НАУЧНЫЙ ОБЗОР

УДК 615.8:614.2

CC BY 4.0

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ: ИНТЕГРАЦИЯ АНАЛИТИЧЕСКОГО И НАРРАТИВНОГО ПОДХОДОВ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Старостина Г. Х. ORCID ID 0009-0002-0311-6204,
Дёмин Т. В. ORCID ID 0000-0002-0029-8113,
Прокофьева Ю. В. ORCID ID 0009-0009-7066-9299

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Российская Федерация, e-mail: guzel-star@mail.ru

Переход к биопсихосоциальной парадигме требует перестройки клинического мышления в реабилитации. Однако интеграция аналитического и нарративного подходов остаётся нерешённой проблемой. Цель работы: обосновать необходимость синтеза гипотетико-дедуктивного (объективный анализ) и нарративного (субъективный опыт пациента) мышления через МКФ, а также определить пути совершенствования образования реабилитологов. Методы: систематический обзор литературы за 2020–2026 гг. в базах Scopus, Web of Science, PubMed, eLibrary и РИНЦ. Из 146 статей после скрининга отобрано 24 источника (18 зарубежных, 5 отечественных литературных источников, 1 нормативный документ Российской Федерации). Для теоретической полноты добавлено 4 классических фундаментальных труда до 2020 года. Критерии включения охватывали оригинальные исследования по клиническому мышлению с использованием МКФ как методологической рамки. Критерии исключения: упоминание МКФ без анализа доменов функционирования; фокус на изолированной фармакотерапии без оценки двигательной реабилитации, тезисы, авторефераты. Качество верифицировано по шкалам Института Джоанны Бриггс. В результате анализ показал, что гипотетико-дедуктивное и нарративное мышление являются взаимодополняющими стратегиями; изолированное применение любой из них может ограничивать полноту клинического анализа и требует дальнейшей эмпирической проверки. МКФ выполняет функцию концептуального моста, обеспечивая единый язык для интеграции обоих типов мышления. Эмпирически обоснованные образовательные модели подтверждают возможность системного внедрения обучения клиническому мышлению на основе МКФ. В итоге выяснили, что качество подготовки специалистов повышается за счёт формирования метакомпетенции или осознанного типа мышления, которое позволяет объединять разрозненные медицинские, психологические и социальные данные в единую стратегию восстановления пациента и управлять процессом реабилитации как целостной динамической системой**.** Внедрение рассмотренных подходов в программы реабилитационного образования является актуальным приоритетом для российской системы здравоохранения.

Ключевые слова: клиническое мышление, реабилитация, МКФ, гипотетико-дедуктивное мышление, нарративное мышление, медицинское образование, инсульт, деменция

CLINICAL THINKING IN REHABILITATION: INTEGRATING ANALYTICAL AND NARRATIVE APPROACHES BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

Starostina G. H. ORCID ID 0009-0002-0311-6204,
Demin T. V. ORCID ID 0000-0002-0029-8113,
Prokofeva I. V. ORCID ID 0009-0009-7066-9299

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kazan State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russian Federation, e-mail: guzel-star@mail.ru

The transition to the biopsychosocial paradigm demands a restructuring of clinical reasoning in rehabilitation. However, the integration of analytical and narrative approaches remains an unresolved challenge. Objective of the study: to justify the necessity of synthesizing hypothetico-deductive (objective analysis) and narrative (the patient's subjective experience) reasoning through the International ICF, and to outline pathways for optimizing rehabilitation education. Methods: a systematic literature review covering the period from 2020 to 2026 was conducted using Scopus, Web of Science, PubMed, eLibrary, and RSCI databases. Out of 146 articles screened, 24 sources were selected (18 international articles, 5 domestic articles, 1 regulatory document of the Russian Federation). To ensure theoretical completeness, four classic foundational works published prior to 2020 were added. Inclusion criteria encompassed original research on clinical reasoning that utilized the ICF as a methodological framework. Exclusion criteria were: mentions of the ICF without an analysis of functioning domains; a focus on isolated pharmacotherapy without assessing motor rehabilitation; and abstracts or dissertations. The quality of the included studies was verified using the Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal checklists. As a result, the analysis demonstrated that hypothetico-deductive and narrative reasoning are complementary strategies; the isolated application of either approach may limit the comprehensiveness of clinical analysis and requires further empirical validation. The ICF serves as a conceptual bridge, providing a unified language to integrate both types of reasoning. Empirically validated educational models confirm the feasibility of systemic implementation of ICF-based clinical reasoning training. Conclusion. The quality of specialist training is enhanced through the development of a meta-competence, or mindful reasoning, which enables the integration of disparate medical, psychological, and social data into a unified patient recovery strategy and allows for managing the rehabilitation process as a holistic dynamic system. Implementing the discussed approaches into rehabilitation education programs represents a pressing priority for the Russian healthcare system.

Keywords: clinical reasoning, rehabilitation, ICF, hypothetico-deductive reasoning, narrative reasoning, medical education, stroke, dementia

Введение

Клиническое мышление имеет важное значение в любой сфере медицинской деятельности, включая специалистов, занимающихся реабилитацией. Эффективное клиническое мышление является центральным элементом компетентности в медицине и важным инструментом лечения пациентов.

Клиническое мышление в реабилитации включает в себя когнитивные и метакогнитивные процессы (процессы осознанного анализа врачом собственных логических шагов и решений), посредством которых специалисты собирают и интерпретируют информацию о пациенте, выдвигают гипотезы, планируют и проводят вмешательства, а также оценивают результаты. Оно интегрирует биомедицинские знания, ценности и предпочтения пациента, контекстуальные факторы и научно обоснованные рекомендации в целостный процесс принятия решений. Специалисты используют сочетание интуитивного распознавания образов и аналитической проверки гипотез для формулирования клинических вопросов, выбора инструментов оценки, адаптации вмешательств и корректировки планов в ответ на меняющееся состояние пациента. Этот динамический процесс лежит в основе всех аспектов практики, от первичного обследования до планирования выписки, и имеет решающее значение для оптимизации функционального восстановления, управления рисками и обеспечения предоставления персонализированной помощи. Правильно построенное клиническое мышление позволит лучше понять состояние пациента, сформулировать верные диагностические гипотезы о причинах нарушений функции, активности или участия по МКФ, а также разработать реабилитационные вмешательства с учётом биопсихосоциального подхода к пациенту [1].

Изучив более чем 30-летнюю историю развития клинического мышления в реабилитации, можно сделать вывод, что в современной системе здравоохранения наблюдается устойчивый переход от нозоцентрической модели, ориентированной на диагноз, выставленный по Международной классификации болезней 10-го пересмотра, к биопсихосоциальной модели, в центре которой находится функционирование человека – его способность к активности и участию в повседневной жизни. Ключевым инструментом реализации этой модели выступает МКФ, принятая Всемирной организацией здравоохранения в 2001 году [2]. Однако, как показывают исследования последних лет, практическое внедрение МКФ в работу мультидисциплинарных реабилитационных команд (МДРК) сталкивается с серьёзными трудностями, связанными не столько с недостатком знаний о структуре классификатора, сколько с необходимостью перестройки самого клинического мышления специалистов [3; 4].

Клиническое мышление в реабилитации принципиально отличается от мышления врача «острых» специальностей. Оно требует не только постановки нозологического и функционального диагноза (оценки функций и структур), но и анализа ограничений активности и участия пациента, а также средовых и личностных факторов. В научной литературе традиционно выделяют два взаимодополняющих типа клинического мышления: гипотетико-дедуктивное (аналитическое, или работа с историей болезни пациента) и нарративное (работа с историей пациента) [5]. Первое ориентировано на сбор объективных данных, использование шкал и тестов, построение логических умозаключений. Второе – на понимание истории, ценностей, страхов и ожиданий пациента, что позволяет сделать реабилитацию ориентированной на человека.

Проблема заключается в том, что в реальной клинической практике эти два типа мышления часто существуют изолированно. Преобладание аналитического мышления ведёт к игнорированию уникального контекста жизни пациента и снижению его приверженности реабилитации. Чрезмерное увлечение нарративом без опоры на объективные измерения не позволяет выстроить надёжный прогноз и оценить эффективность вмешательств. Кроме того, несмотря на рост числа публикаций в последние 10 лет, в научной литературе практически отсутствует описание организационных решений по внедрению нарративной медицины [6]. Существующие образовательные программы для специалистов по реабилитации редко включают систематическую подготовку по интеграции этих двух типов мышления через МКФ. В отечественной литературе вопросы клинического мышления в реабилитации с позиций биопсихосоциального подхода освещены недостаточно, что создаёт разрыв между теорией МКФ и практической подготовкой кадров. При этом базовые требования к установлению реабилитационного диагноза на основе категорий активности, участия и факторов среды нормативно закреплены на государственном уровне [7] (в частности, в Приказе Минздрава России № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»), который прямо предписывает МДРК использовать МКФ

на всех этапах лечения пациента. Однако конкретные алгоритмы совмещения аналитического и нарративного подходов в рамках работы МДРК остаются организационно не детализированными.

Цель работы – на основе анализа современных зарубежных и отечественных публикаций (2021–2026 гг.) обосновать необходимость интеграции гипотетико-дедуктивного и нарративного типов клинического мышления через МКФ как объединяющую концептуальную рамку, а также определить направления для совершенствования образовательных программ в области реабилитации.

Материалы и методы исследования

Методологической основой работы выступил систематический обзор профильной научной литературы, опубликованной в период с 2020 по 2026 год. Поиск релевантных первоисточников осуществлялся в ведущих отечественных и международных наукометрических базах данных: Scopus, Web of Science, PubMed, eLibrary и РИНЦ. Стратегия поиска строилась на комбинациях ключевых слов и логических операторов: международная классификация функционирования (МКФ), клиническое мышление, нарративное мышление, гипотетико-дедуктивное мышление (аналитическое мышление) на русском и английских языках.

Для формирования репрезентативной выборки были сформулированы строгие критерии включения и исключения.

Критерии включения: оригинальные рандомизированные и когортные исследования, аналитические обзоры, посвященные трансформации клинического мышления специалистов и использующие методологическую рамку МКФ в реабилитационном процессе.

Критерии исключения: публикации, содержащие лишь номинальное упоминание МКФ без детального анализа доменов функционирования; работы с фокусом на изолированной фармакотерапии без оценки терапевтической или двигательной реабилитации; а также материалы конференций, тезисы, авторефераты диссертаций и ненаучные публицистические заметки.

На этапе первичного поиска по названиям и аннотациям было идентифицировано 146 публикаций. После последовательной фильтрации, оценки на дублирование и полнотекстового анализа соответствия критериям включения, в итоговый массив данных вошли 24 источника. Данная выборка включает: 18 зарубежных исследовательских работ; 5 отечественных литературных источников; 1 нормативно-правовой документ Российской Федерации.

Дополнительно, с целью обеспечения теоретико-методологической полноты обзора и глубокого исторического контекста, в ручном режиме в список литературы было интегрировано 4 классических фундаментальных труда, изданных до 2020 года.

Валидность и научно-методологическое качество отобранных оригинальных исследований и обзоров были верифицированы с использованием стандартизированных критических чек-листов Института Джоанны Бриггс (Joanna Briggs Institute, JBI).

Результаты исследования и их обсуждение

Гипотетико-дедуктивное мышление (аналитическое мышление) представляет собой структурированный, доказательно ориентированный процесс логического вывода: клиницист собирает жалобы и анамнез пациента, генерирует предположительный диагноз и подтверждает его с помощью инструментальных методов оценки. В современной научной литературе отмечено, что данный тип мышления является основой диагностического процесса и предотвращает «преждевременное закрытие» (premature closure) – тенденцию останавливаться на первом впечатлении без рассмотрения альтернатив [8].

В клинической реабилитационной практике гипотетико-дедуктивное мышление опирается на стандартизированные оценочные методы: шкалы, опросники, инструментальные тесты. Например, к числу наиболее распространённых шкал в реабилитации относятся шкала Берга, индекс Бартела, шкала оценки мышечной силы, модифицированная шкала Рэнкина, шкала Борга. Однако как для клинициста, так и для пациента количественные показатели не отражают субъективной значимости болезни для человека в его повседневной жизни. В клинической практике гипотетико-дедуктивное и нарративное рассуждение дополняют друг друга. Этот итеративный процесс продолжается на протяжении всего процесса реабилитации, по мере появления новой информации или изменения состояния пациента, что побуждает врачей пересматривать свои гипотезы и соответствующим образом корректировать свои клинические решения. Эффективный клиницист в реабилитации сочетает логический анализ, умение слышать историю пациента и прагматичный учёт реальных обстоятельств. Сложность заключается в том, что опытные специалисты осуществляют эту интеграцию интуитивно, а их мастерство плохо поддаётся формализации и передаче через стандартные учебные инструкции.

В свою очередь, нарративное мышление определяется как способность услышать историю пациента – не как перечень симптомов, а связное повествование о том, кем человек был до болезни, что он утратил и чего опасается. Если гипотетико-дедуктивное мышление фиксирует нарушения функций, то нарративное мышление раскрывает контекст жизни пациента. Первый тип мышления направлен на поиск ответа на вопрос «что сломалось?», второй – на вопрос «как с этим жить?». Нарративная составляющая клинического мышления позволяет реализовать биопсихосоциальный подход, максимально учитывая интересы, приоритеты и личностные особенности пациента [9].

В статье «Особенности клинического мышления в физической реабилитации» (Зверев Ю. П., Буйлова Т. В., 2022) представлен системный анализ факторов, влияющих на клиническое мышление специалистов в сфере физической реабилитации. Авторы выделяют ключевые особенности: комплексность, мультидисциплинарность на основе МКФ, фокус на двигательной сфере и интерактивность. Предложено следующее определение: концептуально клиническое мышление в физической реабилитации представляет собой совокупность и взаимодействие когнитивных, аффективных и психомоторных навыков, при этом важными характеристиками эффективного клинического мышления являются нарративность, адаптивность, коллаборативность, контекстуальность и биопсихосоциальный подход к пациенту.

В исследовании Буйловой Т. В., Бодровой Р. А., Петровой Р. В. рассматривается практическое применение МКФ для формулирования реабилитационного диагноза у пациентов после эндопротезирования суставов нижних конечностей. Авторы подчёркивают, что выявление ключевых проблем на основе нарративного мышления и МКФ позволяет более целенаправленно и специализированно подходить к процессу реабилитации.

В многочисленных исследованиях, как зарубежных, так и отечественных, была продемонстрирована значимость нарративного мышления при взаимодействии врача и пациента. По результатам данных исследований были сделаны следующие выводы: качество терапевтических отношений оказывает небольшое, но статистически значимое влияние на результаты лечения [10]. Современные работы подтверждают, что нарративная компетентность способствует снижению профессионального выгорания и повышению удовлетворённости работой врача. Многочисленные исследования акцентируют необходимость сочетания традиционного гипотетико-дедуктивного и нарративного мышления, при котором приоритеты и ценности пациента включаются в процесс постановки реабилитационных целей [11].

Опубликованные в 2012 году данные показывают, что смещение акцента на повествование пациента коренным образом меняет вектор клинического взаимодействия. Внимание специалиста переключается с сугубо прагматического решения изолированных медицинских проблем на способность целостно услышать и концептуально понять субъективный опыт человека [12].

Научные данные подтверждают универсальность сочетанного использования нарративного анализа и МКФ при различных нозологиях. Результаты одного из последних систематических обзоров демонстрируют эффективность применения классификатора в качестве методологической основы для объективизации функционирования, целеполагания и контроля эффективности проводимых вмешательств у пациентов с деменцией [13]. МКФ позволяет учесть когнитивные, поведенческие и социальные аспекты, упускаемые при нозологическом подходе. При этом пациентоцентрированный подход, когда в центре внимания находится пациент, а не болезнь, требует рассматривать больного как личность – с учётом его потребностей, образования, семьи и социальной поддержки [14].

Исследования, посвященные применению нарративной медицины в педиатрической практике, показали ее эффективность как интерактивной платформы, способствующей обмену историями, эмоциональному раскрытию и установлению триадических связей между междисциплинарными командами, пациентами и лицами, осуществляющими уход [15; 16]. Кроме того, существуют научные данные, доказывающие что обучение ординаторов гуманистическим методам лечения, способствующим эмпатии, сострадательному общению и целостному подходу к пациентам, является одной из важнейших задач для преподавателей медицинских вузов [17].

В 2022 году были опубликованы данные о значимости нарративного мышления в хирургической практике, подчёркивающие его необходимость в подготовке специалистов. Исследователи представили конкретные рекомендации по системному внедрению методов нарративной медицины в образовательные программы профильной ординатуры [18].

Установлено, что способность к нарративному подходу оказывает положитель-

ное влияние на качество жизни пациентов, снижает интенсивность болевого синдрома, улучшает функцию лёгких при астме. Однако для его широкого признания необходимы дальнейшие исследования терапевтических результатов и конкретных компетенций специалистов [19].

В своей статье Бебякин Д. В. (2025) анализирует возможности применения нарративного подхода в подготовке медицинского персонала. Исследование показывает, что из девяти общих компетенций в среднем специальном медицинском образовании семь содержат нарративные компетенции. Автор приходит к выводу, что в современном образовательном процессе существуют условия для встраивания нарративного подхода.

Утвержденная Всемирной организацией здравоохранения в 2001 году МКФ стала результатом масштабного международного сотрудничества, позволившего сформировать всеобъемлющую концепцию инвалидности. Данный документ ознаменовал качественный переход к практическому применению биопсихосоциальной модели в сфере реабилитации. Современные исследования рассматривают международную классификацию функционирования как язык, на котором аналитическое (гипотетико-дедуктивное) и нарративное мышление могут быть интегрированы. Применение МКФ в реальной клинической практике предполагает использование когнитивного синтеза двух типов мышления, включающего приоритеты, страхи и ценности пациента для постановки краткосрочных и долгосрочных целей. При интеграции как нарративного, так и гипотетико-дедуктивного мышления в свою практическую деятельность специалистами реабилитационного звена у них появится потенциальная способность к более полному пониманию каждого отдельного пациента.

Чтобы научить реабилитологов совмещать нарративное и аналитическое мышление на практике, необходимо внедрить в образовательный процесс комплексную систему организационно-педагогических мер. Эмпирически обоснованные образовательные модели подтверждают возможность системного внедрения МКФ в программы подготовки специалистов. Результаты профильного систематического обзора свидетельствуют, что интеграция разнообразных педагогических методов и подходов в образовательный процесс эффективно стимулирует развитие навыков клинического мышления у обучающихся [20]. По результатам данного исследования были сделаны следующие выводы: комбинация различных методов и подходов к обучению клиническому мышлению в реабилитации может способствовать развитию этих навыков у студентов.

Включение нарративной медицины в учебные программы студентов-медиков способствует самопознанию и рефлексии среди обучающихся. Данный подход способствует долгосрочному совершенствованию практических компетенций, включая развитие эмпатии, коммуникативных навыков, междисциплинарного взаимодействия, а также стимулирует личностный и профессиональный рост будущих специалистов [21].

Однако, несмотря на множество существующих образовательных программ по клиническому мышлению, существующие инструменты самооценки и оценки академической успеваемости не позволяют достоверно оценить качество полученных профессиональных навыков студента в реальной клинической практике [22].

Исследование финских учёных по оценке компетентности студентов-физиотерапевтов в области клинического мышления было опубликовано онлайн в 2025 году и вошло в печатный том «Европейского журнала физиотерапии» за 2026 год. Авторы рекомендуют в будущем уделять больше внимания метакогнитивным и рефлексивным компетенциям, а также развитию навыков клинического мышления на завершающих курсах обучения [23].

Преодоление барьеров на этапе практики имеет ключевое значение для профессионального становления специалистов. Установлено, что формированию клинического мышления у начинающих реабилитологов мешают дефицит навыков первичного осмотра, фрагментация диагноза без учёта коморбидности (в частности, деменции) и трудности при выборе критериев мониторинга. Эффективно решать эти проблемы помогают регулярная клиническая рефлексия и командные разборы сложных случаев [24].

Практический клинический пример интеграции моделей мышления.

Пациентка В., 58 лет. Диагноз: ишемический инсульт – инфаркт в бассейне левой средней мозговой артерии с развитием правосторонних гемипареза, гемигипестезии. Атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. Сахарный диабет 2 типа.

1. Аналитический этап (гипотетико-дедуктивное мышление)

На основании объективного неврологического осмотра и оценки членами МДРК определены следующие показатели.

Сознание ясное, адекватна, ориентирована. Речевые команды выполняет. Обращённую речь понимает. Собственная речь сохранена. Артикуляция не нарушена. Повторение, называние – без особенностей. Пациентка осознает наличие неврологического дефицита. Зрачки симметричные, фотореакции сохранены. При исследовании ориентировочными методами поля зрения в норме. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Лицо симметричное. Язык отклоняется вправо. Глотание и фонация не нарушены. Мягкое небо подвижное, симметричное. Глоточные и небные рефлексы вызываются. Выявляется гемигипестезия справа. Тонус мышц левых конечностей без особенностей, правых конечностей снижен. Сила мышц правых конечностей снижена до 4 баллов в проксимальном отделе руки и до 3 баллов в кисти, в ноге до 4 баллов. Сила мышц левых конечностей 5 баллов по всем группам. В придаваемом положении правые конечности длительно не удерживает – удерживает руку до 6-7 сек., ногу до 4-5 сек. В придаваемом положении левые конечности удерживает длительно. Левыми конечностями совершает целенаправленные движения в полном объеме, в правых конечностях движения несколько ограниченны. Координаторные пробы правыми конечностями выполняет без атаксии, но с дисметрией, левыми конечностями выполняет без атаксии и дисметрии. Менингеальные знаки отрицательные.

Оценка по реабилитационным шкалам:

индекс Ходьбы Хаузера 4 балла;

шкала Берга 32 балла;

тест Френчай 3 балла.

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) – 3 балла.

Оценка по МКФ

Нарушения функций организма (b):

b7300.2 – Сила мышц одной половины тела, верхняя конечность

b7301.2 – Сила мышц нижних конечностей

b7350.1 – Тонус мышц одной половины тела

b760.2 – Контроль произвольных двигательных функций

b2701.1 – Чувствительность к тактильным стимулам

Ограничения активности и участия (d):

d4500.2 – Ходьба на короткие расстояния.

d4154.2 – Нахождение в положении стоя

d4452.2 – Использование кисти и пальцев

2. Нарративный этап (нарративное мышление)

При данном типе мышления члены МДРК должны сопоставлять объективные тесты, оценивающие нарушения функции, активности, либо участия с тем, как они нарушают повседневную жизнедеятельность человека. При сборе нарративного анамнеза установлено, что В. работает преподавателем музыки в колледже. Ее главная внутренняя мотивация и личностная ценность – это возвращение к педагогической деятельности и игра на фортепиано.

Основной страх пациентки связан не с самим фактом болезни, а с риском профнепригодности из-за неловкости в правой руке (тест Френчай – 3 б.), кроме того у пациентки высокий риск падений, что предполагает резкое сужение жизненного пространства до пределов квартиры, потеря независимости от членов семьи, невозможность выйти из дома, страх упасть при нахождении в положении стоя.

3. Интеграция через МКФ

Используя МКФ как единый терминологический язык, МДРК связывает объективные нарушения функции и активности (аналитический компонент) с субъективными ограничениями жизнедеятельности и социальными ролями пациентки (нарративный компонент). Синтез данных позволяет сформировать структурированный реабилитационный диагноз в виде кодируемых доменов МКФ, где каждому аналитическому показателю сопоставляется его функциональное выражение в реальной жизни.

Оценка по МКФ

Нарушения функций организма (b):

b7300.2 – Сила мышц одной половины тела, верхняя конечность

b7301.2 – Сила мышц нижних конечностей

b7352.1 – Лёгкое изменение тонуса мышц одной стороны тела

b7600.2 – Умеренное нарушение контроля простых произвольных движений

b2701.1 – Лёгкое нарушение тактильной чувствительности

Ограничения активности и участия (d):

d445.2.3 – Умеренное ограничение использования кисти и пальцев ведущей руки

d4500.1.2. – Умеренное ограничение ходьбы на короткие расстояния

d4154.3.2 – Умеренное ограничение нахождения в положении стоя

d845.2.3 – Ограничение высококвалифицированной трудовой деятельности

Формирование целей индивидуального плана медицинской реабилитации в зависимости от типа мышления

При изолированном аналитическом подходе цель звучит формально: «Увеличить силу в правой руке до 5 баллов и уменьшить дисметрию». Такая формулировка не отражает ценностей пациентки и снижает ее вовлеченность.

При интегрированном подходе МДРК на основе МКФ краткосрочная цель формируется преимущественно на уровне активности по МКФ, фокусируясь на восстановлении конкретного изолированного моторного навыка: «Пациентка сможет выполнять последовательное перебирание клавиш правой рукой в темпе 60 уд./мин. к исходу 2-й недели реабилитации». Так как главной задачей реабилитации является возвращение пациентки к прежней социальной и трудовой активности, долгосрочные цели трансформируются и выходят на более высокий биопсихосоциальный уровень – уровень участия по МКФ. Данные долгосрочные цели на уровне участия будут звучать следующим образом: «Пациентка сможет исполнить на фортепиано сольную музыкальную партию начального уровня сложности в рамках отчетного академического концерта, полностью преодолев страх профессиональной несостоятельности к исходу 4-й недели».

Выводы

Проведённый обзор отечественных и зарубежных исследований позволил сделать следующие выводы.

1. Теоретическая основа реабилитации. На основании проанализированных данных можно сделать следующий вывод: гипотетико-дедуктивное (аналитическое) и нарративное мышление являются взаимодополняющими стратегиями, изолированное применение любой из них может ограничивать полноту клинического анализа. Для окончательного подтверждения влияния сочетанного подхода на клинические исходы необходимы дальнейшие исследования.

2. Инструмент интеграции. В настоящее время инструментом для интеграции аналитического и нарративного типов мышления в клинико-реабилитационный процесс является МКФ. На сегодняшний день имеются только теоретические данные в пользу применимости такой интегративной модели, однако механизмы ее практического взаимодействия в условиях междисциплинарной команды во многом остаются гипотетическими. Предполагается, что сквозное использование кодов МКФ способно связать клинические шкалы с контекстом истории пациента, но данное положение требует обязательного дальнейшего эмпирического исследования.

3. Ожидаемые результаты. Предполагается, что повысить качество подготовки специалистов можно за счёт осознанного выбора типа мышления, что позволит улучшить межпрофессиональную коммуникацию и будет способствовать развитию нарративных компетенций.

Интеграция клинического мышления с уникальным контекстом жизнедеятельности пациента является важным аспектом биопсихосоциального подхода и фундаментальным аспектом искусства медицины. Кроме того, данный подход может изменить роль специалиста с диагноста на специалиста по решению проблем. Поэтому внедрение рассмотренных интегративных подходов в программы подготовки специалистов (врачей по физической и реабилитационной медицине, физических терапевтов, эрготерапевтов и психологов) должно стать актуальной задачей для российской реабилитационной службы.

Список литературы

1. Baker S. E., Painter E. E., Morgan B. C., Kaus A. L., Petersen E. J., Allen C. S., Deyle G. D., Jensen G. M. Systematic Clinical Reasoning in Physical Therapy (SCRIPT): Tool for the Purposeful Practice of Clinical Reasoning in Orthopedic Manual Physical Therapy // Physical Therapy. 2017. Vol. 97. Is. 1. P. 61-70. DOI: 10.52214/jcept.v7.12901.

2. Шошмин А. В., Пономаренко Г. Н. МКФ в реабилитации, теория, структура, практика. 3-е изд., перераб. и доп. СПб., 2022. 238 с. ISBN: 978-5-6042965-9-2.

3. Зверев Ю. П., Буйлова Т. В. Особенности клинического мышления в физической реабилитации // Физическая и реабилитационная медицина. 2022. Т. 4. № 3. С. 210-218. URL: https://journals.eco-vector.com/2658-6843/article/view/109897/ru_RU. DOI: 10.36425/rehab109897.

4. Буйлова Т. В., Бодрова Р. А., Петрова Р. В. Реабилитационный диагноз на основе международной классификации функционирования (МКФ) у пациентов, перенесших эндопротезирование суставов нижних конечностей // Вестник восстановительной медицины. 2022. Т. 21. № 2. С. 17–26. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatationnyy-diagnoz-na-osnove-mezhdunarodnoy-klassifikatsii-funktsionirovaniya-mkf-u-patsientov-perenesshih (дата обращения: 25.08.2026).

5. Бебякин Д. В. Нарративный подход в подготовке среднего медицинского персонала // Профессиональное образование в современном мире. 2025. Т. 15. № 1. С. 82-88. URL: https://profed.edubiotech.ru/jour/article/view/1282. DOI: 10.20913/2618-7515-2025-1-10 (дата обращения: 25.08.2026).

6. Селеев С. С. Внедрение нарративной медицины в образовательную и клиническую практику: организационные решения и инструменты. Аналитический обзор // Социальные аспекты здоровья населения. 2025. Т. 71. № 5. С. 6. URL: http://mednet.ru (дата обращения: 25.08.2026). DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-5-6.

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н “Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых” [Электронный ресурс]. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/ (дата обращения: 16.07.2026).

8. Aftenberger H., Taxer B. ICF in Bachelor degree programs – the implementation of the ICF in the clinical reasoning process of physical therapists for neurological patients – optimizing the health curriculum for comprehensive patient care // Frontiers in Rehabilitation Sciences. 2024. Vol. 5. P. 1412163. DOI: 10.3389/fresc.2024.1412163.

9. Muscolino G. M., Jensen G. M. Clinical reasoning and decision-making in physical therapy: facilitation, assessment, and implementation. First Ed. New York: Routledge; 2024. 352 p. DOI: 10.4324/9781003523130.

10. Kelley J. M., Kraft-Todd G., Schapira L., Kossowsky J., Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of

randomized controlled trials // PLoS One. 2014. Vol. 9. Is. 4. P. e94207. DOI: 10.1371/journal.pone.0094207.

11. Dalla Rosa D., Chiffi D., Andreoletti M. Philosophy and Clinical Reasoning in Rehabilitation Sciences: Bridging the Gap // Global Philosophy. 2024. Vol. 34. Is. 10. DOI: 10.1007/s10516-024-09711-8.

12. Charon R. At the membranes of care: stories in narrative medicine // Academic Medicine. 2012. Vol. 87. Is. 3. P. 342-347. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182446fbb.

13. Huang Y., Wang Y., Yang J., Johansson L., Ma B., Zhang X., Lu Q., Wang Y., Zhao Y. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in dementia research and practice: A scoping review // Aging and Mental Health. 2023. Vol. 27(2). P. 357–371. DOI: 10.1080/13607863.2022.2053835.

14. Janerka C., Leslie G. D., Gill F. J. Development of patient-centred care in acute hospital settings: A meta-narrative review // International Journal of Nursing Studies. 2023. Vol. 140. P. 104465. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104465.

15. Tseng T. C., Kuo P. Y., Lin M. J., Chu S. Y. Narrative medicine in pediatric medical education and patient care: A scoping review // Tzu Chi Medical Journal. 2025. Vol. 37. Is. 2. P. 167-174. DOI: 10.4103/tcmj.tcmj_181_24.

16. Cattaneo R. A., González N., Leafe A., Fleishman R. Pediatric Resident Perceptions of a Narrative Medicine Curriculum // Journal of Medical Humanities. 2024. Vol. 45. Is. 2. P. 157-169. DOI: 10.1007/s10912-023-09817-x.

17. Pu H., Bachrach L. K., Blankenburg R. Finding Meaning in Medicine: Pediatric Residents' Perspectives on Humanism. Acad Pediatr. 2022. Vol. 22. Is. 4. P. 680-688. DOI: 10.1016/j.acap.2021.12.007.

18. Scott-Conner C. E. H., Agarwal D. Applications of Narrative Medicine to Surgical Education // The American Surgeon. 2022. Vol. 88. Is. 12. P. 2851-2856. DOI: 10.1177/00031348211029851.

19. Zaharias G. What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1 // Canadian Family Physician. 2018. Vol. 64. Is. 3. P. 176-180. PMID: 29540381; PMCID: PMC5851389.

20. Cencetti M., Brogan L., Carusotto A.F., Karnish K. What methods are being used to teach clinical reasoning in physical therapy education and are they effective? A systematic review of literature // Physiotherapy Quarterly. 2023. Vol. 31. Is. 3. P. 20-29. DOI: 10.5114/pq.2023.127871.

21. Huang C. D., Asdary R. N., Mauludina Y. S., Huang Y., Monrouxe L. The influence of narrative medicine on medical students' readiness for holistic care practice: A realist synthesis // Med Educ. 2026. Vol. 60. Is. 3. P. 230-246. DOI: 10.1111/medu.70024. Epub 2025 Aug 22. PMID: 40844184; PMCID: PMC12913228.

22. Cunningham S., Kessinger M., Mott A., Carter M., Plassmann C., Downs M., South C.B. Exploring the relationship of diagnostic reasoning, self-efficacy, and clinical reasoning of physical therapy students // Journal of Clinical Education in Physical Therapy. 2025. Vol. 7. DOI: 10.52214/jcept. v7.12901.

23. Makkonen K., Korpi H., Sjögren T. Clinical reasoning competence of finnish physiotherapy students – cross-sectional study // European Journal of Physiotherapy. 2025. Vol. 28. Is. 1. P. 39–50. DOI: 10.1080/21679169.2025.2469104.

24. Ramakrishnan S., Gabor M. G., Kamalakannan S., Bairappareddy K. C., Shanmugam S., Abukari A. Barriers and facilitators for physiotherapy students' clinical reasoning skills: a case study // Research in Post-Compulsory Education. 2025. Vol. 30. № 4. P. 785-798. DOI: 10.1080/13596748.2025.2550851.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования.

Financing: The research was performed without external funding.