

DOI: <http://doi.org/10.17816/rjpb115137>

Ретроспективное исследование стационарных карт пациентов Центра комплексной реабилитации инвалидов «Бутово»

Т.Н. Зайцева¹, М.Ю. Герасименко^{1, 2}, Д.А. Притыко³, В.О. Козырева¹¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация³ Центр комплексной реабилитации инвалидов «Бутово», Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Проблема медицинской реабилитации/абилитации пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития является чрезвычайно актуальной. В статье проведён анализ комплексной помощи данной категории пациентов на базе ГБУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов "Бутово"».

Цель исследования — анализ объёма и методологии назначения физических факторов при оказании медико-социальных услуг пациентам Центра комплексной реабилитации инвалидов «Бутово».

Материал и методы. В 2021 г. на основе данных архивных материалов за 2019–2020 гг. выполнен анализ объёма социально-медицинской реабилитации в Центре комплексной реабилитации инвалидов «Бутово». Единица наблюдения представлена стационарными картами пациентов.

Результаты. Проведённое исследование выявило достаточный объём и правильную методологию назначения физических факторов пациентам с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития. При этом отмечалось отсутствие адекватной цели реабилитации/абилитации. Цели, которые ставились пациентам, часто были нереализуемы, неконкретны, не определены во времени либо не имели отношения к потребностям самого пациента.

Заключение. Необходим унифицированный комплексный подход к оценке состояния, выявлению потребностей и осуществлению реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития. Определено, что для данной категории пациентов целесообразно применять Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, которая позволит сконцентрироваться на нужных направлениях диагностики, выбрать нужные инструменты диагностики, выявить и связать друг с другом нарушения функций и ограничения жизнедеятельности, определить направления вмешательств разных специалистов, объединить специалистов в одну команду с общей целью реабилитации/абилитации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; абилитация; физическая терапия; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья; МКФ; расстройства аутистического спектра.

Как цитировать:

Зайцева Т.Н., Герасименко М.Ю., Притыко Д.А., Козырева В.О. Ретроспективное исследование стационарных карт пациентов Центра комплексной реабилитации инвалидов «Бутово» // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2022. Т. 21, № 4. С. 263–272.

DOI: <http://doi.org/10.17816/rjpb115137>

DOI: <http://doi.org/10.17816/rjpbr115137>

Retrospective study of inpatient patient records of the Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo"

Tatiana N. Zaytseva¹, Marina Yu. Gerasimenko^{1, 2}, Denis A. Prityko³, Valeriya O. Kozyreva¹¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation³ Center for Comprehensive Rehabilitation of the Disabled "Butovo", Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: The problem of medical rehabilitation/habilitation of patients with diseases of the nervous system, mental disorders, congenital anomalies and developmental delays is extremely relevant. The article analyzes the comprehensive care for this category of patients on the basis of the State Budgetary Institution Center for Comprehensive Rehabilitation of the Disabled "Butovo".

AIM: analysis of the volume and methodology of prescribing physical factors in the provision of medical and social services to patients at the State Budgetary Institution Center for Comprehensive Rehabilitation of the Disabled "Butovo".

MATERIALS AND METHODS: In 2021, based on archival data for 2019–2020 an assessment was made of the conduct of socio-medical rehabilitation at the State Budgetary Institution Center for Comprehensive Rehabilitation of the Disabled "Butovo". The observation unit is represented by stationary patient charts.

RESULTS: The study revealed a sufficient volume and correct methodology for prescribing physical factors to patients with diseases of the nervous system, mental disorders, congenital anomalies and developmental delays. At the same time, the absence of an adequate goal of rehabilitation/habilitation was noted. The goals that were set for patients were often unrealizable, non-specific, not defined in time, or not related to the needs of the patient himself.

CONCLUSION: A unified comprehensive approach is needed to assess the condition, identify needs and implement rehabilitation measures for patients with diseases of the nervous system, mental disorders, congenital anomalies and developmental delays. It has been determined that in this category of patients it is advisable to apply the International Classification of Functioning, which will allow one to concentrate on the necessary areas of diagnostics, select the necessary diagnostic tools, identify and link functional disorders and disability to each other, determine the areas of intervention of different specialists, unite specialists into one team with overall goal of rehabilitation/habilitation.

Keywords: medical rehabilitation; habilitation; physical therapy; International classification of functioning, disability and health; ICF; autism spectrum disorders.

To cite this article:

Zaytseva TN, Gerasimenko MYu, Prityko DA, Kozyreva VO. Retrospective study of inpatient patient records of the Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo". *Russian journal of the physical therapy, balneotherapy and rehabilitation*. 2022;21(4):263–272.

DOI: <http://doi.org/10.17816/rjpbr115137>

Received: 08.10.2022

Accepted: 10.11.2022

Published: 10.03.2023

ОБОСНОВАНИЕ

Проблема медицинской реабилитации/абилитации пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития является чрезвычайно актуальной научно-практической задачей [1]. По данным С.В. Мальковой и соавт. [2], на территории Российской Федерации в формировании первичной инвалидности детей одним из ведущих является класс психических расстройств и расстройств поведения. Исследователи отмечают неуклонный рост первичной инвалидности среди детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Например, удельный вес детей-инвалидов вследствие психических расстройств в структуре всей первичной инвалидности в 2017–2019 гг. вырос с 24,8 до 27,6%, среди них расстройства аутистического спектра — с 4,9 до 6,3% [2]. Данная категория пациентов характеризуется дефицитом социальных коммуникаций, ограничительным поведением, а также нарушением координации движений. Указанные нарушения становятся частой причиной инвалидности, что свидетельствует о социальной значимости проблемы [3, 4]. Реабилитация и абилитация проводятся с целью полного или частичного восстановления способностей пациента к бытовой, общественной и профессиональной деятельности [5].

Заболевания нервной системы, психические расстройства, врождённые аномалии и задержки развития представляют собой сложные состояния, которые содержат в себе психиатрические, психологические, неврологические, двигательные, метаболические, поведенческие ограничения и нарушения [1]. И если при подходе к такому пациенту мы имеем недостаточную диагностику хотя бы по одной из этих позиций, то это может существенно снижать эффективность реабилитации/абилитации. В настоящее время для оценки изменений состояния здоровья довольно широко применяются различные оценочные шкалы, однако их использование по отдельности не позволяет провести системный анализ состояния здоровья человека и поставить адекватные цели и задачи реабилитации/абилитации, которые учитывали бы индивидуальные потребности самого пациента.

В качестве стандарта для описания реабилитационных процессов, исходя из современных представлений о целостности организма и здоровья, Всемирной организацией здравоохранения была принята Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [6, 7]. Для врачей-клиницистов одним из главных критериев использования МКФ является возможность сформулировать реабилитационный диагноз, который в свою очередь позволит определить цель, задачи, программу реабилитации, а в дальнейшем оценить эффективность реабилитационных мероприятий [6, 7]. В доступной литературе описаны отдельные аспекты имплементации базовых наборов

МКФ для пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития [8–10]. Базовые наборы МКФ позволяют рассмотреть проблемы индивида с позиции комплексного подхода.

Цель исследования — анализ объёма и методологии назначения физических факторов при оказании медико-социальных услуг пациентам ГБУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов "Бутово"».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено ретроспективное исследование. Проанализированы сроки реабилитации/абилитации, диагнозы, объём и методология назначения физических факторов.

Продолжительность исследования

Исследование проведено в 2021 г.

Описание медицинского вмешательства

В 2021 г. на основе архивных материалов проведена оценка объёма и методологии назначения физических факторов при оказании медико-социальных услуг в Центре комплексной реабилитации инвалидов «Бутово» (Центр). В качестве источника информации методом простой случайной выборки были проанализированы данные 243 стационарных карт пациентов за 2019–2020 гг.

Центр является реабилитационным учреждением, предоставляющим услуги по комплексной реабилитации и абилитации инвалидам и лицам с ограничениями жизнедеятельности с временными или постоянными ограничениями жизнедеятельности в возрасте до 35 лет, в основном с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития, проживающим в Москве. Реабилитационные мероприятия предоставляются в стационарной и нестационарной формах. Уникальность Центра обусловлена комплексным подходом к процессу реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием разнообразных реабилитационных технологий и методик. Инвалид может получить в Центре реабилитационные мероприятия по социальной адаптации, социально-медицинской, психолого-педагогической, профессиональной и социокультурной реабилитации.

Этическая экспертиза

Исследование проводили в соответствии с принципами Надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice, GCP) и применимыми национальными нормами с соблюдением прав и обеспечением безопасности и благополучия участников исследования, которые находились под защитой этических принципов, сформулированных в Хельсинкской декларации. Исследование одобрено

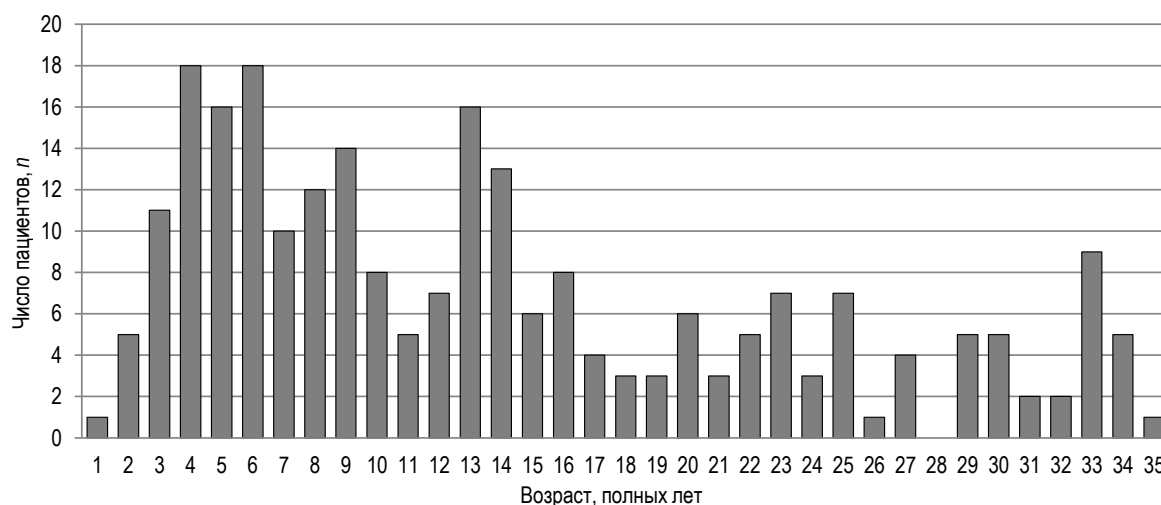


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту.

Fig. 1. Distribution of patients by age.

локальным этическим комитетом при ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол № 3 от 20.02.2021).

Статистический анализ

Статистическую обработку полученных данных и анализ результатов исследования проводили с помощью программы Microsoft Office Excel и пакета прикладных статистических программ для медико-биологических исследований STATISTICA 10.0/W RUS с использованием методов вариационной и непараметрической статистики. При проверке статистических гипотез уровень значимости принимался равным $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В соответствии с поставленной целью нами были проанализированы данные 243 стационарных карт пациентов, в том числе 83 (34,2%) карты лиц женского пола и 160 (65,8%) карт лиц мужского пола. Возраст пациентов колебался в пределах от 1 до 35 (средний возраст $13,9 \pm 7,9$) лет. Данные **рис. 1** дают представление о том, что основная часть всех пациентов (70,8%) находилась в возрасте 1–17 лет, тогда как доля взрослых пациентов составила лишь 29,2%. Пациентам разных возрастных групп требуется разный подход как при оценке результатов диагностических исследований, так и при выборе методов лечения и разработке специальных реабилитационных программ. Поскольку большую часть пациентов составили дети, то при оказании эффективной помощи работать необходимо было как с ребёнком, так и с его окружением (мать, отец, ближайшие родственники).

Специалисты Центра комплексной реабилитации инвалидов «Бутово» осуществляют отбор пациентов на лечение из контингента лиц, направленных врачами городских поликлиник. Среди поступивших пациентов 96% лиц имели инвалидность, в том числе 69% относились к категории «ребёнок-инвалид» (**рис. 2**).

Степень выраженности ограничений жизнедеятельности у исследуемых лиц представлена в **табл. 1**. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности привлечения специалистов различного профиля для диагностики и составления плана реабилитации/абилитации пациентов.

Распределение пациентов, прошедших комплексную реабилитацию в Центре, по диагнозам, согласно Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10), представлены в **табл. 2**.

Основную часть составили две группы заболеваний, а именно детский церебральный паралич (G80; 68 карт; 27,99%) и детский аутизм (F84.0; 61 карта; 25,11%). Не велик удельный вес пациентов с синдромом Дауна (Q90) и другими уточнёнными поражениями центральной нервной системы — всего 9,47 и 7,42% соответственно. Умственная отсталость умеренная с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения и общие расстройства психологического развития составили 4,95 и 4,54% соответственно. Другие заболевания отмечались у небольшого количества пациентов, часто лишь в единичных случаях.

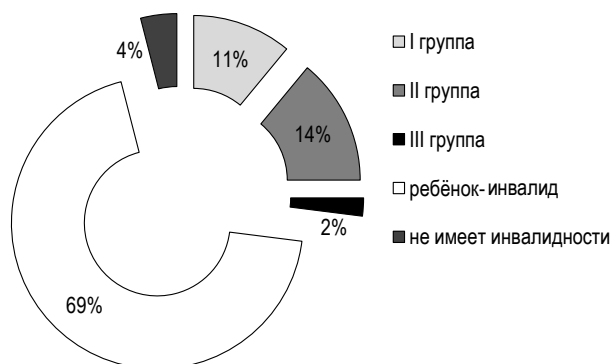


Рис. 2. Распределение пациентов по группам инвалидности.

Fig. 2. Distribution of patients by disability groups.

Таблица 1. Степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности человека (n=243)**Table 1.** Severity of limitations of the main categories of human activity (n=243)

Основные категории жизнедеятельности человека	Степень выраженности ограничений			
	нет ограничений	1-я степень	2-я степень	3-я степень
Способность к самообслуживанию	45	64	91	43
Способность к самостоятельному передвижению	122	35	51	35
Способность к ориентации	136	28	58	21
Способность к общению	102	49	89	23
Способность контролировать своё поведение	101	28	73	24
Способность к обучению	90	55	76	22
Способность к трудовой деятельности	158	23	38	24

При разработке курса реабилитации обязательно следует учитывать сопутствующую патологию у пациентов. В этой связи несомненный интерес представляло изучение частоты встречаемости основных сопутствующих заболеваний у данных пациентов (табл. 3).

Анализ результатов выявил наличие вальгусной деформации стоп у 27,1% пациентов, у части обследованных лиц установлены системное недоразвитие речи (18,9%), реже сколиоз (11,9%) или нарушение осанки (9,8%), а также астигматизм (7,8%), юношеский остеохондроз (6,6%).

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от имеющихся основных диагнозов по Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10)**Table 2.** Distribution of patients depending on the available basic diagnoses according to the International Classification of Diseases of the Tenth Revision (ICD-10)

Диагноз	МКБ-10	Мужчины n=160		Женщины n=83		Все пациенты n=243	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Детский церебральный паралич	G80	41	25,63	27	32,52	68	27,99*
Детский аутизм	F84.0	52	32,50	9	10,83	61	25,11*
Синдром Дауна	Q90	14	8,75	9	10,83	23	9,47
Другие уточнённые поражения центральной нервной системы	G96.8	12	7,50	6	7,22	18	7,42
Умственная отсталость умеренная с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения	F71.0	7	4,37	5	6,01	12	4,95
Общие расстройства психологического развития	F84	8	5,00	3	3,60	11	4,54
Умственная отсталость умеренная. Другие нарушения поведения	F71.8	6	3,75	1	1,21	7	2,88
Последствия внутричерепной травмы	T90.5	4	2,50	2	2,41	6	2,47
Умственная отсталость тяжёлая	F72	2	1,25	1	1,21	3	1,23
Ишемия мозга (хроническая)	I67.8	2	1,25	0	0	2	0,82
Врождённые аномалии (пороки развития) сердечных камер и соединений	Q20	0	0	2	2,41	2	0,82
Синдром Вильямса	Q87.1	0	0	2	2,41	2	0,82
Спинальная мышечная атрофия: юношеская форма, тип III (Кугельберга–Веландера)	G12.1	0	0	2	2,41	2	0,82
Спастический церебральный паралич, диплегия	G80.1	1	0,625	1	1,21	2	0,82
Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	G90	0	0	2	2,41	2	0,82

Окончание табл. 2

End of the Table 2

Диагноз	МКБ-10	Мужчины n=160		Женщины n=83		Все пациенты n=243	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мышечная дистрофия Дюшенна	G71.0	1	0,625	1	1,21	2	0,82
Гидроцефалия	G91	1	0,625	1	1,21	2	0,82
Врождённый вывих бедра двусторонний	Q65.1	1	0,625	0	0	1	0,41
Синдром Рассела–Сильвера	Q87.1	0	0	1	1,21	1	0,41
Синдром Вольфа–Гиршорна	Q93.3	1	0,625	0	0	1	0,41
Врождённая деформация бедра неутончённая	Q65.9	0	0	1	1,21	1	0,41
Энцефалопатия неутончённая	G93.4	0	0	1	1,21	1	0,41
Синдром Арнольда–Киари	Q07.0	0	0	1	1,21	1	0,41
Синдром Куррарино	Q87.8	1	0,625	0	0	1	0,41
Синдром Моркио	E76.2	1	0,625	0		1	0,41
Мышечная дистрофия конечностно-поясная	G71.0	0	0	1	1,21	1	0,41
Шизотипическое расстройство	F21	1	0,625	0	0	1	0,41
Юношеский остеохондроз головки бедренной кости (Легга–Кальве–Пертеса)	M91.1	1	0,625	0	0	1	0,41
Синдром Апера	Q87.0	0	0	1	1,21	1	0,41
Паралич Эрба при родовой травме	P14.0	1	0,625	0	0	1	0,41
Последствия инсульта, не уточнённые как кровоизлияние или инфаркт мозга	I69.4	0	0	1	1,21	1	0,41
Поражение плечевого сплетения слева	G54.0	0	0	1	1,21	1	0,41
Туберозный склероз	Q85.1	1	0,625	0	0	1	0,41
Остеопороз без патологического перелома	M81	0	0	1	1,21	1	0,41
Синдром Поланда	Q79	1	0,625	0	0	1	0,41

Примечание. * Достоверность различий ($p < 0,05$) количества пациентов в зависимости от основного диагноза.

Note: * The significance of differences ($p < 0.05$) in the number of patients depending on the main diagnosis.

Таблица 3. Частота выявления сопутствующей патологии у пациентов

Table 3. Frequency of detection of concomitant pathology in patients

Сопутствующие заболевания	Мужчины n=160		Женщины n=83		Все пациенты n=243	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вальгусная деформация стоп	39	24,4	27	32,5	66	27,1
Системное недоразвитие речи	33	20,6	13	15,6	46	18,9
Сколиоз	20	12,5	9	10,8	29	11,9
Нарушение осанки	13	8,1	11	13,3	24	9,8
Астигматизм	12	7,5	7	8,4	19	7,8
Юношеский остеохондроз	9	5,6	7	8,4	16	6,6
Плоскостопие	12	7,5	0	0	12	4,9
Энурез	4	2,5	3	3,6	7	2,9
Кифоз	3	1,9	0	0	3	1,2

Другие патологии встречались менее чем в 5% случаев. Следует отметить, что достоверных различий по частоте выявления сопутствующей патологии среди пациентов мужского и женского пола не отмечалось ($p > 0,05$). Совокупность указанных нарушений свидетельствует о необходимости комплексного подхода в лечении данной категории пациентов, в том числе с использованием физических факторов, оказывающих активное воздействие на мышечно-связочный аппарат.

Оценка выбора специальных реабилитационных программ пациентам, поступившим в Центр комплексной реабилитации инвалидов «Бутово», была проведена по стационарным картам. Нами установлено, что для каждого пациента был составлен индивидуальный реабилитационный маршрут, включающий социальную адаптацию, психолого-педагогическую, медицинскую, социокультурную и профессиональную реабилитацию. В медицинскую реабилитацию входили лечебная физическая культура, физиотерапия, механотерапия, кинезитерапия, гидрокинезитерапия, бальнеотерапия, психотерапия, трудовая терапия, лечебный массаж, рефлексотерапия. Курсы реабилитации/абилитации назначались с учётом основного диагноза и сопутствующей патологии, однако часто они не позволяли определить направления вмешательств разных специалистов (психолог, педагог, физиотерапевт, врач лечебной физической культуры, эрготерапевт, дефектолог). Выбор той или иной методики назначения немедикаментозных методов лечения основывался на клинических рекомендациях и личном опыте врача. При этом проведённое нами исследование выявило отсутствие адекватной цели реабилитации/абилитации. Цели и задачи, которые ставились пациентам, часто были нереализуемы, неконкретны, не определены во времени либо не имели отношения к потребностям самого пациента.

В вопросах немедикаментозного лечения пациентов лидирующие позиции заняли следующие методы физической терапии: галотерапия, массаж, магнитотерапия, водолечение, теплолечение и гальванизация (табл. 4). Вышеуказанные терапевтические методы широко известны и с успехом применяются у пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития. Интересно отметить, что метод с доказанной эффективностью у данной категории пациентов, такой как биологическая обратная связь (БОС), назначали лишь в 10,3% случаев. В целом пациенты получали достаточный объём процедур. Назначаемые методы физической терапии были достаточно разнообразны и проведены с использованием современных технологий и качественного оборудования.

Курс реабилитации/абилитации в среднем составлял $13 \pm 0,14$ дней. При проведении анализа стационарных карт пациентов обязательно учитывался исход лечения после курса реабилитации/абилитации пациентов (табл. 5). С улучшением из Центра было выписано 234 (96,3%; $p < 0,01$) пациента.

Таблица 4. Распределение назначения методов физической терапии

Table 4. Distribution of prescribing methods of physical therapy

Методы физической терапии	Число пациентов, $n=243$	
	абс.	%
Галотерапия	242	99,6
Массаж	212	87,2
Общая магнитотерапия	154	63,4
Локальная магнитотерапия	153	63,0
Водолечение	137	56,4
Теплолечение (озокерит, парафин)	123	50,6
Гальванизация	57	23,5
Лазеротерапия	32	13,2
Биологическая обратная связь (БОС)	25	10,3
СМТ-терапия (амплипульс; синусоидальные модулированные токи)	16	6,6
Электросон	10	4,1
Светолечение	4	1,6
Стабилоплатформа	3	1,2
Ультразвук	2	0,8

По заключениям специалистов Центра, после курса реабилитации/абилитации наблюдалась положительная динамика состояния здоровья у 96,3% пациентов, что выражалось в улучшении психомоторных и двигательных функций, при этом не было определено, с какими именно улучшениями пациент выписан из Центра. Следовательно, при повторном поступлении в Центр возможно дублирование реабилитационной цели и задач, что может привести к возникновению трудностей при определении направления вмешательств разных специалистов.

При анализе данных из стационарных карт пациентов нами отмечено, что особые затруднения у специалистов возникали при лечении пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС), которые составляли 25,11%

Таблица 5. Исход лечения после курса реабилитации/абилитации

Table 5. Outcome of treatment after rehabilitation/habilitation course

Исход лечения	Число пациентов, $n=243$	
	абс.	%
С улучшением	234	96,3
Без изменения	5	2,1
Прервано по болезни	1	0,4
Прервано по иным причинам	3	1,2

всех пациентов. В основе лечения данной категории пациентов доминирующую роль занимала «педагогическая модель» реабилитации/абилитации, где основная нагрузка приходилась на работу дефектологов и специалистов по лечебной педагогике. При этом не стоит забывать, что прививаемый педагогом навык не может быть приобретён, если нарушены физиологические, в том числе двигательные функции организма. В статье С. J. Zampella и соавт. [11] сообщается, что двигательные проблемы при РАС являются повсеместными, клинически значимыми и крайне недооценёнными. Данные проблемы выявляются у 87% пациентов с РАС, но лишь небольшой процент получает адекватную помощь, ориентированную на двигательную активность. Полученные данные свидетельствуют о том, что двигательные нарушения при РАС поддаются как количественной оценке, так и лечению, и что усилия по выявлению и вмешательству, направленные на двигательную функцию, также могут положительно влиять на социальную коммуникацию [11]. Кроме того, установлено, что при выполнении выразительных движений затрагиваются глубинные психологические функции, в частности воображение, творческое мышление, эмоциональный контроль, что ставит такие движения на высшую ступень организации двигательной деятельности [12]. Двигательные нарушения при РАС требуют большего клинического внимания и рутинного включения в скрининг, оценку и планирование терапии физическими факторами с использованием МКФ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексно оценить здоровье у пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития позволяет МКФ. Применение МКФ помогает сконцентрироваться на нужных направлениях диагностики, выбрать нужные инструменты диагностики, а также объединить проблемы и планировать интервенции. При помощи МКФ возможно объединить специалистов, структурировать направление реабилитации/абилитации. На сегодняшний день в специальной литературе уже представлены базовые наборы МКФ для пациентов с различными патологическими состояниями, в том числе с РАС, которые являются простым инструментом описания реабилитационных процессов исходя из современных представлений о целостности организма и здоровье человека [8–10].

Отдельной проблемой остаётся внедрение МКФ в практическую деятельность различных учреждений, занимающихся реабилитацией и абилитацией. Например, в нашем исследовании было проведено анкетирование врачей, из которых лишь 55,2% посчитали возможным оценить здоровье у детей с РАС с использованием МКФ [13]. Данный факт свидетельствует о недостаточной информированности врачей о целесообразности использования в своей работе простого инструмента описания реабилитационных процессов в виде базового набора МКФ. Нами установлено, что врачи недостаточно осведомлены

в области современных методик физической и реабилитационной медицины, которые можно успешно применять у пациентов с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития [13]. Необходимо дополнительное информирование врачей о современных тенденциях развития физической и реабилитационной медицины для данной категории пациентов. Дополнительное профессиональное образование по применению МКФ в практической деятельности может значительно повысить уровень знаний врачей и их уверенность в собственной квалификации.

Двигательные нарушения при заболеваниях нервной системы, психических расстройствах, врождённых аномалиях и задержке развития требуют большего клинического внимания и рутинного включения в скрининг, оценку и планирование процесса реабилитации/абилитации. Нами не исключается также возможность работы с выразительным движением в комплексном восстановлении связи сознания и движения для коррекции психосоматических отклонений и двигательных паттернов, улучшения чувства тела и управления движением [12, 14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование позволяет сделать вывод, что в ГБУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов "Бутово"» оказывается качественная помощь пациентам с заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами, врождёнными аномалиями и задержками развития, однако часто цели и задачи не ставятся пациентам или не имеют конкретики.

Определено, что у данной категории пациентов целесообразно применять МКФ, которая позволит сконцентрироваться на нужных направлениях диагностики, выбрать нужные инструменты диагностики, выявить и связать друг с другом нарушения функций и ограничения жизнедеятельности, определить направления вмешательств разных специалистов, объединить специалистов в одну команду с общей целью реабилитации/абилитации.

При реабилитации/абилитации пациентов с РАС преимущественно применяется «педагогическая модель», но таким пациентам важно применять физическую терапию, направленную на восстановление двигательной активности.

Выявленные проблемы определили необходимое направление для дальнейшего совершенствования реабилитационной работы.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. The authors declare no external funding for the study.

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

Conflict of interest. The authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Вклад авторов. Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: Т.Н. Зайцева — концепция и дизайн исследования, сбор данных литературы, написание текста, анализ и статистическая обработка материала; М.Ю. Герасименко — общее

руководство, редактирование текста рукописи; Д.А. Притыко — концепция и дизайн исследования, написание текста; В.О. Козырева — сбор материала.

Authors' contributions. The authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (the authors made a significant contribution to the development of the concept, research and preparation of the article, read and approved the final version before publication). T.N. Zaytseva — the concept and design of the study, collection of literature data and writing the text, analysis and statistical processing of material; M.Yu. Gerasimenko — general guidance, manuscript editing; D.A. Prityko — the concept and design of the study, writing the text; V.O. Kozyreva — a set of clinical material.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тончева К.С., Геращенко Э.Ф., Неуймина Г.И. Оценка эффективности применения реабилитационной санаторно-курортной программы для детей с психоневрологическими заболеваниями // Научное обозрение. Медицинские науки. 2020. № 4. С. 44–48.
2. Малькова С.В., Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Лорер В.В. Организация медико-социальной реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2021. Т. 24, № 1. С. 31–38. doi: 10.17816/MSER52812
3. Самусенко А.Г., Запарий Н.С. Основные тенденции формирования общей инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста вследствие болезней нервной системы в г. Москве // Здоровье населения и среда обитания. 2020. № 1. С. 4–8. doi: 10.35627/2219-5238/2020-322-1-4-8
4. Пайков А.Ю., Запарий Н.С., Болотов Д.Д. Нозологический спектр первичной инвалидности среди лиц в возрасте 18–44 лет в Ростовской области за 2015–2019 гг. // Курортная медицина. 2021. № 3. С. 134–140. doi: 10.51871/2304-0343_2021_3_134
5. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., и др. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2016. Т. 19, № 1. С. 4–7. doi: 10.18821/1560-9537-2016-19-1-4-7
6. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шамалов Н.А., и др. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 3. С. 14–20.
7. Иксанов Х.В., Быковская Т.Ю., Мухаматдинов Р.Р., и др. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья — приоритетная основа разработки и реализации реабилитационных мероприятий // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2018. № 1. С. 15–24.
8. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н. МКФ в реабилитации / под ред. А.Н. Разумова. Санкт-Петербург, 2020. 232 с.
9. Шошмин А.В., Лорер В.В., Малькова С.В. Отдельные аспекты имплементации базового набора МКФ при расстройствах аутистического спектра в практике реабилитации и абилитации // Физическая и реабилитационная медицина. 2020. Т. 2, № 4. С. 51–58. doi: 10.26211/2658-4522-2020-2-4-51-58
10. Золотарева А.А., Лорер В.В. Комплексная оценка здоровья ребенка с церебральным параличом на основе МКФ // Медицинская психология в России. 2020. Т. 12, № 4. С. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-6
11. Zampella C.J., Wang L.A., Haley M., et al. Motor skill differences in autism spectrum disorder: A clinically focused review // Curr Psychiatry Rep. 2021. Vol. 23, N 10. P. 64. doi: 10.1007/s11920-021-01280-6
12. Нижельской В.А., Зайцева Т.Н., Герасименко М.Ю. Психологическая мотивация развития двигательного акта (пилотное исследование) // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2021. Т. 20, № 2. С. 89–98. doi: 10.17816/1681-3456-2021-20-2-1
13. Зайцева Т.Н., Герасименко М.Ю. Изучение актуальности проблемы расстройств аутистического спектра для клинической деятельности врачей разных специальностей, планирующих работать в области физической и реабилитационной медицины // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2021. Т. 20, № 3. С. 229–236. doi: 10.17816/1681-3456-2021-20-229-236
14. Зайцева Т.Н., Нижельской В.А., Герасименко М.Ю., Сайто М. Выразительное движение: междисциплинарный взгляд // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2020. Т. 19, № 6. С. 395–399. doi: 10.17816/1681-3456-2020-19-6-8

REFERENCES

1. Toncheva KS, Gerashchenko EF, Neuymina GI. Evaluation of the effectiveness of the rehabilitation sanatorium-and-spa program for children with psychoneurological diseases. *Nauchnoye obozreniye. Meditsinskiye nauki*. 2020;(4):44–48. (In Russ).
2. Malkova SV, Vladimirova ON, Shoshmin AV, Lorer VV. Organization of medical and social assistance to children with autism spectrum disorder in the Russian Federation. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2021;24(1):31–38. (In Russ). doi: 10.17816/MSER52812
3. Samusenko AG, Zapariy NS. The main trends in the formation of general disability among persons older than working age due to diseases of the nervous system in Moscow. *Zdor-*

- ov'ye naseleniya i sreda obitaniya. 2020;(1):4–8. (In Russ). doi: 10.35627/2219-5238/2020-322-1-4-8
4. Paykov AYu, Zaparyi NS, Bolotov DD. Nosological spectrum of primary disability among people aged 18–44 in the Rostov region for 2015–2019. *Kurortnaya meditsina*. 2021;(3):134–140. (In Russ). doi: 10.51871/2304-0343_2021_3_134
 5. Puzin SN, Memetov SS, Shurgaya MA, et al. Aspects of rehabilitation and habilitation of disabled people at the present stage. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2016;19(1):4–7. (In Russ). doi: 10.18821/1560-9537-2016-19-1-4-7
 6. Ivanova GY, Mel'nikova YV, Shamalov NA, et al. The use of the ICF and rating scales in medical rehabilitation. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2018;(3):14–20. (In Russ).
 7. Iksanov HV, Bykovskaya TYu, Mukhamatdinov RR, et al. International classification of functioning, disability and health -- priority basis for the development and implementation of rehabilitation measures. *Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii*. 2018;(1):15–24. (In Russ).
 8. Shoshmin AV, Ponomarenko GN. International classification of functioning, disability and health in rehabilitation. Ed. by A.N. Razumov. Saint Petersburg; 2020. 232 p. (In Russ).
 9. Shoshmin AV, Lorer VV, Mal'kova SV. Separate aspects of the implementation of the basic set of ICF for autism spectrum disorders in the practice of rehabilitation and habilitation. *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina*. 2020;2(4):51–58. (In Russ). doi: 10.26211/2658-4522-2020-2-4-51-58
 10. Zolotareva AA, Lorer VV. Comprehensive assessment of the health of a child with cerebral palsy based on the ICF. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2020;12(4):6. (In Russ). doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-6
 11. Zampella CJ, Wang LA, Haley M, et al. Motor skill differences in autism spectrum disorder: A clinically focused review. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(10):64. doi: 10.1007/s11920-021-01280-6
 12. Nizhel'skoy VA, Zaytseva TN, Gerasimenko MYu. Psychoemotional motivation for the development of a motor act (pilot study). *Russian journal of the physical therapy, balneotherapy and rehabilitation*. 2021;20(2):89–98. (In Russ). doi: 10.17816/1681-3456-2021-20-2-1
 13. Zaytseva TN, Gerasimenko MYu. Studying the relevance of the problem of autism spectrum disorders for the clinical activities of physicians of various specialties planning to work in the field of physical and rehabilitation medicine. *Russian journal of the physical therapy, balneotherapy and rehabilitation*. 2021;20(3):229–236. (In Russ). doi: 10.17816/1681-3456-2021-20-229-236
 14. Zaitseva TN, Nizhelskoy VA, Gerasimenko MYu, Saito M. Expressive movement: an interdisciplinary view. *Russian journal of the physical therapy, balneotherapy and rehabilitation*. 2020;19(6):395–399. (In Russ). doi: 10.17816/1681-3456-2020-19-6-8

ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за переписку:

Зайцева Татьяна Николаевна, к.м.н.;

адрес: Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1;

e-mail: zaytn@mail.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7123-1568>;

eLibrary SPIN: 9416-4428

Герасименко Марина Юрьевна, д.м.н., профессор;

e-mail: mgerasimenko@list.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1741-7246>;

eLibrary SPIN: 7625-6452

Притыко Денис Андреевич, к.м.н.;

e-mail: denis.05@mail.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4167-9956>;

eLibrary SPIN: 9894-3144

Козырева Валерия Олеговна;

e-mail: kvo03@yandex.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1103-704X>;

eLibrary SPIN: 6936-0576

AUTHORS' INFO

The author responsible for the correspondence:

Tatiana N. Zaytseva, MD, Cand. Sci. (Med.);

address: 2/1 bld. 1, Barricadnaya street, 125993, Moscow, Russia;

e-mail: zaytn@mail.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7123-1568>;

eLibrary SPIN: 9416-4428

Marina Yu. Gerasimenko, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;

e-mail: mgerasimenko@list.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1741-7246>;

eLibrary SPIN: 7625-6452

Denis A. Prityko, MD, Cand. Sci. (Med.);

e-mail: denis.05@mail.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4167-9956>;

eLibrary SPIN: 9894-3144

Valeriya O. Kozyreva;

e-mail: kvo03@yandex.ru;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1103-704X>;

eLibrary SPIN: 6936-0576