



**МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ  
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

О.В. ДУДКИНА, В.Г. ПОМНИКОВ, Л.А. КРИЦКАЯ

*Институт дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Сампсониевский пр., д. 11 л А, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия*

**Аннотация.** Цереброваскулярная патология и сопровождающие ее частые осложнения на сегодняшний день представляют серьезную проблему для общества и требуют комплексного подхода к лечению, реабилитации и профилактике, т.к. имеет лидирующие показатели по заболеваемости, смертности и инвалидности. Дальнейшие исследования и разработка эффективных методов профилактики и реабилитации цереброваскулярной патологии являются важной задачей для современной медицины. Значение применения Международной классификации функционирования в повседневной клинико-экспертной работе актуальна для специалистов не только в области реабилитологии, но и для клиницистов и врачей-специалистов по медико-социальной экспертизе. **Материалы и методы исследования:** с целью иллюстрации роли Международной классификации функционирования в клинико-экспертной работе, авторами изложены возможности применения, ограничений жизнедеятельности и здоровья на примере клинико-экспертного случая инвалида трудоспособного возраста с последствиями церебрального инсульта на фоне стенозирующих процессов в брахиоцефальных артериях. Перевод клинико-экспертных результатов в категории Международной классификации функционирования позволяет унифицировать данные, обеспечить сравнимость результатов с разными пациентами, а также определить значимость и эффективность выбора реабилитационных мероприятий. **Результаты и их обсуждение:** клинико-экспертный случай иллюстрирует пример анализа экспертных категорий и доменов, как важнейшей унифицированной методики оценки функционирования человека с медицинской и социальной позиций, для организации реабилитационного процесса и его реализации у конкретного пациента.

**Ключевые слова:** международная классификация функционирования; ограничения жизнедеятельности и здоровья; комплексная реабилитация; индивидуальная программа реабилитации.

**INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH FOR  
REHABILITATION DIAGNOSIS DISABILITY AND HEALTH FOR REHABILITATION  
DIAGNOSTICS AT CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS**

O.V. DUDKINA, V.G. POMNIKOV, L.A. KRITSKAYA

*Institute of Additional Professional Education of the Federal State Budgetary Institution «Federal Scientific and Educational Institution of Medical and Social Expertise and Rehabilitation named after G.A. Albrecht» Ministry of Labour of Russia, 11 lit. A Sampsonievsky dr., St. Petersburg, 194044, Russia*

**Abstract.** Today, cerebrovascular pathology and accompanying frequent complications represent a serious problem for the society and require an integrated approach to treatment, rehabilitation and prevention, as it has leading indicators of morbidity, mortality and disability. Further research and development of effective methods of prevention and rehabilitation of cerebrovascular pathology is an important task for modern medicine. The importance of applying the International Classification of Functioning in everyday clinical and expert work is relevant both for specialists in the field of rehabilitation and for clinicians, as well as for medical and social experts. **Materials and methods of research.** In order to illustrate the role of the International Classification of Functioning in clinical and expert work, the authors outlined the possibilities of applying the International Classification of Functioning in clinical and expert work using the example of a clinical expert case of a disabled person of working age with the consequences of cerebral stroke on the background of stenotic processes in the brachiocephalic arteries. Translation of clinical-expert results into the categories of the International Classification of Functioning allows to unify the data, to provide comparability of results with different patients, as well as to determine the significance and effectiveness of the chosen rehabilitation measures. **Results and their discussion.** The clinical expert case illustrates an example of the analysis of expert categories and domains as the most

important unified methodology of human functioning assessment from medical and social positions, for the organisation of rehabilitation process and its implementation in a particular patient.

**Key words:** international classification of functioning; limitations of vital activity and health; complex rehabilitation; individual rehabilitation programme

**Введение.** Цереброваскулярные заболевания, особенно инсульты, имеют высокие показатели инвалидизации и временной нетрудоспособности среди взрослого населения. Их влияние на качество жизни пациентов и их возможность заниматься трудовой деятельностью) является значительным. Кроме того, цереброваскулярные заболевания являются одной из ведущих причин общей смертности в России.

Исследование распространенности и последствий цереброваскулярной патологии поможет нам лучше понять масштаб проблемы и определить приоритетные направления для разработки профилактических и лечебных мероприятий. Кроме того, изучение возможностей реабилитации позволит нам оценить эффективность существующих методов восстановления функций и предложить новые подходы к реабилитации пациентов с цереброваскулярной патологией [6]. К концу первого года только 20% перенесших инсульт возвращаются к трудовой деятельности, 31% нуждаются в постороннем уходе, 20% не могут самостоятельно передвигаться, 55% больных не удовлетворены качеством жизни [1,7,8,14]. Основными клинико-социальными составляющими ограничения жизнедеятельности больных, перенесших *церебральный инсульт* (ЦИ), являются стойкие нарушения стато-динамических функций (парезы, параличи конечностей, статическая и динамическая атаксии, мозжечковый тремор, гиперкинезы, акинетико-ригидный синдром); психических функций (неврозоподобные расстройства, психоорганический, эпилептический синдромы и др.); языковых и речевых функций (афазия, бульбарный и псевдобульбарный синдромы); зрительных функций (снижение остроты зрения, центральные и периферические скотомы, концентрическое сужение полей зрения); мочевыделительной функции [14]. Вследствие нарушенных функций пациенты испытывают затруднения при самообслуживании, передвижении, общении, обучении, трудовой деятельности, в связи с чем, возникает необходимость в комплексной реабилитации, целью которой является устранение или более полная компенсация ограничений жизнедеятельности с активным вовлечением в реабилитационный процесс окружения инвалида для социально-бытовой и профессиональной адаптации [8,14]. *Международная классификация функционирования* (МКФ) предоставляет систематизированный и стандартизированный подход к оценке и документации функционального состояния пациентов, а также ограничений их жизнедеятельности и здоровья [1,7,8].

МКФ включает в себя две основные компоненты: Классификацию функционирования, которая описывает здоровье и функциональное состояние пациента в разных аспектах, и Классификацию ограничений жизнедеятельности, которая определяет, насколько пациент испытывает проблемы в выполнении различных задач и активностей в повседневной жизни [1,2,8,14]. МКФ представляет собой систему классификации, разработанную *Всемирной организацией здравоохранения* (ВОЗ), которая описывает состояние здоровья, функциональные способности и нарушения функции человека. Она включает в себя две основные категории: функциональные возможности (способности) и проблемы функционирования (нарушения). Оценка функционирования на основе этой классификации позволяет более точно определить, какие аспекты жизни человека наиболее затронуты, и разработать индивидуальные планы реабилитации и поддержки [2,3,4,7,14]. Категории также могут быть классифицированы в подкатегории в данном конкретном клинико-экспертном случае:

1. Функции (*b*): Сенсорные функции и боль (*b210-b229*); функции голоса и речи (*b3*); нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (*b7*);

2. Структуры организма (*s*): структуры нервной системы (*s1*); структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (*s4*);

3. Активность и участие (*d*): общение (*d3*); мобильность (*d4*); самообслуживание (*d5*); бытовая жизнь (*d6*); межличностные взаимодействия и отношения (*d7*); главные сферы жизни (*d8*); жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь (*d9*);

4. Факторы окружающей среды (*e*): поддержка и взаимосвязи (*e3*); установки (*e4*).

Такая классификация позволяет измерять и оценивать различные аспекты функционирования организма и активности человека в различных контекстах, а также учитывать факторы окружающей среды, которые могут влиять на состояние и возможности человека [5,7-9]. В практике врача-реабилитолога при работе с пациентами, перенесшими ЦИ, МКФ применяется при формировании реабилитационного диагноза, оценке реабилитационного потенциала, прогноза, цели реабилитации, а также для реализации ее базовых принципов [2,9,10,11]. Таким образом, МКФ на основе единой системы категорий позволяет более эффективно систематизировать деятельность мультидисциплинарной бригады на всем протяжении реабилитационного процесса для достижения максимальной независимости и адаптации инвалида в социуме [5,9,10,12,13].

**Цель исследования** – показать возможности применения МКФ с учетом всех ее составляющих (функции и структуры организма, активность и участие; факторы окружающей среды и личностные факторы), для уточнения степени выраженности основных нарушенных функций, категорий ограничения жизнедеятельности у пациента с ЦИ, что позволит оценить необходимый объем реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы исследования.** Представлен клинико-экспертный случай пациента с последствиями церебрального инсульта на фоне стенозирующих процессов в брахиоцефальных артериях. Для оценки клинико-функционального статуса вследствие нарушений двигательных, речевых, когнитивных функций использованы стандартизированные методики и шкалы: Результаты, полученные при использовании этих методик и шкал, могут быть переведены в категории МКФ, что позволяет сравнить статус пациента с заранее определенными категориями и определить уровень его функциональной независимости и ограничений [3,4,5]. В целом, использование этих методик и шкал позволяет нам получить объективную оценку клинико-функционального статуса пациентов с цереброваскулярной патологией и определить их потребности в реабилитации и поддержке [4,5,9].

Приводим клинико-экспертный пример: пациент В., 54 года, состоит в браке, имеет трех детей. Образование высшее педагогическое, инвалид III группы, не работает; проживает в квартире.

В настоящее время предъявляет жалобы на слабость в правых конечностях, затруднение при ходьбе, головные боли, отмечает затруднение при разговоре, трудность в подборе слов, снижение памяти.

*История заболевания:* болен с 15 марта 2022 г., когда остро появилось слабость в правых конечностях, нарушение речи. С диагнозом «Ишемический инсульт в бассейне *левой средней мозговой артерии* (ЛСМА) с правосторонней гемиплегией, сенсо-моторной афазией» был доставлен в городскую больницу, где была проведена *мультиспиральная компьютерная томография* (МСКТ). Заключение: Область сканирования: головной мозг без контрастирования. Определяется участок кистозно-глиозной перестройки в височной доле левого полушария. На этом фоне отмечается имеется обширный участок патологического нарушения дифференцировки и отека с локализацией в височно-теменной доле-базальных ганглиях – соответствует бассейну ЛСМА.

*Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий* (БЦА): *левая внутренняя сонная артерия* (ЛВСА) – в устье гемодинамически значимый стеноз 85%, гетерогенной стабильной *атеросклеротической бляшкой* (АСБ). Проведен курс медикаментозной терапии. Через семь месяцев восстановительного лечения направлен на медико-социальную экспертизу, где была установлена третья группа инвалидности сроком на один год.

*Неврологический статус.* Сознание ясное. Ориентирован в месте и времени правильно. Обращенную речь понимает частично. Речь замедленна, разборчива, с затруднением подбора слов. Передвигается с использованием опорной трости и помощи окружающих, походка паретическая, темп ходьбы значительно снижен. Одевается и раздевается с посторонней помощью. Описание указывает на наличие умеренно выраженных ограничений в передвижении и самообслуживании. Использование опорной трости свидетельствует о необходимости поддержки для устойчивости при ходьбе. Паретическая походка указывает на нарушение функции одной или нескольких конечностей, что может затруднять баланс и управление движением. Сниженный темп ходьбы может быть обусловлен как самим ограничением в передвижении, так и утомляемостью пациента при выполнении активности.

Одевание и раздевание с помощью посторонних указывает на трудности с выполнением этих задач и зависимость от других лиц. Пациенту требуется дополнительные усилия для застегивания пуговиц или выполнения других манипуляций, связанных с одеждой.

*Черепные нервы* (ЧН): зрачки равные, фотореакции ослаблены, слабость конвергенции. Асимметрия лица за счет носогубных складок. В правых конечностях умеренное повышение мышечного тонуса по пирамидному типу. Мышечная сила в правых конечностях до 3 баллов в проксимальных отделах руки и до 2 баллов в кисти, схват справа значительно затруднен. В правой ноге спастический парез равномерного распределения до 3 баллов дистально. Правосторонняя гемигипестезия, гемипарез. Сухожильные рефлексы с рук и ног справа высокие с расширением зон, клонус стопы справа, (+) патологические стопные рефлексы справа. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с мимопопаданием справа.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные результаты изложены с целью повышения информативности при диагностике состояния здоровья больного, перенесшего ЦИ, повышения качества и оптимизации реабилитационного процесса.

Клинико-функциональный анализ выявил следующие нарушения функций организма:

1. Раздел *b2 - Сенсорные функции и боль* (b210-b229)

- зрение и связанные с ним функции: выявленные зрительные нарушения (b2101.2) в виде гемипарезии умеренно ограничивают пациента, так как создают дополнительные сложности при передвижении, самообслуживании и ориентировании в пространстве.

- выявленные умеренные сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями (b2700.3) умеренно ограничивают пациента за счет риска высоких и отрицательных температурных воздействий на паретичные конечности.

## 2. Раздел b3 - *Функции голоса и речи*

Выявленные у пациента умеренные нарушения функции беглости (b3300.2), и скорости (b3302.2) речи, а также легкие нарушения (b3301.1) ритма речи, являются проявлением нарушения речевых функций, приводят к ограничению в общении, поддержании разговора и диалога, затрудняют в социальном взаимодействии и коммуникации.

## 3. Раздел b7 - *Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции*

- двигательные функции (b750-b789): у пациента отмечено ухудшение двигательной активности, проявляющееся в ограничении движений, затруднении выполнения простых моторных задач и потере координации, умеренные нарушения (25–49%) - (b7302.2).

Нарушения структуры организма (s)

### 1. Раздел s1 – *Структуры нервной системы*

- Структура головного мозга (s110): у пациента выявлены умеренно выраженные поражения с «качественно измененной структурой» височной (s11001.272), теменной (s11002.272), затылочной (s11003.272) долей и базальных ганглиев (s1103.172).

### 2. Раздел s4 – *Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем:*

- Артерии (s4101): выявленные структурные изменения при проведении УЗДГ головного мозга свидетельствуют о тяжелых (50–95%) поражениях структуры артерий с формированием гемодинамически значимых стенозов с двух сторон (s498.340).

Нарушения активности и участия (d):

Раздел *Общение* (d3). При исследовании восприятия сообщений при общении (d310 - d329) – нарушения в виде сенсорной афазии, выявлены легкие затруднения в реализации и способности к пониманию обращенной речи «без» и «с» посторонней помощи - d310.1111. Функция моторной компоненты, как составляющей речи, составления и изложение сообщений (d330 - d349) выявляет умеренные затруднения - d330.22. Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения (d350-d369) - использование телефонов и других устройств, например, факсов или телексов, в качестве средств связи затруднены умеренно (25-49 %).

Раздел *Мобильность* (d4). У пациента наблюдаются умеренные затруднения в изменении и поддержании положения тела (d410-d429) - d4100.23. Также выявлены умеренные затруднения при изменении позы при положении сидя, с опорой или без опоры - d4103.22.

Учитывая неврологический статус и выраженность правостороннего пареза, ходьба и передвижение (d450-d469) у пациента выявлены умеренные затруднения (25-49 %) - d4500.23.

Раздел *Самообслуживание* (d5). По разделам мытье (d510 - d5102) и одевание (d540 - d5402), у пациента наблюдаются умеренные затруднения, требующие дополнительной опоры - d5101.23, d5400.23.

Раздел *Бытовая жизнь* (d6). В разделе умеренно затруднены осуществление покупок, а также транспортировка товаров. Однако, если учитывать расширяющуюся сеть магазинов с доставкой, выбор необходимых продуктов ограничен за счет ассортимента и стоимости. Ведение домашнего хозяйства (d630-d649) включая приготовление пищи и выполнение работы по дому умеренно затруднен - d6300.22, d6400.22, d6401.22. Стирка, уборка, мытье посуды возможны с помощью технических средств или с помощью посторонней помощи.

Раздел *Главные сферы жизни* (d8). Работа и занятость (d840-d859). Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений (d845 - d850) в том числе и оплачиваемая работа. Ограничение активности в работе и учебе, связано с потерей координации и трудностями в выполнении моторных задач, а также затруднениями, вызванными речевыми нарушениями.

Неоплачиваемая работа (d855), неформальное общение (d9205), искусство и культура (d9202) является положительными факторами для реализации составляющих программ реабилитации, в том числе для социальной реабилитации.

Проанализированы разделы:

- Поддержка и взаимосвязи (e3): семья и ближайшие родственники (e310); друзья (e320); персонал, осуществляющий уход и помощь (e340).

- Установки (e4): -индивидуальные установки семьи и ближайших родственников (e410); индивидуальные установки друзей (e420); индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь (e440.)

Обсуждение полученных результатов клинико-экспертного анализа.

Негативное влияние среды, такое как недостаточная доступность адаптивных средств и услуг для людей с ограниченной моторной функцией ограничивает возможность процесса реабилитации. Психологические факторы, такие как стресс и депрессия, вызванные ограничениями в активности и участии в социальной жизни. Нарушение активности и участия (d) в данном случае наблюдаются на

фоне изменение функций и структур организма (*b* и *s*), а также внешних факторов окружающей среды (*e*). Для улучшения состояния пациента рекомендуется комплексное лечение, включающее физическую реабилитацию, психологическую поддержку, адаптивные средства и услуги, а также обучение компенсаторным стратегиям в повседневных задачах.

Анализ результатов обследования функции речи в связи с моторной афазией (b330.2211, d340.2222, d3501.2212), выявил умеренные нарушения, что ограничило возможности участия пациента в реабилитационном процессе. Следует отметить в семейных отношениях (*d760*) было понимание родственниками значения помощи при проведении необходимых мероприятий. Понимание родственниками значения помощи при проведении необходимых мероприятий означает, что они осознают важность взаимной поддержки в выполнении различных задач, связанных со взаимными нуждами и обязанностями. Когда жена оказывает помощь при выполнении необходимых действий, связанных с личными, социальными, финансовыми и другими потребностями, это говорит о том, что она готова взять на себя ответственность и помочь в решении разнообразных вопросов, которые влияют на благополучие семьи. Такая помощь может быть особенно полезна, когда один из супругов временно или постоянно неспособен самостоятельно выполнять определенные задачи или когда ему требуется поддержка и помощь в различных областях жизни. При оценке факторов окружающей среды, отмечены факторы, облегчающие функциональное состояние пациента (*e110, e115, e120, e155, e310, e355, e410, e570, e580*) и усугубляющие выявленные нарушения активности и участия (*e155.2*). Данные домены были использованы для оценки *реабилитационного потенциала* (РП), прогноза, при формировании индивидуальной программы реабилитации инвалида с учетом конкретных реабилитационных целей и необходимого объема в реабилитационных мероприятиях.

Интегративное понятие РП объединяет все эти различные аспекты и представляет собой комплексный и системный подход к реабилитации человека, учитывающий его медико-биологические, социальные и психологические потребности и возможности. Интегративное понятие РП включает РП организма, РП индивида (действующего члена микросоциальных групп) и РП личности [2,13,14]. Успешная реализация реабилитационных целей определяется оценкой РП человека, имеющего болезнь (дефект). Оценка уровня комплексного РП определяется с позиций МКФ с учетом критериев домена в баллах: 1 балл (степень нарушения по МКФ – 5-24%) соответствует высокому уровню РП, 2 балла (25-49%) – средний уровень РП, 3 балла (50-95 %) – низкий уровень РП, 4 балла (96-100 %) – отсутствие РП [2,13,14]. Реабилитационный потенциал пациента в нашем исследовании следующий: организма (нарушенные структуры и функции, приводящие к умеренно-выраженным нарушениям статодинамическим функциям - соответствует 2 баллам (средний уровень РП); социума (семьи - 1 балл, государственных организаций – 1 балл (высокий уровень); личности (с учетом высокого уровня мотивации пациента на решение реабилитационных задач, легких когнитивных нарушений при сохранности интеллекта) – 1 балл (высокий уровень), что дает основание определить оценку уровня комплексного РП, как высокую, что соответствует благоприятному реабилитационному прогнозу. Оценка РП больного с последствиями ЦИ, включающего состояние структур, функций, активности и участия, позволила определить маршрутизацию пациента, оптимальный алгоритм реабилитационных мероприятий, т.е. сформировать *индивидуальную программу реабилитации и абилитации* (ИПРА). В зависимости от выявленной степени нарушения в определенных категориях МКФ с учетом РП составлен алгоритм программы комплексной реабилитации с целью коррекции двигательных, речевых функций, психоэмоционального состояния пациента с последствиями ЦИ для более полной социальной адаптации [2,10]. Применение алгоритма ИПРА будет способствовать восстановлению нарушенных функций, улучшению бытовой и трудовой активности, повышению качества жизни. Алгоритм содержит рекомендации, позволяющие оптимизировать объем реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной бригадой, и включает:

1. Комплекс методов медицинской реабилитации: для коррекции статодинамических нарушений с целью восстановления подвижности конечностей, самостоятельной ходьбы, самообслуживания, бытовых и профессиональных навыков: медикаментозная терапия, массаж, лечебная физкультура, стимулирующая физиотерапия, приемы функционального биоуправления, иглотерапия, трудотерапия, психотерапия; для восстановления речевых функций - занятия с логопедом-афазиологом; для коррекции когнитивных нарушений – медикаментозная терапия (глиатилин, цитиколин, акатинола мемантин, фенотропил, нейромидин и другие препараты).

2. Профессиональная реабилитация включает: профориентацию, рациональное трудоустройство, переквалификацию, переобучение (при оценке профессиональных возможностей больного с ЦИ необходимо учитывать использование прошлых навыков, знаний и умений, анализ рынка труда, рекомендовать труд с учетом противопоказанных факторов, времени передвижения к рабочему месту и др.).

3. Социальная реабилитация направлена на обеспечение средствами передвижения (трость), адаптацию места проживания (использование специальных приспособлений), обучение пользования

бытовыми приспособлениями, на создание оптимальных условий для расширения мобильности (установка специальных перил в доме, пандусов и пр.), организации досуговой деятельности (участие в культурно-массовых мероприятиях на базе центра социальной реабилитации). Семейная поддержка опирается на возможности, желание и стремление микросоциальных групп оказывать содействие в реализации ИПРА (организации конкретного быта и деятельности реабилитанта).

4. Целью психологической коррекции является формирование оптимального психологического контакта больного с членами семьи, врачами, реабилитологами; повышение мотивации пациента на реализацию в полном объеме реабилитационной цели и задач. Важно определить необходимость, продолжительность и последовательность участия каждого специалиста мультидисциплинарной бригады в конкретный временной период реабилитационного процесса (невролог, логопед, физиотерапевт, врач ЛФК (специалист по подбору индивидуальных физических упражнений для лечения и реабилитации пациента или профилактики заболеваний), клинический психолог, инструктор по трудотерапии, социальный работник и др.). Следует отметить, что разработка индивидуальной программы реабилитации на основе МКФ с учетом результатов состояния структур, функций, активности и участия, реабилитационного потенциала и алгоритма лечения, способствует оптимизации реабилитационных мероприятий, позволяющей ускорить сроки возвращения к профессиональной и бытовой активности, повысить качество жизни.

**Заключение.** Универсальность МКФ с учетом всех контекстовых факторов, позволяет определять исходы состояния здоровья с точки зрения организма, личности и социального функционирования, а также способствует наиболее полной реабилитации инвалида, достижению максимальной независимости и адаптации в социуме. Использование МКФ позволяет специалистам из разных областей медицины и реабилитации легче обмениваться информацией о пациентах, проводить сравнительный анализ результатов лечения и реабилитации, а также разрабатывать и адаптировать индивидуальные программы реабилитации для каждого пациента. Кроме того, МКФ помогает повысить осведомленность пациентов о своем состоянии и возможностях реабилитации, а также обеспечить им информированное принятие решений относительно лечения и реабилитации. Результаты анализа особенностей ограничений жизнедеятельности и качества жизни у конкретного пациента могут быть очень полезными для специалистов междисциплинарной бригады в определении целей и задач реабилитации.

На основе этих результатов специалисты могут определить конкретные нужды и проблемы пациента, а также выявить, какие аспекты его жизнедеятельности наиболее значимы для улучшения качества жизни. Это помогает бригаде разработать индивидуальный план реабилитации, который будет наиболее эффективным для данного пациента. Кроме того, результаты анализа могут помочь определить приоритеты и последовательность действий, необходимых для достижения поставленных целей. Важно отметить, что результаты анализа могут помочь бригаде лучше понять конкретные потребности и предпочтения пациента, а также усилить его мотивацию к процессу реабилитации. Это позволяет специалистам создать индивидуальную и интегрированную программу реабилитации, которая будет наиболее соответствовать потребностям и целям пациента. Таким образом, результаты анализа особенностей ограничений жизнедеятельности и качества жизни пациента могут играть ключевую роль в определении целей, задач и маршрутизации пациента в процессе реабилитации. Это помогает специалистам междисциплинарной бригады эффективно работать с пациентом и помогать ему достичь наилучших результатов.

### Литература

1. Бронников В.А., Смычѣк В.Б., Мавликаева Ю.А., Кравцов Ю.И. Об унификации методических подходов к оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями инсульта на экспертном и реабилитационном этапах с учетом принципов международной классификации функционирования // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2017. № 4. С. 55–59.
2. Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Реабилитология. Концепция и методология. СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2016 109 с.
3. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шамалов Н.А., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Суворов А.Ю., Нырков Г.В., Тулупов Д.О. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 3. С. 14–20.
4. Клинико-экспертная неврология (руководство для врачей под ред. В.Г. Помникова), в 2-х т., СПб: Гиппократ, 2023, Т.1 400 с.
5. Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 11. С. 99–107.

6. Ломоносова О.В., Владимирова О.Н., Помников В.Г. Современные тенденции первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в мегаполисе // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 6. С. 91–95.
7. Лорер В.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6, № 3. С. 106-134.
8. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 347 с.
9. Помников В. Г. Важность межведомственного взаимодействия при реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации // Физическая и реабилитационная медицина. 2021. Т. 3. № 2. С. 71–75.
10. Помников В.Г. Особенности оценки реабилитационных мероприятий при церебральных инсультах с учетом внедрения в клинично-экспертную практику международной классификации функционирования. Международная научно-практическая конференция по нейрореабилитации в нейрохирургии. Казань, 2012. С. 207-208.
11. Помников В.Г., Коробов М.В. Международная классификаций функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Основные положения. Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбИУВЭК, 2021. 36с.
12. Шмонин А.А. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 2(78). С. 16-22.
13. Шошмин А.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. № 6. С. 12-20.
14. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice [Электронный ресурс] // Euroean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2008. Vol. 44. № 3. P. 329–342.

#### References

1. Bronnikov VA, Smychjok VB, Mavlikaeva JuA, Kravcov JuI. Ob unifikacii metodicheskikh podhodov k ocenke jeffektivnosti reabilitacii pacientov s posledstvijami insul'ta na jekspertnom i reabilitacionnom jetapah s uchedom principov mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija [On the unification of methodological approaches to assessing the effectiveness of rehabilitation of patients with stroke consequences at the expert and rehabilitation stages, taking into account the principles of the international classification of functioning]. Vestnik vsrossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii. 2017;4:55–59. Russian.
2. Vojtenko RM, Krickaja LA. Reabilitologija. Konceptija i metodologija [The concept and methodology]. SPb: OOO «CIACAN», 2016 Russian.
3. Ivanova GE, Mel'nikova EV, Shamalov NA, Bodrova RA, Shmonin AA, Suvorov AJu, Nyrkov GV, Tulupov DO. Ispol'zovanie MKF i ocenochnyh shkal v medicinskoj reabilitacii [The use of ICF and evaluation scales in medical rehabilitation]. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2018;3:14-20. Russian.
4. Kliniko-jekspertnaja nevrologija [Clinical and expert neurology] (rukovodstvo dlja vrachej pod red. V.G. Pomnikova), v 2-h t., SPb: Gippokrat, 2023, T.1 Russian.
5. Levin OS, Bogolepova AN. Postinsul'tnye dvigatel'nye i kognitivnye narushenija: klinicheskie osobennosti i sovremennye podhody k reabilitacii [Post-stroke motor and cognitive disorders: clinical features and modern approaches to rehabilitation]. Zhurn. неврол. i psihiatr. im. S. S. Korsakova. 2020;120(11):99-107. Russian.
6. Lomonosova OV, Vladimirova ON, Pomnikov VG. Sovremennye tendencii pervichnoj invalidnosti vsledstvie cerebrovaskuljarnyh boleznej v megapolise [Modern trends in primary disability due to cerebrovascular diseases in the megalopolis]. Zhurn. неврол. i psihiatr. im. S. S. Korsakova. 2019;119:91-5. Russian.
7. Lorер VV. Primenenie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja v ocenke kompleksnoj reabilitacii invalid [Application of the International Classification of functioning, disability and health in the assessment of comprehensive rehabilitation of disabled people]. Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2017;3:106-134. Russian.
8. Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja [International classification of functioning, disability and health]. Zheneva: VOZ, 2001. Russian.

9. Pomnikov V G. Vazhnost' mezhvedomstvennogo vzaimodejstvija pri reabilitacii bol'nyh i invalidov v Rossijskoj Federacii [The importance of interdepartmental interaction in the rehabilitation of patients and the disabled in the Russian Federation]. *Fizicheskaja i reabilitacionnaja medicina*. 2021;2:71-5. Russian.

10. Pomnikov VG. Osobennosti ocenki reabilitacionnyh meroprijatij pri cerebral'nyh insultah s uchetom vnedrenija v kliniko-jekspertnuju praktiku mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija. Mezhdunarodnaja nauchno-prakticheskaja konferencija po nejroreabilitacii v nejrohirurgii [Features of evaluation of rehabilitation measures for cerebral strokes, taking into account the introduction of the international classification of functioning into clinical and expert practice. International]. Kazan', 2012. S. 207-208. Russian.

11. Pomnikov VG, Korobov MV. Mezhdunarodnaja klassifikacij funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja. Osnovnye polozhenija [International classification of functioning, disability and health]. *Uchebno-metodicheskoe posobie*. SPb.: SPbIUVJeK, 2021. Russian.

12. Shmonin AA. Bazovye principy medicinskoj reabilitacii, reabilitacionnyj diagnoz v kategorijah MKF i reabilitacionnyj plan [Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in the categories of ICF and rehabilitation plan]. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2017;2(78):16-22. Russian.

13. Shoshmin AV. Primenenie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja dlja ocenki jeffektivnosti reabilitacii: metodologija, praktika, rezul'taty [Application of the International classification of functioning, disability and health to assess the effectiveness of rehabilitation: methodology, practice, results]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoj kul'tury*. 2016;6:12-20. Russian.

14. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice [Elektronnyj resurs]. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008;3:329–342.

---

**Библиографическая ссылка:**

Дудкина О.В., Помников В.Г., Крицкая Л.А. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для реабилитационной диагностики при нарушениях мозгового кровообращения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2024. №4. Публикация 3-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2024-4/3-6.pdf> (дата обращения: 22.07.2024). DOI: 10.24412/2075-4094-2024-4-3-6. EDN TDPXAA\*

**Bibliographic reference:**

Dudkina OV, Pomnikov VG, Kritskaya LA. Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja dlja reabilitacionnoj diagnostiki pri narushenijah mozgovogo krovoobrashhenija [International classification of functioning, disability and health for rehabilitation diagnosis disability and health for rehabilitation diagnostics at cerebral circulatory disorders]. *Journal of New Medical Technologies, e-edition*. 2024 [cited 2024 Jul 22];4 [about 8 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2024-4/3-6.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2024-4-3-6. EDN TDPXAA

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2024-4/e2024-4.pdf>

\*\*идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после выгрузки полной версии журнала в eLIBRARY