

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 614.2

**Ш. М. Газалиева, К. А. Алиханова, Л. Е. Сартымбекова, Т. О. Абугалиева,
В. А. Жакипбекова, Б. К. Омаркулов, А. Т. Такирова**

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Карагандинский государственный медицинский университет (Казахстан, Караганда)

В статье рассмотрена одна из классификаций Всемирной организации здравоохранения – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Показана связь с Международной классификацией болезней 10 пересмотра. Приведены определения, которые используются в классификации, а также специалисты, которые могут использовать данный инструмент в своей работе. Рассмотрены такие домены, как функции, структуры организма, активность и участие, а также факторы окружающей среды. Приведены буквенное обозначение доменов и их числовая оценка. Показана возможность не только качественной оценки нарушенных функций, но и количественной, выраженной в процентах. Особое значение уделяется освещению роли МКФ при организации процесса реабилитации каждого конкретного пациента, а также при решении научно-исследовательских задач, экономическом и статистическом анализе уровня здоровья, заболеваемости и инвалидизации населения, проведении медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, медико-социальная экспертиза, биопсихосоциальная модель реабилитации, медицинская реабилитация

Приоритетная роль государства в создании безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями во всех сферах жизнедеятельности общества стала этапом к тому, что в 2006 г. международное сообщество объединилось, чтобы предоставить в распоряжение государств Конвенцию о правах инвалидов, принятую Генеральной Ассамблеей ООН.

В соответствии с Конвенцией к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Из этого определения следует, что основным постулатом при определении инвалидности является установление нарушений здоровья, сопровождающихся физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые препятствуют взаимодействию инвалидов с окружающей средой и тем самым мешают их участию в жизни общества. Государства, подписавшие Конвенцию, обязуются поощрять, защищать и обеспечивать полное и равное осуществление инвалидами прав человека и основных свобод, а также поощрять уважение присущего им достоинства. Ратификация Конвенции создаст дополнительные гарантии обеспечения, защиты и развития социальных и экономических прав инвалидов, а также послужит ориентиром для дальнейшего совершенствования правового

регулирования и практической деятельности в сфере социальной защиты инвалидов.

Важным шагом для Республики Казахстан в социальной политике стало подписание в 2008 г. Конвенции ООН о правах инвалидов и Факультативного протокола к ней. Тем самым страна приняла на себя обязательства по имплементации международных стандартов в отношении лиц с ограниченными возможностями в соответствии с Национальным планом по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов. Основной его задачей является формирование к 2018 г. условий для беспрепятственного доступа к основным объектам и услугам с целью интеграции инвалидов в общество.

Существенная роль в Конвенции отведена значению совершенствования методики оценки уровня функционирования пациентов и организации процесса реабилитации, проведения медико-социальной экспертизы, оценки ограничения жизнедеятельности, барьеров окружающей среды, препятствующих полноценной интеграции больных и инвалидов в общество.

Новый этап развития нашел свое отражение в замене Международной классификации нарушений (МКН) Международной классификацией функционирования (МКФ). МКФ ушла от классификации «последствий болезней», чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». МКФ как одна из социальных классификаций является универсальным

инструментом оценки статуса инвалида, построена по иерархическому принципу с высокой степенью детализации и отвечает всем требованиям, предъявляемым к инструменту в виде измерителя [2, 5, 7, 10, 17, 18, 19, 20].

Согласно исторической справке, в 1980 г. экспертами ВОЗ была представлена Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICHD (МКН, 1980 г.). Для понимания сущности инвалидности, перед экспертами ВОЗ была поставлена задача объединения двух основных концептуальных взглядов на здоровье и его нарушения (медицинского и социального), и создание более совершенной классификации, в которой должна быть представлена более весомая роль общества в решении проблем, связанных с инвалидностью [1, 7, 15].

Медицинская модель – когда проблемы акцентируются на самом инвалиде, на его дефектах, неспособностях и недостатках. Меры по решению проблем сводятся в основном к лечению, сопровождаемому администрированию жизнедеятельности человека. Эта модель безнадежно устарела. Социальная модель – когда инвалидность определяется в рамках динамического взаимодействия инвалида и общества. В рамках данной модели центр внимания перемещается на окружающую индивида среду, имеющиеся барьеры, которые приводят к ограничениям в жизнедеятельности (ОЖД) человека. Вместе с тем социальная модель рассматривает данную проблему с позиции сугубо социальной проблемы, а не как свойство человека.

Однако МКН не удалось раскрыть достаточно полно роль социальной и физической окружающей среды как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении. Этот факт рассматривается как преобладание сугубо медицинского подхода. Многочисленные замечания и предложения международных экспертов в процессе ее апробации были учтены рабочей группой экспертов ВОЗ, и в 1989 г. была принята Номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности – *Nomenclature of Impairments, Disabilities and Disadvantages* (МКН- 2), адаптированная для нужд практического здравоохранения, социальных и статистических служб, которая также имела ряд недостатков [17, 19, 27, 30, 36].

Дальнейшее развитие социальных институтов и совершенствование отношения обще-

ства к индивиду, имеющему различные заболевания и, как следствие, функциональные нарушения, привели к разработке и принятию МКФ – *Internacional Classification of Functioning, Disabiliti and Health*. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на 54 сессии 22 мая 2001 г. [7].

Главной особенностью МКФ является то, что она ушла от классификации последствий болезни (как было в версиях 1980-1989 гг.), чтобы стать классификацией составляющих здоровья. Т. е. фокус внимания сместился с заболеваний и других изменений состояния здоровья на компоненты, из которых оно состоит [8, 21].

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в МКБ-10 (Международная классификация болезней 10 пересмотра), которая определяет их этиологическую структуру.

Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга. Важно иметь в виду наличие частичного совпадения между МКБ-10 и МКФ. Обе классификации начинаются с систем организма. Нарушения относятся к структурам и функциям организма, которые обычно являются составляющими «процесса болезни» и, в связи с этим, также используются в МКБ-10. Тем не менее, МКБ-10 использует нарушения (в виде признаков и симптомов) как части констелляции, которые формируют «болезнь», или иногда как причины для обращения за медицинской помощью, в то время как МКФ использует их как проблемы функций и структур организма, связанные с изменениями здоровья. Пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья обеспечиваются диагнозом, который дополняется информацией МКФ о функционировании. У двух индивидов с одинаковыми заболеваниями могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковое изменение здоровья. Следовательно, совместное использование классификаций повышает качество информации для медицинских целей. МКФ не исключает использования обычных диагностических процедур для медицинских целей. В других случаях МКФ может использоваться самостоятельно. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функ-

ционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений.

Всеобъемлющая цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем, составляющих благополучия (образование, труд и т.д.). Т. е. домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как домены здоровья и как домены, связанные со здоровьем.

Таким образом, отличительной особенностью указанных международных классификаций является то, что МКФ ушла от классификаций «последствий болезни», чтобы стать классификацией «составляющих здоровья» (доменов), в то время как МКН концентрировало внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат, всегда имеющие характер разрушений и «выведения из строя». Термин «социальная недостаточность» в МКФ изменен на понятие «барьеры» (недоступность социальной помощи, отсутствие мер социальной защиты и т.д.), которые подлежат устранению на уровне государственного планирования и исполнения социального заказа.

Следует подчеркнуть, что наилучшая модель инвалидности, таким образом, будет представлять собой синтез всего лучшего из медицинской и социальной моделей. Общепринято называть ее биопсихосоциальной моделью, нашедшей отражение в МКФ (рис. 1).

Исходя из этого, в МКФ термин «ограни-

чение жизнедеятельности» (ОЖД) означает последствия или результат сложных взаимоотношений между *изменением здоровья индивида, личностными факторами, внешними факторами*, представляющими условия, в которых живет индивид [11, 12, 15, 22].

Основные принципы МКФ. Данная классификация МКФ построена на основе следующих важных принципов:

- **Универсальность.** МКФ должна быть применима ко всем людям, независимо от состояния здоровья или возраста. Она относится к функционированию каждого человека, поэтому ее нельзя использовать как средство отделения инвалидов в отдельную группу. Универсальный подход к инвалидности также означает, что большинство людей в какой-то момент становятся тем или иным образом «людьми с ограниченными возможностями».

- **Равенство.** Не должно быть разделения, выражаемого прямо или косвенно, между различными состояниями здоровья, «умственными» и «физическими», которое затрагивает структуру МКФ. Другими словами, инвалидность нельзя разделять по этиологии.

- **Нейтральность.** МКФ отображает как положительные, так и отрицательные аспекты всех положений функционирования и ОЖД и акцентирует внимание на оставшихся способностях людей и на том, что они до сих пор способны делать, а не на их инвалидности или нарушениях функционирования.

- **Факторы окружающей среды.** Для того, чтобы сделать социальную модель инвалидности более завершенной, МКФ включает контекстовые факторы, в которых перечислены факторы окружающей среды. Эти факторы могут быть физическими: климат, местность; а также включать в себя социальное отношение,

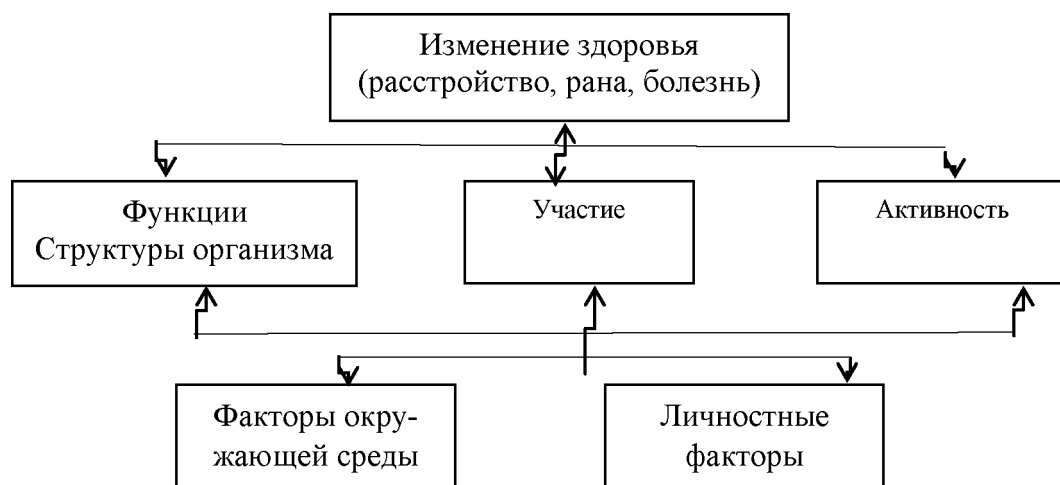


Рисунок 1 – Биопсихосоциальная модель инвалидности

учреждения, законы. Взаимодействие с факторами окружающей среды является важным аспектом научного понимания явления, обобщенного в терминах «функционирование и ограничение жизнедеятельности».

• **Интерактивность.** МКФ может предоставить основу для всесторонней и понятной социальной политики в сфере инвалидности, будь то разработка критериев на право получения пенсий по инвалидности, или разработка положений для доступа к вспомогательным технологиям, или санкционирование жилищной либо транспортной политики для людей с ограничениями подвижности, либо сенсорными или умственными ограничениями.

В соответствии с этими принципами данная классификация может быть применима ко всем людям, независимо от состояния здоровья или возраста; между ее элементами не существует линейной прогрессивной связи и, более того, реабилитационные вмешательства могут напрямую преобразовывать некоторые элементы МКФ и таким образом изменять общее состояние конкретного человека.

Таким образом, МКФ не классифицирует людей, а дает описание ситуаций, исходя из функционирования и его ограничений у человека, поэтому служит своеобразным каркасом для систематизации этой информации, основываясь на взаимодействии характеристик здоровья и контекстовых факторов, которые

приводят к ограничениям жизнедеятельности. МКФ выстраивает информацию во взаимосвязанном и легко понятном виде.

Специфические цели МКФ. МКФ – это многоцелевая классификация, разработанная для использования в различных дисциплинах и областях. Ее специфические цели могут быть определены как следующие:

- 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.

Обзор составляющих МКФ в контексте здоровья. *Функции организма* – это физиологические функции систем организма (включая психические функции). *Структуры организма* – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты. *Нарушения* – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата. *Домен* –



Рисунок 2 – Структура МКФ

Таблица 1 – Классификация функций и организма

набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач или областей жизни. Домен является основным элементом, формирующим разделы и блоки классификации, определяя второй уровень классификации составляющих МКФ

Структура МКФ. Информация в МКФ систематизирована в двух частях (рис. 2).

Часть 1 МКФ включает в себя функционирование и ОЖД. Часть 2 МКФ охватывает контекстные факторы. Каждая часть включает две составляющие. Составляющая функционирования и ОЖД включает в себя две классификации, одна – для функций систем организма, другая – для структур организма. Разделы в обеих классификациях построены в соответствии с системами организма (табл. 1).

Составляющая активность и участие

охватывает полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций. Предложены два определителя активности и участия (рис. 3): 1) *реализация* устанавливает, что делает индивид в условиях реально окружающей его среды, т. е. в тех условиях, в которой он живет. Эти условия включают окружающие факторы: все аспекты физической, социальной среды, мира отношений и установок; 2)

потенциальная способность (капацитет) устанавливает способность индивида выполнять или справляться с какой-либо задачей или действием при условии, если в окружающей среде были бы созданы для этого условия.

На практике, для решения конкретной задачи, связанной с реабилитацией, нужно

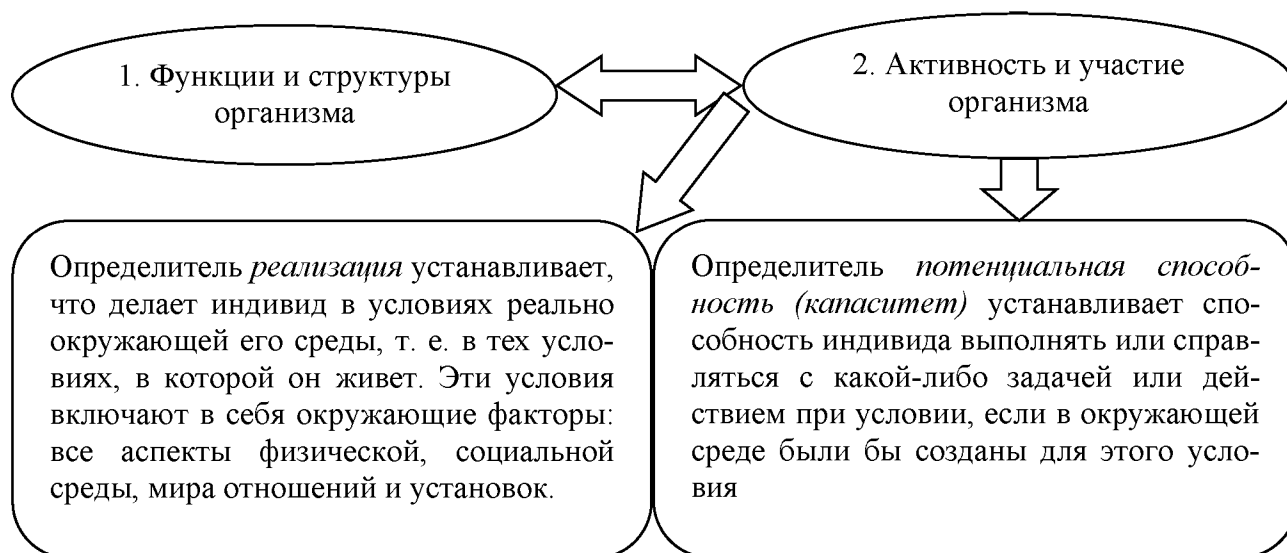


Рисунок 3 – Первая часть МКФ

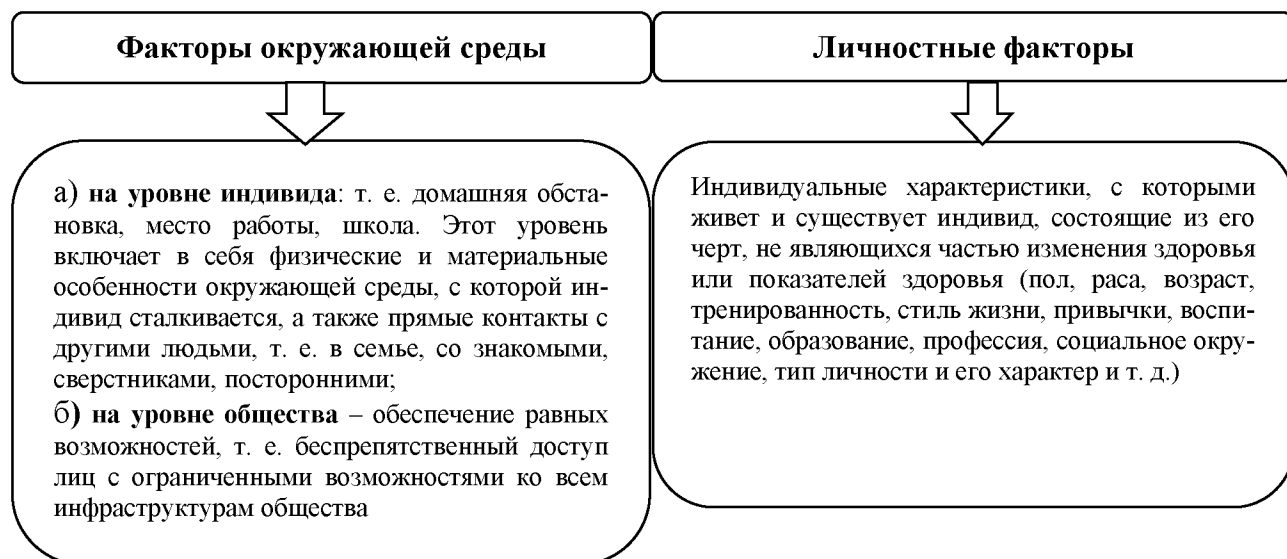


Рисунок 4 – Вторая часть МКФ

ответить на один важный вопрос: «Какие структуры и какие функции нужно улучшить, чтобы восстановить конкретную активность у данного пациента?». И здесь снова возникают проблемы, связанные уже с системой подготовки специалистов по медицинской реабилитации, потому что «функциональная анатомия» как предмет ни в медицинских, ни в педагогических вузах не преподается, и ее изучение происходит только в процессе самообразования. Какие мышечные группы нужно тренировать для восстановления того или иного сложного двигательного акта (связанного с мобильностью, самообслуживанием или бытовой активностью) описано только в зарубежных руководствах. Например, для обеспечения контроля туловища наиболее важны широчайшая мышца спины и трапециевидная мышца, а стабилизация лопатки (необходимая для отталкивания) невозможна без работы ключичной части большой грудной мышцы и передней зубчатой мышцы. Изучение данного вопроса в базовой программе образования специалистов ЛФК не предусмотрено.

Составляющие контекстовых факторов. Перечень окружающих факторов – это первая составляющая контекстовых факторов. Окружающие факторы влияют на все составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности и систематизированы по принципу: от непосредственно окружающих индивида до общего окружения. Личностные факторы являются составляющей факторов контекста, но они не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных вариаций, связанных с ними (рис. 4).

Буквенно-цифровой принцип кодирования в МКФ [32]. МКФ использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы b, s, d, e используются для обозначения функций (b) и структур (s) организма, активности и участия (d) и факторов окружающей среды (e).

За этими буквами следует числовой код, который начинается с порядкового номера раздела (одна цифра), далее следуют второй уровень (две цифры), третий и четвертый уровни (по одной цифре на каждый). Например, имеются следующие коды классификации функций организма:

- b2 Сенсорные функции и боль (обозначение первого уровня)
- b210 Функции зрения (обозначение второго уровня)
- b2102 Качество зрения (обозначение третьего уровня)
- b21022 Контрастная чувствительность

(обозначение четвертого уровня).

Методика измерения величины проблемы с помощью МКФ. Все три составляющие (b, s, d, e) измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

- 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.

Для оценки факторов окружающей среды МКФ предлагает общий определитель с негативной и позитивной шкалами, обозначающими степень выраженности конкретного фактора в виде барьера или облегчения, при этом точка указывает на барьеры, а знак (+) указывает на облегчающие факторы:

- xxx.0 нет барьеров (никаких, отсутствуют, ничтожные) 0-4%
- xxx.1 незначительные барьеры (легкие, небольшие, слабые) 5-24%
- xxx.2 умеренные барьеры (средние) 25-49%
- xxx.3 выраженные барьеры (резко выраженные, тяжелые) 50-95%
- xxx.4 абсолютные барьеры (полные...) 96-100%
- xxx+0 нет облегчающих факторов (отсутствуют, ничтожные) 0-4%
- xxx+1 незначительные облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые) 5-24%
- xxx+2 умеренные облегчающие факторы (средние) 25-49%
- xxx+3 выраженные облегчающие факторы (резко выраженные, значимые...) 50-95%
- xxx+4 абсолютные облегчающие факторы (полные) 96-100%

Классификация функций организма в МКФ

- Раздел 1. Умственные функции
- Раздел 2. Сенсорные функции и боль
- Раздел 3. Функции голоса и речи

Раздел 4. Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем

Раздел 5. Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма

Раздел 6. Урогенитальные и репродуктивные функции

Раздел 7. Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции

Раздел 8. Функции кожи и связанных с ней структур

Классификация активности и участия в МКФ. Раздел 1 «Обучение и применение знаний» включает в себя целенаправленное использование органов чувств; базисные навыки при обучении; применение знаний. В таком контексте ограничение способности к обучению в действующих классификациях и критериях не используется, но основные позиции получили отражение в категории *способность к обучению* и, в некоторой степени, *способность к ориентации*. Данный вид активности и участия в значительной степени носит психологический характер, т. к. отражает способность индивида не только выполнять отдельные действия, но и включаться в деятельность для решения сложных задач.

Раздел 2 «Общие задачи и требования» включает в себя несколько позиций, отражающих: выполнение отдельных задач, выполнение многоплановых задач, выполнение повседневного распорядка, преодоление стресса и других психологических нагрузок и др. В некоторой степени эти позиции учитываются в настоящее время при определении способности контролировать свое поведение. Однако выполнение отдельных и многоплановых задач практически не включено ни в одно определение категорий ограничения жизнедеятельности в настоящее время. Кроме того, определение или диагностика этих позиций требуют разработки и создания определенных маркеров, при помощи которых эти ограничения могут быть учтены.

Раздел 3 «Общение» включает в себя: восприятие сообщений при общении; общение – составление и изложение сообщений; разговор и общение с использованием средств связи и техники общения. Все эти позиции используются в действующей классификации ограничений способности к общению и применяются на практике.

Раздел 4 «Мобильность» предусматривает следующие виды действий: изменение и поддержание положения тела; перенос, перемещение и манипулирование объектами; ходьба и передвижение; передвижение с использо-

ванием транспорта. Все эти виды действий включены в способность к передвижению в рамках действующей классификации, за исключением переноса, перемещения и манипулирования объектами, которые в настоящее время оцениваются при диагностике ограничения самообслуживания и ограничений способности к трудовой деятельности.

Раздел 5 «Самообслуживание» и раздел 6 «Бытовая жизнь» в действующей классификации включены в категории жизнедеятельности *самообслуживание*, за исключением одной позиции: в раздел 6 «Бытовая жизнь» включено понятие *помощь другим*, которое полностью отсутствует в действующей классификации, но является неперенным критерием, в первую очередь качества бытовой, семейной жизни.

Раздел 7 посвящен межличностным взаимодействиям и отношениям и включает в себя общие или личностные взаимодействия и специфические межличностные отношения (социальный, семейные, интимные, формальные, отношения с незнакомыми людьми и др.). В действующей классификации понятия межличностных взаимодействий и отношений отсутствует, хотя некоторые позиции отражены в таких категориях, как контроль за своим поведением и общение.

Раздел 8 «Главные сферы жизни» включает в себя образование, работу и занятость, экономическую жизнь. Эти категории в действующей классификации включены в различные ограничения жизнедеятельности: способность к трудовой деятельности, способность к обучению и, в некоторой степени, в способность контролировать свое поведение. Однако экономическая жизнь (экономические отношения, экономическая самостоятельность и т.д.) никогда не оценивалась как отдельный аспект жизнедеятельности человека.

Раздел 9 посвящен жизни в сообществах, общественной и гражданской жизни и включает в себя жизнь в сообществах, отдых и досуг, религию, права человека, политическую жизнь и гражданство и др. В таком аспекте участие в жизни общества практически никогда не отражалось и не оценивалось в действующих классификациях. Однако этот раздел относится к тем действиям и задачам, которые требуются, чтобы заниматься организованной общественной жизнью вне семьи, включаться в жизнь отдельных сообществ, всего общества и в гражданские сферы жизни. Сравнительный анализ моделей ограничений жизнедеятельности, представленный в действующих классификациях и МКФ свидетельствует о расхожде-

ниях между ними, в основном касающихся социальных сфер жизни человека. Главным отличием является описание взаимоотношений между составляющими функционирования и ограничений жизнедеятельности.

Функционирование индивида представляется как взаимодействие или сложные отношения между изменением здоровья и контекстовыми факторами (факторами окружающей среды и личностными факторами).

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоящие из его черт, не являющихся частью изменения здоровья или показателей здоровья. Они могут включать в себя пол, расу, возраст, другие изменения здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальное окружение, образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и настоящем), тип личности и характера, склонности, другие характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне. Личностные факторы в МКФ, хотя и выделены как класс факторов, определяющих здоровье, однако не расшифрованы, не детализированы и в настоящее время в оценке здоровья и болезни по данной классификации не применяются. Тем не менее, они включены в схему структуры МКФ, чтобы отметить тот важный вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат оценки здоровья и болезни, различных лечебных и реабилитационных вмешательств.

В странах бывшего СНГ МКФ в пилотном режиме внедряется в системы здравоохранения и социальной защиты (Россия, Казахстан, Беларусь, Молдова, Украина), изучаются возможности прикладного использования положений МКФ в организации медико-профилактической и реабилитационной помощи в практике медико-социальной экспертизы.

Обращается внимание на необходимость «включения (в практику МСЭ) основных типов нарушений функций организма, дифференцированных с учетом положений МКФ по преимущественным видам помощи, в которых нуждается инвалид в конкретной жизненной ситуации». Изучается использование МКФ-ДП для объективизации воздействия внутренних и внешних факторов на организм детей. Разработанные инструменты оценки функционирования ребенка в контексте личностных и средовых факторов могут широко применяться различными специалистами [29].

Так, для врачей востребованными разделами МКФ-ДП могут быть категории составляющих *функции организма* и *структура организма*; для психологов – категории составляющих *активность и участие*, личностные факторы; для социальных работников – категории составляющей *факторы внешней среды*. Имеется работа по особенностям характера лиц с врожденными пороками сердца (ВПС) и их роль в оценке ограничений жизнедеятельности методом интервьюирования с использованием МКФ. Предложенная шкала оценок для личностных характерологических факторов и факторов активности и участия в общественной жизни, позволила более полно выявить этиопатогенетические, психологические факторы, влияющие на процесс адаптации лиц с ВПС; выявить барьеры, препятствующие восстановлению их здоровья; определить совокупность адаптационных механизмов как стимуляторов компенсации, что эффективно влияет на восстановление жизнедеятельности пациентов.

Российские исследователи описывают значение МКФ при создании системы объективной оценки качества на примере оказания помощи больным с цереброваскулярными болезнями (ЦВБ). Авторы разработали систему комплексной оценки эффективности реабилитации на основе социологического опроса пациентов и их родственников с использованием МКФ [23]. В диссертационной работе (Казахстан) по оценке функционального статуса нейрохирургических больных автор указывает, что МКФ позволяет провести качественную и количественную оценку неврологического дефицита, степени выраженности различных видов ограничения жизнедеятельности, а также объективизацию субъективного состояния инвалидов. Показана практичность МКФ как инструмента объективной оценки результатов медицинских вмешательств при оказании стоматологической помощи. В частности, проведен сравнительный анализ данных по оценке нарушений стоматологического здоровья пациентов и результатов лечения без и при использовании МКФ. Авторы делают выводы, что МКФ позволяет всесторонне оценить нарушения, когда без МКФ-инструментария оценивается треть показателей состояния здоровья пациентов. Аналогичные выводы демонстрируются при оценке результатов лечения [13, 24, 25, 26, 28, 33, 34].

Другие авторы наглядно показывают практическое применение МКФ для оценки здоровья и мер реабилитации конкретного больного с сердечно-сосудистой патологией, с

активным использованием терминов МКФ. Результатом данной оценки является эффективная медицинская реабилитация описываемого больного на основе предложенной оптимизации деятельности реабилитационной службы [35, 36]. Имеются исследования по разработке современных методологических подходов МСЭ. Так, в работах, посвященных совершенствованию качества МСЭ, акцентируется, что разработка новых критериев МСЭ с учетом МКФ позволит оценивать состояние граждан с высокой степенью достоверности и определять их потребность в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию [3, 4]. Таким образом, МКФ может широко применяться специалистами в соответствии с их профессиональной деятельностью.

Комплексный подход в оценке здоровья индивида, оценке качества, полноты объема лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий обеспечивается применением положений МКФ.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аухадеев Э. И. Современные методологические подходы к МСЭ и реабилитации больных и инвалидов /Э. И. Аухадеев, Х. В. Иксанов //Восстановительное лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. – Казань, 2007. – С. 37-47.
- 2 Буйлова Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации //Медиаль. – 2013. – №2. – С. 26-31.
- 3 Деденева И. В. Совершенствование деятельности главных бюро медико-социальной экспертизы по повышению качества государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – 24 с.
- 4 Дроздова И. В. Особенности характера лиц с врожденными пороками сердца и их роль в оценке ограничений жизнедеятельности //МСЭ и реабилитация. – 2014. – №2. – С. 10-17.
- 5 Заболотных И. И. Кодификатор ограничений жизнедеятельности при патологии внутренних органов с учетом положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). – СПб: ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта ФМБА России, 2012. – 25 с.
- 6 Ибраева К. Б. Оценка функционального статуса больных нейрохирургического профиля с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: Автореф. дис. ...д-ра философии. – Астана, 2011. – 22 с.
- 7 Исанова В. А. Использование стандартизированных показателей МКФ в нейрореабилитации: Метод. пособие. – Казань, 2013. – 36 с.
- 8 Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных /А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. – М.: МЕД пресс-информ, 2008. – С. 69-479.
- 9 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Финальный проект Полная версия. – Женева. 2001.
- 10 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия) /Под ред. Г. Д. Шостка, М. В. Коробова, А. В. Шаброва. – СПб: СПбИУВЭК, 2003. – 228 с.
- 11 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: краткая версия, русская редакция /ВОЗ. – СПб: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2003. – 143 с.
- 12 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья //ЛФК и массаж. – 2004. – №3 (12). – С. 3-8.
- 13 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр. – Женева, 1992-1994. – Т. 1 – 3.
- 14 Орлова Г. Г. Роль и значение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации должной профилактической помощи населению //Фундаментальные исследования. – 2013. – №3. – С. 358-361.
- 15 Организация медико-социальной реабилитации за рубежом /Под ред. Ф. А. Юнусова. – М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2008. – С. 6.
- 16 Романова З. А. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при экспертизе детей и подростков //МСЭ и реабилитация. – 2014. – №1. – С. 51-56.
- 17 Смычек В. Б. Материалы научно-практической конференции по проблемам использования МКФ (Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) в медико-психологической работе с людьми с интеллектуальными и физическими нарушениями, психическими заболеваниями. – Минск, 2014. – С. 4-25.
- 18 Смычек В. Б. Современные аспекты инвалидности. – Минск, 2012. – 268 с.

19 Смычек В. Б. Использование МКФ для составления профиля функционирования пациентов с сахарным диабетом 2 типа /В. Б. Смычек, Н. Л. Львова //Здравоохранение. – 2014. – №3. – С. 40-54.

20 Сергеева В. В. Практическое применение Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья у больных с сердечно-сосудистой патологией //МСЭ и реабилитация. – 2014. – №3. – С. 11-16.

21 Ястребцева И. П. Значимость международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки состояния здоровья человека /И. П. Ястребцева, И. Е. Мишина //Вестн. Ивановской мед. академии. – 2016. – №1. – С. 25-29.

22 Чубаков Т. Ч. Актуальность и перспективы внедрения положений Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) /Т. Ч. Чубаков, Л. И. Качыбекова //Вестн. КРСУ. – 2016. – №3. – С. 138-140.

23 Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – С. 71-209.

24 Andlin-Sobocki P. Costs of disorders of the brain in Europe /P. Andlin-Sobocki, B. Jansson, H.-U. Wittchen et al. //Europ. J. Neurol. – 2005. – V. 12 (suppl. 1). – P. 1-24.

25 Barnes M. P. Principles of neurological rehabilitation //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2003. – V. 74. – P. 3-7.

26 Grotkamp S. Personbezogene Faktoren der ICF //Beispiele zum Entwurf Gesundheitswesen. – 2012. – V. 74. – P. 449-458.

27 Grotkamp S. Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence //Australian Journal of Rehabilitation Councelling. – 2012. – V. 18. – P. 1-24.

28 Grill E. Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons with three other functional measures //Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2006. – V. 85. – P. 640-649.

29 Hurn J. Goal setting as an outcome measure: A systematic review /J. Hurn, I. Kneebone, M. Copley //Clin. Rehabil. – 2006. – V. 20. – P. 756-772.

30 Olesen J. Consensus document on European brain research /J. Olesen, M. Baker, T. Freud //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – V. 77 (suppl. 1). – P. 1-19.

31 Stucki G. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice //Disabil. Rehabil. – 2002. – V. 24. – P. 281-282.

32 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. – Geneva: WHO, 2001. – P. 3-29.

33 Scobbie L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework //Wyke Clin. Rehabil. – 2011. – V. 25(5). – P. 468-482.

34 Scobbie L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework /L. Scobbie, D. Dixon, S. Wyke //Clin. Rehabil. – 2011. – V. 25 (5). – P. 468-482.

35 Schuntermann M. F. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. – Aufl.: Ecomed-Verlag, 2013. – P. 45

36 Schiariti V. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting /V. Schiariti, M. Selb, A. Cieza, M. O'Donnell //DMCN. – 2015. – V. 57. – P. 149-158.

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

REFERENCES

1 Auhadeev Je. I. Sovremennye metodologicheskie podhody k MSJe i rehabilitacii bol'nyh i invalidov /Je. I. Auhadeev, H. V. Iksanov //Vostanovitel'noe lechenie i rehabilitacija lic, postradavshih v chrezvychajnyh situacijah. – Kazan', 2007. – S. 37-47.

2 Bujlova T. V. Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija kak ključ k ponimaniju filosofii rehabilitacii //Medial'. – 2013. – №2. – S. 26-31.

3 Dedeneva I. V. Sovershenstvovanie dejatel'nosti glavnyh bjuro mediko-social'noj jekspertizy po povysheniju kachestva gosudarstvennoj uslugi po provedeniju mediko-social'noj jekspertizy: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – 24 s.

4 Drozdova I. V. Osobennosti haraktera lic s vrozhdannymi porokami serdca i ih rol' v ocenke ogranichenij zhiznedejatel'nosti //MSJe i rehabilitacija. – 2014. – №2. – S. 10-17.

5 Zabolotnyh I. I. Kodifikator ogranichenij zhiznedejatel'nosti pri patologii vnutrennih organov s uchetom polozhenij mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja (MKF). – Spb: FGBU SPb NCJePR im. G. A. Al'brehta FMBA Rossii, 2012. – 25 s.

- 6 Ibraeva K. B. Ocenka funkcional'nogo statusa bol'nyh neirohirurgicheskogo profilya s ispol'zovaniem Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja: Avtoref. dis. ...d-ra filosofii. – Astana, 2011. – 22 s.
- 7 Isanova V. A. Ispol'zovanie standartizirovannyh pokazatelej MKF v nejroreabilitacii: Metod. posobie. – Kazan', 2013. – 36 s.
- 8 Kadykov A. S. Reabilitacija nevrologicheskikh bol'nyh /A. S. Kadykov, L. A. Chernikova, N. V. Shahparonova. – M.: MED press-inform, 2008. – S. 69-479.
- 9 Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja. Final'nyj proekt Polnaja versija. – Zheneva, 2001.
- 10 Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja (kratkaja versija) /Pod red. G. D. Shostka, M. V. Korobova, A. V. Shabrova. – SPb: SPbIUUVJeK, 2003. – 228 s.
- 11 Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja: kratkaja versija, russkaja redakcija /VOZ. – SPb: Institut usovershenstvovanija vrachej-jekspertov, 2003. – 143 s.
- 12 Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja //LFK i massazh. – 2004.– №3 (12).–S.3-8.
- 13 Mezhdunarodnaja statisticheskaja klassifikacija boleznej i problem, svjazannyh so zdorov'em, 10 peresmotr. – Zheneva, 1992-1994. – T. 1 – 3.
- 14 Orlova G. G. Rol' i znachenie mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja (MKF) v organizacii dolzhnoj profilakticheskoi pomoshhi naseleniju //Fundamental'nye issledovanija. – 2013. – №3. – S. 358-361.
- 15 Organizacija mediko-social'noj reabilitacii za rubezhom /Pod red. F. A. Junusova. – M.: Obshherossijskij obshhestvennyj fond «Social'noe razvitie Rossii», 2008. – S. 6.
- 16 Romanova Z. A. Ispol'zovanie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja pri jekspertize detej i podrostkov //MSJe i reabilitacija. – 2014. – №1. – S. 51-56.
- 17 Smychek V. B. Materialy nauchno-prakticheskoi konferencii po problemam ispol'zovanija MKF (Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja) v mediko-psihologicheskoi rabote s ljud'mi s intellektual'nymi i fizicheskimi narushenijami, psihicheskimi zabolevanijami. – Minsk, 2014. – S. 4-25.
- 18 Smychek V. B. Sovremennye aspekty invalidnosti. – Minsk, 2012. – 268 s.
- 19 Smychek V. B. Ispol'zovanie MKF dlja sostavlenija profilya funkcionirovanija pacientov s saharnym diabetom 2 tipa /V. B. Smychek, N. L. L'vova //Zdravoohranenie.– 2014.– №3.–S.40-54.
- 20 Sergeeva V. V. Prakticheskoe primenenie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenija zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja u bol'nyh s serdechno-sosudistoj patologiej //MSJe i reabilitacija. 2014.– №3.– S.11-16.
- 21 Jastrebcova I. P. Znachimost' mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja dlja ocenki sostojanija zdorov'ja cheloveka /I. P. Jastrebcova, I. E. Mishina //Vestn. Ivanovskoj med. akademii. – 2016. – №1. – S. 25-29.
- 22 Chubakov T. Ch. Aktual'nost' i perspektivy vnedrenija polozhenij Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja (MKF) /T. Ch. Chubakov, L. I. Kachybekova //Vestn. KRSU. – 2016. – №3. – S. 138-140.
- 23 Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj reabilitacii /Pod red. A. N. Belovoj, O. N. Shhepetovoj. – M.: Antidor, 2002. – C. 71-209.
- 24 Andlin-Sobocki P. Costs of disorders of the brain in Europe /P. Andlin-Sobocki, B. Jansson, H.-U. Wittchen et al. //Europ. J. Neurol. – 2005. – V. 12 (suppl. 1). – R. 1-24.
- 25 Barnes M. P. Principles of neurological rehabilitation //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2003. – V. 74. – R. 3-7.
- 26 Grotkamp S. Personbezogene Faktoren der ICF //Beispiele zum Entwurf Gesundheitswesen. – 2012. – V. 74. – R. 449-458.
- 27 Grotkamp S. Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence //Australian Journal of Rehabilitation Councelling. – 2012. – V. 18. – R. 1-24.
- 28 Grill E. Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons with three other functional measures //Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2006. – V. 85. – P. 640-649.
- 29 Hurn J. Goal setting as an outcome measure: A systematic review /J. Hurn, I. Kneebone, M. Copley //Clin. Rehabil. – 2006. – V. 20. – R. 756-772.
- 30 Olesen J. Consensus document on European brain research /J. Olesen, M. Baker, T. Freud //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – V. 77 (suppl. 1). – R. 1-19.

31 Stucki G. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice //Disabil. Rehabil. – 2002. – V. 24. – P. 281-282.

32 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. – Geneva: WHO, 2001. – P. 3-29.

33 Scobbie L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework // Wyke Clin. Rehabil.– 2011.– V.25(5).– P.468-482.

34 Scobbie L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework //L. Scobbie, D. Dixon, S. Wyke //Clin. Rehabil. – 2011. – V. 25 (5). – R. 468-482.

35 Schuntermann M. F. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. – Aufl.: Ecomed-Verlag, 2013. – R. 45

36 Schiariti V. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting //V. Schiariti, M. Selb, A. Cieza, M. O'Donnell //DMCN. – 2015. –V. 57. – R. 149-158.

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

Поступила 28.03.2018

Sh. M. Gazaliyeva, K. A. Alikhanova, L. Ye. Sartymbekova, T. O. Abugaliyeva, V. A. Zhakipbekova, B. K. Omarkulov, A. T. Takirova

ACTUALITY OF INTRODUCTION OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATION OF LIFETIME AND HEALTH INTO CLINICAL PRACTICE

Karaganda state medical university (Kazakhstan, Karaganda)

The article considers one of the classifications of the World Health Organization – the International Classification of Functioning, Disability and Health. The connection with the International Classification of Diseases 10 of the revision is shown. The definitions used in the classification are given, as well as specialists who can use this tool in their work. Considered are domains such as functions, body structures, activity and participation, as well as environmental factors. The letter designation of domains and their numerical estimate are given. The possibility of not only qualitative evaluation of impaired functions is shown, but also quantitative, expressed in percent. Particular importance is given to highlighting the role of the ICF in organizing the rehabilitation process for each individual patient, as well as in solving research problems, economic and statistical analysis of the level of health, morbidity and disability of the population, and medical and social expertise.

Key words: International classification of functioning, disability and health, medico-social expertise, biopsychosocial model of rehabilitation, medical rehabilitation

Ш. М. Газалиева, К. А. Алиханова, Л. Е. Сартымбекова, Т. О. Аbugалиева, В. А. Жакипбекова, Б. К. Омаркулов, А. Т. Такирова

ЖҰМЫС ІСТЕУДІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КЛАССИФИКАЦИЯСЫН, ӨМІР СҮРУ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ ШЕКТЕУЛЕРІН КЛИНИКАЛЫҚ ПРАКТИКАҒА ЕНГІЗУДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті (Қарағанды, Қазақстан)

Мақалада Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымының классификацияларының бірі – Жұмыс істеудің халықаралық классификациясы, өмір сүру мен денсаулық шектеулері қарастырылған. 10 қайталап қарастырудың Халықаралық классификациямен байланысы көрсетілген. Классификацияда пайдаланылатын ұғымдар, сол сияқты осы құралды өз жұмысында қолдана алатын мамандар келтірілген. Ағзаның функциялары, құрылымдары, белсенділігі мен қатысуы сияқты домендер және қоршаған ортаның факторлары қарастырылған. Домендердің әріптік белгіленулері мен олардың сандық бағамдары келтірілген. Бұзылған функциялардың сапалық бағалауларының мүмкіндігі ғана емес, сол сияқты пайыздар түріндегі сандық бағамдары көрсетілген. Жұмыс істеудің халықаралық классификациясының әрбір нақты пациентті оңалту үдерісіндегі, сол сияқты ғылыми-зерттеу міндеттерін шешудегі, тұрғындар денсаулығының экономикалық және статистикалық талдауындағы, медико-әлеуметтік сараптама жүргізудегі ролін көрсетуге ерекше көңіл бөлінген.

Кілт сөздер: Жұмыс істеудің халықаралық классификациясы, өмір сүру мен денсаулық шектеулері, медико-әлеуметтік сараптама, оңалтудың биопсихосолеуметтік үлгісі, медициналық оңалту