

# VI ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АЛЬЯНС. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

4 июня 2021 года



СПб ГБУЗ ПТД №5

Санкт-Петербургское  
государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения  
«Противотуберкулезный диспансер №5»



КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ  
НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ  
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

## Мельникова Елена Валентиновна

зав. кафедрой клинической медицины и  
медицинской реабилитации ЧОУ ВО «Санкт-  
Петербургский медико-социальный институт».  
Главный внештатный специалист по  
медицинской реабилитации Минздрава  
России в СЗФО.





НИИ реабилитации имени  
Н.А. Бернштейна



# **МКФ в современной системе медицинской реабилитации в Российской Федерации**

**Мельникова Елена Валентиновна – зав. кафедрой клинической медицины и медицинской реабилитации ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт». Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России в СЗФО.**

Санкт-Петербург

# Модели болезни/оказания МП



**Биомедицинская**



**Биопсихосоциальная**

# Биомедицинская модель

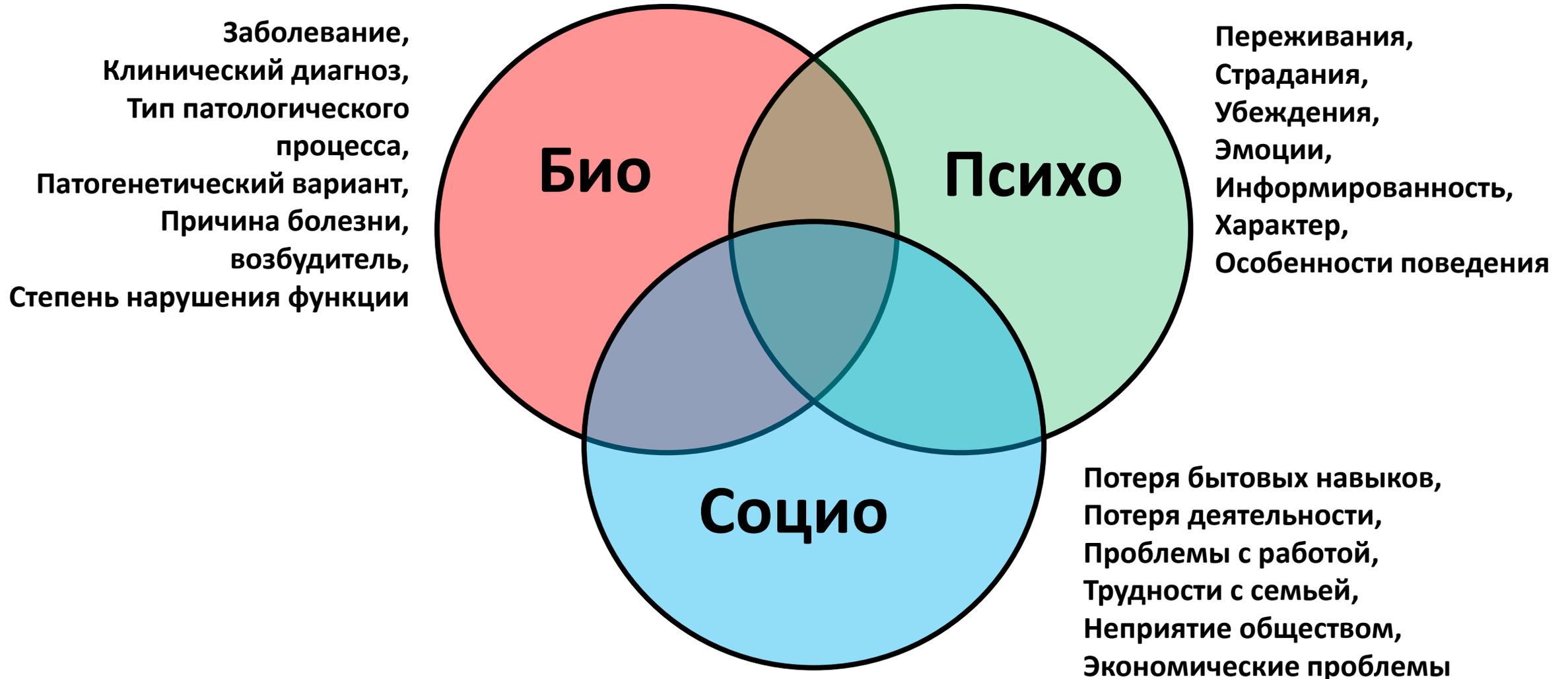
- **Причина развития болезни - нарушение в работе систем организма**
- **Биологические факторы если не единственные, то приоритетные в развитии болезни**
- **«Линейная» логика медицинского диагноза**
- **Где эффективна?**
- **Военно-полевая медицина**
- **Ургентная медицина**
- **Внесистемные (изолированные) подходы, напр., хирургия.**
- **Где неэффективна ?**
- **Реабилитация**
- **Лечение хронических состояний**
- **Длительное лечение**

# Биопсихосоциальная модель

- Психосоциальные факторы влияют на дисфункции организма не меньше, чем биологические, т.к. являются источником стресса и влияют на организм динамически
- Выздоровление зависит от психологических и социальных факторов не меньше, чем от биологических (доверие, приверженность к лечению, эффект плацебо)

- Где эффективна?
- Реабилитация
- Лечение хронических состояний
- Длительное лечение
- Профилактическая медицина
- Где неэффективна?
- Ургентная медицина
- Внесистемные (изолированные) подходы, напр., хирургия.

# Биопсихосоциальная модель болезни



# Причина нарушения функционирования может быть заложена на различных уровнях:

- Может быть вызвана **заболеванием**, травмой или врожденным состоянием. То есть в основе ограничения жизнедеятельности лежит нарушение функций и структур – проявления заболевания. Для помощи пациенту необходимо провести лечебные или хирургические вмешательства, что автоматически приведет к восстановлению здоровья и функционирования.
- Может быть связана с **потерей функциональности**, то есть потере бытовых навыков, самообслуживания, работы и досуга. Устранение или компенсация возникших расстройств путем адаптации и приспособлению инвалида к социуму позволит решить проблемы пациента.
- В **отношении окружающих его людей**, в непринятии людьми без инвалидности его «дефекта», особенности структуры, или поведения. Для помощи пациенту необходимо работать над общественными установками и «стигмами».
- Связана с **негативным влиянием среды физического окружения**. Пациент мог бы эффективно и успешно функционировать, но физическое обустройство среды не позволяет в ней существовать. Для помощи пациенту необходимо менять среду окружения.
- **На психологическом уровне**: негативные установки пациента, «выгода» от болезни, стеснение, отсутствие мотивации, недостаточная информированность о болезни и инвалидности, о возможности помочь и реабилитироваться. Помощь пациенту может быть оказана путем грамотного информирования пациента со стороны реабилитационной команды или в результате работы психолога.
- **В отсутствии материальных средств на реабилитацию** или в недоступности помощи для пациента (не может доехать до поликлиники, слишком большая очередь на реабилитацию, отсутствие в регионе клиники по профилю пациента, отсутствие квот на реабилитацию).



# Экономика, породившая реабилитацию



## раньше

- Много здорового населения
- Мало образованного и экономически активного населения
- Много неквалифицированных трудовых функций (нет вложений в обучение и оборудование)
- Нет социальной защиты и трат на нее
- Выгодно – быстро заменить инвалида здоровым работником

## сейчас

- Мало здорового населения
- Много образованного и экономически активного населения
- Много квалифицированных трудовых функций (затраты на долгое обучение, дорогое оборудование ломающееся от непрофессионального обращения)
- Выгодно- восстановить функционал уже обученного работника, знакомого с трудовым процессом
- Выгодно-снижать уровень затрат на инвалида, через снижение его зависимости от ухода и соцподдержки

# В 1960-1970гг. под давлением экономических факторов был создан первый прототип МКФ

- Первыми «моделями» для создания новой концепции оценки потенциала реабилитации, реабилитационного диагноза и критериев эффективности реабилитации стали молодые обеспеченные пациенты со спинальной травмой из клиник Швейцарии и Австрии.
- Этим пациентов не устраивал диагноз по старой системе – потому что это диагноз «навсегда» без перспектив; не устраивала «традиционная реабилитация» в виде общего набора не персонифицированных манипуляций «массаж+ЛФК+чтонибудь еще»; не устраивали общие слова вместо конкретных перспектив, так как у них не было желания платить за процесс без понятного результата.

- В системе оценки здоровья и перспектив реабилитации появляются такие критерии как :
- Активность и участие – возможность выполнять повседневные действия, присущие человеку во всем диапазоне жизненных потребностей.
- Факторы окружающей среды – способные облегчать или усложнять выполнение повседневных действий.
- Личностные факторы – отношение человека к себе и своим возможностям, влияющее на адаптацию и выполнение повседневных действий.

В этой системе координат – человек без ног, восстановивший привычную активность – не инвалид.



# МКФ

- **Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья**
- **является классификацией доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма, 2) домены активности и участия в общественной жизни.**
- **Учитывая то, что функциональное здоровье индивида зависит от внешних условий, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями.**

**МКФ отражает биопсихосоциальную модель болезни и предлагает рассматривать понятия «здоровье» и «инвалидность» в новом свете: каждый человек может испытать ухудшение состояния здоровья, что подразумевает некоторую степень ограничения его возможностей.**

**Согласно МКФ, ограничение возможностей или трудоспособности не является чем-то, характерным лишь для небольшой группы населения.**

**Таким образом, ограничение возможностей или трудоспособности признается в качестве универсального человеческого опыта.**

**Смещая фокус от причины заболевания к его последствиям, МКФ позволяет производить оценку различных уровней здоровья по универсальной «шкале» здоровья и инвалидности.**

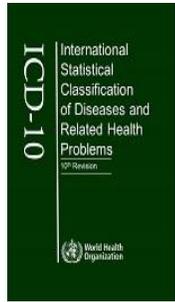
**МКФ учитывает социальные аспекты инвалидности и не рассматривает инвалидность лишь в качестве «медицинской» или «биологической» дисфункции.**

**Включая контекстуальные факторы, среди которых присутствуют факторы окружающей среды, МКФ позволяет учитывать воздействие окружающей среды на жизнедеятельность человека.**

# ВОЗ

**Реабилитация – это координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий в целях подготовки (или переподготовки) индивидуума на оптимум работоспособности**

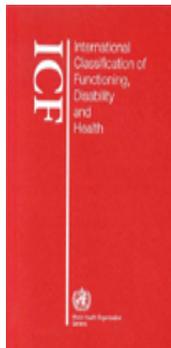
# Семейство классификаций ВОЗ



- Международная классификация болезней (МКБ-10 и 11)  
**International Classification of Diseases (ICD-10, ICD-11)**



Выявление **причин** заболевания и основных механизмов повреждения



- Международная классификация функционирования  
**(International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF (МКФ))**



Учитывает изменения в **состоянии здоровья** без учета причин, по факту на момент осмотра



- Международная классификация вмешательств в здоровье  
**(International Classification of Health Interventions (ICHI))**



Направлена на обобщение медицинских, профилактических и реабилитационных **вмешательств**

**МКБ позволяет сформулировать и зашифровать клинический диагноз (нозологический), который описывает, главным образом, причины и основной патогенетический вариант заболевания.**

**МКФ используется для формулировки реабилитационного диагноза, который связан с состоянием пациента на момент осмотра. Реабилитационный диагноз представляет собой список проблем пациента, которые определяют функционирование пациента.**

**ВОЗ рекомендует использовать МКФ для управления процессом медицинской реабилитации.**

**Создание детской и подростковой версии МКФ (ICF Children & Youth Version 2017) закончилось неудачей.**

**В настоящий момент принято решение о приостановке использования данной версии МКФ из-за её неэффективности и этических разногласий.**

**Принято решение об использовании основной версии МКФ для детей**



# **МКФ – системобразующий инструмент в МР**

**На любом этапе реабилитации необходимо составить реабилитационный диагноз при поступлении, при выписке, а также в процессе реабилитации. Диагноз составляется МДРК и представляет собой список проблем пациента, представленный в категориях МКФ.**

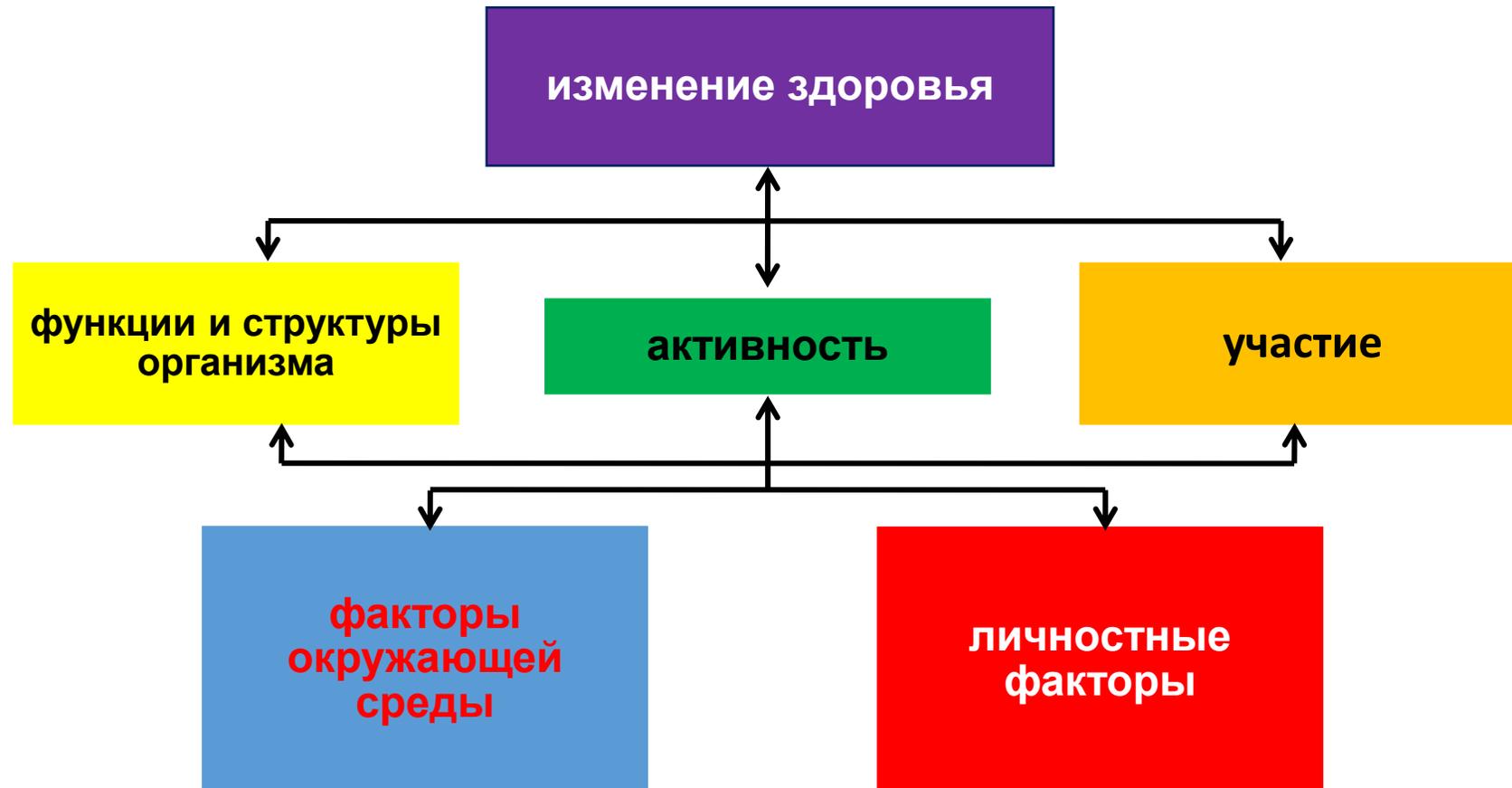
**В реабилитационном диагнозе формулируются только актуальные проблемы пациента, определяющие его функционирование.**

**Каждая проблема (домен) в реабилитационном диагнозе закрепляется за одним из нескольких участников МДРК. В индивидуальной программе реабилитации, для каждого домена МКФ назначается ответственный специалист из МДРК, указывается реабилитационная технология, призванная разрешить выявленную проблему.**

# Зачем МКФ специалисту по реабилитации?

- Делает прозрачным процесс реабилитации – с помощью МКФ можно объяснить, что происходит с пациентом в реабилитации,
- МКФ сильно упрощает процесс работы с пациентом – что видим то и описываем, то и оцениваем,
- МКФ повышает эффективность и качество реабилитации, так как специалист выявляет и описывает больше актуальных проблем в реабилитации, которые упускаются из внимания врача без использования МКФ,
- МКФ – язык для общения специалистов по реабилитации (логопед, эрготерапевт, психолог, физический терапевт, врач), которые имеют разное базовое образование и разную профессиональную терминологию,
- МКФ позволяет обеспечить преемственность в реабилитации.

# Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья



# Смысл МКФ

## 1. Разделение здоровья на

- функции (механизмы работы),
- структуры (детали из которых состоит организм),
- активность и участие (деятельность – решение жизненных задач),
- факторы окружающей среды (окружение, в котором происходит деятельность),
- персональные факторы (индивидуальные особенности пациента).

2. МКФ описывает здоровье, как процесс.

3. МКФ позволяет оценивать (ранжировать нарушения и ограничения),

4. МКФ дает полную и всестороннюю оценку здоровья,

5. МКФ может служить «матрицей» для структурирования диагностики в реабилитации.

## Категории МКФ:

- **Деятельность (d):**

**Активность** — выполнение задачи или действия индивидом (например: ходьба, использование руки, одевание, посещение туалета, приём пищи, приготовление еды, работа на компьютере и др).

**Участие** — это вовлечение индивида в жизненную ситуацию — «участие в жизни общества» (например: выполнение трудовых обязанностей, общение с родственниками и друзьями, воспитание детей, забота о другом человеке, посещение курсов, посещение театра и кино, участие в политической деятельности и др.).

- **Факторы окружающей среды (e)** создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят своё время (дома, квартиры, родственники, друзья, коляска, пандус в магазине, лифт, столовые приборы, службы социальной помощи и т.д.).

- **Персональные (личностные) факторы пациента (e)** (установки пациента, характер, темперамент, убеждения пациента, опыт пациента и др.)

- **Функции организма (b)** — это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

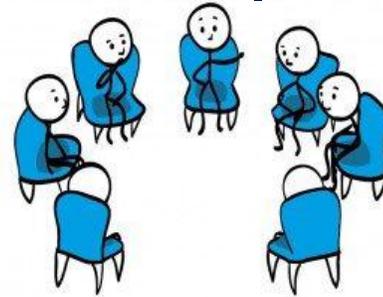
- **Структуры организма (S)** — это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

# Шифрование в МКФ

Пример: **b445.2** **Сила мышц одной стороны тела**



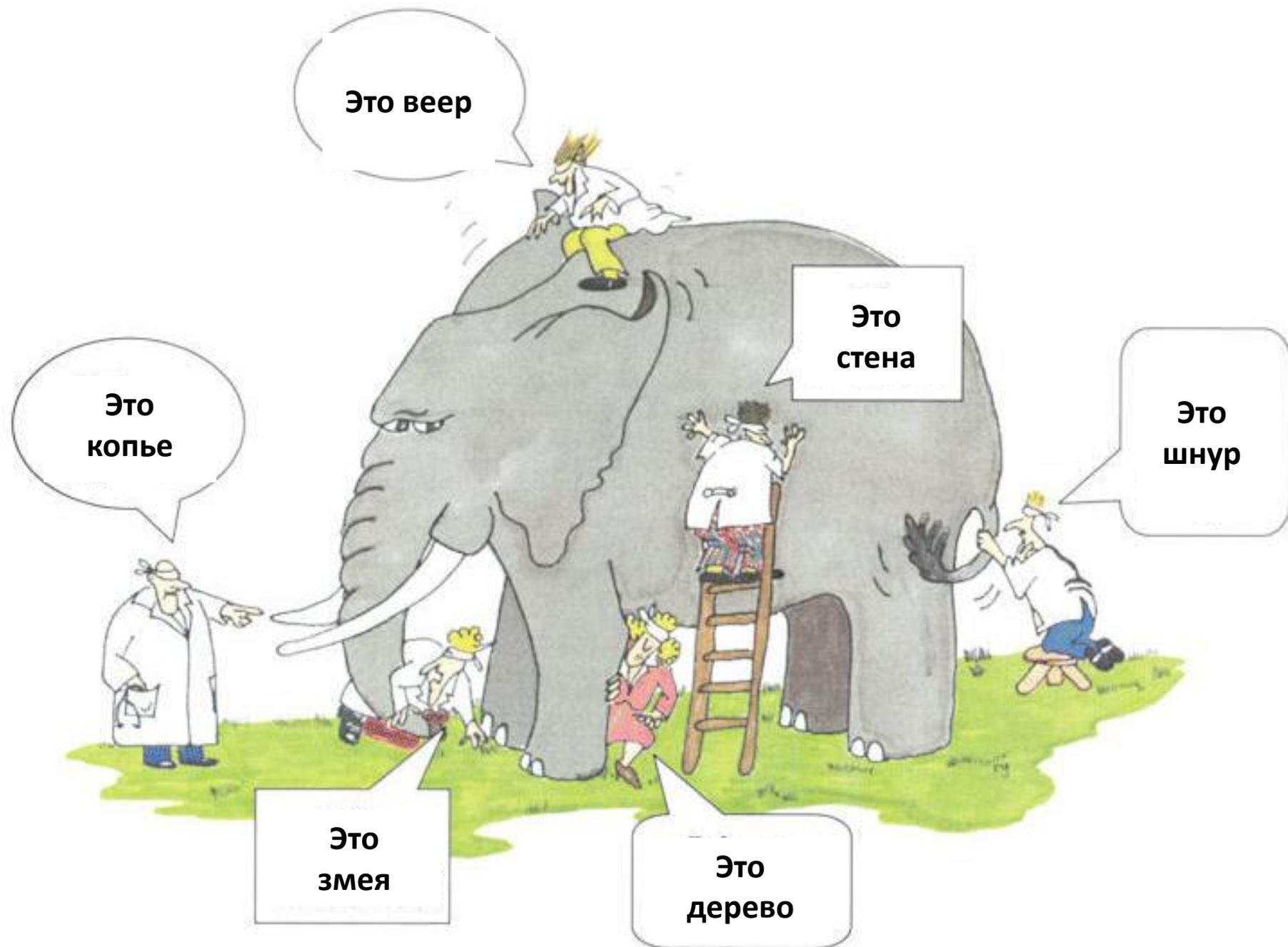
- **статистический инструмент** для сбора и накопления информации
- **инструмент социальной политики**



- **клинический инструмент**
- для оценки потребностей
- для постановки цели реабилитации

**инструмент обучения** для обучающих курсов для реабилитологов

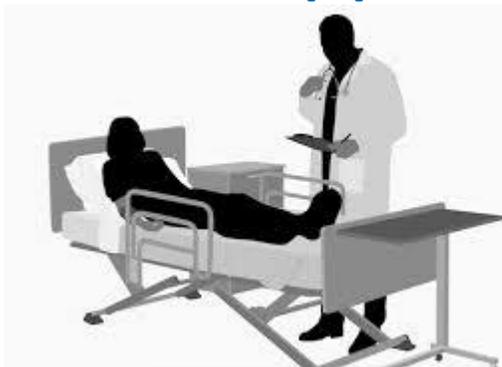
**Только учет  
мнения  
различных  
специалистов  
может дать  
целостную  
картину болезни  
и данные для  
оптимального  
решения задач**



# Пример реабилитационной диагностики основанный на биопсихосоциальной концепции и МКФ:

На первый взгляд три одинаковых пациента после инсульта не могут ходить, но осмотр реабилитационной команды показал, разные причины

1



Не может ходить из-за  
**слабости в ноге**

Пациент нуждается, главным образом, в **физическом терапевте**

2



Не может ходить из-за  
**страха падения**

Пациент нуждается, главным образом, в **клиническом психологе**

3



Не может ходить из-за **не**  
**удобной обуви**

Пациент нуждается, главным образом, в **эрготерапевте**

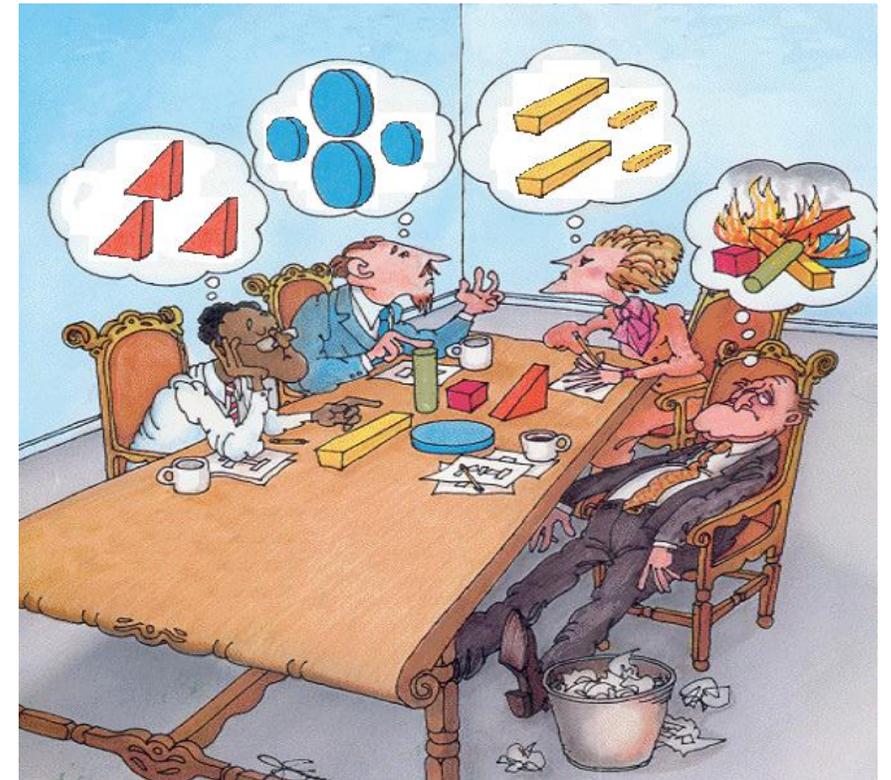
**NB!!! Неврологический статус и данные КТ/МРТ у таких пациентов могут быть одинаковыми**

# Мультидисциплинарный принцип



**МДРК. МКФ позволяет поставить в один ряд с медицинскими проблемами, другие проблемы, выявленные немедицинскими специалистами (психологом, эрготерапевтом, физическим терапевтом), сделать прозрачной и эффективной их деятельность.**

- Горизонтальное управление в МДБ,
- Каждый специалист отвечает за свою сферу знаний,
- Все встречаются и вместе обсуждают проблемы пациента, которые ограничивают его функционирование.
- Выработка единой стратегии помощи пациенту.
- Выработка совместно – цели реабилитации пациента.
- Распределение объема работы между специалистами МДБ.



Мультидисциплинарный принцип работы реабилитационной команды - это **ТЕХНОЛОГИЯ реабилитации**, при которой команда, состоящая как минимум из врача реабилитолога, клинического психолога, эрготерапевта, физического терапевта, логопеда и реабилитационной сестры, организует реабилитационный процесс по единой стратегии, с единой целью и обратной связью.

# Последовательность анализа состояния пациента в реабилитации по биопсихосоциальной модели



# Как поставить реабилитационный диагноз

## Логопед

- Речь,
- Глотания

## Мед.сестра:

- Уход за пациентом, ,
- Создание комфортной среды,
- Контроль лекарств.

## Физический терапевт

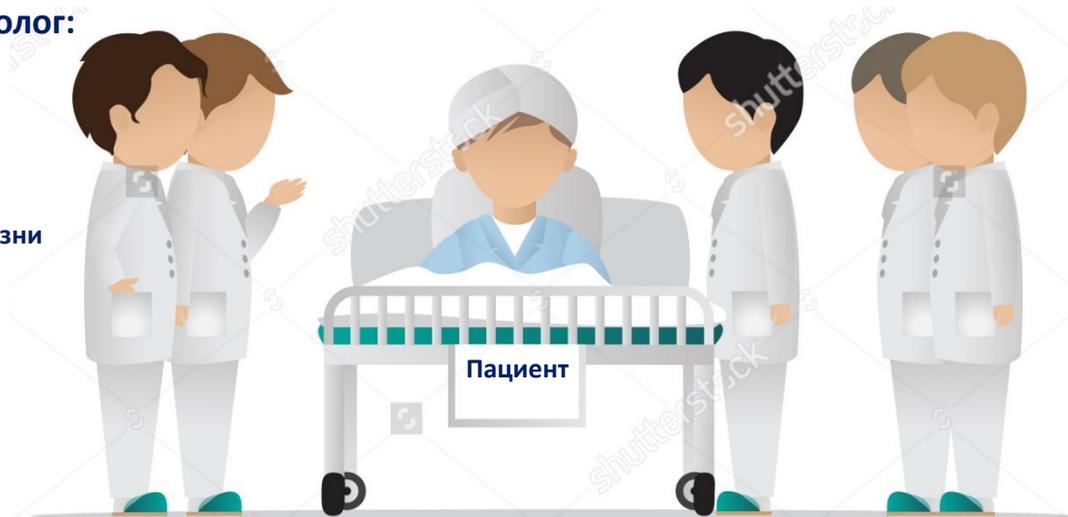
- Ходьба
- Толерантность к нагрузке,
- Сила мышц,
- Координация

## Эрготерапевт:

- Бытовые навыки,
- Мотивация,
- Восстановление руки,
- Работа со средой

## Врач-реабилитолог:

- Диагноз,
- Медицинская документация,
- Лекарственная терапия
- Симптомы болезни



## Психолог:

- Стресс,
- Родственник,
- Конфликты,
- депрессия

## Реабилитационный диагноз:

- Гемипарез,
- Нарушение глубокой чувствительности,
- Дизартрия,
- Дисфагия,
- Трудности в общении с родственниками,
- Трудности про ходьбе,
- Синдром не использования руки,
- Мотивация пациента – уход за внуками
- Среда – является барьером,
- Родственники формируют гиперопеку,
- У пациента есть патологическая установка – болеть и умереть от инсульта, как его дедушка,
- Имеется умеренный стресс,
- Имеется тревога
- Пациенту следует выдавать лекарства, так как он сам не контролирует,
- Нуждается в помощи при надевании рубашки.

**Цель:**  
Специфичная,  
Измеримая,  
ДОстижимая,  
Реалистичная  
Определенная во  
Времени



# **Основные технологические приемы в реабилитации**

**Реабилитационный диагноз**

**Реабилитационная цель**

**Реабилитационный потенциал**

**Реабилитационный план**

# Создание цели:



1. Составляется реабилитационный диагноз в категориях МКФ с участием всей МДБ.
2. Проблемы пациента – становятся задачами для работы специалистов в МДБ.
3. Из списка в реабилитационном диагнозе выделяются главные проблемы, ограничивающие функционирование пациента.
4. Выясняется, чего хочет сам пациент и какова его мотивация к жизни (работа психолога и эрготерапевта).
5. Определяется его реабилитационный потенциал.
6. Исходя из потенциала – подбирается цель, измеримая и определенная во времени.

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

- **В случаях врожденных заболеваний и заболеваний, дебютировавших до 3-х лет, реабилитационный (абилитационный) потенциал (прогноз) рассматривается как уровень максимально возможного развития ребенка - относительно здорового ребенка аналогичного возраста.**
- **Реабилитационный потенциал имеет медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную составляющие, включает факторы окружающей среды.**
- **Под реабилитационным потенциалом подразумеваются все ресурсы составляющих здоровья, имеющиеся в наличии и могущие быть использованными для достижения реабилитационной цели.**
- **Реабилитационный потенциал может быть определен при наличии устойчивой начальной точки оценки – диагноза и стабильного состояния.**

**Для каждого пациента следует определить категорию реабилитационного потенциала. Заключение МД комиссии должно содержать ответ о принадлежности пациента к одной из категорий:**

- категория потенциала полного восстановления здоровья,**
- категория потенциала частичного восстановления функционирования пациента,**
- категория потенциала адаптации и компенсации пациента,**
- категория потенциала адаптации среды окружения (паллиативная помощь, уход).**

# Цели реабилитации:

При реабилитационном потенциале полного или частичного восстановления здоровья, реабилитационном потенциале адаптации и компенсации:

1. Возвращение на прежнюю работу, или поиск новой оплачиваемой или НЕ оплачиваемой работы,
2. Поиск и восстановление прежней или максимально возможной досуговой деятельности,
3. Возвращение прежней или максимально возможной жизненной активности (должна быть конкретизирована – какая именно и в какой форме).

При реабилитационном потенциале модификации среды:

1. Достижение состояния физиологического и психологического комфорта пациента и родственников.
2. Поддержание физиологического и психологического комфорта пациента и родственников.

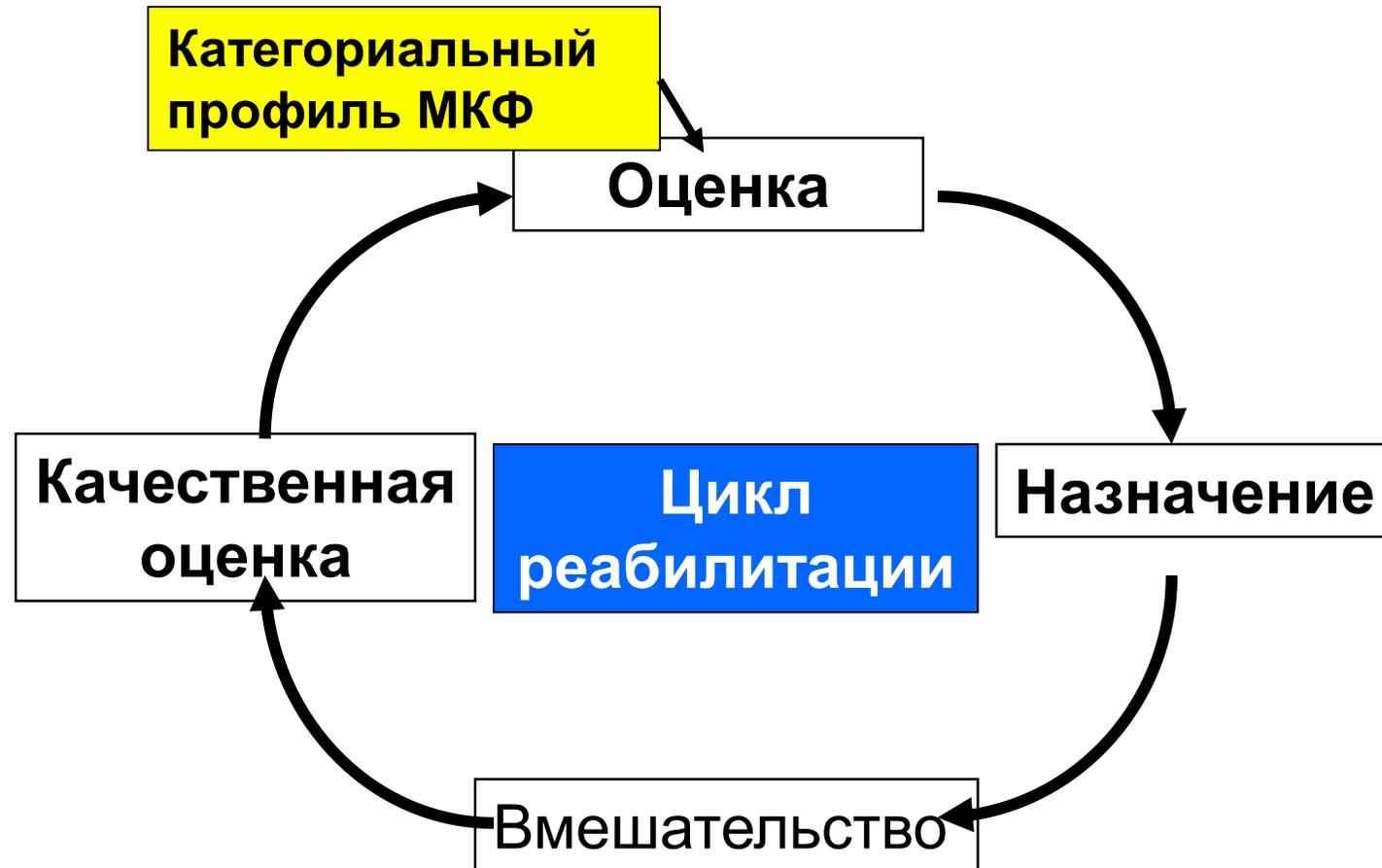
**Главный критерий качества  
проведенной реабилитации -**

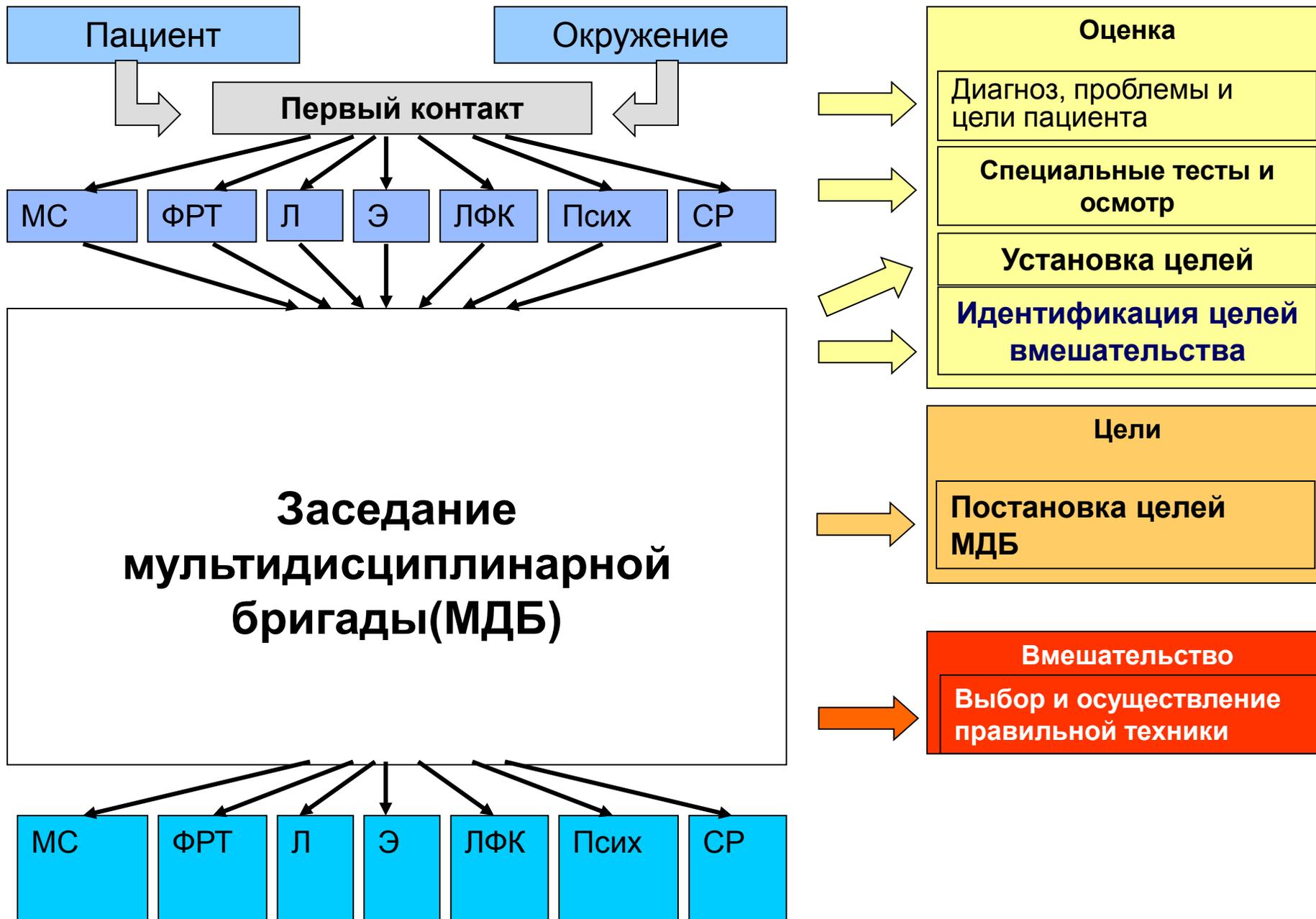
**достижение цели, установленной  
при поступлении пациента  
на этап реабилитации**

# **Индивидуальный план медицинской реабилитации (ИПМР)**

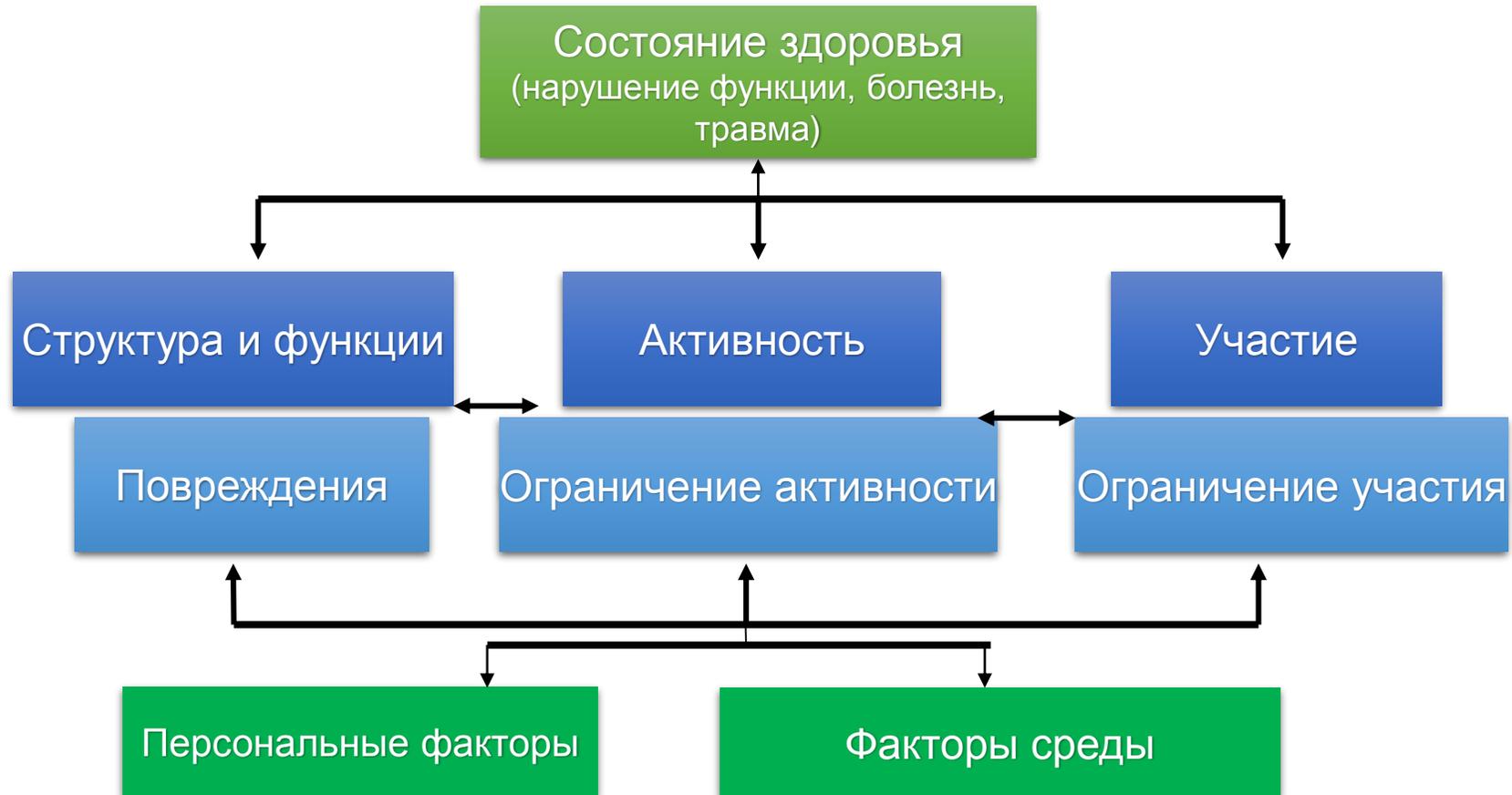
– это комплекс индивидуализированных реабилитационных мероприятий, осуществляемый МДБ, имеющий общую цель, согласованный по действиям и по времени регламент реабилитационных вмешательств.

- ИПМР предполагает комплексное применение методов физической и реабилитационной медицины, лекарственной терапии, психологических воздействий, педагогических методов, социальных вмешательств, естественных и преформированных физических факторов, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе, посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования.
- Проведение мероприятий по профилактике вторичных и третичных осложнений заболеваний, травм и состояний, нарушений функций и структур, ограничения жизнедеятельности.





# МКФ – концептуальная основа реабилитации



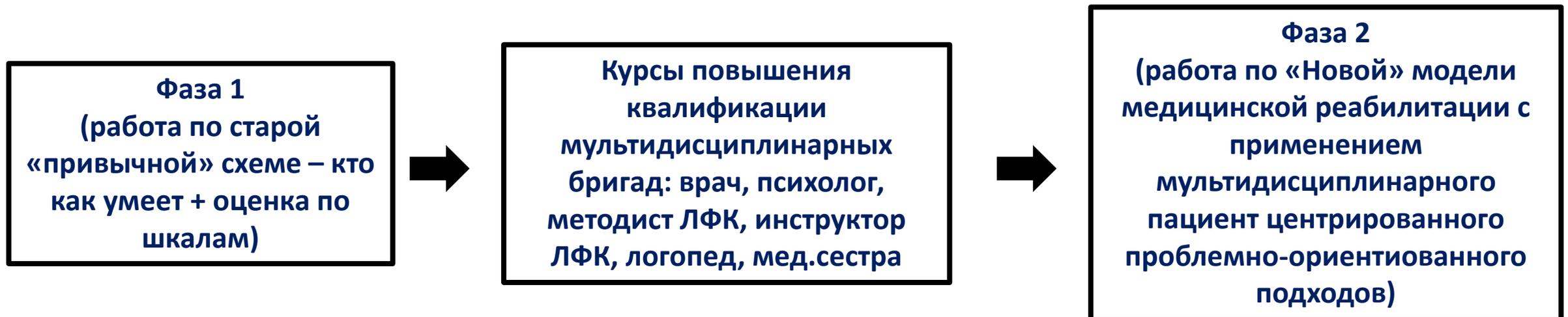
# **Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»**

**Проект зарегистрирован в международном регистре клинических исследований ClinicalTrials.gov под названием:**

**«The Pilot Project Development Of MEdical Rehabilitation System in Russian Federation (DOME)» и идентификационным номером: NCT02793934.**

**1 сентября 2015 – 1 сентября 2017**

**Последовательный дизайн исследования**



- 1 сентября 2015 – 1 сентября 2017

- 13 субъектов РФ:

- **Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижегородская область, Свердловская область, Самарская область, Республика Татарстан, Красноярский край, Приморский край, Тверская область, Республика Чувашия, Ивановская область, Пермский край**

- в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 г. по выбранным самостоятельно Субъектом РФ профилям оказания медицинской помощи:
- **Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (9 субъектов РФ)**
- **Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава с тотальным эндопротезированием сустава (травматология и ортопедия)**
- **Острый инфаркт миокарда (ОИМ) (кардиология)**

**ЦЕЛЬ: продемонстрировать эффективность «новой» модели  
медицинской реабилитации по сравнению с традиционной у  
пациентов с ОНМК**

### **I фаза**

**Мультидисциплинарные команды МО работали по традиционной «привычной» схеме, но с использованием:**

- набора шкал для оценки эффективности МР**
- единой формы эпикризов**

### **II фаза**

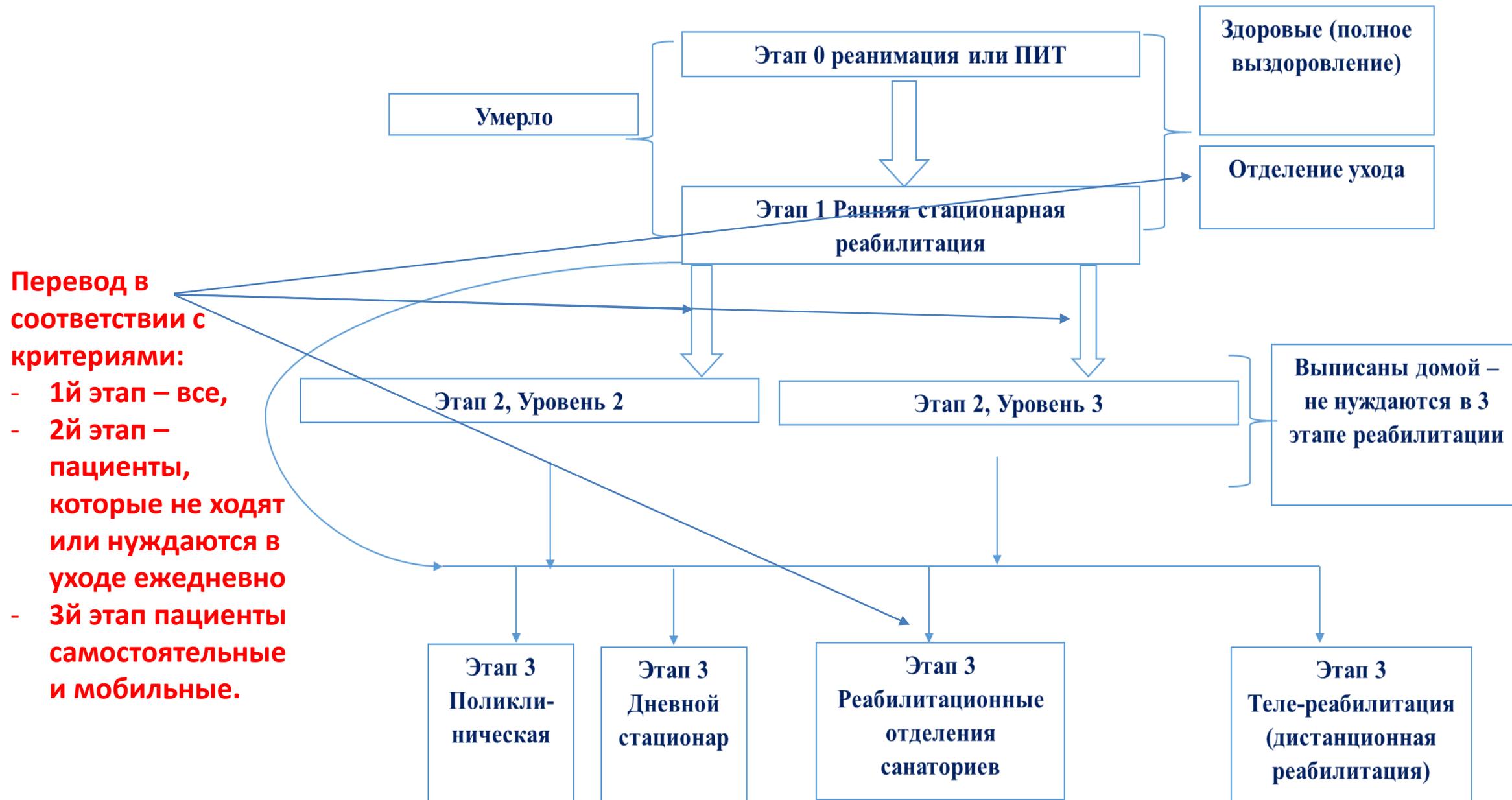
**МО работают по «новой» модели с реализацией проблемно-ориентированного мультидисциплинарного подхода на основе МКФ,**

**С использованием клинических шкал с целью проведения своевременной экспертизы и маршрутизации пациентов в МО для проведения реабилитационных мероприятий, адекватных характеру и уровню их функциональных нарушений**

# ОНМК (всего включено 1065 пациентов)

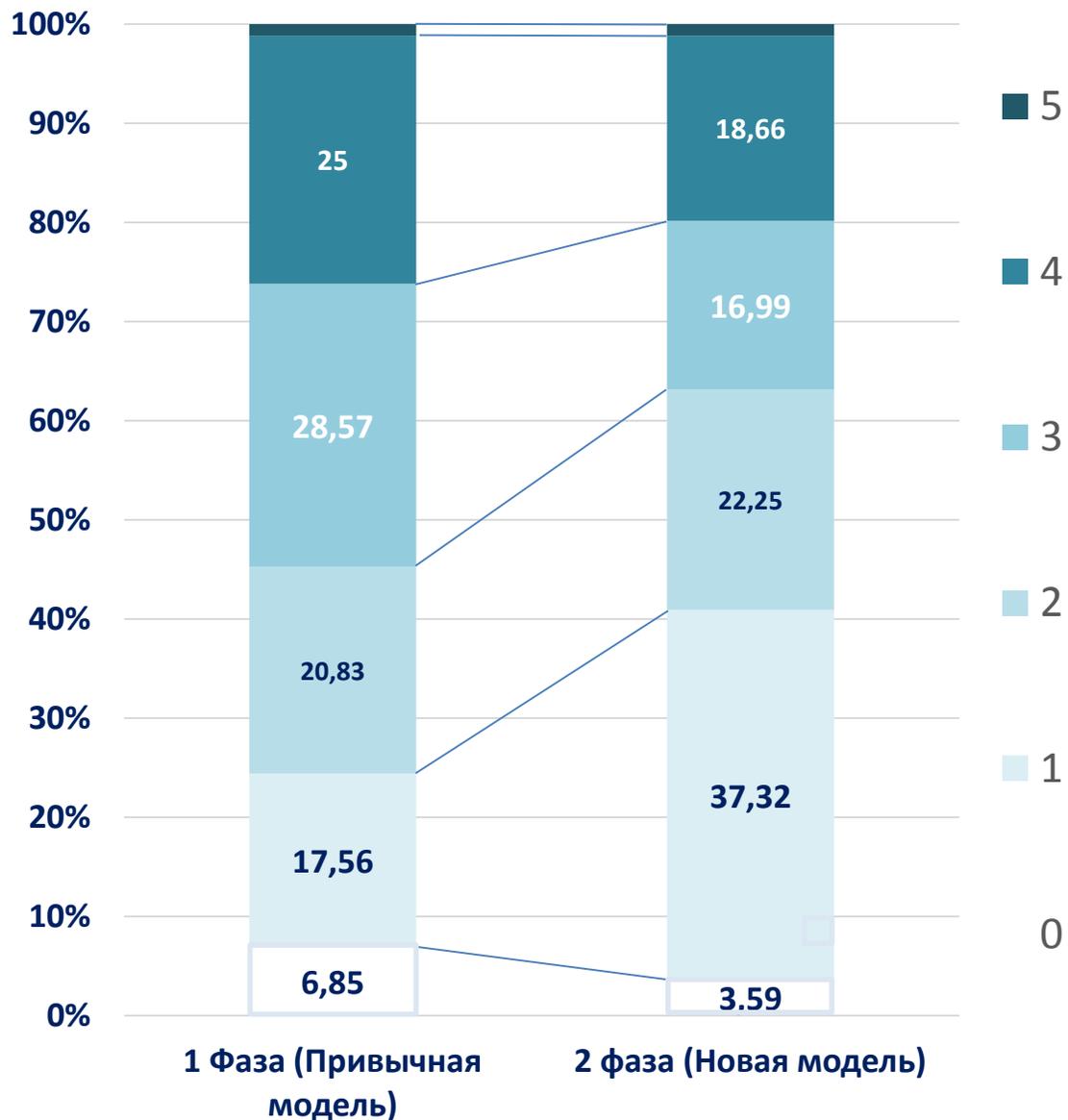
- **Критерии включения по профилю неврология:**
- Острый период ОНМК по типу ишемии или по геморрагическому типу (внутри мозговое кровоизлияние), не требующее оперативного вмешательства
- возраст старше 18 лет.
  
- **Критерии невключения:**
- проведение или планирование оперативного вмешательства
- ТИА
- изолированная форма САК;
- Оценка более 1 балла по mRS до инсульта;
- нарушение сознания при поступлении на уровне кома 2 степени и более

# Маршрутизация пациентов в реабилитации



# Сравнение результата реабилитации пациентов с инсультом в конце 1 этапа

Оценка по шкале Рэнкина, баллы



## Заключение:

1. Исходно две группы («Новой» и «Привычной» моделям реабилитации) были сопоставимы и не отличались друг от друга.
2. При использовании «Новой» и «Привычной» моделей реабилитации происходит улучшение пациентов с инсультом в моменту выписки с 1 этапа.
3. Реабилитация по «Новой» модели более эффективна, чем реабилитация по «Привычной» модели независимо от тяжести пациента при поступлении.

**На 18% увеличилось количество независимых пациентов**

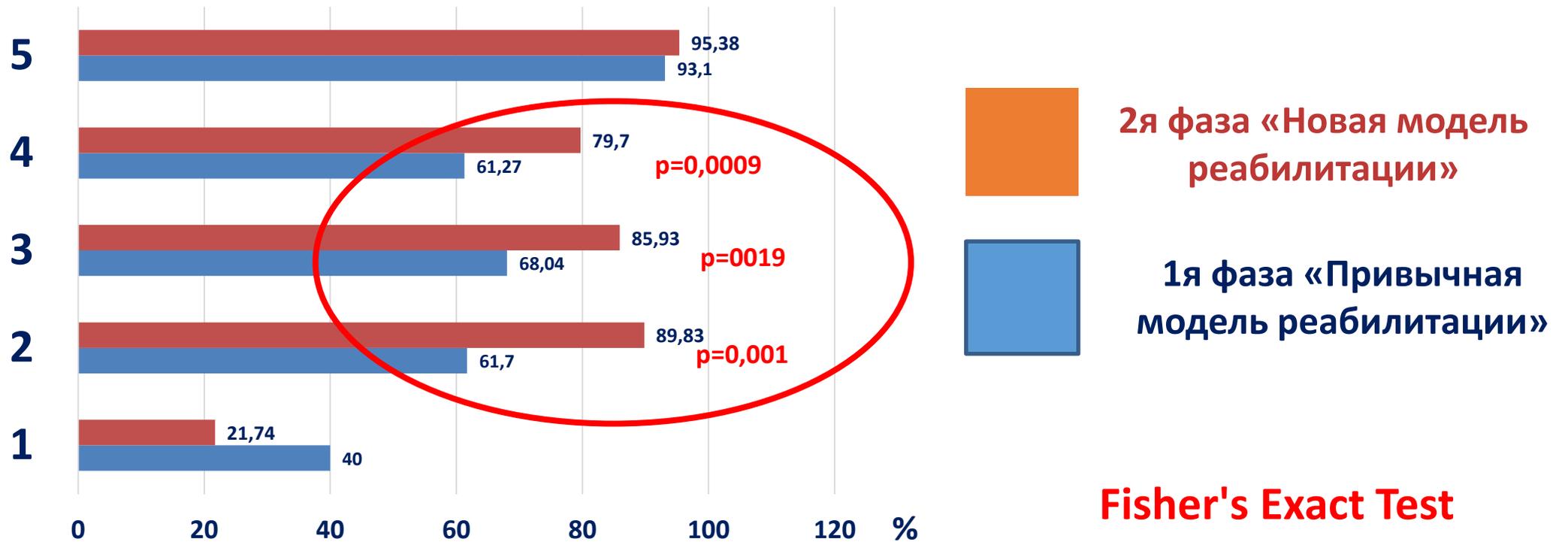
n=336 - «Привычная» модель

n=418 - «Новая» модель

**Метод Chi-Square - p<0.0001**

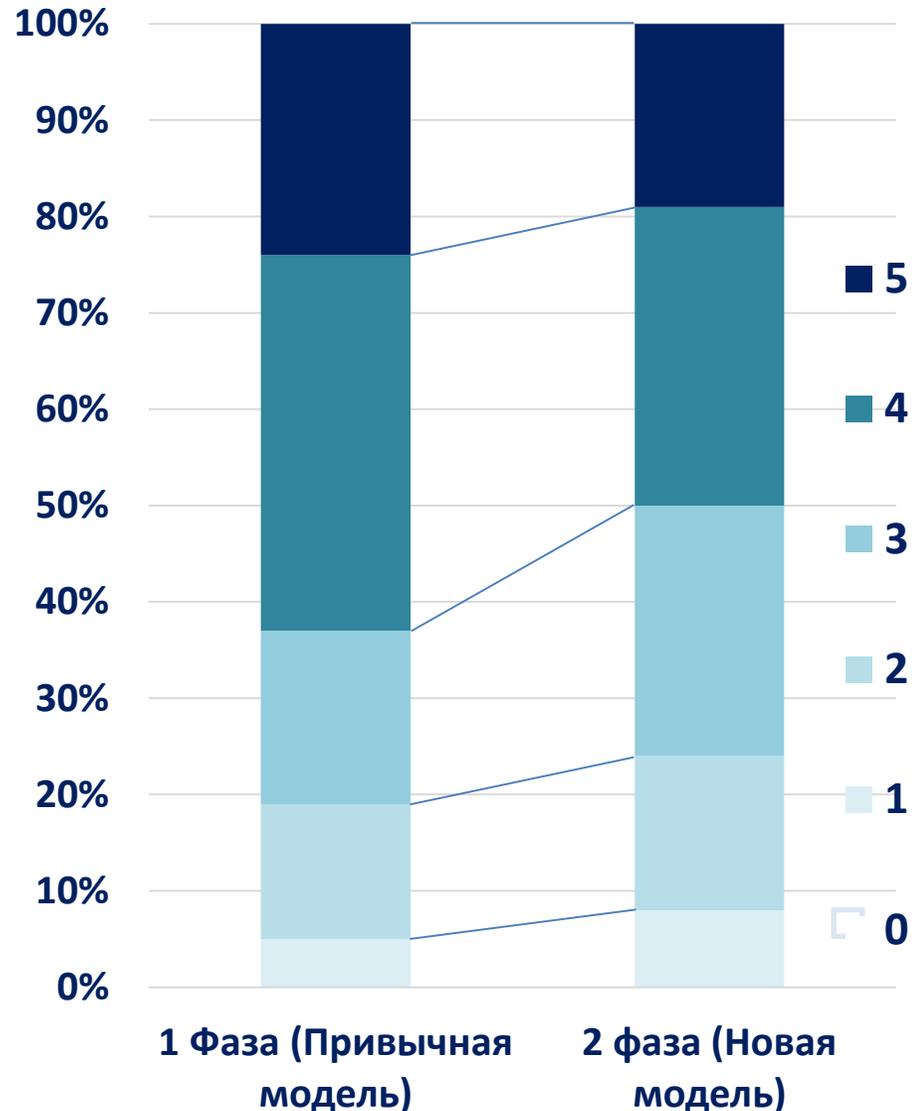
# Количество пациентов (%) с ОНМК, у которых наблюдается улучшение на 1м в зависимости от уровня инвалидизации при поступлении, оцененного по шкале Рэнкина

Значение по шкале Рэнкин при поступлении на 1й этап:



# Сравнение результата реабилитации пациентов с инсультом в конце 2 этапа

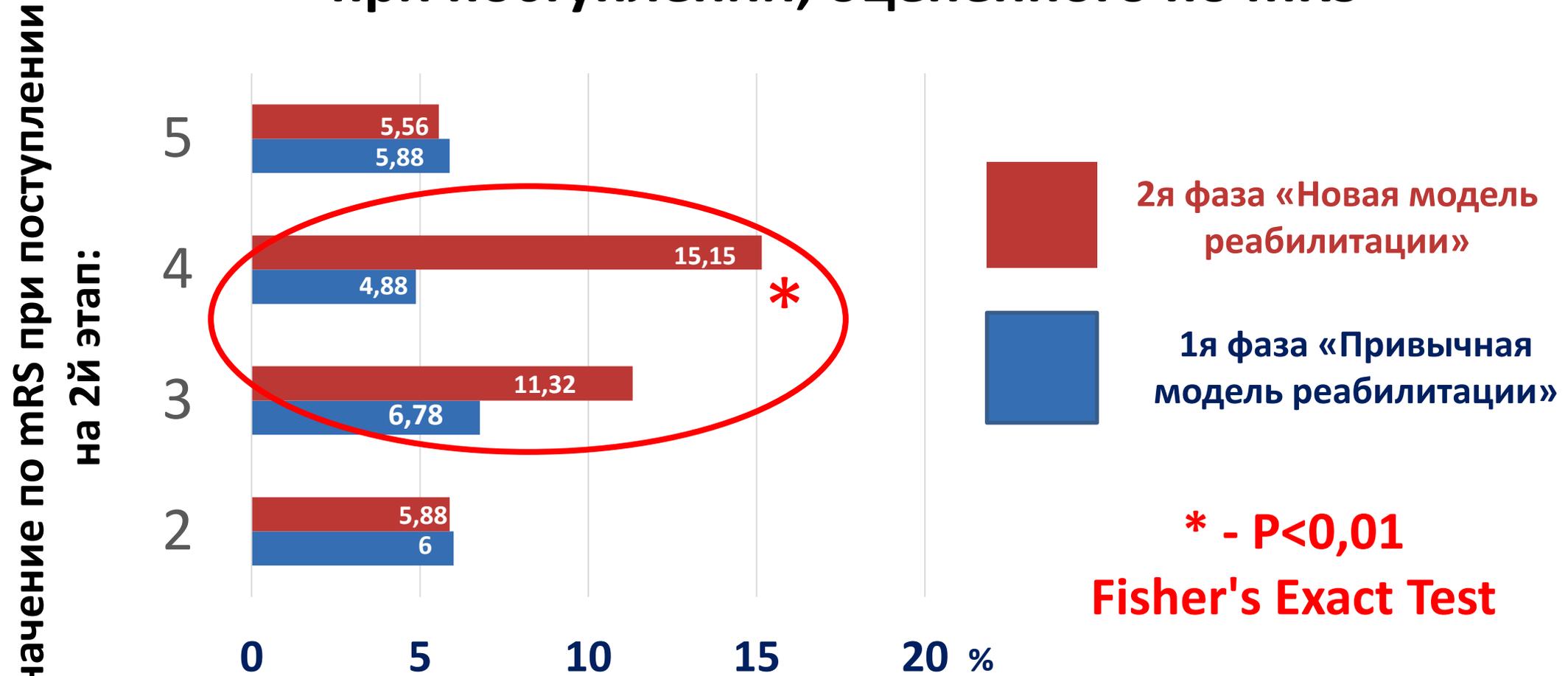
Оценка по шкале Рэнкина, баллы



## Заключение:

1. Исходно две группы («Новой» и «Привычной» моделям реабилитации) были сопоставимы и не отличались друг от друга.
2. При использовании «Новой» и «Привычной» моделей реабилитации происходит улучшение пациентов с инсультом в моменту выписки со 2 этапа.
3. Реабилитация по «Новой» модели более эффективна, чем реабилитация по «Привычной» модели независимо от тяжести пациента при поступлении.

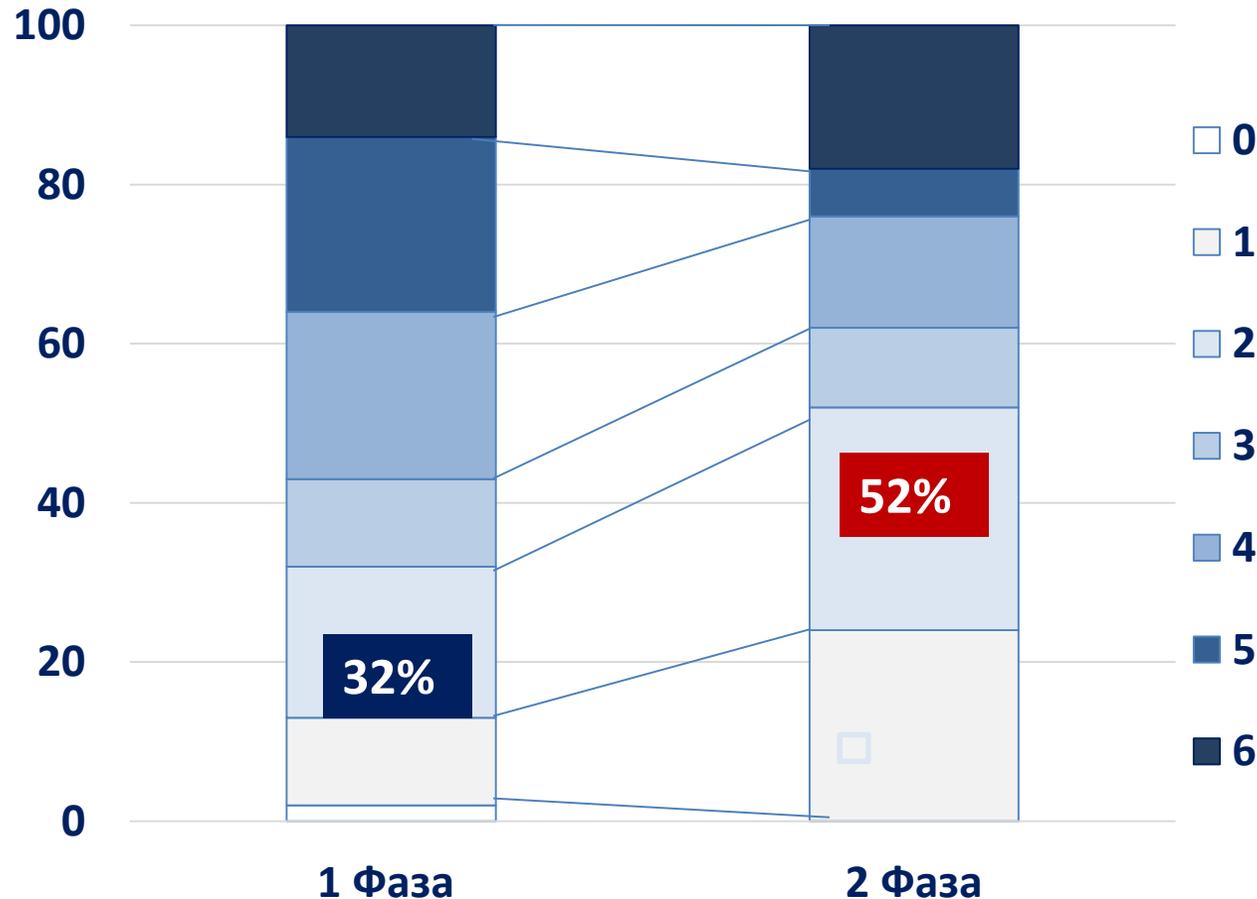
# Количество пациентов (%) с ОНМК, у которых наблюдается улучшение на 2м в зависимости от уровня инвалидизации при поступлении, оцененного по mRS



Breslow-Day Test для (p<0,001) – целесообразно разбить на группы исходя из значения по mRS при поступлении

**Оценка первичных и вторичных конечных точек через 2 года после развития инсульта  
(предварительные данные)**

# Оценка по mRS у больных с инсультом через два года (24 месяца) после развития инсульта



## Заключение:

- Количество независимых пациентов (с оценкой по mRS 0-2 баллов во вторую фазу было на 20% больше чем в первую фазу.
- Новая модель более эффективна в отношении снижения уровня инвалидизации и повышения независимости пациентов по сравнению с привычной.

**На 20% увеличилось количество независимых пациентов**

n=141 - «Привычная» модель  
n=95 - «Новая» модель

**Метод Chi-Square - p<0.0001**

# **Необходимые шаги по развитию медицинской реабилитации:**

- **1. нормативно-правовая база**
- **2. здания, помещения, оборудование, кадры**
- **3. технологии**
- **4. финансирование**
- **5. экспертиза качества**
- **6. документация реабилитационного процесса**
- **7. преемственность помощи с органами социальной защиты**

# Уже прошло 2 года с тех пор, как в России появилась новая врачебная специальность – врач физической и реабилитационной медицины

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от **03.09.2018** № 572н  
"Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по медицинской реабилитации"  
(Зарегистрирован **17.09.2018** № 52162)

  
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минтруд России)

  
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО  
Регистрационный № 52162  
от 17 сентября 2018.

3 сентября 2018.

ПРИКАЗ  
Москва № 572н

Об утверждении профессионального стандарта  
«Специалист по медицинской реабилитации»

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки и утверждения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293; 2014, № 39, ст. 5266; 2016, № 21, ст. 3002; 2018, № 8, ст. 1210), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации».

Министр  М.А. Топилин

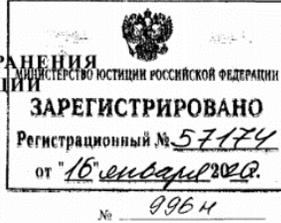


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

9 декабря 2019 г.

Москва



**О внесении изменений  
в номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее  
медицинское и фармацевтическое образование, утвержденную  
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 7 октября 2015 г. № 700н**

В соответствии с пунктом 5.2.7 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2019, № 23, ст. 2970), п р и к а з ы в а ю:

Номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 г. № 700н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 ноября 2015 г., регистрационный № 39696), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 октября 2016 г. № 771н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 декабря 2016 г., регистрационный № 44926), дополнить пунктами 102–104 следующего содержания:

- «102. Детская онкология-гематология
- 103. Медицинская микробиология
- 104. Физическая и реабилитационная медицина».

Министр

В.И. Скворцова

**Специальность "Физическая и реабилитационная медицина" внесена в номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование.**

**16 января 2020 МинЮст утвердил документ о внесении правок в Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2015 г. № 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" (Обновленный приказ от 9 декабря 2019 года).**

**С этого момента мы имеем право официально обучать врачей - специалистов по медицинской реабилитации в ВУЗах и выдавать документы для доступа к медицинской деятельности (сертификат).**



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(Минтруд России)

**ПРИКАЗ**

31 июля 2020 г.

Москва

№ 476н

**Об утверждении профессионального стандарта  
«Медицинская сестра по реабилитации»**

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки и утверждения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293; 2014, № 39, ст. 5266), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Медицинская сестра по реабилитации».

Министр

А.О. Котяков



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Минздрав России)

П Р И К А З

*23 октября 2019г.*

№ 878н

Москва

Об утверждении

Порядка организации медицинской реабилитации детей

В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок организации медицинской реабилитации детей согласно приложению.
2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Врио Министра

Н.А. Хорова

**Вступит в силу: с 1 января 2021 года**



**Приказ Минздрава России от  
23.10.2019 N 878н**

**"Об утверждении Порядка  
организации медицинской  
реабилитации детей"**

**(Зарегистрировано в Минюсте  
России 23.12.2019 N 56954)**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

*31 июля 2020*

Москва

№ *488М*



Об утверждении  
Порядка организации медицинской реабилитации взрослых

В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации медицинской реабилитации взрослых.
2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Министр

М.А. Мурашко

# **Порядок по медицинской реабилитации взрослому населению**

- **Организационная единица – МДРК (МДБ)**
- **Введение новых специальностей – ФРМ, ЭТ и ФТ**
- **Новое оснащение**
- **Обязательное использование МКФ для работы**
- **3 профиля, 3 этапа, группы МО**
- **ШРМ**
- **Появление телереабилитации**
- **И многое другое**

# Можно ли ничего не менять и делать «как раньше»?



- Еще в начале XIX века многие хирурги всерьез обсуждали вред от анестезии и отрицали болевой шок. «Обезболивание вредит заживлению раны».

- **Но! Эволюция медицинских знаний продолжается, врачи меняют взгляды, приобретая новые знания и новые профессиональные возможности**

# Спасибо за внимание!

