисциплинарная бригада, SMART.

Для цитирования: Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В. Мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Consilium Medicum. 2019; 21 (2): 9–17. DOI: 10.26442/20751753.2019.2.190212

Original Article

Multidisciplinary technology of rehabilitation aims definition in patients with stroke on the basis of International Classification of Functioning, Disability and Health

Aleksei A. Shmonin^{1,2}, Mariia N. Maltseva^{1,2}, Elena V. Melnikova^{✉1}

¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;

²Community of Support and Development of Canis Therapy, Saint Petersburg, Russia

✉ melnikovae2002@mail.ru

Abstract

Aim. To create and test an algorithm for rehabilitation goal setting based on international classification of functioning, disability and health (ICF) for patients with acute cerebral stroke.

Materials and methods. The study included 75 patients. Rehabilitation was carried out at the first stage for patients in the acute phase of a stroke involving a multidisciplinary team, which included: neurologist, PRM, speech therapist, occupational therapist, physical therapist, clinical psychologist and nurse. For all patients, a rehabilitation diagnosis was established in the categories of ICF.

Results. An algorithm of rehabilitation goal setting is based on the ICF and patient's rehabilitation potential.

Conclusions. The main element in the algorithm for determining the rehabilitation goal for a patient with cerebral stroke in the acute period is the selection of one of the most complex activities formulated by the multidisciplinary rehabilitation team in the categories of ICF activity and participation, and available to the patient by the end of the rehabilitation course. The goal of rehabilitation is established on the basis of a rehabilitation diagnosis at the conclusion of each specialist multidisciplinary team of the patient's recovery potential, and its definition is one of the most important technological components of rehabilitation.

Key words: stroke, acute cerebrovascular event, goal of rehabilitation, aim, multidisciplinary team, SMART.

For citation: Shmonin A.A., Maltseva M.N., Melnikova E.V. Multidisciplinary technology of rehabilitation aims definition in patients with stroke on the basis of International Classification of Functioning, Disability and Health. Consilium Medicum. 2019; 21 (2): 9–17. DOI: 10.26442/20751753.2019.2.190212

Введение

Одним из важных элементов реабилитации как технологии помощи пациенту является установка целей реабилитации [1]. Анализ литературы показал, что под целью в реабилитации разные авторы подразумевают разные понятия в зависимости от того, на кого направлено действие и кто его выполняет:

- 1) цель реабилитации пациента в целом;
- 2) цель восстановления отдельной функции или активности пациента, в том числе цель для факторов среды;

- 3) цель работы специалиста с данным пациентом;
- 4) цель технологии реабилитации;
- 5) цель работы клиники или отделения;
- 6) цель ухода (поддержки и помощи);
- 7) цель медицинской помощи (цель лечения).

В данной статье описывается технология поиска реабилитационной цели пациента в целом.

В обзоре и книге R.Siegert и W.Levak, а также в обзоре J.Hurn [1–3] объединены технологии поиска разных видов целей. Главная идея объединения данных технологий в од-

ной публикации – это направленность их на выявление потребностей пациента, планирование, прогнозирование и выявление ключевых проблем. В 2007 г. вышла статья, в которой указывалось, что реабилитационная цель должна быть связана с достижением оптимального уровня функционирования пациента во взаимодействии со средой окружения [4].

В 2016 г. выпущено исследование – Кохрейновский обзор [1], который ответил на вопрос о важности целей реабилитации. Было показано, что установка структурированной цели приводит к определенному положительному эффекту в реабилитации. В исследовании сравнивали между собой группы пациентов, которые получали реабилитацию без формулирования цели, с пациентами, которые получали реабилитацию с формулировкой цели по структурированной методике. Этот эффект связан с увеличением уверенности в себе (n=134), повышением качества жизни и лучшим эмоциональным статусом по оценке пациента (n=446). Несмотря на то, что было проанализировано много статей (39), авторы обзора обращают внимание на маленькую выборку и низкое качество исследований. Также в обзоре отмечено, что для формулировки цели были использованы разные технологии.

Цель исследования – создать и апробировать алгоритм формулировки реабилитационной цели и задач реабилитации пациента с церебральным инсультом на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материалы и методы

Нами были проведены исследование и апробация технологии установки цели реабилитации у пациентов с инсультом в острейшую фазу на I этапе. Исследование проведено в отделении №3 СПб ГБУЗ «Городская больница №26». Реабилитации подвергались все пациенты, которые имели диагноз остро нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по типу ишемии или геморрагии в течение первых 5 сут с момента появления симптомов инсульта. Реабилитация начиналась с реанимации.

Критерии включения:

- острый период ОНМК по типу ишемии или геморрагии верифицированный по данным современных методов визуализации (КТ, МРТ);
- оценка при поступлении – 2 балла и более по модифицированной шкале Рэнкина (mRS);
- возраст старше 18 лет.

Критерии невключения:

- планирование хирургического вмешательства;
- транзиторная ишемическая атака;
- изолированное субарахноидальное кровоотечение;
- уровень сознания при поступлении в стационар на уровне комы – 2 и более.

Критерии завершения реабилитации на I этапе:

- Пациент полностью реализовал реабилитационный потенциал (РП).

В исследование были включены 75 пациентов, имеющих критерии включения и не имеющих критериев невключения. Определение РП происходило на заседании мультидисциплинарной бригады (МДБ) на основании заключений специалистов по отдельным направлениям ограничений в состоянии здоровья и в соответствии с компетенциями специалистов реабилитационной МДБ. Результатом данного исследования является описание алгоритма создания цели реабилитации на основе МКФ.

Все пациенты с церебральным инсультом, включенные в исследование, подписали информированное согласие на участие в исследовании, получили помощь в соответствии с приказом Минздрава РФ «Порядок организации медицинской реабилитации и для больных с ОНМК (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №928н)» и приказом Минздрава РФ «Порядок организации медицинской реабилитации

(Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. №1705н)», а также клиническими рекомендациями по профилактике и лечению инсульта.

Пациентам проводилась мультидисциплинарная реабилитация с МДБ, в процесс реабилитации вовлекались родственники пациента. В состав МДБ входили:

- врач по профилю (невролог) – один на 15 коек;
- врач-реабилитолог (врач физической и реабилитационной медицины) – один на 30 коек;
- логопед – один на 30 коек;
- клинический психолог – один на 30 коек;
- физический терапевт (методист по лечебной физкультуре, обученный физической терапии) – один на 30 коек;
- эрготерапевт – один на 120 коек.

Лидером МДБ был врач-реабилитолог, лечащим врачом на I этапе был невролог. МДБ собиралась и осматривала пациента при поступлении в больницу. Далее встреча МДБ проводилась один раз в неделю до завершения реабилитации.

Результаты

Реабилитационная цель – это конечный желаемый результат, то, что планируется достичь в жизни пациента и в его функционировании к определенному моменту в будущем. Реабилитационная цель описывает состояние пациента в категориях деятельности (активности и участия по МКФ), актуальной для пациента в его собственной жизни. Цели реабилитации в традиционном мировоззрении неочевидны. Для формулирования такой цели нужны полное понимание желания пациента, его родственников, детальное знание проблем пациента, понимание всех аспектов функционирования пациента – нужно знать, какие имеются нарушения и к каким ограничениям жизнедеятельности они приводят. Реабилитационная цель требует качественной и подробной реабилитационной диагностики. Эффективность реабилитации зависит от желания пациента и специалистов, и без учета стремлений и установок больного трудно корректно сформулировать цель реабилитации. Реабилитационная цель может быть установлена с помощью реабилитационной бригады, в состав которой кроме врача обязательно входят психолог, логопед, эрготерапевт, физический терапевт и медицинская сестра.

Для технологии поиска цели реабилитации нами были сформулированы главные ее характеристики:

- цель должна отражать особенность реабилитационной помощи;
- цель должна быть направлена на восстановление определенного уровня функционирования;
- цель должна соответствовать правилам SMART;
- технология должна быть простой в исполнении;
- цель должна быть понятной для пациента;
- технология должна быть быстрой в исполнении;
- цель должна быть мультидисциплинарной;
- цель должна учитывать все составляющие здоровья;
- цель должна быть пациент-центрирована;
- цель можно использовать для оценки качества реабилитационного процесса.

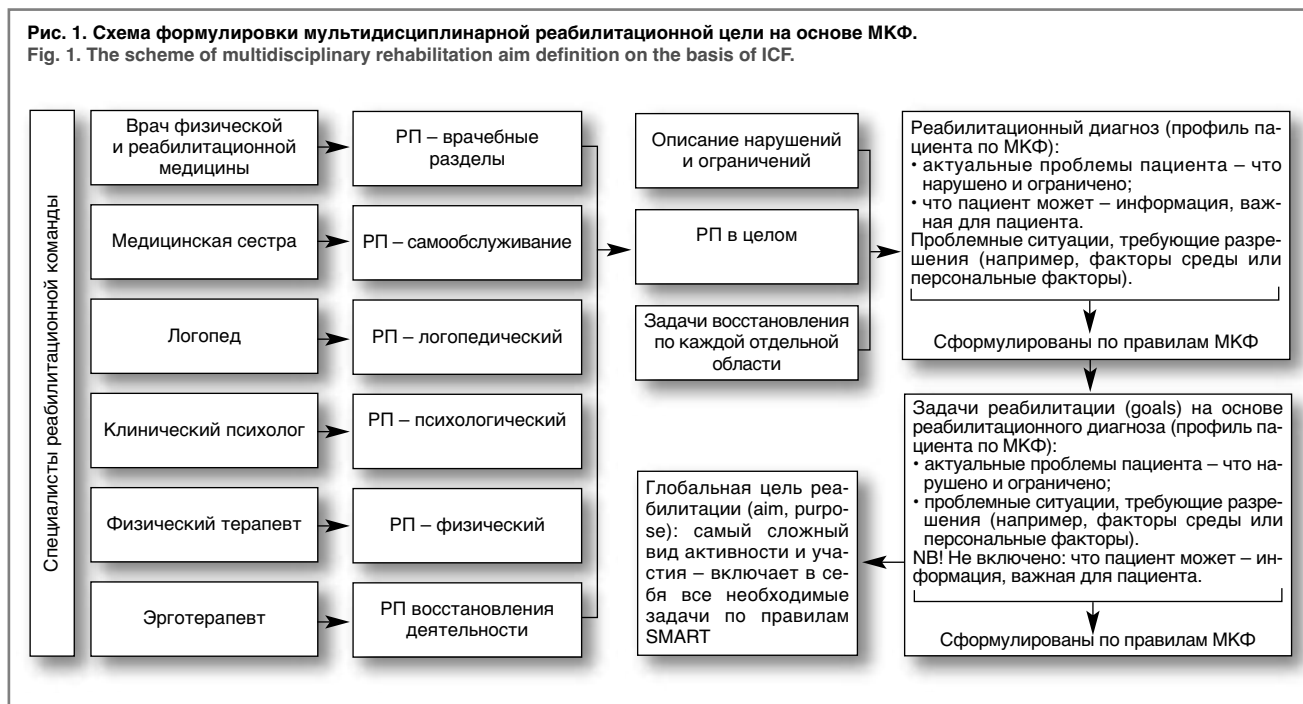
С учетом данных литературы и приведенных обоснований разработана мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации, основанной на МКФ. При создании нашей технологии поиска цели реабилитации мы объединили лучшие предложения из всех имеющихся технологий поиска цели реабилитации и предложили ряд новых принципов: Goal Attainment Scaling [5], поиск цели на основе МКФ [2], технология поиска цели на основе концепции эрготерапии (R.Escorpizo и соавт., 2015, 2016).

Схема установки цели реабилитации приведена на рис. 1.

Для поиска и формулировки цели реабилитации разработан следующий алгоритм:

1. Шаг первый – отделение медицинских и профилактических целей, а также целей поддержки (паллиативных целей). Для

Рис. 1. Схема формулировки мультидисциплинарной реабилитационной цели на основе МКФ.
Fig. 1. The scheme of multidisciplinary rehabilitation aim definition on the basis of ICF.



формулировки целей реабилитации необходимо отделить медицинские (лечебные), профилактические стратегии и стратегии поддержки, и, соответственно, связанные с ними цели, которые в основном не нуждаются в вербализации и специальных технологиях поиска. Однако важно проработать данные стратегии и цели, а также реализовывать их даже при оказании помощи по профилю медицинской реабилитации в учреждениях здравоохранения.

Реабилитационная и медицинская цели находятся в тесной взаимосвязи. Формирование цели реабилитации и проведение эффективной реабилитации возможны при установленном клиническом диагнозе и ясной клинической ситуации. При отсутствии установленного клинического диагноза либо при нестабильном клиническом состоянии у пациента не представляется возможным определить реабилитационную цель. В данной ситуации цель может быть сформулирована как диагностическая.

2. Шаг второй – реабилитационная диагностика, составление реабилитационного диагноза всеми специалистами МДБ: врач-реабилитолог, эрготерапевт, клинический психолог, логопед, медицинская сестра и физический терапевт. Для качественной реабилитационной диагностики необходимо, чтобы каждый специалист был обучен качественно в рамках своих компетенций и хорошо знал нарушения и ограничения, которые он обязан увидеть у пациента. Хорошо понятен диагностический функционал психолога и логопеда. У физического терапевта и эрготерапевта диагностический функционал очень широкий и включает как оценку отдельных разделов функций, так и все разделы активности и участия пациента. С факторами среды работает главным образом эрготерапевт. Диагностический функционал медицинской сестры связан с анализом самообслуживания и частично бытовой жизнью, однако согласно отечественному законодательству медицинская сестра не обладает компетенциями по реабилитационной диагностике, хотя в других странах наличие этих компетенций обязательно. Медсестра в нашей работе на встрече МДБ предоставляла важную информацию о функционировании пациента в рамках своих сестринских диагностических компетенций (по международным стандартам сестринской специальности), а другие специалисты использовали ее для оценки в относящихся к ним разделах здоровья пациента. Для врача-реабилитолога диагностический реабилитационный функционал связан

с обследованием по основным разделам структур и функций, что требует от данного специалиста хороших возможностей в диагностике по всем системам и органам, а также оценкой их влияния этих нарушений на функционирование пациента в целом. В ситуациях сложных случаев нарушений структур и функций привлекались врачи других специальностей (кардиологи, неврологи, функциональные диагносты, травматологи, нейрохирурги и т.д.). Они временно становились участниками МДБ и через врача-реабилитолога вносили данные об отдельных нарушениях функций и структур.

В реабилитационном диагнозе указываются трудности пациентов, относящиеся ко всем категориям МКФ: активность и участие, факторы среды функции, структуры и персональные факторы. Персональные факторы не оцениваются, все остальные домены МКФ оцениваются по общепризнанной балльной оценке, указанной в «красной книге МКФ» [6].

Результатом реабилитационной диагностики является составление реабилитационного диагноза в категориях МКФ (составление «МКФ-профиля»), где каждый домен связывается с ответственным за данный домен специалистом [7]. В реабилитационном диагнозе проводится не только выбор доменов МКФ с кодами, но и оценка каждого домена по 5-балльной шкале, предложенной в «красной книге МКФ» [6]. Причем каждый специалист из МДБ оценивает и отмечает относящиеся к его специальности и компетенциям домены [7]. Реабилитационный диагноз включает в себя домены трех видов:

- 1) то, что нарушено или ограничено (в будущем это задачи реабилитации);
- 2) то, что сохранено и важно для реабилитации;
- 3) то, что оказывает влияние на реабилитационный процесс (в том числе может быть задачей).

В реабилитационном диагнозе могут быть не только проблемы и возможности больного, которые потребуются для организации реабилитационного процесса. Например, в реабилитационном диагнозе пациента с инсультом в тяжелом состоянии будет отмечено не только то, что нарушены ходьба и вставание, но и то, что пациент может самостоятельно повернуться в постели и сесть без помощи, так как это важно понимать для планирования реабилитации.

На встрече МДБ происходит обсуждение проблем пациента, где все участники представляют свое видение паци-

ента для создания общей стратегии реабилитационной помощи.

3. Шаг третий – определение РП и формулировка задач реабилитации. РП – это способность пациента восстановиться до определенного уровня функционирования в определенном временном промежутке с учетом индивидуальных характеристик пациента и влияния среды окружения. РП зависит от установок и убеждений пациента, его информированности и ожиданий, тяжести состояния, характера и степени выраженности нарушений, рода деятельности (профессия, хобби и т.д.), предшествующей инвалидизации, особенностей коммуникации и обучению, генетических особенностей пациента и т.д. Большое значение в формировании РП имеют факторы среды: наличие родственников пациента, готовность их участвовать в реабилитационном процессе, их убеждений и установок, наличия гиперопеки или безразличия со стороны родственников и ухаживающего персонала, адаптированная среда окружения, наличие и отсутствие лифта в доме проживания пациента и т.д. Также большое значение в определении РП имеет такой фактор среды, как МДБ, ее убеждения и установки, опыт работы, коммуникативные способности, качество образования и квалификация. По мнению автора, на данный момент невозможно создать «формулу» для расчета РП. РП определялся на основании обсуждения пациента с учетом совокупности упомянутых выше характеристик пациента и контекстуальных факторов.

Каждый специалист давал заключение о потенциале восстановления пациента в диагностированных им разделах здоровья. Логопед определял РП восстановления речи и глотания, физический терапевт определял РП восстановления физических способностей к мобильности и передвижению, а также способность к восстановлению толерантности к нагрузке, силы и тонуса, а также иных компонентов здоровья, входящих в его компетенции. Врач дает заключение по РП восстановления функций и структур, важных для реализации активности и участия пациента. Клинический психолог дает информацию о РП восстановления психологических функций и деятельности. Эрготерапевт предоставляет информацию о РП восстановления деятельности.

Важно отметить, что каждый специалист в МДБ имеет свой инструмент для диагностики нарушений и ограничений, так же, как и подходе в коммуникации и философии взаимодействия с пациентом. Психолог, физический терапевт, медицинская сестра и эрготерапевт реализуют пациент-центрированный подход, в том числе с использованием известных технологий планирования и формулировки целей и задач – например, на основе Канадской оценки выполнения деятельности или на основе эрготерапевтических концепций. За счет этого реализуются большая осмысленность и участие пациента в реабилитационном процессе, что важно для пациентов, способных к коммуникации и активному включению в процесс реабилитации. Врач-реабилитолог реализует патерналистский подход, связанный с определением задач реабилитации, что будет важно для пациентов с нарушенным сознанием, трудностями в продуктивной коммуникации, сниженной мотивацией, когнитивными проблемами и иными трудностями реализации пациент-центрированного подхода. То есть в нашей технологии поиска целей и задач заложены приемы, используемые в разных технологиях, которые упоминались в обзоре литературы.

Для каждого домена МКФ, который является проблемным, т.е. требует трансформации его в задачу реабилитации, – определяется значение цели. В реабилитационном диагнозе указывается значение цели в баллах по МКФ, которой следует достичь к концу курса реабилитации.

По результатам обсуждения случая пациента участниками МДБ дается заключение о его принадлежности к кате-

гориям РП пациента в целом. На основании способности пациента к восстановлению до определенного уровня функционирования можно сформулировать следующие категории:

- РП полного восстановления функционирования (mRS 0–1 балл – к концу курса реабилитации пациент не испытывает никаких ограничений жизнедеятельности);
- РП частичного восстановления функционирования (mRS 2 балла – к концу курса реабилитации пациент независим в повседневной жизни, однако имеет ограничения в жизнедеятельности, с которыми сам справляется, а значит, не нуждается в помощи других людей или приспособлений);
- РП адаптации и компенсации функционирования пациента (mRS 3–4 балла – к концу курса реабилитации пациент не может справиться с деятельностью самостоятельно – нуждается в помощи других людей хотя бы один раз в неделю или чаще);
- потенциал поддержки (mRS 5 баллов – к концу курса реабилитации пациент не способен существовать самостоятельно, нуждается в ухаживающем лице постоянно).

В первых трех категориях РП может быть успешно реализована стратегия реабилитации, а при четвертом потенциале помощи – пациент не нуждается в реабилитации и ему необходима паллиативная помощь или сестринский уход. Также в данном случае может быть реализована стратегия социальной реабилитации.

4. Шаг четвертый – определение главной цели реабилитации. Главных целей реабилитации может быть три, в зависимости от сроков реализации: краткосрочная цель реабилитации (например, на 7 дней – цикловая цель), цель реабилитации на данном этапе реабилитации (обычно данная цель должна быть реализована в рамках сроков госпитализации) и долгосрочная цель реабилитации (при реализации РП на большом промежутке времени). Опыт показал, что долгосрочная цель реабилитации не может быть определена на срок более 3 лет, так как на пациента после 3 лет начинают действовать такие факторы среды, которые невозможно спрогнозировать. В основном глобальная цель реабилитации может быть определена на срок до 1 года.

Большое значение в формулировке реабилитационной мультидисциплинарной цели имеет эрготерапевт. Учитывая, что именно он является основным специалистом по оценке деятельности и может реализовать пациент-центрированный принцип в реабилитации, – эрготерапевт предлагает «индикаторную» реабилитационную деятельность (активность и участие) и помогает охарактеризовать ее с учетом контекстуальных факторов.

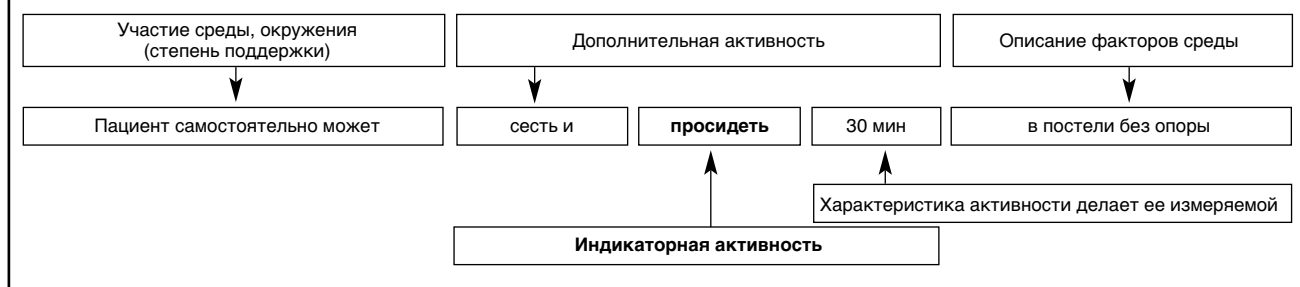
Реабилитационная цель устанавливается с использованием правила SMART («умная цель»). Аббревиатура расшифровывается следующим образом [8]: S – Specific (Специфичная), M – Measurable (Измеримая), A – Attainable, Achievable (Достижимая), R – Relevant (Релевантная) и T – Time-bound (Определенная Во времени). В России введена аббревиатура по распространенной в нашей стране фамилии «СИДоРОВО» [6, 7].

Если задачи реабилитации могут быть связаны с любой категорией МКФ, то цель реабилитации может быть сформулирована только в категориях активности и участия пациента по МКФ, так как именно активность и участие отражают то, как пациент реализует себя в реальной жизни, решая те задачи, которые возникают при взаимодействии с окружающей средой. У пациента могут быть нарушены структура и функция, но если он может самостоятельно решать жизненные задачи и не будет ограничен в функционировании, то пациент не считается инвалидом и такую реабилитацию следует рассматривать как качественную.

Правила установки цели реабилитации:

- 1) цель всегда одна;
- 2) цель устанавливается на определенный промежуток времени (см. виды целей);

Рис. 2. Схема формулировки цели реабилитации.
Fig. 2. The scheme of rehabilitation aims definition.



- 3) цель устанавливается по правилам SMART;
- 4) цель формулируется реабилитационной бригадой в произвольной форме, но согласно приведенному ниже алгоритму – это значит, что невозможно создать автоматизированный вариант формулировки цели реабилитации;
- 5) цель обсуждается с пациентом и должна быть актуальна для него.

Мы выделили следующие варианты формулировки целей реабилитации для пациентов, имеющих первые три категории РП (полного, частичного восстановления функционирования, адаптации и компенсации функционирования):

1. Цель с достижением определенного полного уровня функционирования – реабилитационная цель, в которой указывается достижение какого-либо уровня полноценного функционирования. Например: пациент возвращается на прежнюю работу, пациент полностью не ограничен в мобильности и передвижении, пациент полностью независим в повседневной жизни и т.д. В некоторых случаях, когда функционирование не может быть полностью восстановлено, может быть указана цель с указанием ограничивающих условий среды. Например, пациент полностью реализует самообслуживание в условиях палаты, пациент передвигается без ограничений в пределах квартиры/палаты, пациент независим в быту в пределах квартиры и др. Данный вид цели является измеримым, поскольку в случае невыполнения хотя бы одной позиции из выбранного уровня – цель считается недостигнутой. Измеряемость определяется полнотой и тщательностью выполнения цели.

2. Сложная цель с одной главной «индикаторной» активностью (рис. 2). Такая цель – это наиболее сложная выбранная деятельность (активность или участие), которая объединяет в себе другие виды деятельности (активности и участие), которые необходимы для ее реализации. Например, поход пациента в туалет в палате требует реализации таких активностей, как вставание, одевание, ходьба, открывание двери, раздевание и уход за собой. При этом будут задействованы различные функции и структуры: сила туловища, ног и рук, опорная функция ноги, физическая толерантность, координация движений, ориентация в пространстве, контроль мочеиспускания и дефекации, чувствительность, концентрация внимания, память и т.д. Также весьма важным будет роль среды: отсутствие гиперопеки, необходимая помощь персонала или родственников, дверная ручка необходимой формы, помещение туалета находится в палате, имеется защелка для закрытия изнутри и т.д. Учитываются персональные факторы: мотивация пациента – не хочет испражняться в подгузник, привычки пациента – стесняется использовать туалет в присутствии соседей по палате, желание пациента самостоятельно контролировать посещение туалета как важную жизненную активность. При необходимости может быть конкретизирована «индикаторная» деятельность (активность и участие). Например, пройдет 10 м за 1 мин или просидит в постели 2 ч, будет использовать речь для выражения основных жизненных потребностей (хочу есть, хочу пить и т.д.). Это

необходимо, чтобы цель была измеряемой. При формулировке цели необходимо указать информацию о факторах среды, которые будут важны для реализации, выбранной «индикаторной» активности или участия. Например, при выборе ходьбы в качестве краткосрочной цели следует указать, на какое расстояние пройдет пациент, какова будет поддержка персонала, вовлеченного в уход, что наденет пациент и какую обувь будет использовать, потребуются ли трость или иные технические средства реабилитации.

3. Диагностическая реабилитационная цель. Для формулировки цели и прогнозирования реабилитационного процесса необходимо провести всестороннюю диагностику состояния здоровья. Если информация неполная, то формулировка цели может быть затруднительна и в таком случае используется «диагностическая» цель. Ее можно сформулировать следующим образом: «Через 7 дней будут определены РП и цель реабилитации». В некоторых случаях для оценки РП необходимо начать проводить реабилитацию, чтобы корректно оценить РП. Например, непонятно, как пациент будет готов включиться в реабилитационный процесс и как ответит на проводимую реабилитацию. В таких случаях либо ставится краткосрочная реабилитационная цель, либо «диагностическая» цель. В ряде случаев бывали трудности в определении долгосрочной цели реабилитации либо цели реабилитации на этап. Тогда также устанавливалась реабилитационная диагностическая цель. Установка диагностической цели не значит, что пациенту не проводится реабилитация, в таком случае пациент активно обследуется на предмет факторов и характеристик, влияющих на функционирование.

Приведем несколько примеров корректно сформулированной долгосрочной цели реабилитации пациента в целом (табл. 1):

- Пациент работает и справляется с нагрузкой на новой работе через 5 мес.
- Пациент ходит с супругой на танцы и с удовольствием занимается танцами через 2 мес.
- Пациент может самостоятельно надеть брюки и ботинки и завязать шнурки через 3 нед.

Краткосрочная цель может выглядеть следующим образом:

- Пациент через 7 дней может пройти до окна с использованием ходунков, чтобы пообщаться с внучкой.
- Пациент через 7 дней может самостоятельно посещать туалет в палате.
- Через 7 дней пациент может надеть рубашку и застегнуть пуговицы.
- Через 7 дней пациент может попросить то, что ему нужно, используя речь (хочу пить, хочу есть, хочу в туалет и т.д.).

Главное отличие целей реабилитации (долгосрочной, краткосрочной и цели на этапе) заключается во времени достижения этих целей. При этом технология установки цели не изменяется.

При наличии у пациента «потенциала поддержки» формулировка паллиативной цели происходит по другим правилам, но также с использованием МКФ. Хотя она будет иметь общие черты с технологией формулировки цели у

Таблица 1. Примеры реабилитационных целей пациента с ОНМК в остром периоде при поступлении на I этап реабилитации Table 1. Examples of rehabilitation aims for the first stage of rehabilitation in a patient with acute cerebrovascular event at admission				
Пациент	Клинический диагноз	Краткосрочная цель (на 7 дней)	Цель реабилитации на I этапе	Долгосрочная цель реабилитации
Е.В., 60 лет	ОНМК по типу ишемии в ЛСМА (кардиоэмболический инсульт)	Пациент посещает туалет в палате самостоятельно без помощи	Пациент через 3 нед самостоятельно одевается и доходит до кафе в больнице (300 м), где делает самостоятельно заказ и обедает с другом	Диагностическая – к моменту завершения реабилитации определена долгосрочная цель
В., 54 года	ОНМК по типу ишемии в ЛСМА (атеротромботический инсульт)	Полное самообслуживание в палате	Пациент возвращается на прежнюю работу через 3 нед	Пациент возвращается на прежнюю работу после завершения этапа реабилитации
А.А., 36 лет	ОНМК в вертебробазиллярном бассейне (неуточненный патогенетический вариант)	Пациентка может использовать речь, чтобы выразить основные простые бытовые просьбы, и полностью понимает обращенную речь	Пациентка может поддерживать разговор на бытовые темы, используя простую речь, через 2 нед	Пациентка работает с необходимым достатком по новой профессии через 6 мес
А.И., 86 лет	ОНМК по типу ишемии в бассейне ЛСМА (лакунарный патогенетический вариант), болезнь Паркинсона – III стадия по Хену и Яру	Пациент может пройти по палате безопасно с поддержкой	Пациент безопасно проходит по отделению без поддержки 100 м	Пациент возвращается на прежнюю работу через 1 мес после завершения реабилитации, однако сиделка помогает пациенту дома с домашними делами и приготовлением пищи

Примечание. ЛСМА – левая средняя мозговая артерия.

пациентов с другими видами РП, представленными выше. Особенность РП и процесса помощи пациенту в данном случае характеризуется отсутствием значимой динамики в самостоятельной деятельности (активности и участия) пациента и улучшении функционирования даже при квалифицированных действиях специалистов. То есть при этом пациент не способен продемонстрировать улучшение в функционировании. Можно сформулировать следующие виды целей:

1. Поддержание существующей деятельности (активности и участия) на постоянном прежнем уровне. Например: пациентка самостоятельно надевает платье без помощи ассистента; пациент самостоятельно принимает пищу, сидя за столом, на завтрак обед и ужин без помощи ассистента и за время не более 30 мин; пациентка самостоятельно работает по своей профессии (удаленно) из дома с помощью мужа; пациент посещает на коляске спектакль в театре каждую пятницу с помощью супруги. Во всех приведенных примерах подразумевается, что это пациент умеет сейчас и может продемонстрировать в настоящий момент. Но в дальнейшем – через месяц или год – пациент по-прежнему будет уметь выполнять это действие, несмотря на прогрессирование заболевания или отсутствие динамики к улучшению. Если при определении РП и формулировке цели очевидно, что, несмотря на тяжелое состояние, пациент способен восстановить какую-либо деятельность, то такая цель должна рассматриваться как реабилитационная и к ней применимы принципы технологий поиска реабилитационной цели, описанные выше. В практике паллиативной помощи и ухода сложно разделить, в какой момент заканчивается реабилитация и начинается поддержка. Эта граница условна. Поэтому реабилитологи в отделениях I этапа реабилитации и специалисты отделений ухода и паллиативной помощи должны владеть как технологиями реабилитации, так и технологиями поддержки и ухода.

2. Цель, направленная на замещение деятельности при реализации стратегии поддержки. Во многих тяжелых случаях (тяжелый инсульт, деменция, боковой амиотрофический склероз, обширное повреждение мозга с формированием малого сознания и т.д.) пациент не способен самостоятельно поддерживать активное функционирование. Люди, вовлеченные в уход за ним, и родственники замещают основные жизненные активности. Тогда цель стратегии помощи и поддержки может быть сформулирована следующим образом: «Пациент и родственники не испыты-

вают стресса, эмоционального и физического дискомфорта». Программа помощи пациентам с РП поддержки решает задачи, направленные на работу со средой и организацией замещающих активностей пациента (уход за телом, кормление, позиционирование, профилактика сенсорной и коммуникативной депривации, контроль физиологических функций – мочеиспускание и дефекация и т.д.). Результатом является комфортное состояние пациента и тех людей, которые ухаживают за пациентом либо связаны с пациентом. Для реализации данной цели требуются соблюдение следующих позиций:

- пациент не испытывает стресса, физического и эмоционального дискомфорта;
- родственники, близкие люди и люди, вовлеченные в уход за пациентом, не испытывают стресса, физического и эмоционального дискомфорта;
- люди, вовлеченные в уход, обладают навыками ухода за пациентом;
- состояние пациента не ухудшается либо прогрессирующее инвалидизации происходит по причине заболевания, предотвратить или замедлить которое невозможно, но не по причине некачественного ухода (пролежни, стресс, боли, потеря массы тела, контрактуры мышц и суставов и т.д.).

Для реализации данных позиций и цели проводится объективная или субъективная оценка эмоциональной сферы и характеристик физического самочувствия и, при возможности, качества жизни. После оказания помощи в рамках запланированного времени проводится повторная оценка выбранных показателей, которые демонстрируют выполнение условий и, соответственно, цели.

Важно, чтобы цель была значима для пациента и его функционирования. В практике наблюдается тенденция использовать «заниженные» цели. При этом они могут соответствовать правилам SMART. Для того чтобы избежать таких проблем с целями, следует для реабилитационной цели использовать «амбициозные» цели, т.е. выбирать значимые для пациента разделы активности и участия из МКФ. Выполнение определенной активности в рамках достижения цели, которая неактуальна для пациента и не меняет его функционирования, несмотря на соответствие критериям SMART, будет некорректной. Так, правила SMART могут быть использованы для оценки процесса поиска цели, но не содержат информации о ее значимости.

Медицинская организация, получившая пациента для проведения мероприятий по медицинской реабилитации

Таблица 2. Сравнение целей в остром периоде инсульта по типам в начале курса реабилитации (%)
 Table 2. Comparison of rehabilitation aims at the beginning of rehabilitation course in acute stroke according to its type (%)

Типы целей	Краткосрочная цель (на 7 дней)	Цель реабилитации на I этапе	Долгосрочная цель реабилитации
Диагностическая реабилитационная цель	30	25	43
Цель с достижением определенного полного уровня функционирования	5	19	43
Сложная цель с одной главной «индикаторной» активностью	58	49	5
Паллиативная цель	2	2	4

Таблица 3. Результаты перевода индикаторной деятельности в домен МКФ в цели реабилитации на 7 дней
 Table 3. Results of indicative activity conversion to ICF domain in rehabilitation aims for 7 days

1-й уровень детализации	«Индикаторная деятельность (активность и участие)», трансформированная в домен МКФ	абс.	%
–	Всего диагностических целей среди краткосрочных	22	29
d4. Раздел 4 «Мобильность»	d4500. Ходьба на короткие расстояния	17	23
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d530. Физиологические отправления	11	15
d4. Раздел 4 «Мобильность»	d4153. Нахождение в положении сидя	11	15
d5.0. Раздел 5 «Самообслуживание»	d5.0. Раздел 5 «Самообслуживание»	4	5
d3. Раздел 3 «Общение»	d330. Речь	3	4
d4. Раздел 4 «Мобильность»	d445. Использование кисти и руки	2	3
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d540. Одевание	2	3
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d510. Мытье	1	1
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d550. Прием пищи	1	1
d2. Раздел 2 «Общие задачи и требования»	d240. Преодоление стресса и других психологических нагрузок	1	1
Всего		75	100

на II и III этапах, должна достичь цели реабилитации, установленной на заседании реабилитационной МДБ при поступлении на этап реабилитации, а не только продемонстрировать улучшение функционирования пациента. Этот показатель может быть использован как один из критериев оценки качества реабилитационной помощи [7].

В табл. 2 получено распределение видов по срокам достижения целей. Как видно из приведенной таблицы, диагностическая цель при поступлении встречается с частотой около 1/3 случаев, что естественно, так как в данный период пациенту проводят обследования и не всегда понятно физическое состояние (наличие пневмонии, мочевой инфекции, стабильность гемодинамических факторов и т.д.). Установка данной цели не является ошибкой или дефектом реабилитации. Это важный этап работы реабилитационной команды. К тому же ряд показателей, особенно касающийся работы клинического психолога, требует наблюдения в динамике и сбора более расширенного анамнеза, в том числе с участием родственников. Долгосрочную цель при поступлении поставить тоже трудно, и этим объясняется высокая частота диагностических целей. Цель с достижением определенного уровня функционирования встречается более часто по мере отдаления планируемой цели от реабилитируемого события. А сложная цель с индикаторной активностью встречается чаще в группе краткосрочных и этапных целей реабилитации.

В любой цели, кроме паллиативной и диагностической, выделяли «индикаторную» деятельность, после чего определяли, к какому разделу активности и участия первого уровня детализации относилась приведенная деятельность. Данные по этому анализу приведены в табл. 3–5.

Результат анализа целей реабилитации на 7 дней (краткосрочная или цикловая) представлен в табл. 3. В 29% случаев определить цель реабилитации в 1-ю неделю не удавалось, так как требовались дополнительные обследования. В основном «индикаторная деятельность (активности и участие)» в цели реабилитации была связана с восстанов-

лением ходьбы (23%), реализацией ухода, связанного с посещением туалета (15%), и тренировкой поддержания положения сидя (15%). Остальные цели были связаны с восстановлением самообслуживания, речи, использования кисти и руки, мытья и приема пищи [9]. Паллиативные цели были установлены у 2%. Анализ краткосрочных целей на 2 и 3-й неделях госпитализации показал, что диагностическая цель устанавливалась на 2-й неделе не чаще 10%, а на 3-й неделе (если она была) цель реабилитации устанавливалась всегда, диагностическая цель – 0%. То есть цель на этапе реабилитации в острую фазу инсульта всегда устанавливалась на 1 или 2-й встрече МДБ. Больных, которые не имели целей реабилитации, к концу 2-й недели госпитализации не было. Однако среди пациентов, которые не попали в исследование, были пациенты с транзиторными ишемическими атаками, малыми или тяжелыми инсультами, которым не была показана реабилитация либо по причине отсутствия ограничений функционирования (mRS 0–1 балл), либо в связи с РП модификации среды окружения. Последним устанавливались паллиативные цели. Статистику по типам паллиативной цели мы приводить не будем, так как это не входило в цели нашей работы.

Результат анализа целей реабилитации на этап реабилитации представлен в табл. 4. В 39% случаев определить цель реабилитации в 1-ю неделю не удавалось, так как требовались дополнительные обследования. Была установлена диагностическая цель. Из продуктивных реабилитационных целей «индикаторная деятельность (активности и участие)» была связана с восстановлением ходьбы (17%), самообслуживания (15% – во всех случаях – полное восстановление самообслуживания) и ухода, связанного с посещением туалета (11%). Остальные цели были связаны с возвращением на работу, восстановлением мытья, одевания и приема пищи, приобретением товаров и услуг, восприятием сообщений, восстановлением способности сидеть и говорить. Паллиативные цели были установлены также у 2%.

Таблица 4. Результаты перевода «индикаторной деятельности» в домен МКФ в цели реабилитации на этапе
Table 4. Results of indicative activity conversion to ICF domain in rehabilitation aims at the stage

1-й уровень детализации	Индикаторная деятельность (активность и участие), трансформированная в домен МКФ	абс.	%
Всего диагностических целей среди целей на этапе	–	29	39
d4. Раздел 4 «Мобильность»	d4500. Ходьба на короткие расстояния	13	17
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d5.0. Раздел 5 «Самообслуживание»	11	15
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d530. Физиологические отправления	8	11
b8. Раздел 8 «Главные сферы жизни»	d850. Оплачиваемая работа	2	3
d4. Раздел 4 «Мобильность»	d4200. Перемещение тела в положении сидя	2	3
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d510. Мытье	2	3
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d540. Одевание	2	3
d5. Раздел 5 «Самообслуживание»	d550. Прием пищи	2	3
d6. Раздел 6 «Бытовая жизнь»	d620. Приобретение товаров и услуг	1	1
d3. Раздел 3 «Общение»	d310. Восприятие устных сообщений при общении	1	1
d4. Раздел 4 «Мобильность»	d4153. Нахождение в положении сидя	1	1
d3. Раздел 3 «Общение»	d330. Речь	1	1
Всего		75	100

Таблица 5. Результаты перевода индикаторной деятельности в домен МКФ в долгосрочной цели
Table 5. Results of indicative activity conversion to ICF domain in long term aims

1-й уровень детализации	Индикаторная деятельность (активность и участие), трансформированная в домен МКФ	абс.	%
Диагностическая цель	–	33	44
d5.0. Раздел 5 «Самообслуживание»	d5.0. Раздел 5 «Самообслуживание»	25	33
b8. Раздел 8 «Главные сферы жизни»	d850. Оплачиваемая работа	14	19
b8. Раздел 8 «Главные сферы жизни»	d845. Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений	2	3
b8. Раздел 8 «Главные сферы жизни»	d855. Неоплачиваемая работа	1	1
Всего		75	100

Результат анализа долгосрочных целей реабилитации представлен в табл. 5. В 44% случаев определить цель реабилитации в 1-ю неделю не удавалось, так как требовались дополнительные обследования. Была установлена диагностическая цель. Из продуктивных реабилитационных целей «индикаторная деятельность (активности и участие)» была связана с восстановлением самообслуживания (33% – во всех случаях – полное восстановление самообслуживания), возвращением на прежнюю работу (19%), поиском и трудоустройством на новую работу (3%) и поиском и организацией неоплачиваемой работы (1%). Паллиативные цели были установлены также у 4%.

В статье приведены данные по созданию и апробации реабилитационной мультидисциплинарной цели, основанной на МКФ.

Отличие предлагаемой технологии поиска цели:

- в формулировке цели принимает участие МДБ;
- предложено для основы формулировки цели реабилитации использовать только раздел активности и участия;
- цель строится на результатах реабилитационной диагностики в категориях МКФ;
- цель учитывает РП пациента;
- сформулированы четкие правила составления одной цели реабилитации пациента в целом;
- для придания значимости цели предлагается использовать восстановление одного или нескольких доменов МКФ.

Таким образом, использование упомянутых принципов формулировки цели реабилитации приведет к повышению эффективности реабилитации, уменьшению затрат и усилий специалистов, вовлеченных в реабилита-

цию; публичное озвучивание цели для пациента и родственников повысит ответственность за ее выполнение, а также использование цели структурирует работу, требует оценки и прогнозирования от специалиста, что приведет к его профессиональному росту.

Заключение

Главным элементом в алгоритме определения цели реабилитации для пациента с церебральным инсультом в остром периоде является выбор одного наиболее сложного вида деятельности, сформулированного реабилитационной МДБ в категориях активности и участия по МКФ и доступного пациенту к концу курса реабилитации. Цель реабилитации устанавливается на основании реабилитационного диагноза по заключению каждого специалиста МДБ о потенциале восстановления пациента, и ее определение является одной из важнейших технологических составляющих реабилитации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Литература/References

1. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith JC et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis. Eur J Phys Rehabil Med 2016; 52 (3): 400–16.
2. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: A systematic review. Clin Rehabil 2006; 20 (9): 756–72.
3. Siegert RJ, Taylor WJ. Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. Disabil Rehabil 2004; 26 (1): 1–8.

4. 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; 39 (4): 279–85.
5. Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health J* 1968; 4 (6): 443–53.
6. Шостка Г.Д., Коробов М.В., Шабро А.В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (краткая версия). СПб.: СПбИУВЭК, 2003. [Shostka G.D., Korobov M.V., Shabro A.V. Mezhdunarodnaia klassifikatsiia funktsionirovaniia, ogranichenii zhiznedeiateľnosti i zdorov'ia (kratkaia versia). Saint Petersburg: SPbIUVEK, 2003 (in Russian).]
7. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А. и др. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов. *Вестн. восстановительной медицины*. 2017; 6 (82): 7–20. [Mel'nikova E.V., Builova T.V., Bodrova R.A. i dr. Ispol'zovanie mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniia (MKF) v ambulatormoi i stacionarnoi meditsinskoi reabilitatsii: instruktssiia dlia spetsialistov. *Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny*. 2017; 6 (82): 7–20 (in Russian).]
8. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives. *Management Rev* 1981; 70: 35–6.
9. Наконечный Д.Г., Родоманова Л.А., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. О возможной роли ортопедов в современной системе реабилитации пациентов с последствиями спастических параличей верхних конечностей. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (2.1): 31–43. [Nakonechnyj D.G., Rodomanova L.A., Shmonin A.A., Melnikova E.V. The potential role of the orthopedic surgeon in current rehabilitation of patients with upper-limb spasticity. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (2.1): 31–43 (in Russian).]
10. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план. *Вестн. восстановительной медицины*. 2017; 2 (78): 16–22. [Shmonin A.A., Maltseva M.N., Mel'nikova E.V., Ivanova G.E. Bazovye printsipy meditsinskoi reabilitatsii, reabilitatsionnyi diagnoz v kategoriakh MKF i reabilitatsionnyi plan. *Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny*. 2017; 2 (78): 16–22 (in Russian).]
11. Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clin Rehabil* 2009; 23 (4): 352–61.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Шмонин Алексей Андреевич – канд. мед. наук, врач-невролог, реабилитолог, доц. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФПО ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», ревизор Санкт-Петербургского отделения Союза реабилитологов России. E-mail: langendorff@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2232-4332>

Мальцева Мария Николаевна – д-р вет. наук, канд. техн. наук, доц. каф. психологии и педагогики ФПО ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», дир. АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии». E-mail: mmn.ktherapy@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1698-4038>

Мельникова Елена Валентиновна – д-р мед. наук, проф. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова». E-mail: melnikovae2002@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2076-4062>

Aleksei A. Shmonin – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., neurologist, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: langendorff@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2232-4332>

Mariia N. Maltseva – D. Sci. (Vet.), Cand. Sci. (Techn.), Assoc. Prof., Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Community of Support and Development of Canis Therapy. E-mail: mmn.ktherapy@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1698-4038>

Elena V. Melnikova – D. Sci. (Med.), Prof., Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: melnikovae2002@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2076-4062>

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.02.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.04.2019