

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ И ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 614.39

**Иванова Г.Е.^{1,2}, Мельникова Е.В.^{1,2}, Шамалов Н.А.^{1,2}, Бодрова Р.А.^{1,4}, Шмонин А.А.^{1,3}, Суворов А.Ю.^{1,2},
Нырк Г.В.¹, Тулупов Д.О.¹**

¹Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России»

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁴«Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России», Казань, Россия

USING THE ICF AND RATING SCALES IN MEDICAL REHABILITATION

**Ivanova G.E.^{1,2}, Melnikova E.V.^{1,2}, Shamalov N.A.^{1,2}, Bodrova R.A.^{1,4}, Shmonin A.A.^{1,3}, Suvorov A.U.^{1,2},
Nyrkov G.V.¹, Tulupov D.O.¹**

¹Russian public organization «All-Russian union rehabilitators» «ARUR»

²FSBEI HE N.I. Pirogov RNRMU MOH, Russia

³FSBEI HE I.P. Pavlov SPbSMU MOH, Russia

⁴FSBEI FPE RMACPE MOH, Russia

Реабилитация является актуальной стратегией здравоохранения и рассматривается как комплекс мероприятий, направленных на помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности для достижения и поддержания оптимального функционирования во взаимодействии с окружающей их средой. Как междисциплинарная область знаний реабилитационная медицина занимается поиском и изучением средств улучшения функционирования посредством разработки эффективных методов диагностики и лечения, снижения нарушений, а также профилактики осложнений [1].

Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет медицинскую реабилитацию как комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество [2].

В последние годы для оценки изменений состояния здоровья пациента на всех этапах лечения применяются

оценочные шкалы, использование которых по отдельности не позволяет провести системный анализ состояния здоровья человека. Со временем стали понятны их положительные и отрицательные стороны и возник вопрос, возможно ли собрать различные инструменты оценки различных аспектов, влияющих на состояние пациента и возможности коррекции нарушений в единую систему.

22 мая 2001 года на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в качестве международного стандарта для описания и оценки состояния здоровья и инвалидности Всемирной организацией здравоохранения была принята Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ). МКФ представляет собой универсальную классификацию для оценки здоровья всего организма в целом и связанных с ним проблем, ограничивающих жизнедеятельность пациента. Ее универсальность заключается в том, что она применима не только к людям разного возраста с ограниченными возможностями, но и ко всем людям. При любом изменении здоровья эти показатели могут быть описаны с помощью МКФ.

МКФ непрерывно развивается и сегодня включает более 1,6 тыс. различных категорий [3]. Значительный объем классификации существенно затрудняет ее практическое применение. В таком виде МКФ более востребована как инструмент для научных исследований, а не практической деятельности врача-клинициста [4–6]. На практике чаще применяют сокращенные варианты классификации с набором определенных информативных признаков

(оптимального симптомокомплекса) при конкретных нозологических формах заболеваний, это так называемые базовые наборы (БН) [7, 8]. Формирование БН происходит по результатам исследований, основанных на многотысячных выборках, в которых принимают участие, как профессионалы здравоохранения, так и эксперты смежных специальностей. Консенсус достигается с участием группы международных экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) из шести регионов (Африки, Восточного Средиземноморья, Юго-Восточной Азии, Западного тихоокеанского побережья, Европы и США) [3]. В настоящее время разработаны и находятся в открытом доступе 34 БН МКФ по наиболее распространенным нозологическим формам заболеваний [9]. Например, спондилоартрит, болевой синдром, остеопороз, артрит, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, инсульт, депрессия, рак и др. БН МКФ являются основой комплексной оценки и описания всех аспектов функционирования пациента [4].

МКФ состоит из двух разделов, каждый из которых имеет две части. Раздел 1. Функционирование и инвалидность: а) функции и структуры организма; б) активность и участие. Раздел 2. Контекстные факторы: а) факторы окружающей среды; б) личностные факторы. Каждый компонент состоит из различных глав и категорий, которые являются единицами классификации (рис. 1).

Таким образом, МКФ включает в себя 4 основные составляющие: функции организма, структуры организма, активность и участие, факторы окружающей среды.

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие как органы, части тела (напр. конечности) и их компоненты.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом. Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Вся жизнь человека, развитие нарушений и болезней, их возможное излечение или привыкание к новым условиям жизни происходит при непосредственном участии этих четырех факторов, находящихся в динамическом равновесии. (рис. 1 Структура МКФ) Уникальной особенностью классификации является предоставляемая врачу или другому специалисту, занимающемуся проблемами качества жизни пациента разделить патологи-

ческий процесс, безусловно лежащий в основе развивающихся дефектов, нарушений функций и жизнедеятельности, и возможности человеческого организма к восстановлению, обретению новых функций и новой роли в социальном окружении. Улучшению качества жизни не только за счет собственных ресурсов, но и с помощью извне: медицинские технологии, инженерные решения, семья, друзья, религиозные и культурные традиции и др.

Каждая составляющая включает в себя ряд доменов. Домены включают в себя определенный перечень категорий, являющихся единицами классификации. Каждая категория имеет свой код. Кроме того каждая категория оценивается как минимум одним определителем (табл.2). Определителями называют числовые коды, которые определяют степень или величину функционирования (ограничения жизнедеятельности) в этой категории или величину того, в какой степени фактор окружающей среды выступает как фактор облегчения или барьер. Существует 2 вида определителей. Первый определитель общий для всех разделов составляющих МКФ, второй определитель даёт более подробную информацию по каждой составляющей. Определители могут быть с негативной шкалой оценки, для обозначения величины и выраженности нарушения, или с позитивной шкалой, для обозначения каких-либо облегчающих и позитивно влияющих факторов окружающей среды. Именно эта буквенно-цифровая система МКФ – стандартизированный язык, который используется коллегами по всему миру и позволяет общаться с на одном языке специалистами самых разных стран.

Все составляющие, классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие, и факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы:

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...)	0–4%
xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...)	5–24%
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...)	25–49%
xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...)	50–95%
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...)	96–100%
xxx.8	не определено
xxx.9	не применимо

Эта шкала используется для получения информации о первом определителе.



Рис. 1. Структура МКФ

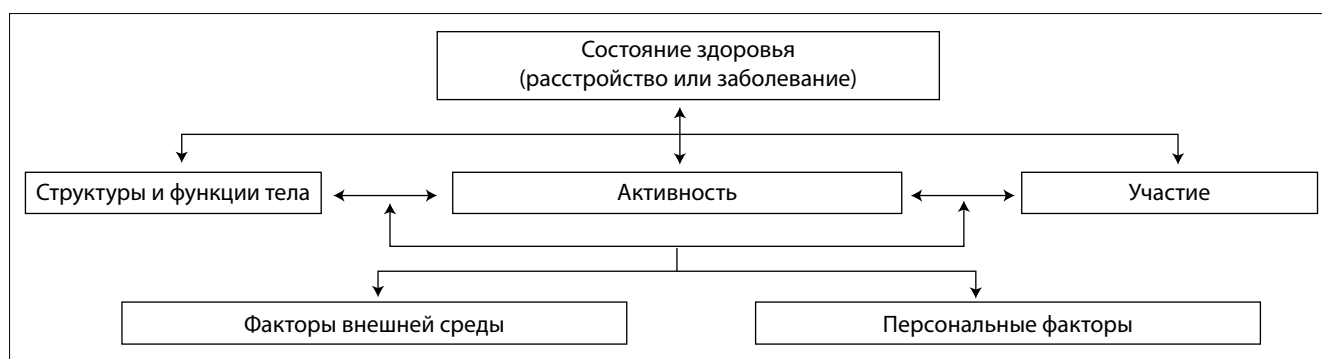


Рис. 2. Компоненты биопсихосоциальной модели МКФ

Функции организма обозначаются только первым определителем с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения. Пример: b2351.3 обозначает тяжёлое нарушение вестибулярной функции равновесия. Структуры организма можно охарактеризовать двумя определителями. Первый – общий определитель с негативной шкалой оценки, а второй – используется для обозначения характера изменений соответствующей структуры организма. Пример: s73012.35 тяжёлое нарушение структуры мышцы предплечья и её нарушение целостности.

Активность и участие обозначают первым определителем с негативной шкалой оценки, который отражает реализацию, и вторым общим определителем, который отражает потенциал, т.е. потенциальную возможность. Пример: d5101.1 – обозначает лёгкие трудности при мытье всего тела, с использованием вспомогательного оборудования, которое доступно индивиду в его реальном окружении. d5101.1.2 обозначает умеренные трудности при мытье всего тела, и то, что эти умеренные трудности возникают в случае отсутствия посторонней помощи или вспомогательного оборудования.

Факторы окружающей среды обозначаются одним общим определителем с негативной и позитивной шкалами, обозначающими степень выраженности барьеров или облегчающих факторов. Пример: e1101.3 обозначает, что лекарственные вещества служат тяжёлым барьером, e1101+2 – лекарственные вещества служат умеренным облегчающим фактором.

Использование МКФ определено специфическими целями, а именно:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определения их факторов;
- сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;
- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;
- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья. [10]

Можно привести следующие примеры использования МКФ.

Пациентка А., 50 лет поступила в отделение ОНМК с диагнозом: Ишемический инсульт в вертебро-базиллярной системе. В анамнезе гипертоническая болезнь

3 стадии, 3 степени, риск 4; Сахарный диабет II типа, в стадии компенсации (компенсирован диетой); Ожирение II степени. Отмечается эпизоды умеренного головокружения и тошноты. В последние 3 месяца стала отмечать быструю утомляемость. Испытывает стресс по поводу госпитализации. Отмечает связь повышения артериального давления с колебаниями атмосферного давления. При обследовании выраженный атеросклероз нижних конечностей. На УЗИ органов брюшной полости лёгкие изменения структуры поджелудочной железы.

Основные рекомендуемые домены нарушения функций, структур, активности и участия и их расшифровка:

- b 2351.2 – умеренное нарушение вестибулярного равновесия
- b 2401.2 – умеренное нарушение, связанное с появлением головокружения
- b 4202.3 – выраженное нарушение поддержания артериального давления
- b 4550.2 – умеренное нарушение общей физической выносливости
- b 4552.2 – умеренная утомляемость
- b 5401.1 – легкое нарушение углеводного обмена
- b 5403.2 – умеренное нарушение обмена жиров
- s 4101.3 – выраженные нарушения структуры артерий
- s 4102.3 – выраженные нарушения структуры вен
- s 550.1 – легкие нарушения структуры поджелудочной железы
- d 2401.1 – легкие затруднения при преодолении стресса
- d 2402.1 – легкие затруднения при преодолении кризисных ситуаций
- d 4501.2 – умеренные затруднения при ходьбе на дальние расстояния
- e 1101+3 – значительное облегчение при помощи лекарственных веществ
- e 2252.1 – незначительный барьер в виде колебания атмосферного давления.

Для врачей клиницистов одним из главных критериев использования МКФ является возможность сформулировать реабилитационный диагноз, который в свою очередь позволяет определить цель, задачи, программу реабилитации, а в дальнейшем оценить эффективность реабилитационных мероприятий.

Реабилитационный диагноз представляет собой описание возникших у пациента вследствие заболевания/повреждения нарушений функций органов и систем, повлекших за собой нарушений повседневных функций (самообслуживание в повседневной жизни, взаимодействие в актуальной природной и социальной среде для обеспечения повседневных функций, коммуникации, выполнения профессиональной и социальной роли) и факторов окружающей среды, которые могут облегчать

или затруднять выполнение описанных функций пациентом, проведенное с помощью МКФ. В реабилитационном диагнозе формулируются только актуальные проблемы пациента, и определяющие его функционирование на момент оценки.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать МКФ в разных сферах медицины: в государственных масштабах для разработки политики здравоохранения, для статистического анализа заболеваемости и инвалидности, для исследовательских работ, для медико-социальной экспертизы, для медицинской практики.

С точки зрения физической и реабилитационной медицины функционирование пациентов и их здоровье рассматриваются как связанное с болезнью, а не просто как следствие болезни или нарушения здоровья. Кроме того, функционирование является не только результатом, но также и отправной точкой для клинической оценки и вмешательства. Это также важно для управления качеством медицинской помощи. Кроме того, функционирование должно рассматриваться в тесной связи с особенностями человека и окружающей среды [11]. Таким образом, реабилитационный процесс фокусирует внимание на функционировании, факторах окружающей среды и модифицируемых персональных факторах [12]. Восстановление, поэтому, начинается с всестороннего понимания детерминант функционирования и его взаимодействия с персональными факторами и факторами окружающей среды в комплексе с пониманием особенностей патологического процесса. Такой подход носит название биопсихосоциального подхода. Его компоненты [13, 14], а также понимание взаимодействия между ними ВОЗ представляет следующим образом (рис. 2).

Физическая и реабилитационная медицина вырабатывает и использует реабилитационный план для каждого отдельного человека, чтобы направлять его или ее на будущую персональную проблемно ориентированную реабилитацию [15]. План регулярно обсуждается и корректируется мультидисциплинарной бригадой. К примеру, если одной из ведущих проблем пациента по оценке профиля доменов на момент проведения оценки его состояния является боль в плече, то цель мультидисциплинарной бригады – это уменьшение боли в плече, а предполагаемыми вмешательствами будут: применение анальгетиков, физическая терапия, борьба со стрессом, использование копингов. Таким же образом можно рассмотреть неспособность к самообслуживанию как ведущее нарушение при оценке профиля доменов МКФ. Целью будет добиться восстановления способности к самообслуживанию через решение отдельных задач: способности самостоятельно умываться, чистить зубы, мыться, пользоваться туалетом, одеваться. Программа медицинской реабилитации должна будет включать в себя соответствующие вмешательства и описание способов решения поставленных задач: различные педагогические, психологические методы обучения или переобучения отдельным и комплексным, изолированным и последовательным действиям и навыкам. Например – в начале анализ составных частей деятельности, а дальше поэтапное их восстановление с использованием специальных или альтернативных методов, оборудования, переобучения.

Для адекватной оценки различных категорий МКФ и выявления актуальных проблем обследуемого пациента, безусловно, необходимо применение ряда специальных методов обследования: лабораторных и инструментальных исследований, специальных тестов и шкал. Именно

значения специальных методов обследования пациентов позволяют получить объективные данные по значению определителя соответствующей категории доменов МКФ. Перечень категорий доменов МКФ позволяет составить реабилитационный диагноз, а наибольшее значение определителя позволяет выявить наиболее актуальную проблему пациента на текущий момент (рис. 3, 4).

В медицинской реабилитации большинства европейских стран для оценки состояния здоровья пациента применяется ряд общепринятых шкал, таких как: модифицированная шкала Рэнкин, шкала тяжести инсульта Национального института здоровья США (NIHSS), шкала Комитета медицинских исследований, шкала Комы Глазго, индекс мобильности Ривермид, индекс Хаузера, шкала баланса Берга, модифицированная шкала Эшворта, тест Френчай, визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли и многие другие [16].

На данный момент накопилось большое количество шкал, которые могут описать, например, функцию верхней конечности. Отсутствие консолидированного мнения профессионального сообщества по вопросу применения инструментов оценки, выраженное в клинических рекомендациях, значительно затрудняет точное понимание проблемы пациента несколькими специалистами, что может приводить к неправильной трактовке реабилитационных исходов.

Каждый член мультидисциплинарной бригады должен иметь навыки правильного использования МКФ и оценочных шкал. Для каждой шкалы есть подробный алгоритм, отклонение от которого может привести к неправильной трактовке состояния здоровья пациента. В мировой практике изучение МКФ и оценочных шкал давно включено в учебные планы подготовки медицинских кадров занимающихся медицинской реабилитацией.

ICF categories of the ICF Rehabilitation Set						
(G) = ICF Generic Set category		Problem				
		0	1	2	3	4
b130	Energy and drive function (G)					
b134	Sleep function					
b152	Emotional function (G)					
b280	Sensation of pain (G)					
b455	Exercise tolerance functions					
b620	Urination functions					
b640	Sexual functions					
b710	Mobility of joint functions					
b730	Muscle power functions					
d230	Carrying out daily routine (G)					
d240	Handling stress and other psychological demands					
d410	Changing basic body positions					
d415	Maintaining a body position					
d420	Transferring oneself					
d450	Walking (G)					
d455	Moving around (G)					
d465	Moving around using equipment					
d470	Using transportation					
d510	Washing oneself					
d520	Caring for body parts					
d530	Toileting					
d540	Dressing					
d550	Eating					
d570	Looking after one's health					
d640	Doing housework					
d660	Assisting others					
d710	Basic interpersonal interactions					
d770	Intimate relationships					
d850	Remunerative employment (G)					
d920	Recreation and leisure					

Рис. 3. Функциональный профиль МКФ по разделам: функции (b), структуры (s), активность и участие (d) [15]

		Faciliator					Barrier				
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4	
e110	Products or substances for personal consumption										–
e115	Assistive products... for personal use in daily living										2 +4
e120	Assistive products... for personal... mobility ...										1 +4
e155	Design, construction... of buildings for private use										–
e310	Immediate family										–
e320	Friends										–
e355	Health professionals										–
e460	Social attitudes										–
e580	Health services, systems and policies										–
pf	Self-assurance										SP 0
pf	Motivation										–
pf	Assertiveness										SP 0
pf	Motives										–

Рис. 4. Функциональный профиль МКФ по разделу факторы окружающей среды (e) [15]

Таблица 5. Применение тестов и шкал в процессе медицинской реабилитации пациентов специалистами мультидисциплинарной бригады в зависимости от профиля оказываемой медицинской помощи

Специалист	Клинические шкалы
Реабилитолог (врач по профилю оказываемой медицинской помощи, врач ЛФК)	Модифицированная шкала Рэнкин
	Шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS)
	Индекс мобильности Ривермид
	Модифицированная шкала Ашфорта (только для больных с нарушением мышечного тонуса)
	Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ) (оценивает пациент)
	Шкала Лекена
	Шкала Харриса
	Оценка риска смерти по шкале GRACE
	Шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС)
	Сиэтловский опросник для пациентов со стенокардией (для второго и третьего этапов реабилитации)
	Оценка функционального класса ишемической болезни сердца (ВЭМ, ТШХ)
	Толерантность к физической нагрузке (ВЭМ)
	Оценка функционального класса хронической сердечной недостаточности – тест с 6-минутной ходьбой (NYHA)
Реаниматолог	Шкала Комы Глазго
	Шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS)
Инструктор-методист ЛФК	Шкала баланса Берга
	Индекс мобильности Ривермид
	Индекс Хаузера
	Шкала Medical Research Council Paralysis (MRC-scale)
	Тест функциональной независимости (FIM)
	Тест Френчай (для больных с нарушением функции руки)
Логопед	Шкала оценки глотания (MASA)
	Шкала оценки дизартрии
	Шкала Вассерман Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга
Клинический психолог	Монреальская шкала оценки психического статуса (MoCA)
	Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Мультидисциплинарная бригада определяет:

- исходную оценку состояния больного и степень нарушения функций;
- реабилитационный потенциал;
- формулирует реабилитационный диагноз;
- составляет индивидуальный план реабилитационных мероприятий;
- проводит анализ проблемы каждого больного индивидуально;
- вырабатывает конкретные реабилитационные цели (краткосрочные и долгосрочные) и задачи медицинской реабилитации;
- оценивает эффективность реабилитационных мероприятий в динамике и формулирует реабилитационный прогноз пациента;
- даёт обоснование направления на следующий этап реабилитации.

Авторами многих работ показано, что при использовании Международной классификации функционирования возможна диагностика и наглядная демонстрация улучшения качества жизни пациента, даже если нарушения остаются практически на том же уровне [5, 6, 7].

Исследования, проведенные в нашей стране по применению строгого перечня утвержденных профессиональным сообществом шкал, используемых для оценки различных нарушений составляющих здоровья у пациентов в остром нарушении мозгового кровообращения, инфарктом миокарда, при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава, показали простоту и информативность, воспроизводимость при многократном применении следующих шкал [17] (табл. 5)

Применение такого многообразия клинических тестов и шкал, анализ методов инструментальной и лабораторной диагностики и переводение всех данных в категории МКФ является весьма трудоемкой работой. Использование МКФ одним специалистом мультидисциплинарной бригады (врачом или логопедом или медсестрой) является слишком трудозатратным и станет невозможным из-за отсутствия необходимых компетенций в смежных областях знаний и практических навыков и времени. Именно поэтому во всем Мире уделяется такое внимание в медицинской реабилитации работе мультидисциплинарной бригады, минимальный состав которой будет в состоянии провести полноценную оценку состояния составляющих здоровья пациента. В состав мультидисциплинарной бригады должны входить: врач физической и реабили-

тационной медицины (врач по профилю оказываемой медицинской помощи, врач ЛФК, врач физиотерапевт в действующей модели оказания помощи по медицинской реабилитации), физический терапевт/кинезотерапевт (инструктор-методист ЛФК в действующей модели оказания помощи по медицинской реабилитации), эрготерапевт (новая специальность), клинический психолог, нейропсихолог, логопед, медицинская сестра и сам пациент). Безусловно, работе мультидисциплинарной бригады окажет серьезную помощь в проведении системного анализа состояния здоровья пациента в режиме реального времени хорошая информационная система медицинской организации, в которую обязательно должна войти МКФ как базовая классификация, наряду с МКБ.

Именно поэтому, актуальным вопросом настоящего времени является создание единого подхода, утвержденного профессиональным сообществом, включающего перечень рекомендуемых к применению на различных этапах реабилитации оценочных шкал для диагностики, составления программы реабилитации, оценки ее эффективности и безопасности. Сочетание утвержденных профессиональным сообществом протоколов диагностики и инструментов ВОЗ по использованию МКФ позволит оценивать все компоненты здоровья пациента и обосновать применение тех или иных методов медицинской реабилитации.

Создание единого инструмента для оценки общего состояния пациента на основе принципов МКФ с использованием современных методов обследования пациента, принятых профессиональным сообществом клинических тестов и шкал поможет мультидисциплинарной команде в составлении реабилитационного диагноза и в определении более точного реабилитационного потенциала, что позволит обеспечить более высокую эффективность медицинской реабилитации в целом. Предметом текущих и перспективных многоцентровых и рандомизированных исследований должны стать: валидизация клинических шкал, рекомендованных для использования в процессе медицинской реабилитации; определение перечня рекомендованных тестов и шкал для вычисления определителя категорий МКФ для каждого специалиста МДБ при определенном классе нарушения функций, структур, активности и участия, а так же возможном влиянии факторов окружающей среды; выбор методов обучения пользованию шкалами и тестами для стандартизации подходов к проведению и способам оценки полученных при тестировании результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Report on Disability 2011. World Health Organization. The World Bank. 2011. Accessed 23.06.2016. Available at: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1
2. Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Ссылка активна на 29.06.2016. Доступно по http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895
3. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med*. 2004;44(Suppl):12–21. doi:10.1080/16501960410015443
4. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):329–342
5. Adolfsson M, Malmqvist J, Pless M, Granlund M. Identifying child functioning from an ICF-CY perspective: everyday life situations explored in measures of participation. *Disabil Rehabil*. 2011;33(13–14):1230–1244. doi:10.3109/09638288.2010.526163
6. Leonardi M, Martinuzzi A, Meucci P, Sala M, Russo E, Buffoni M, Raggi A. A population survey in Italy based on the ICF classification: recognizing persons with severe disability. *Scientific World Journal*. 2012;2012:189097. doi:10.1100/2012/189097
7. Raggi A, Meucci P, Leonardi M, Barbera T, Villano A, Caputo, Grassi A. The development of a structured schedule for collecting ICF-CY-based information on disability in school and preschool children. *Int J Rehabil Res*. 2014;37(1):86–96. doi:10.1097/mrr.0000000000000042
8. Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. 2004;44(Suppl):9–11. doi:10.1080/16501960410015353
9. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(1):105–117.
10. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ; 2001.
11. Brandt E, Pope A. Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering. Washington, DC: National Academy Press; 1977.
12. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:3–5.
13. Stucki G. Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15:132–3.
14. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH editors. *Rheumatology*. 3rd ed. Vol. 1. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 517–30.

15. P. Cantista; M. G. Ceravolo; N. Christodoulou ; A. Delarque; C. Gutenbrunner; C. Kiekens; S. Moslavac; E. Varela-Donoso; A. B. Ward; M. Zampolini; S. Negrini
16. The White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe; 2018.
17. Иванова Г.Е., Балашова И.Н., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Мешкова К.С., Мишина И.Е., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Сидякина И.В., Старицин А.Н., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Супонева Н.А., Хасанова Д.Р., Цогоева И.К., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А., Шмонин А.А.. Методические рекомендации для пилотного проекта «Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации».

REFERENCES:

1. World Report on Disability 2011. World Health Organization. The World Bank. 2011. Accessed 23.06.2016. Available at: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1
2. Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii №323-FZ ot 21 noyabrya 2011 g. «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan Rossijskoj Federacii». Ssylka aktivna na 29.06.2016. Dostupno po http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895
3. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. J Rehabil Med. 2004;(44 Suppl):12–21. doi:10.1080/16501960410015443
4. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2008;44(3):329–342
5. Adolfsson M, Malmqvist J, Pless M, Granlund M. Identifying child functioning from an ICF-CY perspective: everyday life situations explored in measures of participation. Disabil Rehabil. 2011;33(13–14):1230–1244. doi:10.3109/09638288.2010.526163
6. Leonardi M, Martinuzzi A, Meucci P, Sala M, Russo E, Buffoni M, Raggi A. A population survey in Italy based on the ICF classification: recognizing persons with severe disability. Scientific World Journal. 2012;2012:189097. doi:10.1100/2012/189097
7. Raggi A, Meucci P, Leonardi M, Barbera T, Villano A, Caputo, Grassi A. The development of a structured schedule for collecting ICF-CY-based information on disability in school and preschool children. Int J Rehabil Res. 2014;37(1):86–96. doi:10.1097/mrr.0000000000000042
8. Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med. 2004;(4 Suppl):9–11. doi:10.1080/16501960410015353
9. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. Eur J Phys Rehabil Med. 2015;51(1):105–117.
10. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. Zheneva: VOZ; 2001.
11. Brandt E, Pope A. Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering. Washington, DC: National Academy Press; 1977.
12. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. J Bone Joint Surg Br 1994;76:3–5.
13. Stucki G. Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. Curr Opin Rheumatol 2003;15:132–3.
14. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH editors. Rheumatology. 3rd ed. Vol. 1. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 517–30.
15. P. Cantista; M. G. Ceravolo; N. Christodoulou ; A. Delarque; C. Gutenbrunner; C. Kiekens; S. Moslavac; E. Varela-Donoso; A. B. Ward; M. Zampolini; S. Negrini
16. The White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe; 2018.
17. Ivanova G.E., Balashova I.N., Belkin A.A., Belyaev A.F., Bodrova R.A., Bujlova T.V., Mal'ceva M.N., Mel'nikova E.V., Meshkova K.S., Mishina I.E., Prokopenko S.V., Sarana A. M., Sidiyagina I.V., Staricyn A.N., Stahovskaya L.V., Suvorov A.U., Suponeva N.A., Hasanova D.R., Cogoeva I.K., Cykunov M.B., Shamalov N.A., Shmonin A.A.. Metodicheskie rekomendacii dlya pilotnogo proekta «Prakticheskoe primeneniye ocenochnyh shkal v medicinskoj rehabilitacii».

РЕЗЮМЕ

Целью данной публикации является ознакомление читателя с Международной классификацией функционирования, универсальной классификацией для оценки здоровья всего организма в целом и связанных с ним проблем, ограничивающих жизнедеятельность пациента. Объясняем, из чего состоит классификация, её применение в клинической практике. Приводим примеры использования доменов МКФ на клиническом примере, использования функциональных профилей МКФ по каждому разделу классификации.

В последние годы оценка состояния организма уже не представляет быть возможным без использования шкал, но большое их количество не всегда позволяет специалистам понимать друг друга. Мы считаем, что создание единой системы, в которой будут собраны различные инструменты оценки состояния больного, окажут серьезную помощь в работе членов мультидисциплинарной команды. В дальнейшем это поможет в составлении реабилитационного диагноза и в определении более точного реабилитационного потенциала, что позволит обеспечить более высокую эффективность медицинской реабилитации в целом.

Ключевые слова: международная классификация функционирования, МКФ, домен, шкалы, реабилитация, мультидисциплинарная бригада, реабилитационный диагноз, реабилитационный прогноз, реабилитационный профиль.

ABSTRACT

The purpose of this publication is to acquaint the reader with the International Classification of Functioning, a universal classification for assessing the health of the whole organism and related problems limiting the life of the patient. We explain, from what the classification consists, its application in clinical practice. We give examples of the use of ICF domains on a clinical example, the use of functional profiles of ICF for each classification section.

In recent years, the assessment of the state of the body is no longer possible without the use of scales, but a large number of them does not always allow specialists to understand each other. We believe that the creation of a unified system, in which various tools for evaluating the patient's condition will be collected, will be of great help in the work of the members of the multidisciplinary team. In the future, this will help in the preparation of a rehabilitation diagnosis and in the definition of a more accurate rehabilitation potential, which will ensure a higher efficiency of medical rehabilitation in general.

Keywords: international classification of functioning, ICF, domain, scales, rehabilitation, multidisciplinary team, rehabilitation diagnosis, rehabilitation prognosis, rehabilitation profile.

Контакты:

Иванова Г.Е. E-mail: reabilivanova@mail.ru