

Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в неврологической практике

И. П. Ястребцева¹, А. Е. Баклушин¹, А. В. Кочетков²

¹ Ивановская государственная медицинская академия

² Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, г. Москва

Целью работы явилась оценка нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности у пациентов с патологией неврологического профиля. Представлен клинический пример больного с церебральным инсультом с подробным анализом нарушенных функций, структурных изменений и ограничений повседневной активности. Оценка нарушений дана с помощью Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Показано, что эта классификация подходит для индивидуального менеджмента реабилитационных программ с оценкой различных аспектов здоровья.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), реабилитация, инсульт.

Use of International Classification of Functioning, Disability and Health in Neurological Practice

I. P. Iastrebtseva¹, A. E. Baklushin¹, A. V. Kochetkov²

¹ Ivanovo State Medical Academy

² Institute of Advanced Training, Federal Medical and Biological Agency, Moscow

The purpose of this research was to assess functional impairment and disability in patients with neurological disorders. This paper describes a clinical case involving a stroke patient and includes a detailed analysis of functional impairment, structural changes, and limitation in activities of daily living observed in this patient. The observed changes were assessed using the International Classification of Functioning, Disability and Health. The study showed that this classification is helpful to individually tailor and adjust rehabilitation programs that include an assessment of different health states.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, rehabilitation, stroke.

В настоящее время реабилитация представляется как мультидисциплинарный и межотраслевой менеджмент функционального здоровья личности. В основе современного процесса реабилитации, а именно в методологии постановки мультидисциплинарной командой ее специфических целей и задач для каждого конкретного пациента, важное место отводится применению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, или International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF), принятой ВОЗ в 2001 г. Использование отдельных шкал не позволяет провести системный анализ состояния здоровья пациента, определить краткосрочную и долгосрочную цель медицинской реабилитации. В МКФ все составляющие здоровья оцениваются по общей шкале. Используя МКФ, можно на уровне организма, личности и общества довольно точно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности вне зависимости от вызвавших их причин, что позволяет обосновать необходимость и объем реабилитационных мероприятий.

В основе концепции МКФ лежат общие принципы, связанные с биопсихосоциальной моделью инвалидности. МКФ позволяет дать характеристику показателей здоровья и связанных с ним составляющих благополучия. В классификации используется стандартизованный язык — буквенно-цифровая система. Это позволяет одинаково понимать и обсуждать проблемы здоровья и здравоохранения в различных областях медицины во всем мире. МКФ представлена в двух версиях с различной степенью детализации. Базовая версия МКФ в интерактивном веб-формате может служить справочным материалом и практическим инструментом для создания функционального профиля пациента. МКФ — это многоцелевая классификация, разработанная для использования в различных дисциплинах и областях.

Приведем клинический пример использования МКФ в процессе нейрореабилитации пациента с инсультом с развитием двигательных и речевых нарушений.

Больной И., 64 лет. Контакт с пациентом затруднен ввиду речевых нарушений. Жалобы и анамнез болезни собраны со слов жены.

Баклушин Алексей Евгеньевич — д. м. н., проректор по последипломному образованию и клинической работе, заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института последипломного образования ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. 153012, г. Иваново, Шереметевский пр-т, д. 8. E-mail: bas63@mail.ru

Кочетков Андрей Васильевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой реабилитационной и спортивной медицины ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА Минздрава России. 125372, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91. E-mail: kochetkov@inbox.ru

Ястребцева Ирина Петровна — д. м. н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. 153012, г. Иваново, Шереметевский пр-т, д. 8. E-mail: ip.2007@mail.ru

Жалобы на:

- слабость в правой руке и ноге, больше выраженную в кисти;
- онемение правых конечностей;
- нарушение речи, затруднение подбора и произношения слов, формулирования фраз и предложений;
- головокружение, усиливающееся при перемене положения тела, нарушение координации движений;
- шум в ушах;
- нечеткость зрения;
- подъем артериального давления (АД) до 180/100 мм рт. ст., сопровождающийся учащенным сердцебиением, при смене метеоусловий;
- общую слабость;
- одышку при физической нагрузке.

Анамнез болезни. Пациент длительно страдает гипертонической болезнью, наблюдается у терапевта по месту жительства. Регулярно принимает гипотензивные препараты и статины.

Заболел остро 07.06.14, когда после ночного сна на фоне повышения АД до 200/120 мм рт. ст. появилась небольшая слабость в правых конечностях и нарушилась речь. Постепенно в течение 5 часов степень слабости в правых конечностях и нарушения речи возросла до выраженной. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и пациент по экстренным показаниям был доставлен в региональный сосудистый центр областной клинической больницы г. Иваново, где проходил лечение с диагнозом «ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии».

На фоне проведенного лечения состояние улучшилось: увеличилась сила в правой руке и ноге, пациент стал уверенно передвигаться, улучшилась речь. В связи с сохранившимся функциональным дефектом вследствие двигательных и речевых нарушений и наличием реабилитационного потенциала пациент был направлен на реабилитационное лечение.

Инфаркт головного мозга при наличии функционального дефекта и реабилитационного потенциала является показанием для этапного реабилитационного лечения. С учетом оценки состояния тяжести пациента по шкале Рэнкина в 3 балла (умеренное по выраженности нарушение жизнедеятельности; пациент нуждается в некоторой помощи со стороны, но передвигается без посторонней помощи), ему показано направление на второй этап реабилитации (круглосуточный стационар) в реабилитационный центр или отделение реабилитации.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит (вне обострения).

Общий статус. Состояние удовлетворительное. Рост 172 см. Вес 73 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка выражена умеренно. Лимфатические узлы основных групп не увеличены. Щитовидная железа визуально и пальпаторно не увеличена.

Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, 78 уд/мин, дефицита пульса нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 78 уд/мин. АД на правой и левой руках 140/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16/мин. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пастозность тыльной поверхности стоп. Мочеиспускание

не изменено, свободное. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус

Черепные нервы

I пара. Обоняние сохранено.

II пара. Острота зрения сохранена с обеих сторон. Поля зрения по Дондерсу не ограничены.

III, IV, VI пары. Глазные щели D = S. Зрачки округлой формы, равномерно сужены, D = S. Зрачковые реакции снижены, D = S. Конвергенция отсутствует. Объем активных движений глазных яблок не ограничен. Реакция на аккомодацию сохранена.

V пара. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны при пальпации. Функция жевательных мышц сохранена.

VII пара. Сглаженность правой носогубной складки. Вкус сохранен.

VIII пара. Мелкокомпонентный горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны. Системное головокружение не выявлено. Острота слуха сохранена (шепотная речь с обеих сторон определяется с 6 метров).

IX, X пары. Голос не изменен, мягкое нёбо подвижно, язычок по средней линии. Глотание и фонация свободные. Глоточные и нёбные рефлексы живые. Вкус на задней трети языка сохранен.

XI пара. Функция грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц сохранена.

XII пара. Язык отклоняется вправо. Фасцикуляции, атрофии мышц языка отсутствуют.

Двигательная сфера. Легкое повышение мышечного тонуса по пирамидному типу в правой руке. Гипотрофии мышц не выявляется. Фасцикулярные и фибриллярные подергивания мышц отсутствуют. Объем активных и пассивных движений конечностей справа ограничен на 20°.

Сила мышц, измеренная ручным способом по 6-балльной шкале, в правых конечностях равномерно снижена до 4 баллов. В левых конечностях сила не снижена.

Рефлекторная сфера. Глубокие рефлексы с рук и ног D > S (высокие справа, живые слева). Рефлекс Бабинского справа. Клонус стопы справа. Брюшные и подошвенные рефлексы отсутствуют. Защитные рефлексы отсутствуют. Рефлексы орального автоматизма не выявлены.

Координаторная сфера. Пальце-носовую пробу выполняет с легким мимопаданием справа (до 3 мм). Пяточно-коленную пробу выполняет неуверенно из-за пареза (на 2 секунды медленнее справа по сравнению с левой стороной). Признаков гиперметрии и дисдиадохокinesis нет. В позе Ромберга падает в разные стороны. Гиперкинезов нет. Амнистатический симптомокомплекс не выявлен.

Наличие эпилептических приступов пациент отрицает.

Чувствительная сфера. Гемигипестезия справа. Менингеальных знаков нет.

Вегетативные функции. Патологии вегетативных функций не выявлено. Потоотделение, слюноотделение не изменены.

Трофические расстройства не выявлены.

Тазовые функции сохранены.

Высшие психические функции. Сознание ясное. Когнитивные функции снижены за счет афазии. Речь невнятная, отмечается существенное затруднение с подбором и воспроизведением слов и предложений, а также со счетом. Обращенную речь понимает.

Сон не нарушен. Эмоционально устойчив.

Ограничения жизнедеятельности. При поступлении на реабилитационное лечение 28.06.2014 больной садится самостоятельно в постели. Сидит без опоры. Встает с подержкой. По квартире ходит самостоятельно с опорой, на улице — с посторонней помощью.

У пациента имеются легкие ограничения в бытовой жизни. Затруднено посещение магазинов, а именно: перемещение внутри магазина, чтение этикеток и ценников, общение с продавцами, подсчет суммы и сдачи. Ему трудно самостоятельно готовить пищу и выполнять работу по дому (мытьё полов, глажку белья, мытьё посуды). Отмечаются умеренные ограничения мобильности (за счет нарушения точных движений кисти и затруднения ходьбы) и самообслуживания (в виде затруднений при приеме пищи, питье и одевании); умеренные ограничения в общении и межличностных взаимоотношениях (за счет умеренных нарушений экспрессивной речи).

Данные дополнительных методов обследования

Мультиспиральная компьютерная томограмма головного мозга от 07.06.2014 (рис. 1). Кистозно-глиозные изменения в левой теменной и височной долях размером 1,5 × 2,5 × 3 мм.

Электрокардиограмма от 07.06.2014. ЧСС 74 уд/мин. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ мочи и крови от 07.06.2014 без патологии.

Биохимический анализ крови от 07.06.2014. Холестерин общий 6,30 ммоль/л; холестерин липопротеинов низкой плотности 3,21 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности 0,65 ммоль/л; креатинин 105 мкмоль/л; триглицериды 1,08 ммоль/л; билирубин общий 10,5 мкмоль/л; глюкоза 4,86 ммоль/л; калий 3,9 ммоль/л; натрий 143,1 ммоль/л; аспаратаминотрансфераза 23,5 Ед/л; аланинаминотрансфераза 28,3 Ед/л.

Коагулограмма от 07.06.2014. Активированное частичное тромбопластиновое время 36,7 с; международное нормализованное отношение 2,2; протромбиновое время 9,6 с; фибриноген 4 г/л.

Офтальмоскопия от 07.06.2014. Атеросклеротическая ангиопатия сетчатки с обеих сторон.

Ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий от 07.06.2014 (рис. 2). Артерии на шее проходимы, кровоток магистральный. Комплекс интима-медиа утолщен в области бифуркаций обеих общих сонных артерий: справа до 1,5 мм, слева до 1,2 мм, дифференцировка на слои частично нарушена. Внутрипросветных образований на шее нет.

Транскраниальная доплероскопия от 07.06.2014. Кровоток по обеим глазничным артериям антеградный, симметричный. Церебральный кровоток магистрального типа (D = S). Линейная скорость кровотока снижена (по средней мозговой артерии 74 см/с, индекс резистентности — 0,59). Тонус, периферическое сопротивление сосудов не повышены. Кровоток по III–IV сегментам обеих позвоночных артерий антеградный, сниженный (D = S). Цереброваскулярный резерв снижен. Признаки венозной дисгемии по позвоночным сплетениям (сброс по прямому синусу 38 см/с). Вертеброгенное воздействие на гемодинамику.

Диагноз при поступлении в реабилитационный центр 06.08.2014: Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии от 07.06.2014 (атеротромботический вариант). Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. Хроническая сердечная недостаточность I степени.

Функциональный класс I (b4.2 по МКФ). Атеросклероз церебральных артерий. Гемодинамически незначимый стеноз в области бифуркации общей сонной артерии справа — 64% по площади и 47% по диаметру. Правосторонний легкий центральный гемипарез до умеренного в кисти с умеренным ограничением способности к выполнению точных движений кистью, легким ограничением функции ходьбы, ограничением самообслуживания — умеренным по активности и легким по участию (по МКФ b730.2; активность (A): d440.2, b450.1, d5.2; участие (P): d440.2, d450.1, d5.1). Умеренная моторная афазия с умеренным ограничением способности обучаться и применять знания, функции общения, функции активной речи — умеренным по активности, легким по участию (по МКФ b167.2; A: d1.2, d170.2; d3.2, d330.2; d345.2; P: d3.1, d330.1; d345.1).

Диагноз согласно классификациям:

МКБ-10: I63.4; I67.2; I11; I48.

МКФ: b4.3, b730.2, b735.1; b167.2; A: d440.2, b450.1, d5.1, d3.2, d330.2; d345.2; P: d440.1, d450.1, d5.1, d1.2, d170.2; d3.1, d330.1; d345.1.

Реабилитационный прогноз у пациента благоприятный, реабилитационный потенциал сохранен.

Цель данного курса реабилитации:

- научить пациента самостоятельно держать чашку при питье;
- научить уверенно без посторонней помощи перемещаться в быстром темпе в пределах помещений;
- улучшить речевые функции для свободного повседневного общения и межличностных взаимоотношений.

Рис. 1. Компьютерная томограмма головного мозга пациента И., 64 лет. Аксиальная проекция. Фото авторов

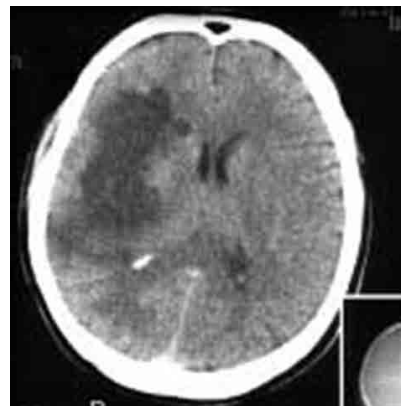
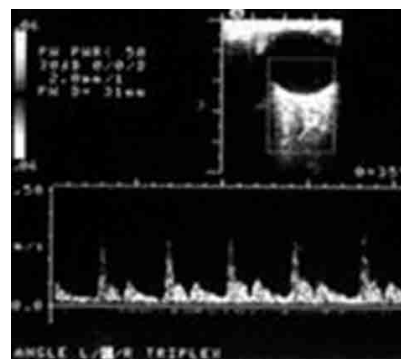


Рис. 2. Ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий пациента И., 64 лет. Фото авторов



Проведен курс реабилитации:

- с целью увеличения силы и объема движений в правых конечностях, разработки мелкой моторики пальцев правой кисти, обучения самообслуживанию, повышения толерантности к нагрузкам проводилась кинезиотерапия: занятия на тренажерах THERA-Vital, Armeo Spring, Kinetec Maestra; активно-пассивная разработка суставов, лечение положением;
- занятия с логопедом;
- с целью улучшения микроциркуляции, нейротрофики применялась нейрометаболическая и вазоактивная терапия (ницерголин 10 мг 3 раза в день, глицин 0,3 г 3 раза в день под язык, холина альфосцерат 0,4 мг 3 раза в день).

Физиотерапевтическое лечение не проводилось ввиду наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

В результате курса реабилитации состояние улучшилось:

- уменьшились ограничения мобильности и самообслуживания с умеренных до легких: пациент научился самостоятельно держать чашку при питье, уверенно без помощи перемещаться в быстром темпе в пределах помещений;
- увеличились сила и объем произвольных движений в дистальных отделах правой руки с 3 до 4 баллов, в правой ноге до 5 баллов;
- полностью регрессировал пирамидный гипертонус в мышцах правой руки;
- регрессировали с умеренных до легких нарушения экспрессивной речи, пациент стал достаточно уверенно использовать в речи слова, строить простые фразы;
- регрессировали до легких ограничения способности обучаться и применять знания, что позволяет свободно осуществлять повседневное общение и межличностные взаимоотношения;
- возросла толерантность к физическим нагрузкам;
- стабилизировалось АД.

Снизился показатель бытовой зависимости по шкале Рэнкина на 1 балл от уровня, достигнутого на первом этапе: с 3 баллов (умеренное по выраженности нарушение жизнедеятельности; пациент нуждается в некоторой помощи со стороны, но передвигается без посторонней помощи) до 2 баллов (легкое нарушение функций жизнедеятельности; пациент не способен выполнять ряд своих прежних обязанностей, но может справляться со своими делами без посторонней помощи). Такая динамика является критерием эффективности проведенного реабилитационного лечения.

У пациента сохранились легкие ограничения в бытовой жизни за счет двигательных нарушений в правой руке, пальцах кисти и расстройстве речи.

В *таблицах 1–3* представлена оценка состояния пациента согласно МКФ при поступлении и выписке из реабилитационного центра.

Таким образом, диагноз по МКФ при поступлении: b167.2, b730.2, b735.1, b420.2. По активности (А) и участию (Р) — d170.2, А — d330.2, Р — d330.1, d345.2, А, Р — d440.2, А, Р — d450.1, А, Р — d550.1, А — d540.2, Р — d540.1, А — d560.2, Р — d560.1, А, Р — d620.1, А, Р — d630.1, А, Р — d640.1, А — d7.2, Р — d7.1.

Диагноз по МКФ при выписке: **b167.1, b730.1, b735.0, b420.1**. А, Р — d170.2, **А — d330.1, Р — d330.0, d345.1**, А, Р — **d440.1**, А — d450.1, Р — **d450.0**, А, Р — d550.1, А — d540.2, Р — d540.1, А — d560.2, Р — d560.1, А, Р — **d620.0**, А, Р — **d630.0**, А, Р — **d640.0**, А — d7.2, Р — d7.1.

Диагноз при выписке 11.07.2014 после проведенного курса реабилитации: Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии от 07.06.14 (атеротромботический вариант), ранний восстановительный период. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. Хроническая сердечная недостаточность I степени. Функциональный класс I (b4.2 по МКФ). Атеросклероз церебральных артерий. Гемодинамически незначимый стеноз в области бифуркаций общей сонной артерии справа — 64% по площади и 47% по диаметру. Правосторонний легкий центральный гемипарез с легким ограничением способности к выполнению точных движений кистью, легким ограничением функции ходьбы, легким ограничением самообслуживания по активности и участию (b730.1; А: d440.1, b450.1, d5.1; Р: d440.1, d450.1, d5.1). Легкая моторная афазия с легким ограничением функции общения, функции активной речи по активности и участию (b167.1; А: d1.1, d170.1; d3.1, d330.1; d345.1; Р: d3.1, d330.1, d345.1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) подходит для индивидуального менеджмента реабилитационных программ в разных областях медицины. МКФ, как и МКБ-10, принадлежит к международным классификациям, разработанным ВОЗ для оценки различных аспектов здоровья. Эти классификации дополняют друг друга и обеспечивают общие правила кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем (таких как диагноз, функционирование, ограничение возможностей, основание для обращения за медицинской помощью). В них применяются унифицированный язык

Таблица 1

Оценка структур организма у пациента И., 64 лет, по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Пункты МКФ	Степень нарушения	
	при поступлении	при выписке
s110 Структура головного мозга, s11002 Теменная доля	2 — умеренное нарушение	2 — умеренное нарушение
s410 Сердечно-сосудистая система, s41000 Предсердия	3 — тяжелое нарушение	2 — умеренное нарушение
s420 Система крови	2 — умеренное нарушение	2 — умеренное нарушение

Примечание. Здесь и в последующих таблицах красным цветом выделены пункты МКФ, степень выраженности которых изменилась за время пребывания в клинике.

Оценка функций организма у пациента И., 64 лет, по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Пункт МКФ	Степень нарушения	
	при поступлении	при выписке
b730 Сила мышц проксимальных отделов руки	1 — легкое нарушение	1 — легкое нарушение
b730 Сила мышц дистальных отделов руки	2 — умеренное нарушение	1 — легкое нарушение
b730 Сила мышц проксимальных отделов ноги	1 — легкое нарушение	0 — нет нарушения
b730 Сила мышц дистальных отделов ноги	1 — легкое нарушение	0 — нет нарушения
b735 Тонус мышц руки	1 — легкое нарушение	0 — нет нарушения
b735 Тонус мышц ноги	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b710 Подвижность суставов верхней конечности	2 — умеренное нарушение	1 — легкое нарушение
b710 Подвижность суставов нижней конечности	1 — легкое нарушение	0 — нет нарушения
b235 Атаксия, в том числе вестибулярные функции	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b735 Акинетико-ригидный синдром	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b765 Гиперкинетический синдром	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b235 Статические нарушения контроля баланса	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b235 Динамические нарушения контроля баланса	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b167 Нарушения экспрессивной речи	2 — умеренное нарушение	1 — легкое нарушение
b167 Нарушения импрессивной речи	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b117 Интеллект	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b140 Внимание	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b144 Память	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b134 Сон	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b152 Эмоционально-волевые функции	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b280 Боль	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b270 Нарушения болевой чувствительности	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b260 Нарушения глубокой чувствительности	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b230 Нарушения слуха	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b2 Нарушения чувствительности на лице	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b280 Вертебральный синдром	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b215 Глазодвигательные нарушения (функции структур, примыкающих к глазу)	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b730 Парез лицевой мускулатуры	1 — легкое нарушение	1 — легкое нарушение
Бульбарный синдром (функции голоса b310, функции артикуляции b320, функции приема пищи b510)	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
Псевдобульбарный синдром (функции голоса b310, функции артикуляции b320, функции приема пищи b510)	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b730 Сила мышц языка	1 — легкое нарушение	1 — легкое нарушение
b620 Нарушения мочеиспускания	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b525 Нарушения дефекации	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b410 Функции сердца	1 — легкое нарушение	1 — легкое нарушение
b420 Артериальное давление	2 — умеренное нарушение	1 — легкое нарушение
b440 Функции дыхания	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b5 Функции, связанные с пищеварительной системой	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b5 Функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b540 Общие метаболические функции	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b550 Функции терморегуляции	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b555 Функции эндокринных желез	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения
b6 Мочеполовая и репродуктивная функции	0 — нет нарушения	0 — нет нарушения

Оценка сфер жизнедеятельности у пациента И., 64 лет, по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Пункты МКФ	Ограничение			
	при поступлении		при выписке	
	активность	участие	активность	участие
d1 Способность обучаться и применять знания	2 — умеренное	2 — умеренное	2 — умеренное	2 — умеренное
d160 Концентрация внимания	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d163 Мышление	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d166 Чтение	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d170 Письмо	2 — умеренное	2 — умеренное	2 — умеренное	2 — умеренное
d172 Вычисление	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d3 Общение	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое
d310 Восприятие устных сообщений	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d330 Активная речь	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое	0 — нет
d345 Письменное общение	2 — умеренное	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое
d4 Мобильность	2 — умеренное	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое
d440 Способность к выполнению точных движений кистью	2 — умеренное	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое
d450 Ходьба	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое
d5 Самообслуживание	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое
d510 Способность помыться	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d520 Способность к личной гигиене	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d530 Физиологические отправления	0 — нет	0 — нет	0 — нет	0 — нет
d550 Прием пищи	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое
d540 Одевание	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое
d560 Питье	2 — умеренное	1 — легкое	1 — легкое	1 — легкое
d7 Межличностные взаимодействия и взаимоотношения	2 — умеренное	1 — легкое	2 — умеренное	1 — легкое

и формулировки, позволяющие использовать стандартизованный подход в здравоохранении всех стран мира. Применение обеих классификаций позволяет получить более широкую и значимую картину здоровья людей или

популяции, которая может быть использована на международном уровне как для описания и сравнения популяционных данных о здоровье, так и для принятия решений о дальнейшей тактике реабилитации.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Ибраева К. Б. Оценка функционального статуса больных нейрохирургического профиля с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Астана, 2011. 27 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // ЛФК и массаж. 2004. № 3 (12). С. 3–8.
3. Международная классификация болезней (МКБ-Х). М., 1995. Т. I. 158 с.

4. Использование стандартизованных показателей Международной функциональной классификации (МКФ) по медико-социальной реабилитации / Под ред. В. А. Исановой. Казань, 2008. 36 с.
5. Hurn Kneebone I., Cropley M. Goal setting as an outcome measure: A systematic review // Clin. Rehabil. 2006. Vol. 20. N 9. P. 756–772.
6. Scobbie L., Dixon D., Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework // Clin. Rehabil. 2011. Vol. 25. N 5. P. 468–482. 