

Ш. М. Газалиева¹, М. Н. Югай^{1*}, О. В. Казмирова¹, Н. Ю. Илюшина²

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ВНЕДРЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

¹Кафедра семейной медицины Некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Караганды» (г. Караганда, Республика Казахстан)

²Департамент Комитета труда и социальной защиты Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Карагандинской области (г. Караганда, Республика Казахстан)

***Мargarита Николаевна Югай** – к.м.н., ассоциированный профессор кафедры семейной медицины Некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Караганды» (г. Караганда, Республика Казахстан). E-mail: YugayM@qmu.kz

В статье представлены положения Международной классификации функционирования (МКФ), инвалидности, взаимосвязь изменений здоровья, личностных и социальных факторов человека с терапевтической патологией с целью определения критериев инвалидности, обоснования необходимости и объемов реабилитационных мероприятий в области здравоохранения и социальной защиты. Целью данной работы был анализ данных, средств, способов и условий использования МКФ для организации эффективной работы реабилитационных центров больных, а также оценка ее результатов. Всемирная организация здравоохранения утвердила систематизацию международных классификаций, необходимых для эпидемиологического контроля и координации усилий общественного здравоохранения при проведении медико-социальной экспертизы. МКФ, инвалидности и здоровья становится все больше значащей в работе клиницистов разных специальностей. Выступая классификатором характеристик здоровья и всех связанных с ними обстоятельств, МКФ может быть использована во многих областях общественной жизни: здравоохранения, социальной защиты, страхования, социальной занятости, образования, экономики, социальной политике, законодательства. Комплексная диагностическая и функциональная информация позволяет дать более широкое и содержательное описание состояния здоровья конкретного человека или группы людей. В этом контексте определение группы инвалидности имеет медико-правовое и социальное значение, так как связано со специфическими отношениями в обществе: наличием льгот для инвалида, выплатой пенсии по инвалидности, ограничениями в трудоспособности. Практическая значимость результатов заключается в том, что разработанная методика применения классификации МКФ позволяет оценить эффективность медицинской реабилитации больных в условиях современной системы здравоохранения.

Ключевые слова: социальная недостаточность, инвалидность, реабилитационные программы, нозология, систематизация.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных направлений развития медицины в 21 веке является медицинская реабилитация, которая играет исключительную роль на заключительном этапе выздоровления пациента в рамках реабилитационных программ. Взгляды на их сущность, форму и методы имеют существенные различия не только в разных системах здравоохранения, но и в различных отраслях клинической медицины, иногда создавая междисциплинарные конфликты в организационной и юридической сферах, поскольку существуют неопределенности в терминологических понятиях. В работе Л.

И. Качыбековой, проведенной в Киргизской Республике, описан современный методологический подход к медико-социальным экспертизам и реабилитациям больных и пациентов с инвалидностью, а также была попытка заменить употреблявшийся термин «восстановительной медицины» [5]. Предметно-морфологический принцип организации нозологических данных, определяющий в качестве «мишени» реабилитацию отдельного органа или системы значительно снижает возможности продуктивного системного подхода, лежащего в основе современной реабилитации. В работе М. А. Buleshov и соавторов, которая проведена в Казахстане

и описывает связь Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и реабилитации, она обозначается как совокупность медицинского, социального и профессионального мероприятия [10]. Данные действия направлены на максимально допустимые компенсации утраченной функции органов или систем органов, или же полное восстановление для достижения ее самостоятельности в самообслуживании и адаптации в обществе [10]. Теоретическая основа для определения стратегии медицинской реабилитации определяется трехмерной концепцией нарушения здоровья, которая представлена в Международной классификации функционирования, ограничения деятельности и здоровья (МКФ). Первоначально ее вариант был разработан экспертами ВОЗ в 1980 г. и представлен как Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Она была использована в качестве основного понятия описания последствий патологий в категориях «нарушения», «ограничения жизнедеятельности» и «социальная недостаточность» [6], которая пересмотрелась в 2000 г. (МКН-2).

В 2002 году в составе МКН-2 проведено кардинальное обновление и принято в качестве Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья. Она определяла три уровня медико-биологических и психо-социальных последствий перенесенных болезней, травм и психических состояний пациента. На сегодняшний день МКФ рассматривается с позиций трех категорий понятия «здоровье»: строение и функциональность тела (B – Body), активность организма (A – Activity) и социальное участие пациента (P – Participation). В работе Ш. М. Газалиевой, посвященной роли и значению МКФ в системе здравоохранения Республики Казахстан, систематизация патологий определяется как нарушения строения и функциональных особенностей человеческого организма и может характеризовать любые аномалии развития или нарушения морфологических целостностей анатомических структур с последующими расстройствами или утратами физиологической функции [4]. Согласно работе А. М. Арингазовой и соавт. [2], ограничения телесных активностей характеризуются утратой или недостаточностью способностей полноценно осуществлять повседневную деятельность, которые возникают в результате нарушения пределов, что считаются нормальными для популяции. Ограничения социальных участия больного

характеризуется изменением характера жизнедеятельности после перенесенной травмы, что соответственно ограничивает выполнение этим человеком нормальных социальных ролей [2]. Эти термины заменяют ранее использовавшиеся сочетания слов «нарушение здоровья», «ограничение жизнедеятельности» и «социальный недостаток».

Работы, посвященные актуальности и перспективе внедрения положений МФК, подчеркивают, что данная систематизация также содержит перечень факторов влияния окружения и личности больного [1, 6, 10,]. Также учитываются нозологии, что вызывалась системными болезнями, травмами и другим патологическими изменениям, которые требуют реабилитации. МКФ позволяет оценить реабилитационный профиль пациента, используя набор нозологических категорий [3], где главным интегральным показателем является эффективность реабилитации на основе динамики основных показателей жизнедеятельности. Реабилитационные задачи реализуются в медицинских центрах, воспроизводя идею многофакторного и комплексного ведения больного [17, 21].

Целью работы явился анализ международной классификации функционирования как инструмента оценки степени ограничения жизнедеятельности и реабилитационного потенциала, а также анализ перспектив ее внедрения в образовательный процесс

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе представлены материалы исследования международной классификации как инструмента оценки степени ограничения жизнедеятельности и реабилитационного потенциала в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации. Методом систематизации литературных источников отобраны данные о роли МКФ в рамках социальной защиты пациентов с точки зрения оценки управления здравоохранением и популяционных эпидемиологических исследований на местных, национальных и международных уровнях; данные о роли МКФ в сфере профилактики, укрепления здоровья и расширения участия путями устранения или разрушения социальных барьеров; предоставление социальных поддержек и облегчающих факторов.

Таким образом, в исследование включены научные работы, опубликованные строго в диапазоне 2019-2023 гг. в профильных и доказательных медицинских изданиях мира, которые отображали новые данные об изменениях в категоризации понятий МКФ, ее применения на различных уровнях предоставления меди-

Медицинское и фармацевтическое образование

цинской помощи. Для поиска работ использовались поисковые академические системы и ресурсы типов Google Scholar, ResearchGate, PubMed, Medscape, Science Direct и EBSCO. В большинстве случаев использован материал с открытых баз научных данных лицензированных издательских или поисковых платформ для ученых. Во время работы проводилась идентификация исследователя, то есть автора работы – использовался авторизованный вход, поиск и работа (цитирование, изучение, получение доступа к полнотекстовому материалу) на платформах. Идентифицированная работа с базами научных публикаций позволяет исключить дублирование результатов одних и тех же ученых в разных изданиях, смежных работ (которые дублируют полученные результаты), нерелевантных по дате публикаций или цели исследования, а также быстро проверить показатели цитирования и импакт-фактора как самой работы, так и медицинского издания. Кроме фильтрации работ по дате публикаций, использовался и ряд ключевых слов во время поиска. Это помогло исключить статьи и гайдлайны, которые касались предыдущих (не актуальных)

версий МКФ или же касались изолированный сферы ее применения.

Методом анализа изучены возможности предоставления научных основ для понимания и исследования здоровья и связанного со здоровьем результата вмешательств патологических факторов; возможности создания общего языка для описания изменений здоровья и показателей, связанных со здоровьем с целью улучшений взаимопониманий между различными пользователями медицинской классификации; сравнение информации между странами, секторами здравоохранения, услугами и временными диапазонами применения; возможности предоставления системы систематического кодирования для информационных систем здравоохранения в качестве статистического инструментария для сбора и хранения информации (популяционные исследования, эпидемиологический надзор или при разработках информационной системы); исследовательские инструменты для оценок результата медицинского вмешательства, качества жизни или фактора внешней среды; клинические инструменты для оценки потребностей, сравнений вариантов

Таблица 1 – Кодировка нарушений физиологических функций систем органов на уровне целого организма (Body functions)

Варианты патологий функционирования	Кодировка
Нарушение умственной функции	b 110-b 199
Нарушение сенсорной функции	b 210-b 279
Болевой синдром	b 280-b 299
Нарушение речи и голоса	b 410-b 429
Нарушения сердечно-сосудистых систем	b 410-b 429
Нарушение работы систем крови и иммунной защиты	b 430-b 439
Нарушение работы дыхательных систем	b 440-b 449
Нарушение работы дополнительных функций сердечно-сосудистых и дыхательных систем	b 450-b 499
Нарушение функций пищеварительной и эндокринной системы	b 510-b 599
Нарушение уrogenитальной функции	b 610-b 639
Нарушение половой и репродуктивной функции	b 640-b 699
Нарушение нейромышечной и скелетной систем	b 710-b 799
Патология кожи и связанных с ней структур	b 810-b 849
Патология ногтей и волос	b 850-b 899

Медицинское и фармацевтическое образование

Таблица 2 – Кодировка нарушений работы структур организма (Body Structures)

Структуры организмов	Кодировка
Структуры нервных систем	s 110-s 199
Глаза, уши и структуры, которые к ним относятся	s 210-s 299
Структуры, участвующие в голосообразовании и речи	s 310- s 399
Структуры сердечно-сосудистых, иммунных и дыхательных систем	s 410-s 499
Пищеварительная система, метаболизм и эндокринная система	s 510-s 599
Структуры уrogenитальной и репродуктивной системы	s 610-s 699
Структуры опорно-двигательного аппарата	s 710-s 799
Структуры кожи и ее придатков	s 810-s 899

лечений, оценок профессиональных пригодностей, реабилитаций; инструменты социальных политик для планирования мер социальной защиты, компенсационных схем и их реализации; образовательные инструменты для разработки учебных программ и пропаганд в сфере медико-социальной экспертизы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Реализация принципов международной классификации функционирования в медицинской практике, таких как в МКБ-10, должна соответствовать национальному законодательству. Одна из главных целей нозологической классификации – это использование ее в качестве эффективного инструмента для социологического анализа населения. В такой классификации стандартные протоколы исследования последствий изменения здоровья человека должны быть теоретически обоснованы и рекомендованы с использованием международного языка общения, то есть терминов, понятных всем пользователям не смотря на медицинскую сферу деятельности. Новые термины МФК (функция и структура организма, активности и участия) заменили на более узкие термины по типу «инвалидность», «инвалидность и социальная недостаточность», что расширяют возможность классификации инвалидности. Помимо этого, МФК предоставляет список условий внешней среды («контекстные факторы»), которые взаимодействуют со всеми категориями здоровья в систематике. Понятие «здоровье» в МФК определяется как состояние физического, психического и социального благополучия. Смены в состоянии здоровья, в том числе связанных с болезнью, приводят к инвалидности или ограниченной жизнедеятельности, которые требуют

проведения медико-социальной экспертизы. Такие подходы требуют широких внедрений МКФ, рекомендованного ВОЗ в рамках реализации государственных программ здравоохранения. Классификация МКФ основана на трех уровнях функционирования, при этом термин «инвалидность» включает дисфункцию на одном или нескольких уровнях:

1. нарушенное функционирование на уровнях целого организма или отдельных систем органов;
2. нарушенное функционирование личности, выражающееся в нарушении деятельности, которые пациент может осуществлять;
3. нарушенное функционирование личности в социальной среде, отражающее его участие в социальной сфере популяции.

В зависимости от выявленного нарушения врачами могут использоваться буквенные обозначения в соответствии с международным кодом: нарушенное функционирование на уровнях целого человеческого организма (Body functions) или на уровне физиологической работы системы органов (включая психологические) (табл. 1).

Нарушение работы на уровнях структур организма (Body Structures – s) включает в себя нарушения функций отдельных анатомических частей тела, органа, конечности. Для их классификации и определения присвоены буквенные и цифровые значения (табл. 2).

Соотношение понятий структур и функций в практике медико-социальной экспертизы (МСЭ) при патологиях внутренних органах могут быть сложным и неоднозначным. Обычно главным критерием считаются стойкие умеренные или выраженные нарушения функций органов и

Медицинское и фармацевтическое образование

систем, которые возникли в результате заболеваний. МКФ учитывает как дисфункцию, так и структуру пораженных органов. Между тем, структурное нарушение может на каком-то из этапов экспертизы не сопровождать видимые изменения функций, а могут проявиться нарушениям, которые следует относить, например, только к «нарушениям внутрисердечной гемодинамики». Однако далее при неэффективных индивидуальных реабилитационных программах, нерациональных типах занятости, основанных на структурном повреждении, может возникнуть выраженные симптомы нарушения кровообращения. В качестве примера можно привести довольно распространенную ситуацию, когда после крупноочаговых инфарктов миокарда, осложненных аневризмой левого желудочка, часто наблюдается выраженное нарушение внутрисердечной гемодинамики. Это может проявляться участками акинезии или гиподискинезии, дисфункцией папиллярных мышц, патологическими потоками регургитации. Однако нарушение инотропных функций сердца с развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН) или стенокардии в практике традиционно не учитываются. При этом клиническая выраженность структурного изменения может быть весьма значительной. В подобной клинической ситуации при обращении в отдел медико-социальной экспертизы большая часть специалистов неизменно указывают на ХСН или стенокардию не менее III функционального класса, которые в период обследования

у больного могут не проявляться. Поэтому необходима разработка четких определителей тяжести структурного повреждения органа или системы органов, его ролей в оценке ограничения жизнедеятельности. Это особенно касается пациентов, работающих в противопоказанных для их патологии видах и условиях труда. В то же время МКФ не рекомендует рассматривать дисфункцию с точки зрения характера прогрессирования заболеваний. Однако сахарный диабет первого типа у детей и подростков может протекать лабильно, при этом органы-мишени не будут претерпевать изменений на протяжении нескольких лет и не сопровождаться острыми дисфункциями (зрительной, почечной, сердечно-сосудистой систем и других). Именно неуправляемый характер течения, чередования гипогликемического кризиса и кетоацидозов в таком случае служат основаниями для признания человека инвалидом.

Дискуссионный вопрос возникает при МСЭ и при оценке аритмии у пациентов с искусственными водителями ритма. Пациенту с манифестной формой синдрома слабости синусового узла, синкопальными состояниями, развернутым приступом Морганьи-Адамса-Стокса может быть имплантирован электрокардиостимулятор. В практике МСЭ необходимо учесть изменения, имевшиеся у пациента до имплантации электрокардиостимулятора, и результаты, полученные при использовании аппарата. Предоперационные симптоматики могут быть устранены, осложнений на момент установки

Таблица 3 – Варианты активностей, социологических соучастий и их кодировка согласно международной классификации

Активность и участие	Кодировка
Способность обучения и применения знаний	d 110-d 199
Выполнение общих задач и требований	d 210-d 299
Общение и социализация	d 310-d 399
Мобильность	d 410-d 499
Самообслуживание	d 510-d 599
Бытовая деятельность	d 610-d 699
Межличностные отношения и взаимодействия	d 710-d 799
Наличие главной сферы жизни (включая образование, работу, занятости)	d 810-d 899
Взаимодействия в сообществе, общественные и гражданские роли	d 910-d 999

Медицинское и фармацевтическое образование

Таблица 4 – Варианты характеристик условий жизни и их коды

Характеристики условий жизни	Кодировка
Продукции и технологии	е 110-е 199
Окружение природными факторами и изменения окружающей среды, осуществленная людьми	е 210-е 299
Поддержка и взаимосвязь	е 310-е 399
Административная система, политика	е 510-е 599

аппарата может не быть, но патологические и органические изменения остаются. Затруднительно провести интегральную оценку ХСН с учетом до- и послеоперационных состояний, так как необходимо иметь специальные определители для оценки состояния в таких случаях или вернуться к понятиям «инородных тел сердца», которое применялись бы и к пациентам с имплантированным искусственным клапаном сердца.

Активности и участие являют собой выполнение определенного типа действия и вовлеченности в жизненную ситуацию, характеризующую социальные стороны функционирования. Эти показатели могут быть подразделены на: деятельности (Activity – а) – выполнения задач или действий пациентом; участия (Participation – р) – вовлечения в жизненные ситуации; ограничение деятельности (Activity Limitations) – трудности, которые пациенты могут испытать при выполнении действий; ограничение участия (Participation Restrictions) – проблемы и ограничения социального взаимодействия. Для классификации активностей и участия данным определениям присвоены буквенные и цифровые значения (табл. 3).

Функции и структуры тела, активности и участия значительно переплетаются и в совокупности характеризуют «функционирование» организма в целом. В системе МКФ функциональные и структурные нарушения оцениваются независимо от этиологии и патогенеза, и определяются как степень утрат нормальных функций пациента. Используя количественные определители, результаты соответствующих специальных исследований и анкетирования больного можно ориентировочно поставить степень дисфункции и инвалидности в процентном соотношении. С точки зрения последующих программ реабилитации пациентов с инвалидностью, нарушения функций органов целесообразно рассмотреть со стороны их взаимосвязи с этиологическими факторами. В частности, в

индивидуальных программах реабилитации пациентов с подагрой, псориатическими артритами или ревматоидными артритами с одинаковыми степенями дисфункции суставов, следует отдельно указывать специальные медицинские мероприятия в зависимости от необходимости воздействий на причины и механизм развития патологических процессов. Необходимо разрабатывать системы градации структурного изменения различных органов, заболеваний и создать правомерность их учета при МСЭ.

Вместе с перечисленными выше терминами в МКФ использовано также характеристики условий жизни: факторы внешней среды (Environmental factors – е) являют собой физическую и социальную среду, в которой живет пациент. Для классификации факторов внешней среды присвоены буквенные и цифровые значения (табл. 4).

Оценивание функции структуры органов, активности и участия, факторов окружающей среды приведено с помощью единых шкал, которые отражают тяжесть имеющейся проблемы. Такая градация включает:

1. 0-4 % – отсутствие проблемы или же она незначительная;
2. 5-24 % – незначительная или легкая дисфункция;
3. 24-49 % – умеренная дисфункция (средняя или значимая);
4. 50-95 % – тяжелая дисфункция (значительная);
5. 96-100 % – абсолютная дисфункция (полная).

В сложных случаях могут быть представлены еще два определителя: 8 – патология не определяется; 9 – патология не применяется в данном клиническом случае.

В случаях с факторами окружающей среды для общего определителя могут быть использованы кодирования градаций мер позитивного влияния облегчающего фактора или мер негативного влияния, т. е. барьера. Для этого при-

менено шкалу от нуля до четырех. При обозначениях облегчающего фактора точки десятичных дробей заменены знаком плюс, например $e321+2$. Факторы окружающей среды можно закодировать в отдельности по отношению к каждому составляющим или полностью, без связей с отдельными составляющими. Первый вариант является предпочтительным, так как он позволит проводить идентификацию воздействий и признаков точнее.

Коды международной классификации приобретают законченные виды только в случаях наличия определителей, которые отмечают уровни нарушения здоровья. Код теряет смысл, если его использовать без определителя. Фактор окружающей среды необходимо закодировать с позиции конкретных индивидов. Например, тротуары без бордюров следует кодировать как облегчающие факторы для индивидов, которые используют коляски. Напротив, бордюры необходимо учитывать как барьеры для слабовидящих инвалидов. В конечных итогах информация в международной классификации может быть систематизирована в двух частях: функционирования и ограничения жизнедеятельностей и контекстовый фактор, который представляет полную характеристику окружений и личностного фактора. При помощи буквенно-цифровых систем кодирований приводят код в виде буквенного шифра (b, s, d, e), затем чисел с обозначениями номеров разделов (1 цифра), за которым следует обозначения второго уровня (2 следующие цифры), 3 и 4 уровней (по 1 цифре каждый).

С точки зрения представленных классификаций, ограничения жизнедеятельности является результатом взаимодействий изменений состояния здоровья пациента с личностным и социальным фактором, представляющим условия жизни индивида. Внешняя среда может предоставлять непреодолимый барьер для индивидуума в связи с изменениями состояния здоровья (недоступностью транспорта и городских инфраструктур в целом) или приводить к недоступности средств для реабилитации. Используя международную классификацию возможно определить природу и тяжесть инвалидности на уровнях организма, органов, социальной личности и общества. Это позволяет научно обосновывать необходимость и объем реабилитационных мероприятий в сфере здравоохранения и социального обеспечения и придавать им конкретные правовые статусы. Поэтому использование международной классификации в медицинских практиках будет способствовать полным реабилитациям инвалидов и позволит добиться максимальных адаптаций в обществе.

ОБСУЖДЕНИЕ

Реформа высшего медицинского образования с целью приведения его в соответствие с мировыми стандартами привела к появлениям в государственном стандарте высших медицинских образований новых учебных дисциплин, а именно «Медицинской реабилитации». Стремления к универсализациям подготовок студента-медика определили тенденцию к сближению программ последипломной подготовки специалистов с целями обеспечений эквивалентностей получаемых подготовок. Некоторые реабилитационные мероприятия в национальных медицинских вузах проводятся отдельно. У них не существует единой методики, они основанно включают в себя изучение индивидуальных лечебных физических факторов и некоторых немедикаментозных технологий. Такое положение создало значительные терминологические хаосы, при котором реабилитация рассматривается попеременно как метод лечения, как медицинская или педагогическая специальность, как отрасль медицины или физической культуры, как структурное подразделение медицинских организаций.

Нарушения структуры и функций МКФ оцениваются по определенным критериям обнаружения (т.е. по наличию или отсутствию в зависимости от порога). Эти критерии являются едиными для функции и структуры. Сюда входят: а) утрата или отсутствия; б) уменьшения; в) добавления или превышения; г) отклонения.

В Мировой организации здравоохранения отмечается, что когда возникает расстройство, его тяжесть может быть оценена на основе общего детерминанта [8, 11]. Согласно Р. Chung и соавторам [16], при нарушении структуры и функций организмов, что требуют безусловных подтверждений с помощью функционального и инструментального метода исследования, ограничений активностей и участия основано прежде всего на субъективных самооценках пациентов признаков ограничений того или иного вида. Поэтому можно согласиться с данным тезисом, поскольку показатели здоровья определялись путем выбора соответствующего кода категории с добавлением определителей. Они представляют собой числовые коды, что обозначают уровень или степень функционирования (инвалидности) в той или иной отрасли медицины. Уровень влияния факторов внешней среды определяет, является ли они стимулами или помехами.

В международных практиках, согласно J. Panday и соавт., инвалидность теперь является собирательным термином для функционального

нарушения, ограничения активностей и социального участия. Фактор окружающей среды создает физическую и социальную среду [19] – это среда отношений и взаимоотношений, в которой люди проводят время и социализируются. Данный фактор является внешним по отношению к человеку и может влиять на его деятельности в обществе, потенциальную работоспособность, функционирование тела как с положительной, так и отрицательной динамикой.

Научная работа А. Н. Reem и соавт. [18], заключалась в поиске разницы МКФ и МКБ-10. Авторы отмечают, что категории функций компонентов и строения тела, в небольшом количестве совпадают с категориями МКБ-10, особенно в отношении симптомов и объективных клинических признаков [18]. Известно, что цели этих двух классификаций являются различными: МКБ-10 классифицирует симптомы в специальном разделе, отражающем заболеваемость и потребность в услугах. МКФ отражает их как часть функций организма, которые можно применить для предотвращения или выявления потребностей данного больного. Что еще более важно, МКФ предусматривает использование классификаций функции и структуры организма с категориями активностей и участия [19, 20]. Таким образом, можно сделать вывод, что совместное использование данных классификаций повышает качество информации для медицинских целей, особенно при оценке состояния здоровья. Поэтому МКФ является адекватным методом для научной оценки медицинской реабилитации и определения ее эффективности.

Van Nispen R. и соавт. в своей работе 2019 года описали основную задачу медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями [22]. Она состоит из определения реабилитационного потенциала (РП) и прогноза [22]. Данная задача является действительно таковой, поскольку далее коррекция выявленного на ранней стадии нарушения, разработка и совершенствование алгоритмов комплексных индивидуальных назначений лечения и оценка эффективности мер являются критически важными для поддержания адекватного и удовлетворительного качества жизни больного.

Достоверность оценки РП является одним из основных задач диспансеризации для реализации адекватного и ориентированного на больного индивидуального комплекса медицинской реабилитации, согласно ВОЗ [24]. Данное утверждение является правильным, так как согласно Т. Hart [13] оценка мультидисциплинарными бригадами РП позволит максимально использовать функциональный резерв для

повышения эффективности медицинской реабилитации. Низкий РП у коморбидных больных позволяет рассматривать прогноз на реабилитацию.

Кроме того, РП определяет показания к реабилитации больного. Достижение поставленных целей, переход от одного этапа к другому и эффективность реабилитационных мероприятий также входит в данный комплекс мероприятий. Отсутствие общепринятой теории РП затрудняет применение этой концепции в клинической практике. Реабилитационный потенциал – это способности нездорового человека при определенном условии и с помощью реабилитационной службы и общества, в целом провести активацию своего биологического и социально-психологического механизма восстановления здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения [23, 25]. Поскольку действительно прогностическая оценка возможного течения реабилитации и социального статуса имеет решающее значение для общей оценки реабилитационного потенциала, тактика лечебных мер в данном случае определяет результативность ведения больного.

Восстановление или компенсация на первых биомедицинских уровнях может быть неполная, по мнению В. Т. Yibekal и соавт. [25]. За счет компенсаторного замещения и приспособления к существующим жизненным ограничениям, детерминированности, высокому уровню раздражительности, личностных оговорок и других механизмов, полному восстановлению основных форм жизни, потенциал активности не всегда является высоким [23, 25]. Именно целостная оценка возможностей механизмов реабилитации по восстановлению отдельных видов жизнедеятельности должна быть суммарной и являться отражением их уровня на основе четких количественных градаций, а также показателей, полученных в ходе комплексного медицинского исследования.

Book S. и соавт. в своей работе 2020 г. описывают, что РП как интегральный показатель, основанный на международной классификации, который учитывает характер и особенности течения заболевания, его объем, тяжесть травмы, возможность компенсации, клиничко-психологическое состояние больного, факторы внешней среды, воздействующие на жизнеспособность пациента, и социальные активности [9]. Поэтому алгоритм выбора технических средств реабилитации, стадия компенсации заболевания и общее соматическое состояние больного можно оценить с помощью степени реабилитационного потенциала пациента с нарушениями

функций опорно-двигательного аппарата и органическими заболеваниями.

Согласно работе F. Agostini и соавт. 2021 года, МКФ используется при организации реабилитации больного, а именно для первичной оценки функциональных возможностей, установления целей реабилитационным программ, определения вариантов вмешательств, распределения ответственности специалистов и оценок результата реабилитации [7]. МКФ служит базой для кодировок объективных (по результату обследований) и субъективных (по результату опросов больного) информационных данных о пациенте. Каждый больной может описываться стандартизированным путем на каждом из этапов реабилитации, а также с использованием множества соответствующих инструментов классификации. Формирование категориального профиля пациента позволяет определять задачу реабилитации. Сравнение категориального профиля больного позволит проследить процессы реабилитации и провести оценку ее конечного результата в прогрессе наблюдения за состоянием больного [7]. В некоторых случаях, например в условиях пандемии, реабилитационные меры должны включать и реабилитацию «на дому», что описано в работе F. Khan 2020 г. [14]. В таком случае наличие четкой категоризации, которая представлена МКФ, позволяет всей цепочке медицинских специалистов – от врачей неотложной медицинской помощи, до лечащего семейного врача и реабилитолога иметь четкое представление о динамике, этиологии и поточном состоянии больного [12]. Это является особо актуальным в условиях пандемии и эры цифровой документации.

ВЫВОДЫ

Обязательным требованием современной физической и реабилитационной медицины является объективная оценка реабилитационных профилей больных. Использование с данной целью валидированных категорий международной классификации позволяет сопоставлять различные реабилитационные программы за счет универсальной объективации структурной, функциональной и социальной составляющих качества жизни пациента. В связи с этим разработка интегративных оценочно-прогностических шкал медицинской реабилитации при различных заболеваниях остается актуальным вопросом медицины. Такая классификация должна полностью соответствовать международным требованиям, принятыми международными научно-практическими медицинскими сообществами; иметь высокую степень корреляций данных оценки

качества жизни и функционирования пораженных органов; позволять комплексно оценивать качество медицинской реабилитации; представлять собой высокую валидность и надежность. МКФ обеспечивает научную основу для взаимопонимания между разными пользователями, такими как медицинские работники, исследователи, а также позволяет сравнить информацию об эффективности реабилитации в разных странах, областях здравоохранения.

Несмотря на очевидное преимущество применения международной классификации для сбора информации и статистических данных, нужно учитывать ограничения и сложности, которые могут возникать при внедрении данной классификации в практику медико-социальной экспертизы. Международная классификация не может быть самостоятельной шкалой для измерения физических возможностей, активности или участия. Однако она позволяет разрабатывать такие инструменты на базе объективных данных (велоэргометрия, лабораторные исследования, нагрузочный тест и другие клинические методики). Использование данной классификации требует специальной подготовки специалистов, которые могут применить ее на практике. Рекомендовано использовать данную систематику на уровнях медицинских учреждений, органов государственных управлений, учреждений социальной защиты населения. Следует учитывать, что данная классификация разрабатывается для демографических анализов в медико-социальных сферах популяции, поэтому она не позволяет учитывать и осуществлять сбор всех объемов информации, необходимых для реализации международных обязательств в области статистической оценки инвалидности.

МКФ может эффективно использоваться в качестве клинического инструмента для оценки потребностей пациентов, сравнительного анализа эффективности различных лечебно-реабилитационных технологий и комплексной оценки их результатов.

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие в подготовке и написании данной статьи.

Конфликт интересов. Конфликт интересов не заявлен.

ЛИТЕРАТУРА

1 Амарова А. Т. Организация раннего скрининга и оказание ранней психолого-педагогической поддержки детям и их семьям в Республике Казахстан // Особый ребенок: обучение, воспитание, развитие. – 2021. – №9. – С. 46-54.

- 2 Арингазина А. М. Оценка состояния пациентов третьей клинической группы с помощью инструментов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья /А. М. Арингазина, С. Т. Олжаев, Б. С. Хегай //Онкология и радиология Казахстана. – №6. – С. 99-99.
- 3 Булекбаева Ш. А. Анализ деятельности детских реабилитационных центров в системе здравоохранения Республики Казахстан /Ш. А. Булекбаева, А. Ж. Сагындыкова //Kazakh Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2019. – №3. – С. 4-10.
- 4 Газалиева Ш. М. Роль МКФ с позиции индивидуального подхода к вопросам реабилитации с учетом уровня функционирования реабилитантов /Ш. М. Газалиева, К. А. Алиханова, Т. О. Абугалиева //Медицина и экология. – 2021. – №2. – С. 88-93.
- 5 Качыбекова Л. И. Аспекты модели медико-социальной экспертизы в Киргизской Республике //Бюллетень науки и практики. – 2019. – №5. – С. 90-97.
- 6 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ; 2001.
- 7 Agostini, F. Rehabilitation settings during and after covid-19: an overview of recommendations /F. Agostini, M. Mangone, R. U. Pierangela // Journal of rehabilitation medicine. – 2021. – №53 (1). – P. 2737.
- 8 Barker K. L. Physiotherapy rehabilitation for osteoporotic vertebral fracture—a randomised controlled trial and economic evaluation (PROVE trial) /K. L. Barker, M. Newman, N. Stallard //Osteoporos. – 2020. – V. 31(2). – Pp. 277-289.
- 9 Book S. Laying the foundation for an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for community-dwelling elderly adults in primary care: the clinical perspective identified in a cross-sectional study /S. Book, G. Ulbrecht, J. Tomandl //BMJ Open. – 2020. – V. 23(3). – Pp. 10-13.
- 10 Buleshov M. A. Evaluation of the effectiveness of ongoing preventive and medical measures in the district of Turkestan / M. A. Buleshov, S. H. Elipbekova, S. S. Sakieva. – Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – №3. – С. 398-402.
- 11 Cieza A. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 /A. Cieza, K. Causey, K. Kamenov //The Lancet. – 2020. – V. 396 (10267). – Pp. 2006-2017.
- 12 Geman O. Mathematical models used in intelligent assistive technologies: Response surface methodology in software tools optimization for medical rehabilitation. Recent Advances in Intelligent Assistive Technologies: Paradigms and Applications, 83-110 & /O. Geman, O. Postolache, I. Chiuchisan //https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-30817-9_4.
- 13 Hart T. A theory-driven system for the specification of rehabilitation treatments /T. Hart, M. P. Dijkers, J. Whyte //Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2019. – V. 100 (1). – Pp. 172-180.
- 14 Khan F. Medical rehabilitation in pandemics: towards a new perspective /F. Khan, B. Amatyta //Journal of rehabilitation medicine. – 2020. – V. 52 (4). – Pp. 1-4.
- 15 Panday J. Experiences of inpatient rehabilitation from the perspective of persons with acquired brain injury / J. Panday, D. Velikonja, S. E. Moll //Disability and rehabilitation. – 2022. – V. 44(19). – Pp. 5539-5548.
- 16 Pearl C. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for traumatic brain injury from Australian community patient perspectives /C. Pearl, K. Fary, J. Rodney //J. Rehabil. Med. – 2021. – V. 53 (7). – jrm00218.
- 17 Rast F. M. ICF Mobility and self-care goal-soft children in inpatient rehabilitation /F. M. Rast, R. Labruyere //Dev. Med. Child. Neurol. – 2020. – V. 62. – Pp. 483-488.
- 18 Reem A. H. Multidisciplinary rehabilitation in persons with multiple trauma: A systematic review /A. H. Reem, A. Bhasker, L. Eduardo Cofré Lizama //Journal of Rehabilitation Medicine. – 2020. – V. 52. – P. 10.
- 19 Schakel W. The association between visual impairment and fatigue: A systematic review and meta-analysis of observational studies /W. Schakel, C. Bode, E. Elsmann //Ophthalmic and Physiological Optics. – 2019. – V. 39 (6). – Pp. 399-413.
- 20 Sheehy L. M. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19 //JMIR public health and surveillance. – 2020. – V. 6 (2). – e19462.
- 21 Sykes C. R. Remodeling of the ICF: a commentary /C. R. Sykes, T. Maribo, H. A. Stallinga //Disabil. Health. J. – 2021. – V. 14 (1). – 100978.
- 22 Van Nispen R. Reducing avoidable visual impairment in elderly home healthcare patients by basic ophthalmologic screening /R. Van Nispen, H. Van Der Aa, F. Timmermans //Acta Ophthalmologica. – 2019. – V. 97. – Pp. 401-408.
- 23 Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years,

and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION2020: The Right to Sight—An analysis for the Global Burden of Disease Study //The Lancet Global Health. – 2020. – V. 9. – E144-E160.

24 World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Available online: <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-use-the-icf---a-practical-manual-for-using-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health> (accessed on 20 April 2022).

25 Yibekal B. T. Vision-related quality of life among adult patients with visual impairment at University of Gondar, Northwest Ethiopia / B. T. Yibekal, D. S. Alemu, D. H. Anbesse //Journal of Ophthalmology. – 2020. – V. 2020. – Article ID 9056097.

REFERENCES

1 Amarova A. T. Organizacija rannego skrininga i okazanie rannej psihologo-pedagogicheskoj podderzhki detjam i ih sem'jam v Respublike Kazahstan //Osobyj rebenok: obuchenie, vospitanie, razvitie. – 2021. – №9. – S. 46-54.

2 Aringazina A. M. Ocenka sostojanija pacientov tret'ej klinicheskoj gruppy s pomoshh'ju instrumentov Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja /A. M. Aringazina, S. T. Olzhaev, B. S. Hegaj //Onkologija i radiologija Kazahstana. – №6. – S. 99-99.

3 Bulekbaeva Sh. A. Analiz dejatel'nosti detskih reabilitacionnyh centrov v sisteme zdravoohranenija Respubliki Kazahstan /Sh. A. Bulekbaeva, A. Zh. Sagyndykova //Kazakh Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2019. – №3. – S. 4-10.

4 Gazaliev Sh. M. Rol' MKF s pozicii individual'nogo podhoda k voprosam reabilitacii s uchetom urovnja funkcionirovanija reabilitantov /Sh. M. Gazaliev, K. A. Alihanova, T. O. Abugaliev // Medicina i jekologija. – 2021. – №2. – S. 88-93.

5 Kachybekova L. I. Aspekty modeli mediko-social'noj jekspertizy v Kirgizskoj Respublike //Bjulleten' nauki i praktiki. – 2019. – №5. – S. 90-97.

6 Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja. Zheneva: VOZ; 2001.

7 Agostini, F. Rehabilitation settings during and after covid-19: an overview of recommendations /F. Agostini, M. Mangone, R. U. Pierangela // Journal of rehabilitation medicine. – 2021. – №53 (1). – P. 2737.

8 Barker K. L. Physiotherapy rehabilitation for osteoporotic vertebral fracture—a randomised con-

trolled trial and economic evaluation (PROVE trial) /K. L. Barker, M. Newman, N. Stallard //Osteoporos. – 2020. – V. 31(2). – Pp. 277-289.

9 Book S. Laying the foundation for an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for community-dwelling elderly adults in primary care: the clinical perspective identified in a cross-sectional study /S. Book, G. Ulbrecht, J. Tomandl //BMJ Open. – 2020. – V. 23(3). – Pp. 10-13.

10 Buleshov M. A. Evaluation of the effectiveness of ongoing preventive and medical measures in the district of Turkestan / M. A. Buleshov, S. N. Elipbekova, S. S. Sakieva. – Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta. – 2020. – №3. – S. 398-402.

11 Cieza A. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 /A. Cieza, K. Causey, K. Kamenov //The Lancet. – 2020. – V. 396 (10267). – Pp. 2006-2017.

12 Geman O. Mathematical models used in intelligent assistive technologies: Response surface methodology in software tools optimization for medical rehabilitation. Recent Advances in Intelligent Assistive Technologies: Paradigms and Applications, 83-110 /O. Geman, O. Postolache, I. Chiu-chisan //https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-30817-9_4.

13 Hart T. A theory-driven system for the specification of rehabilitation treatments /T. Hart, M. P. Dijkers, J. Whyte //Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2019. – V. 100 (1). – Pp. 172-180.

14 Khan F. Medical rehabilitation in pandemics: towards a new perspective /F. Khan, B. Amaty //Journal of rehabilitation medicine. – 2020. – V. 52 (4). – Pp. 1-4.

15 Panday J. Experiences of inpatient rehabilitation from the perspective of persons with acquired brain injury / J. Panday, D. Velikonja, S. E. Moll //Disability and rehabilitation. – 2022. – V. 44(19). – Pp. 5539-5548.

16 Pearl C. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for traumatic brain injury from Australian community patient perspectives /C. Pearl, K. Fary, J. Rodney //J. Rehabil. Med. – 2021. – V. 53 (7). – jrm00218.

17 Rast F. M. ICF Mobility and self-care goalsof children in inpatient rehabilitation /F. M. Rast, R. Labruyere //Dev. Med. Child. Neurol. – 2020. – V. 62. – Pp. 483-488.

18 Reem A. H. Multidisciplinary rehabilitation in persons with multiple trauma: A systematic review

/A. H. Reem, A. Bhasker, L. Eduardo Cofré Lizama //Journal of Rehabilitation Medicine. – 2020. – V. 52. – P. 10.

19 Schakel W. The association between visual impairment and fatigue: A systematic review and meta-analysis of observational studies //W. Schakel, C. Bode, E. Elsmann //Ophthalmic and Physiological Optics. – 2019. – V. 39 (6). – Pp. 399-413.

20 Sheehy L. M. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19 //JMIR public health and surveillance. – 2020. – V. 6 (2). – e19462.

21 Sykes C. R. Remodeling of the ICF: a commentary //C. R. Sykes, T. Maribo, H. A. Stallinga //Disabil. Health. J. – 2021. – V. 14 (1). – 100978.

22 Van Nispen R. Reducing avoidable visual impairment in elderly home healthcare patients by basic ophthalmologic screening //R. Van Nispen, H. Van Der Aa, F. Timmermans //Acta Ophthalmologica. – 2019. – V. 97. – Pp. 401-408.

23 Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vi-

sion impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION2020: The Right to Sight—An analysis for the Global Burden of Disease Study //The Lancet Global Health. – 2020. – V. 9. – E144-E160.

24 World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Available online: <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-use-the-icf---a-practical-manual-focusing-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health> (accessed on 20 April 2022).

25 Yibekal B. T. Vision-related quality of life among adult patients with visual impairment at University of Gondar, Northwest Ethiopia / B. T. Yibekal, D. S. Alemu, D. H. Anbesse //Journal of Ophthalmology. – 2020. – V. 2020. – Article ID 9056097.

Поступила 18.07.2023 г.

Sh. M. Gazaliyeva¹, M. N. Yugay^{1}, O. V. Kazimirova¹, N. Y. Ilyushina²*

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING AS A TOOL FOR ASSESSING THE DEGREE OF DISABILITY, REHABILITATION POTENTIAL AND PROSPECTS FOR ITS IMPLEMENTATION IN THE EDUCATIONAL PROCESS

¹Department of Family Medicine of Non-commercial Joint Stock Company «Karaganda Medical University» (Karaganda city, republic of Kazakhstan)

²Department of the Committee of Labor and Social Protection of the Population of the Republic of Kazakhstan of the Ministry of Labor and Social Welfare of the Republic of Kazakhstan in the Karaganda region (Karaganda city, republic of Kazakhstan)

***Margarita Nikolayevna Yugai** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine of the Non-profit Joint-Stock Company «Karaganda Medical University» (Karaganda, Republic of Kazakhstan). E-mail: YugayM@qmu.kz

The article presents the provisions of the International Classification of Functioning (ICF), disability, the relationship of changes in health, personal and social factors of a person with therapeutic pathology in order to determine the criteria of disability, substantiate the need and scope of rehabilitation measures in the field of health and social protection. The purpose of this work was to analyze the data, means, methods and conditions of using ICF to organize the effective work of rehabilitation centers for patients, as well as to evaluate its results. The World Health Organization approved the systematization of international classifications necessary for epidemiological control and coordination of public health efforts during medical and social expertise. ICF, disability and health is becoming increasingly important in the work of clinicians of different specialties. Acting as a classifier of health characteristics and all related circumstances, the ICF can be used in many areas of public life: healthcare, social protection, insurance, social employment, education, economics, social policy, legislation. Comprehensive diagnostic and functional information allows giving a broader and more meaningful description of the state of health of a particular person or group of people. In this context, the definition of a disability group has medical, legal and social significance, as it is associated with specific relations in society: the availability of benefits for a disabled person, payment of a disability pension, disability restrictions. The practical significance of the results lies in the fact that the developed method of applying the ICF classification makes it possible to evaluate the effectiveness of medical rehabilitation of patients in the conditions of the modern healthcare system.

Key words: social insufficiency, disability, rehabilitation programs, nosology, systematization

Медицинское и фармацевтическое образование

Ш. М. Газалиева¹, М. Н. Югай^{1*}, О. В. Казмирова¹, Н. Ю. Илюшина²

ТІРШІЛІК ӘРЕКЕТІН ШЕКТЕУ ДӘРЕЖЕСІН, ОҢАЛТУ ӘЛЕУЕТІН ЖӘНЕ ОНЫ БІЛІМ БЕРУ ПРОЦЕСІНЕ ЕНГІЗУ ПЕРСПЕКТИВАСЫН БАҒАЛАУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ ҚЫЗМЕТ ЕТУДІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖІКТЕЛУІ

¹«Қарағанды медицина университеті» коммерциялық емес акционерлік қоғамы, Отбасылық медицина кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

²ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Комитетінің Қарағанды облысы бойынша департаменті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

***Мargarita Николаевна Югай** – м.ғ.к., «Қарағанды медицина университеті» коммерциялық емес акционерлік қоғамының отбасылық медицина кафедрасының қауымдастырылған профессоры (Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы). E-mail: YugayM@qmu.kz

Мақалада мүгедектік критерийлерін айқындау, денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау саласындағы оңалту іс-шараларының қажеттілігі мен көлемін негіздеу мақсатында қызмет етудің халықаралық жіктелімі (ҚЕХЖ), мүгедектіктің ережелері, адамның денсаулығының өзгеруінің, жеке және әлеуметтік факторларының терапевтік патологиямен байланысы келтірілген. Бұл жұмыстың мақсаты науқастарды оңалту орталықтарының тиімді жұмысын ұйымдастыру үшін ҚЕХЖ-сін пайдалану деректерін, құралдарын, тәсілдері мен шарттарын талдау, сондай-ақ оның нәтижелерін талдау болды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде эпидемиологиялық бақылау және қоғамдық денсаулық сақтау әрекеттерін үйлестіру үшін қажетті халықаралық жіктеулерді жүйелеуді бекітті. ҚЕХЖ, мүгедектік және денсаулық әр түрлі мамандықтағы клиницисттердің жұмысында маңыздырақ бола түсуде. ҚЕХЖ денсаулық сипаттамаларының және онымен байланысты барлық жағдайлардың жіктеуші ретінде әрекет ете отырып, қоғамдық өмірдің көптеген салаларында қолданылуы мүмкін: денсаулық сақтау, әлеуметтік қорғау, сақтандыру, әлеуметтік жұмыспен қамту, білім беру, экономика, әлеуметтік саясат, заңнама. Кешенді диагностикалық және функционалды ақпарат белгілі бір адамның немесе адамдар тобының денсаулық жағдайына кеңірек және мазмұнды сипаттама беруге мүмкіндік береді. Бұл тұрғыда мүгедектік тобын анықтаудың медициналық, құқықтық және әлеуметтік мәні бар, өйткені ол қоғамдағы нақты қатынастармен: мүгедекке берілетін жәрдемақылардың болуымен, мүгедектік бойынша зейнетақыны төлеумен және еңбекке қабілеттілігін шектеумен байланысты. Нәтижелердің практикалық маңыздылығы ҚЕХЖ жіктелімін қолданудың әзірленген әдістемесі қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесі жағдайында науқастарды медициналық оңалтудың тиімділігін бағалауға мүмкіндік беру әрекетінен тұрады.

Кілт сөздер: әлеуметтік жеткіліксіздік, мүгедектік, оңалту бағдарламалары, нозология, жүйелеу.