



Оригинальные работы / Original papers

© CC  Коллектив авторов, 2019
 УДК 616.831-005.1-036.11-036.838
 DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-69-81

А. А. Шмонин^{1,2*}, М. Н. Мальцева¹, А. Д. Ощепков², А. В. Старцева², А. Р. Защеринская²,
 М. С. Просвирнина², П. В. Лебедев¹, Д. Д. Глистенкова¹, Е. В. Мельникова^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 26», Санкт-Петербург, Россия

АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ КОМПОНЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ В ОСТРЕЙШУЮ ФАЗУ

Поступила в редакцию 19.03.19 г.; принята к печати 26.06.19 г.

Резюме

Введение. У пациентов с инсультом в реабилитационном периоде обнаруживаются ключевые проблемы, ограничивающие функционирование. Характер ключевых проблем определяет потребность определенных специалистов в составе мультидисциплинарной бригады (МДБ).

Цель исследования — описать ключевые проблемы, ограничивающие функционирование пациентов с инсультом, и определить, какие специалисты должны входить в состав МДБ.

Материал и методы. Исследование наблюдательное. Размер выборки — 81 человек. В выборку включены пациенты в острейшем периоде ишемического или геморрагического инсульта, с оценкой по модифицированной шкале Рэнкина 2 и более баллов при поступлении в стационар, возрастом старше 18 лет. В выборку намерено не включали пациентов с изолированной транзиторной ишемической атакой, изолированным субарахноидальным кровоизлиянием, с уровнем сознания при поступлении «кома 2-й степени» и более. Пациентам — участникам исследования оказана медицинская помощь в соответствии с имеющимися рекомендациями, проведена мультидисциплинарная реабилитация. В ходе реабилитации у каждого пациента выделены первая и вторая ключевая проблемы, ограничивающие функционирование.

Результаты. Ключевые проблемы носили немедицинский характер в 24 % случаев, снижение толерантности к физической нагрузке — 27 % случаев, проблемы со средой — 6 % случаев, нарушения глотания и речи — 17 % случаев, проблемы сестринского характера — 4 % случаев. Для решения ключевых проблем требовалось участие психолога в 38 % случаев, физического терапевта — в 69 % случаев, эрготерапевта — в 28 % случаев, невролога — в 27 % случаев, врача-реабилитолога — в 27 % случаев.

Выводы. В состав мультидисциплинарной бригады должны входить специалисты медицинского (врач-реабилитолог, профильный специалист, медицинская сестра) и немедицинского профиля (эрготерапевт, физический терапевт, психолог, логопед, и др.).

Ключевые слова: реабилитация, мультидисциплинарная бригада, инсульт, ключевая проблема, гиперопека, толерантность к физической нагрузке

Для цитирования: Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Ощепков А. Д., Старцева А. В., Защеринская А. Р., Просвирнина М. С., Лебедев П. В., Глистенкова Д. Д., Мельникова Е. В. Анализ ключевых компонентов реабилитационного диагноза у пациентов с инсультом в острейшую фазу. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2019;26(2):69–81. DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-69-81.

* **Автор для связи:** Алексей Андреевич Шмонин, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: langendorff@mail.ru.

© CC  Composite authors, 2019
 UDC 616.831-005.1-036.11-036.838
 DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-69-81

Aleksej A. Shmonin^{1,2*}, Mariya N. Mal'ceva¹, Aleksandr D. Oshchepkov², Alena V. Starceva²,
 Aleksandra R. Zashcherinskaya², Mariya S. Prosvirnina², Pavel V. Lebedev¹, Diana D. Glistenkova,
 Elena V. Mel'nikova^{1,2}

¹ Pavlov University, Russia, St. Petersburg
² City Hospital № 26, Russia, St. Petersburg

ANALYSIS OF KEY COMPONENTS IN THE REHABILITATION DIAGNOSIS OF ACUTE STROKE PATIENTS

Received 19.03.19; accepted 26.06.19

Summary

Introduction. There are key problems that limit patients' functioning in the period after insult. The content of these problems determines the structure of multidisciplinary team.

The **objective** of the study was to describe key problems that limited patients' functioning in the period after insult and determine the structure of multidisciplinary team for resolving these problems efficiently.

Material and methods. The study was observational. The sample size was 81 patients. Inclusion criteria: acute phase of post ischemic or hemorrhagic stroke (0 – 14 days after onset), mRs score 2 and more at admission to the hospital, the age over 18 years. Exclusion criteria: patients with transient ischemic attack, subarachnoid haemorrhage, Glasgow coma scale 2 and more at admission to the hospital. All patients – research participants received medical care in according to clinical guidelines, and multidisciplinary rehabilitation. In the course of rehabilitation, the first and second key problems that limited patients' functioning in the period after insult were dedicated in each patient. We also investigated these problems and explored, which specialists must have been included in the structure of multidisciplinary team.

Results. The key problems were non-medical in 24 % cases, poor exercise capacity were presented in 27 % cases, environment issues – 6 % cases, swallowing and speech disorders – 17 %, nursery problems – 4 %. The next specialists were needed to resolve the key problems: psychologist – 38 % cases, physical therapist – 69 % cases, occupational therapist – 28 % cases, neurologist – 27 % cases, physical medicine and rehabilitation physician – 27 % cases.

Conclusion. Medical (rehabilitation physician, specialist, nurse) and non-medical specialists (occupational therapist, physical therapist, psychologist, logopaedist, etc.) must have been included in multidisciplinary team.

Keywords: rehabilitation, multidisciplinary team, insult, key problem, hyperprotection, physical tolerance

For citation: Shmonin A. A., Mal'ceva M. N., Oshchepkov A. D., Starceva A. V., Zashcherinskaya A. R., Prosvirina M. S., Lebedev P. V., Glistenkova D. D., Mel'nikova E. V. Analysis of key components in the rehabilitation diagnosis of acute stroke patients. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*. 2019;26(2):69–81. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-69-81.

* **Corresponding author:** Aleksey A. Shmonin, Pavlov University, 6-8 L'va Tolstogo street, St. Petersburg, Russia, 197022. E-mail: langendorff@gmail.com.

ВВЕДЕНИЕ

У пациентов в процессе реабилитации выделяется ряд проблем, которые разрешаются реабилитационной мультидисциплинарной бригадой (МДБ) [1]. Не все проблемы в острейшую фазу инсульта являются равнозначными. Некоторые проблемы могут быть ключевыми. То есть разрешение этих проблем может привести к значимому улучшению или полному восстановлению функционирования. А без разрешения этих проблем пациент остается инвалидом, и другие проблемы могут быть недоступны для разрешения [2]. Для специалистов, занимающихся реабилитацией пациента, важно выделить все проблемы, влияющие на функционирование, а также определить ключевую проблему, разрешение которой в наибольшей степени определит успешность восстановления здоровья пациента и его функциональных возможностей.

Не утихают дискуссии по поводу того, кто с наибольшей эффективностью может заниматься реабилитацией пациентов. Предлагалось создание новой специальности – «нейрореабилитолог», которая должна объединять в себе всю МДБ. Существует мнение, что реабилитацией может заниматься врач по профилю (невролог, травматолог, кардиолог и др.) совместно с врачом по лечебной физкультуре (ЛФК) и физиотерапевтом без специалистов по физической терапии, эрготерапии, логопедии и психологии. Поэтому **целью** исследования было оценить, к какой специальности относятся «ключевые» проблемы пациента, чтобы понять, какие специалисты должны входить в состав МДБ. Анализ того, принадлежит ли ключевая проблема к компетенции профильного специалиста, врача-реабилитолога или специалиста немедицинской квалификации, позволит продемонстрировать, насколько обоснован тот или иной состав МДБ. В данном исследовании мы также хотели выяснить, какая доля проблем пациента связана

с проявлениями инсульта, а какая не связана. Эта информация может быть ценной при планировании реабилитационного процесса [3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

К «ключевым» проблемам относили проблемы пациентов, соответствующие следующим условиям:

- данная проблема является главной причиной ограничения функционирования;
- разрешение этой проблемы приводит либо к полному восстановлению функционирования, либо к значимому улучшению;
- разрешение данной проблемы позволяет добиваться успеха в реабилитации по другим проблемам.

В качестве примера приведем несколько «ключевых» проблем.

Неврологические проблемы, связанные с инсультом:

- гемипарез;
- дизартрия;
- афазия;
- ограничение ходьбы;
- неиспользование руки;
- атаксия;
- неглект.

Проблемы, не связанные с симптомами инсульта:

- контрактуры суставов;
- низкая толерантность к нагрузке;
- алкоголизм;
- отрыв головки бицепса в анамнезе;
- инфаркт миокарда;
- проблемы коммуникации в семье;
- стресс;
- гиперопека родственников;
- снижение слуха.

В исследование включали пациентов с инсультом в острейшую фазу и имеющих ограничение функционирования.

Критерии включения в исследование:

– острейший период ишемического или геморрагического инсульта (0 – 14 дней с момента появления первых симптомов);

– оценка по модифицированной шкале Рэнкина 2 и более баллов при поступлении в стационар;

– возраст старше 18 лет.

Критерии невключения:

– изолированная транзиторная ишемическая атака;

– изолированное субарахноидальное кровоизлияние;

– уровень сознания при поступлении пациента в стационар на уровне «кома 2-й степени» или более.

С пациентами и их родственниками проводили мультидисциплинарную реабилитацию с МДБ, в состав которой входили врач по профилю (невролог) – 1 на 15 коек, врач-реабилитолог (врач физической и реабилитационной медицины) – 1 на 30 коек, логопед – 1 на 30 коек, клинический психолог – 1 на 30 коек, физический терапевт (методист по ЛФК, обученный физической терапии) – 1 на 30 коек, эрготерапевт – 1 на 120 коек. Лидером МДБ был врач-реабилитолог, лечащим врачом был невролог. Этап реабилитации – первый. МДБ работала с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и составлением реабилитационного диагноза, в котором выделяли «ключевые» проблемы [4–7]. Однако в данном исследовании все проблемы описаны свободным языком, без использования терминов и кодов МКФ. МДБ собиралась и осматривала пациента при поступлении в больницу. Далее встреча МДБ проводилась 1 раз в неделю до завершения реабилитации. Сроки госпитализации составляли от 14 до 28 дней в зависимости от достижения цели реабилитации. Исследование проводили в условиях отделения № 3 СПбГБУЗ «Городская больница № 26». Исследование было неинтервенционным.

Все пациенты получили помощь в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации для больных с ОНМК (Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н), а также клиническими рекомендациями по инсульту и реваскуляризации, рекомендациями по профилактике и лечению инсульта. Все пациенты получали диагностику, лечение и профилактику. Пациентам была выполнена компьютерная томография, а при необходимости – магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, рутинная электрокардиография (ЭКГ), суточный монитор ЭКГ, комплекс лабораторных исследований и другие исследования по требованию. Пациентам проводили тромболитическую терапию и тромбэкстракцию при необходимости.

Все пациенты получали реабилитацию в соответствии с порядком (Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1705н). Технологии реабилитации включали в себя позиционирование, вертикализацию, эрготерапию [8], логокоррекцию, тренинги обучения ходьбе [9], физиотерапию, тренировку толерантности к физической нагрузке, механотерапию, кинезотерапию, психологическую коррекцию, лекарственную терапию (Церебролизин, Цераксон, Актовегин, Мексидол, терапию антидепрессантами, противопаркинсоническими средствами и препаратами от деменции). Все пациенты получили антигипертензивную терапию, антиромботическую и антиаритмическую терапию по требованию.

Исследование было наблюдательным. В исследовании принял участие 81 человек в острейшую фазу инсульта.

Выделяли первую и вторую по важности «ключевые» проблемы. Первую и вторую проблемы подразделяли еще на две: 1) проблемы, связанные с проявлениями инсульта; 2) не связанные с инсультом.

Степень актуальности проблемы определялась объемом влияния на ограничение функционирования. Оценка функционирования происходила в целом без фокусирования на отдельных проявлениях инсульта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как показал опыт нашей реабилитационной МДБ (таблица), причинами ограничения функционирования могут быть преморбидные нарушения, т. е. заболевания, которые развились до инсульта, по поводу которого пациент госпитализирован. Таких пациентов было 26 % – у данной категории больных первая и(или) вторая «ключевые» проблемы были связаны с предшествующей патологией.

Часто причиной ограничения функционирования может быть немедицинская проблема. Например, психологические проблемы, трудности во взаимоотношениях с членами семьи, стресс, гиперопека со стороны родственников, патологические психологические установки и другие проблемы [10]. Часто длительно существующие проблемы в семье приводят к соматизации, и развитие инсульта может быть разрешением длительно существующего неразрешенного конфликта. Член семьи, у которого развился инсульт, в результате может получить внимание и заботу, которой не получал ранее. Либо кто-то из ухаживающих лиц может иметь потребность в уходе за членом семьи, а в результате инсульта такая возможность появляется. Так формируется патологическая гиперопека. Вообще гиперопека является частой проблемой в реабилитации. Как одна из «ключевых» проблем в нашем исследовании она встречалась в 4 % случаев. Хотя как самостоятельная

Анализ ключевых проблем в реабилитационном Диагнозе у пациента с инсультом в остром периоде
 Analysis of key problems in the rehabilitation diagnosis of acute stroke patients

№	Первая «ключевая» проблема	Вторая «ключевая» проблема	Принадлежность проблем к проявлениям инсульта (1 – да, 0 – нет)		Специалисты по реабилитации, которые разрешают данную проблему
			1-я проблема	2-я проблема	
1	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b320 Функции артикуляции (дизартрия)	1	1	Физический терапевт, логопед
2	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b320 Функции артикуляции (дизартрия)	1	1	Физический терапевт, логопед
3	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке из-за проблем с сердцем)	1	0	Физический терапевт, врач-реабилитолог
4	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	1	0	Физический терапевт, врач-реабилитолог
5	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	1	0	Физический терапевт, врач-реабилитолог
6	b7100 Подвижность одного сустава (контрактура коленного сустава)	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемиплегия)	0	1	Ортопед, физический терапевт, врач-реабилитолог
7	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b117 Интеллектуальные функции (когнитивные проблемы как следствие инсульта)	0	1	Физический терапевт, клинический психолог, невролог
8	b117 Интеллектуальные функции (когнитивные проблемы)	e310 Семья и ближайшие родственники (проблемы со средой – «дома не ждут»)	1	0	Клинический психолог, невролог, эрготерапевт
9	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b1644 Проницаемость (сниженная критика, развилась до инсульта)	1	0	Физический терапевт, клинический психолог
10	b449 Функции дыхательной системы, другие уточненные и неуточненные (пневмония)	b760 Контроль произвольных двигательных функций (не обучен сидеть, стоять и ходить)	0	0	Невролог, физический терапевт
11	b530 Функции сохранения массы тела (ожирение)	b1301 Мотивация (отсутствие мотивации)	0	0	Эндокринолог, эрготерапевт, клинический психолог
12	e450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников (режим постельный из-за Диагноза – установка персонала, осуществляющего уход)	b620 Функции мочеиспускания (мочевой катетер)	0	0	Эрготерапевт, медицинская сестра
13	b7603 Опорные функции руки или ноги (не обучен сидеть и стоять)	b620 Функции мочеиспускания (мешает мочевой катетер)	0	0	Физический терапевт, медицинская сестра, врач-реабилитолог
14	b4409 Функции дыхания, неуточненные (дыхательная недостаточность)	d7600 Отношения «родители – дети» (гиперопека/отношения с дочкой)	0	0	Пульмонолог, клинический психолог
15	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b156 Функции восприятия (галлюцинации)	0	0	Физический терапевт, врач-реабилитолог, психиатр, клинический психолог

Продолжение таблицы
Continuation of table

№	Первая «ключевая» проблема	Вторая «ключевая» проблема	Принадлежность проблем к проявлениям инсульта (1 – да, 0 – нет)		Специалисты по реабилитации, которые разрешают данную проблему
			1-я проблема	2-я проблема	
16	b765 Непроизвольные двигательные функции (болезнь Паркинсона, которая не была диагностирована до инсульта, однако привела к инвалидизации)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	0	0	Невролог, физический терапевт
17	b167 Умственные функции речи (афазия)	d2401 Преодоление стресса (стресс)	1	0	Логопед, клинический психолог
18	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	d760 Семейные отношения (отношения в семье)	1	0	Физический терапевт, клинический психолог
19	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b167 Умственные функции речи (афазия)	1	1	Физический терапевт, логопед
20	b7351 Тонус мышц одной конечности (парез руки)	b130 Волевые и побуждающие функции (зависимости: алкоголизм и игромания)	1	0	Эрготерапевт, клинический психолог
21	b760 Контроль произвольных двигательных функций (атаксия)	b140 Функции внимания (выяснение причины инсульта)	1	1	Физический терапевт, невролог
22	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b167 Умственные функции речи (афазия)	1	1	Физический терапевт
23	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b810 Защитные функции кожи (пролежни из-за длительного нахождения в постели лежа до инсульта)	1	1	Физический терапевт, невролог, медицинская сестра
24	e410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников (гиперопека со стороны родственников)	d7600 Отношения «родители – дети» (отношения «мама – сын»)	0	0	Эрготерапевт, клинический психолог
25	b7351 Тонус мышц одной конечности (парез руки)	d599 Самообслуживание, неутонченное (потеря навыков самообслуживания)	1	1	Эрготерапевт
26	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	d599 Самообслуживание, неутонченное (самообслуживание)	1	1	Физический терапевт
27	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b230 Функции слуха (снижение слуха)	1	0	Физический терапевт, сурдолог
28	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b130 Волевые и побуждающие функции (алкоголизм)	1	0	Физический терапевт, нарколог
29	b760 Контроль произвольных двигательных функций (атаксия)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке из-за сердечной недостаточности после перенесенного в анамнезе инфаркта миокарда и сахарного диабета)	1	0	Физический терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог, реабилитолог
30	d7202 Регуляция поведения во время взаимодействия (конверсионные изменения поведения)	d760 Семейные отношения (отношения с родственниками)	0	0	Клинический психолог

Продолжение таблицы
Continuation of table

№	Первая «ключевая» проблема	Вторая «ключевая» проблема	Принадлежность проблем к проявлениям инсульта (1 – да, 0 – нет)		Специалисты по реабилитации, которые разрешают данную проблему
			1-я проблема	2-я проблема	
31	b7808 Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями, другие уточненные (выраженная общая слабость)	b167 Умственные функции речи (афазия)	0	1	Эрготерапевт, логопед
32	b1601 Форма мышления (разорванность мышления)	d720 Сложные межличностные взаимодействия (трудность в общении с другими людьми)	0	0	Психиатр, клинический психолог
33	b7100 Подвижность одного сустава (анкилоз коленного сустава)	b735 Функции мышечного тонуса (высокий тонус в руке)	0	1	Невролог, травматолог-ортопед, физический терапевт
34	b144 Функции памяти (нарушение памяти как результат инсульта)	d760 Семейные отношения (взаимоотношения с невесткой, диктует свои условия во всей семье, подавляет инициативу пациента и родственников)	1	0	Невролог, клинический психолог
35	b167 Умственные функции речи (афазия)	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	1	1	Логопед, физический терапевт
36	d450 Ходьба (нарушение ходьбы)	b710 Функции подвижности сустава (острый артрит большого пальца правой стопы – подагра)	1	0	Физический терапевт, невролог, терапевт
37	d450 Ходьба (нарушение ходьбы)	d760 Семейные отношения (гиперопека со стороны родственников)	1	0	Физический терапевт, эрготерапевт, клинический психолог
38	b320 Функции артикуляции (нарушение речи)	d445 Использование кисти и руки (использование руки)	1	1	Логопед, эрготерапевт
39	b167 Умственные функции речи (афазия)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	1	0	Логопед, физический терапевт
40	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	d760 Семейные отношения (взаимоотношения с женой)	0	0	Врач-реабилитолог, физический терапевт, клинический психолог
41	b760 Контроль произвольных двигательных функций (атаксия)	b715 Функции стабильности сустава (повреждение связок голени в анамнезе, нестабильность суставов стопы)	1	0	Врач-реабилитолог, физический терапевт
42	e1150 Основные изделия и технологии для личного повседневного использования (тапки, опасные и не удобные для ходьбы)	b710 Функции подвижности сустава (артроз обоих тазобедренных суставов, снижение глубокой чувствительности в тазобедренных суставах, что ограничивает ходьбу)	0	0	Эрготерапевт, физический терапевт, врач-реабилитолог
43	b167 Умственные функции речи (афазия)	b160 Функции мышления (психологические патологические установки пациента)	1	0	Логопед, клинический психолог
44	b280 Ощущение боли (головные боли и дискомфорт в пояснице после лумбальной пункции)	d450 Ходьба (ходьба)	0	0	Невролог, физический терапевт
45	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	0	1	Врач-реабилитолог, физический терапевт

Продолжение таблицы
Continuation of table

№	Первая «ключевая» проблема	Вторая «ключевая» проблема	Принадлежность проблем к проявлениям инсульта (1 – Да, 0 – нет)		Специалисты по реабилитации, которые разрешают данную проблему
			1-я проблема	2-я проблема	
46	Контроль произвольных двигательных функций (атаксия)	Первая «ключевая» проблема	1	1	Врач-реабилитолог, физический терапевт
47	Общие метаболические функции (метаболические нарушения из-за хронической почечной недостаточности)	Вторая «ключевая» проблема	0	0	Невролог, нефролог, врач-реабилитолог, физический терапевт
48	Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	Вторая «ключевая» проблема	0	1	Врач-реабилитолог, физический терапевт
49	Глотание (дисфагия)	Вторая «ключевая» проблема	1	1	Логопед, клинический психолог
50	Умственные функции речи (афазия)	Вторая «ключевая» проблема	1	1	Логопед, физический терапевт
51	Контроль произвольных двигательных функций (атаксия)	Вторая «ключевая» проблема	1	1	Эрготерапевт, физический терапевт
52	Волевые и побудительные функции (снижение мотивации)	Вторая «ключевая» проблема	0	0	Эрготерапевт, физический терапевт
53	Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	Вторая «ключевая» проблема	0	0	Хирург, физический терапевт, врач-реабилитолог
54	Преодоление стресса и других психологических нагрузок (стресс от дорожно-транспортного происшествия, которое произошло за 2 недели до инсульта)	Вторая «ключевая» проблема	0	0	Клинический психолог, физический терапевт, врач-реабилитолог
55	Проприоцептивная функция (снижение глубочайшей чувствительности)	Вторая «ключевая» проблема	1	0	Эрготерапевт, физический терапевт
56	Утомляемость (утомляемость и астения)	Вторая «ключевая» проблема	0	0	Клинический психолог, эрготерапевт
57	Непроизвольные двигательные функции (болезнь Паркинсона, которая не была диагностирована до инсульта. Пациент не получал терапию до инсульта)	Вторая «ключевая» проблема	0	0	Невролог, физический терапевт
58	Функции зрения (двоение)	Вторая «ключевая» проблема	1	0	Невролог, физический терапевт, клинический психолог
59	Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	Вторая «ключевая» проблема	1	0	Физический терапевт, эрготерапевт

Продолжение таблицы
Continuation of table

№	Первая «ключевая» проблема	Вторая «ключевая» проблема	Принадлежность проблем к проявлениям инсульта (1 – да, 0 – нет)		Специалисты по реабилитации, которые разрешают данную проблему
			1-я проблема	2-я проблема	
60	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b130 Волевые и побудительные функции (приверженность к лекарственной терапии (забота о своем здоровье))	0	0	Физический терапевт, врач-реабилитолог, эрготерапевт
61	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	d760 Семейные отношения (семейный конфликт – конфликт между мужем и женой)	0	0	Физический терапевт, врач-реабилитолог, клинический психолог
62	b130 Волевые и побудительные функции (выгодность болезни – патологическая установка болей и инвалидизироваться)	d710 Базисные межличностные взаимодействия (инфантилизм, патологическая установка быть ребенком и требовать к себе внимания)	0	0	Клинический психолог
63	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b760 Контроль произвольных двигательных функций (атаксия)	0	1	Врач-реабилитолог, физический терапевт
64	b210 Функции зрения (диплопия)	d469 Ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и не уточненные (гиподинамия – невключение мышц в движение)	1	0	Невролог, физический терапевт
65	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез от предыдущего инсульта – пациент не получил качественную реабилитацию ранее)	b770 Функции стереотипа походки (патологическая поза Вернике – Манна)	1	1	Невролог, физический терапевт
66	b7351 Тонус мышц одной конечности (парез руки)	s410 Структура сердечно-сосудистой системы (порок клапана, необходимость принимать Варфарин)	1	0	Эрготерапевт, кардиолог, невролог
67	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	b180 Функции самоощущения и ощущения времени (неглект – отрицание одной стороны тела)	1	1	Физический терапевт, эрготерапевт
68	b1522 Диапазон эмоций (патологическая тревога)	b160 Функции мышления (патологическая психологическая установка болей инсульта)	0	0	Клинический психолог
69	b7601 Контроль сложных произвольных движений (использование кисти и руки)	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	1	1	Эрготерапевт, физический терапевт
70	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b167 Умственные функции речи (афазия)	0	1	Физический терапевт, логопед
71	b525 Функции дефекации (нет стула – запоры)	b180 Функции самоощущения и ощущения времени (неглект – отрицание одной стороны тела)	0	1	Невролог, эрготерапевт, клинический психолог
72	d450 Ходьба (трудности при ходьбе)	e1150 Основные изделия и технологии для личного повседневного использования (тапки, опасные и не удобные для ходьбы)	1	0	Физический терапевт, эрготерапевт

Окончание таблицы
End of table

№	Первая «ключевая» проблема	Вторая «ключевая» проблема	Принадлежность проблем к проявлениям инсульта (1 – Да, 0 – нет)		Специалисты по реабилитации, которые разрешают данную проблему
			1-я проблема	2-я проблема	
73	b167 Умственные функции речи (афазия)	b152 Функции эмоций (Депрессия, которая развилась до инсульта)	1	0	Логопед, клинический психолог, психиатр
74	b110 Функции сознания (отек мозга и нарушение сознания)	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемиплегия)	1	1	Невролог, физический терапевт
75	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	0	1	Врач-реабилитолог, физический терапевт
76	b1522 Диапазон эмоций (патологическая тревога)	b160 Функции мышления (патологическая психологическая установка болей инсультом)	0	0	Клинический психолог
77	d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок (стресс)	b298 Сенсорные функции, другие уточненные (сенсорная дезинтеграция)	0	0	Клинический психолог, эрготерапевт
78	b4200 Повышенное артериальное давление (трудности в контроле артериального давления, неконтролируемая артериальная гипертензия)	b130 Волевые и побудительные функции (приверженность к лекарственной терапии (забота о своем здоровье))	0	0	Терапевт, эрготерапевт
79	s4101 Артерии (стеноз внутренней сонной артерии)	b167 Умственные функции речи (афазия)	1	1	Сосудистый хирург, логопед
80	b2401 Головокружение (вестибулярные нарушения – доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение пожилых)	b455 Функции толерантности к физической нагрузке (снижение толерантности к физической нагрузке)	0	0	Невролог, физический терапевт, врач-реабилитолог
81	b7302 Сила мышц одной стороны тела (гемипарез)	s73002 Мышцы плеча (отрыв головки бицепса в анамнезе)	1	0	Травматолог, физический терапевт, врач-реабилитолог

не «ключевая» проблема присутствует у 30 % пациентов. Гиперопека имеет две стороны. С одной стороны, это проявление заботы со стороны родственников и их желание помочь, которое не дозировано из-за неумения родственников. То есть в гиперопеке есть и положительная сторона. С другой стороны, гиперопека — это серьезный барьерный фактор среды, который препятствует нормальному восстановлению, блокирует самостоятельность и инициативу пациента [11]. Склонность к гиперопеке заложена в характере русского человека, у которого выражены черты эмпатии, по сравнению с другими народами. Интересно, что часто в семьях со средним и высоким достатком гиперопека могла наблюдаться чаще. В этих семьях почти сразу нанимают сиделку, которой проще все сделать самой, а не мотивировать пациента самостоятельно выполнять требуемые для жизни действия (одевание, раздевание, умывание, прием пищи и др.). Роль гиперопекающего может принять кто-то из родных. Встречаются личности и даже народы, склонные к гиперопеке. Интересно, что разумное «безразличие» к пациенту может стимулировать его к восстановлению. В целом немедицинские проблемы пациента в острую фазу инсульта встречаются как «ключевые» причины ограничения функционирования в 24 % случаев.

Во всех случаях психологических проблем в программу реабилитации включается клинический психолог. Психолог проводит большую работу как с пациентом, так и с его родственниками. Опыт данной работы показал, что психолога следует привлекать не только по запросу специалиста, пациента или родственников, но нужно, чтобы сам психолог отбирал пациентов на обходе. Часть пациентов не формируют запрос. Таким образом, одним из важных этапов работы специалиста-психолога в реабилитации является формирование запроса пациента. В ряде случаев психолог работает не как самостоятельный специалист, а в связке с другими специалистами. Психолог подсказывает особенности коммуникации с пациентом, темы, которых не следует касаться в общении, как настраивать больного, давать больше свободы или требовать обязательного выполнения задания. Отсутствие психолога в команде может привести к игнорированию проблем пациента, не разрешив которые, он останется инвалидом. Тонкая грань психологической поддержки заключается в ее незаметности для окружающих. Мультидисциплинарный процесс и обсуждение проблем пациента на встрече МДБ позволяют прояснить эти проблемы и иногда вынести на первый план в реабилитации. Психолог был необходим для разрешения «ключевых» проблем в 38 % случаев.

Одной из частых «ключевых» проблем, ограничивающих функционирование пациентов, является снижение толерантности к физической

нагрузке, которая встречается в 27 % случаев. Снижение физической толерантности может быть связано с низкой тренированностью пациентов в обычной жизни. Например, пожилые пациенты мало двигаются и не ходят гулять, в результате чего формируется низкая физическая толерантность, которая становится проблемой, когда развивается инсульт, хотя в обычной жизни она может не доставлять больших проблем. В культуре пациентов принято связывать низкую толерантность к физической нагрузке со старостью, хотя в большинстве случаев она является следствием образа жизни, семейных и средовых установок. Также причиной низкой толерантности к физической нагрузке могут быть заболевания и состояния, которые приводят к инсульту: мерцательная аритмия, сахарный диабет, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и др. У значительной части пациентов причиной низкой физической толерантности является очаговое поражение головного мозга. У наших больных тяжесть состояния в первые дни может быть связана с вегетативными нарушениями, которые возникают как результат инсульта. То есть тяжесть состояния при инсульте также может определяться не очаговыми симптомами, а низкой толерантностью. Как это часто бывает в рутинной практике, у пациента может быть сразу несколько причин для снижения толерантности к физической нагрузке. Эта проблема требует большого внимания со стороны МДБ, так как перенапряжение или переутомление могут быть результатом перегрузки пациента реабилитационными мероприятиями. Любые мероприятия, в которых участвует пациент, являются физической нагрузкой: вертикализация, прием пищи, одевание, посещение туалета, занятия с логопедом, беседа с психологом, общение с родственниками и многое другое. В МДБ за толерантность к нагрузке отвечают врач-реабилитолог и реаниматолог. Оценивает толерантность к нагрузке и занимается тренировкой физической толерантности физический терапевт. Хотя все специалисты в МДБ должны понимать, как рассчитывается нагрузка, и знать, когда следует прекратить занятия, чтобы не навредить пациенту. Физический терапевт был необходим для разрешения «ключевых» проблем в 69 % случаев.

Важным этапом работы МДБ является работа с факторами среды. Среда может оказывать действие как физическое окружение, через установки людей и собственно через самих людей. В традиционной концепции с родственниками работает лечащий врач — невролог. Врач-невролог с разрешения пациента информирует родственников о заболевании и подсказывает, как обустроить среду дома. К сожалению, в профессиональном стандарте и образовательных вузовских программах и программах дополнительного образования

для специалистов по неврологии не прописана работа со средой. Со средой в команде главным образом работает эрготерапевт [12]. «Ключевые» проблемы, связанные со средой, были выявлены в 6 % случаев. Одной из важных для больных в острейшую фазу инсульта проблем является неправильно подобранная обувь. Пациенты по привычке используют тапки без задников, которые легко спадают с больной ноги и повышают риск падения. В ряде случаев некорректная обувь может стать причиной невозможности пациента ходить. Эрготерапевты также работают с деятельностью, восстановлением руки, самообслуживанием, бытовыми навыками и профессиональной деятельностью [13]. Эрготерапевты были необходимы для разрешения «ключевых» проблем в 28 % случаев.

Нарушения глотания и речи являются специфическими. Они также стали «ключевыми» проблемами в 17 % случаев. Нарушения и проблемы, выявленные логопедами, могут быть успешно скорректированы в первые дни после попадания пациента в больницу, пока он в полной мере не осознал себя инвалидом. Наши наблюдения показывают, что если реабилитацию начинать как можно раньше, то степень выявляемых нарушений будет меньше. Логопед — специалист, традиционно имеющий четко описанный функционал, что позволяет ему сосредоточиться на распространенных и сложно корректируемых нарушениях и добиваться в этой сфере больших успехов.

Если проанализировать все «ключевые» первые и вторые проблемы у больных с инсультом в его острейшую фазу, то можно заключить, что только в 54 % случаев «ключевая» проблема № 1 была связана с проявлениями инсульта, а 46 % проблем № 1 не связаны с симптомами инсульта. Вторая проблема была связана с симптомами инсульта в 36 %, а в 64 % — не связана с симптомами инсульта. То есть одного специалиста-невролога недостаточно для реабилитации пациента с инсультом в острейшую фазу. Безусловно, невролог необходим для реабилитации. В нашем исследовании невролог потребовался в 27 % случаев для разрешения «ключевых» проблем пациента. То есть невролог на первом этапе не только реализует лечебную и профилактическую стратегию, но может повлиять на функционирование пациентов. Ярким примером может быть лечение болезни Паркинсона, которая встретилась в 2 случаях у больных с инсультом и была причиной инвалидизации.

Безусловно, большой «вклад» в ограничение функционирования пациента в острейшую фазу инсульта вносит очаговый неврологический дефицит. Гемипарез и гемиплегия являются «ключевыми» проблемами в 31 % случаев, а атаксия — в 7 % случаев. Обращает на себя внимание то, что ограничения ходьбы и использования руки могут быть непосредственным следствием гемипареза или

атаксии, однако это может быть самостоятельной проблемой. Предрасполагает к этому тяжелое состояние, в котором пациент проводит первые дни инсульта. Если больной пролежал в реанимации несколько дней, он достаточно быстро теряет навык ходьбы и использования руки. Такая ситуация не всегда является дефектом оказания помощи. Часто тяжесть состояния больного не позволяет поддерживать данную деятельность, и она быстро угасает.

Реабилитолог был необходим для разрешения «ключевых» проблем пациента в 27 % случаев. Реабилитолог занимается всесторонней диагностикой нарушений и ограничений по разным системам и органам. Его задачей является оценка роли различных нарушений, в том числе не связанных с инсультом, во влиянии на функционирование, реабилитолог также отвечает за толерантность к физической нагрузке. Реабилитолог подбирает оптимальную лекарственную терапию и физиотерапию для улучшения функционирования пациента, взаимодействует со всеми другими специалистами-врачами [14].

Большую роль в реабилитации играют медицинские сестры [15]. Для реабилитации важно, чтобы пациент получал уход в той степени, в которой он нуждается. Так, уход может быть заместительным — когда пациент не способен сам за собой ухаживать, либо развивающим. Медицинская сестра по назначению эрготерапевта реализует стратегию ухода. Наличие подгузника и катетера, отсутствие одежды в первые дни госпитализации, необходимость использовать прикроватный туалет в палате, необходимость получать уход от незнакомых людей могут быть для пациента проблемой, которая ограничивает функционирование. Не вовремя одетый подгузник или длительно стоящий мочевой катетер могут значительно снизить мотивацию пациента к реабилитации, что станет проблемой. В 4 % случаев сестринские проблемы пациента становились «ключевыми».

В МДБ могут быть привлечены специалисты-врачи, однако обычно их вклад в оказание помощи связан с реализацией стратегии медицинской помощи и профилактики, и он не затрагивает непосредственно реабилитацию как таковую, однако может давать ценную информацию, необходимую для реабилитации.

Реабилитационная мультидисциплинарная бригада необходима для выявления и оценки значимости проблем пациента. То, что видит МДБ, зависит от ее состава. Если в составе МДБ не будет кого-то из специалистов, то проблемы, относящиеся к данному специалисту, будут игнорироваться МДБ. Если эти проблемы будут ключевыми, то пациент останется инвалидизирован. Спонтанное разрешение проблем с функционированием пациента возможно, однако только при условии

хорошей мотивации пациента к восстановлению, которая встречается не очень часто в последнее время. Задача МДБ состоит в том, чтобы помогать пациентам и без мотивации. МДБ должна рассматривать снижение мотивации как отдельную задачу для работы.

Опыт данного исследования показал, что работа в МДБ позволяет избежать конфликтов с пациентом и его родственниками. Конфликты пациентов с персоналом часто связаны с неоправданными ожиданиями, недостаточной информированностью пациентов, наличием чувства вины, стрессом и другими тяжелыми психологическими переживаниями, а также выгодой пациентов или родственников от болезни. При работе в команде происходит более полное информирование участников МДБ о ситуации в семье у пациента, и формируется согласованная единая стратегия отношения с пациентом. «Противостоять» группе профессионалов из одной команды достаточно сложно. Для реабилитационной МДБ конфликтные родственники и пациенты — это «клиенты», нуждающиеся в психологической поддержке. Сформулированные проблемы, касающиеся отношений с пациентом и родственниками, становятся основанием для работы бригады и требуют разрешения так же, как и другие проблемы в реабилитации [16].

Как видно из приведенных данных, в состав реабилитационной мультидисциплинарной бригады должны входить специалисты по физической терапии, эрготерапии, логопедии и клинической психологии, так же как и врач-реабилитолог, невролог и медицинская сестра. Состав МДБ, в которую входят не только врачи, но и специалисты с немедицинским образованием, обоснован данными настоящего исследования.

Если реабилитацией будет заниматься врач-нейрореабилитолог либо МДБ, в которую входят невролог, врач по ЛФК и физиотерапевт, то 50 % пациентов останутся инвалидизированы, так как около 50 % «ключевых» проблем инсульта не связаны с инсультом и для разрешения данных проблем требуются компетенции специалиста врача физической и реабилитационной медицины и специалистов с немедицинским образованием, имеющих свой диагностический функционал.

ВЫВОДЫ

1. Около 50 % первых и вторых «ключевых» проблем пациента в острейшую фазу инсульта не связаны с симптомами инсульта.

2. В состав МДБ на первом этапе на постоянной основе должны входить врач-невролог (лечащий врач), врач физической и реабилитационной медицины, логопед, клинический психолог, эрготерапевт, физический терапевт и медицинская сестра.

3. В состав МДБ при необходимости могут быть привлечены другие специалисты.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план / А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // *Вестн. восстанов. медицины*. – 2017. – № 2 (78). – С. 16–22.

2. Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В. Ключевой элемент реабилитационной программы: клинический случай – реабилитация пациента с инсультом // *Consilium Medicum*. – 2017. – Т. 19, № 2. – С. 36–39.

3. Шмонин А. А., Касаткина В. М., Мальцева М. Н. и др. Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом, принимающих участие в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в России» // *Регионар. кровообращение и микроциркуляция*. – 2017. – Т. 16, № 2 (62). – С. 17–24.

4. 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. восстанов. медицины*. – 2017. – № 6 (82). – С. 7–20.

5. *Stallinga H., Roodbol P., Annema C. et al.* Functioning assessment versus conventional medical assessment: unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia. – Oct. 2012.

6. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva: WHO, 2013. – 127 p.

7. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов / М. Н. Мальцева, А. А. Шмонин, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // *Consilium Medicum*. – 2017. – Т. 19, № 2–1. – С. 90–93.

8. Вертикализация больных в остром периоде церебрального инсульта / А. Л. Лукьянов, В. И. Скворцова, Г. Е. Иванова, Н. А. Шамалов // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвып. Инсульт*. – 2010. – № 4. – С. 29–35.

9. Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Шмонин А. А. и др. Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии // *Consilium Medicum*. – 2015. – Т. 17, № 9. – С. 63–65.

10. Биопсихосоциальная модель пациента с инсультом: роль факторов среды в реабилитации / А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // *Consilium Medicum*. – 2016. – Т. 18, № 2–1. – С. 14–20.

11. Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов / М. Н. Мальцева, А. А. Шмонин, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // *Consilium Medicum*. – 2016. – Т. 18, № 2–1. – С. 59–60.

12. Мальцева М. Н., Шмонин А. А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации // *Акад. проф. образования*. – 2016. – № 3 (57). – С. 50–54.

13. Иванова Г. Е., Белкин А. А., Беляев А. Ф. и др. О подготовке кадров в области медицинской реабилитации. Врач по физической и реабилитационной медицине // *Вестн. восстан. медицины*. – 2017. – № 2 (78). – С. 4–9.

14. Петрова Н. Г., Калинина С. А., Миннулин Т. И. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде реабилитационного профиля // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. – 2016. – Т. 23, № 3. – С. 16–17.

15. Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. – 2016. – Т. 23, № 3. – С. 40–43.

REFERENCES

1. Shmonin A. A., Maltseva M. N., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in the ICF categories and rehabilitation plan. *Journal of restorative medicine & rehabilitation*. 2017;(2(78)):16–22. (In Russ.).

2. Maltseva M. N., Shmonin A. A., Melnikova E. V. The key element of the rehabilitation program: a clinical case – rehabilitation of a patient with a stroke. *Consilium Medicum*. 2017;19(2):36–39. (In Russ.).

3. Shmonin A. A., Kasatkina V. M., Maltseva M. N., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Analysis of problems in the rehabilitation diagnosis in the categories of the international classification of functioning in patients with stroke taking part in the pilot project «Development of the system of medical rehabilitation in Russia». *Regionarnoe krovoobrashchenie i mikroциркуляция*. 2017;16(2(62)):17–24. (In Russ.).

4. Melnikova E. V., Builova T. V., Bodrova R. A., Shmonin A. A., Maltseva M. N., Ivanova G. E. Use of the international classification of functioning (ICF) in outpatient and inpatient medical rehabilitation: instruction for specialists. *Journal of restorative medicine & rehabilitation*. 2017;(6(82)): 7–20. (In Russ.).

5. Stallinga H., Roodbol P., Annema C., Jansen G., Wynia K. Functioning assessment versus conventional

medical assessment. Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia. 2012 oct.

6. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva, WHO, 2013 oct.:127.

7. Maltseva M. N., Shmonin A. A., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Ergotherapy. The role of restoring activity and participation in the rehabilitation of patients. *Consilium Medicum*. 2017;19(2–1):90–93. (In Russ.).

8. Lukyanov A. L., Skvortsova V. I., Ivanova E. G., Shamalov N. A. Verticalization of patients in the acute period of cerebral stroke. *S. S. Korsakov J. of Neurology and Psychiatry. Stroke*. 2010;(4):29–35. (In Russ.).

9. Maltseva M. N., Melnikova E. V., Shmonin A. A., Sudnikova I. A., Ivanova A. B. Influence of informing patients with stroke of environment during hospitalization for the disease post-stroke depression. *Consilium Medicum*. 2015;17(9):63–65. (In Russ.).

10. Shmonin A. A., Maltseva M. N., Melnikova E. V., Ivanova G. E. The biopsychosocial model of the patient stroke: the role of environmental factors in rehabilitation. *Consilium Medicum*. 2016;18(2–1):14–20. (In Russ.).

11. Maltseva M. N., Shmonin A. A., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Occupational therapy for rehabilitation of neurological patients. *Consilium Medicum*. 2016;18(2–1):59–60. (In Russ.).

12. Maltseva M. N., Shmonin A. A. Ergotherapy in social and medical rehabilitation. *Academy of professional education*. 2016;(3(57)):50–54. (In Russ.).

13. Ivanova G. E., Belkin A. A., Belyaev A. F., Bodrova R. A., Builova T. V., Melnikova E. V., Mishina I. E., Prokopenko S. V., Sarana A. M., Stakhovskaya L. V., Suvorov A. Y., Shamalov N. A., Shmonin A. A., Khasanova D. R., Tsykunov M. B. About preparation of staff in the field of medical rehabilitation. Doctor on physical and rehabilitation medicine. *J. of restorative medicine & rehabilitation*. 2017;(2(78)):16–22. (In Russ.).

14. Petrova N. G., Kalinina S. A., Minnullin T. I. The role of a nurse in a multidisciplinary rehabilitation brigade. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta imeni akademika I. P. Pavlova*. 2016;23(3):16–17. (In Russ.).

15. Maltseva M. N., Shmonin A. A., Melnikova E. V. The phenomenon of «family disability», or depression in relatives caring for a patient with a disability. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta imeni akademika I. P. Pavlova*. 2016;23(3):40–43. (In Russ.).