

В. Б. Смычек



**Современные
аспекты инвалидности**

В.Б. Смычѐк

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
ИНВАЛИДНОСТИ**

Минск 2012

УДК 364.694

Смычѣк, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычѣк. – Минск : БГАТУ, 2012. – 268 с.

ISBN 978-985-519-456-0

В монографии представлены современные взгляды на проблему инвалидности. Изложены современные международные понятия концепций последствий болезни и «составляющих здоровья». Дается подробная характеристика Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, приводятся многочисленные примеры кодирования. В отдельных главах излагаются современные подходы к проблеме инвалидности в Республике Беларусь.

Книга ориентирована на врачей-экспертов, врачей-реабилитологов, других специалистов, интересующихся данными вопросами. Многие её аспекты будут полезны и интересны студентам медицинских университетов.

Рецензенты:

Пирогова Л.А. доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии Гродненского медицинского университета;

Емельянов Г.А. кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской экспертизы и реабилитации Белорусской академии последишломного образования

Табл. 34. Ил. 32. Библиогр.: 90 назв.

ISBN 978-985-519-456-0

© ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, 2012
© Оформление. БГАТУ, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. Современные методические подходы к определению инвалидности.....	8
1.1. О концепции последствий болезни	10
1.2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	15
1.3. Область действия МКФ	17
1.4. Подходы (концепция МКФ).....	18
1.5. Примеры доменов	19
1.6. Часть I: Функционирование и ограничения жизнедеятельности	22
1.7. Функции организма.....	23
1.8. Структуры организма	27
1.9. «Нарушения» и «ограничения жизнедеятельности» с позиций МКФ.....	30
1.10. Оценка нарушений функций и структур организма.....	32
1.11. Виды ограничения активности и участия	39
1.12. Оценка тяжести нарушений активности и участия	42
1.13. Определение активности и участия у детей	46
1.14. Часть II: Контекстовые факторы	54
1.15. Факторы окружающей среды.....	55
1.16. Оценка факторов окружающей среды	58
1.17. Личностные факторы.....	60
1.18. Основная терминология МКФ	62
1.19. МКФ как классификация.....	65
1.20. Об использовании МКФ	67
1.21. Определители	68
1.22. Примеры кодирования по МКН и по МКФ	72
Заключение	94
Литература.....	98
ГЛАВА 2. Двухуровневая классификация МКФ	103
ГЛАВА 3. Детализированная классификация МКФ (активность и участие) с определителями.....	117
ГЛАВА 4. МКФ-наборы кодов и категорий при отдельных заболеваниях.....	140
4.1. Основной МКФ-набор кодов и категорий при мозго-	

вом инсульте.....	140
4.2. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при мозговом инсульте.....	145
4.3. Основной МКФ-набор кодов и категорий при черепно-мозговой травме.....	146
4.4. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при черепно-мозговой травме.....	151
4.5. Основной МКФ-набор кодов и категорий при болях в спине.....	153
4.6. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при болях в спине.....	156
4.7. Основной МКФ-набор кодов и категорий при рассеянном склерозе.....	158
4.8. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при рассеянном склерозе.....	163
4.9. Основной МКФ-набор кодов и категорий при травме спинного мозга (ранний восстановительный период).....	164
4.10. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при травме спинного мозга (ранний восстановительный период).....	170
4.11. Основной МКФ-набор кодов и категорий при травме спинного мозга (период последствий и отдаленных последствий травм спинного мозга) – хроническая ситуация.....	172
4.12. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при травме спинного мозга (период последствий и отдаленных последствий травм спинного мозга) – хроническая ситуация.....	178
4.13. Основной МКФ-набор кодов и категорий при раке молочной железы.....	180
4.14. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при раке молочной железы.....	183
4.15. Основной МКФ-набор кодов и категорий при хронической обструктивной болезни легких.....	185
4.16. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при хронической обструктивной болезни легких.....	188
4.17. Основной МКФ-набор кодов и категорий при ишемической болезни сердца.....	189
4.18. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при ишемической болезни сердца.....	191
4.19. Основной МКФ-набор кодов и категорий при сахарном диабете.....	193
4.20. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при сахарном диабете.....	197

4.21. Основной МКФ-набор кодов и категорий для профессиональной реабилитации	198
4.22. Краткий МКФ-набор кодов и категорий для профессиональной реабилитации.....	202
4.23. Основной МКФ-набор кодов и категорий для медицинской статистики	202
4.24. Краткий МКФ-набор кодов и категорий для медицинской статистики	203
ГЛАВА 5. Состояние проблемы инвалидности в Республике Беларусь	204
5.1. Демографическая ситуация.....	204
5.2. Инвалид и инвалидность	205
5.3. Медико-социальная экспертиза	211
5.4. Кратко о Концепции последствий болезни	213
5.5. Кратко о Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)	215
5.6. О назначении и выполнении индивидуальной программы реабилитации	216
5.7. Совершенствование системы медико-социальной экспертизы	226
ГЛАВА 6. «Синдром социальной компенсации» как элемент внедрения МКФ в медико-социальную экспертизу	230
ГЛАВА 7. Всемирный доклад об инвалидности	238
Литература.....	263
Перечень условные сокращений	265

ВВЕДЕНИЕ

В конце XX – начале XXI века в связи с неуклонным ускорением научно-технического прогресса, ростом индустриализации и урбанизации, сопровождающихся загрязнением окружающей человека среды обитания, увеличением стрессогенных нагрузок на работе и в быту произошел значительный рост тяжелых хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь таких, как сердечно-сосудистые, хронические неспецифические заболевания легких, ревматические заболевания, новообразования и др. С каждым годом растет бытовой, транспортный, производственный, спортивный травматизм. Последствия этих заболеваний и травм являются причинами снижения (ограничения) жизненных и социальных функций, а осознание факта, что природные биологические системы тесно переплетаются, заставляют рассматривать человека как их составную часть.

В то же время здоровье – это состояние нашего физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний. Сегодня здоровье рассматривается как потенциал жизнедеятельности, который следует рассматривать как многогранное проявление среды обитания человека, его функционирование в семье, в коллективе, в обществе, в естественной и культурной среде.

Противоположными терминами понятию «здоровье» являются понятия «нездоровье» и «заболевание». В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» сказано, что «заболевание – это расстройство здоровья человека, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ранений, увечий, контузий, врожденных дефектов и неотложных состояний».

С современных позиций для того, чтобы было возможно рассчитывать на оптимальное функциональное и социальное восстановление и функционирование индивидуума нужно не просто устранять «заболевание», а рассматривать последствие болезни в целом. На это и настроено применение таких международных классификаций, как МКБ-10, «Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности», «Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» и, безусловно, «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

Эти документы позволяют детально разобраться в современных представлениях о здоровье и болезнях, они легли в основу совершенствования системы медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы.

В России утверждена Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, целью которой является «повышение объективности, доступности и эффективности экспертных и реабилитационных мероприятий в целях обеспечения соответствия принципов и механизмов их осуществления требованиям Конвенции ООН о правах инвалидов.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения двух основных задач:

- повышение уровня объективности оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов и мер по их преодолению;
- повышение доступности и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг и технических средств реабилитации.

Основными направлениями решения задач совершенствования государственной системы МСЭ и повышения доступности реабилитации инвалидов являются:

- разработка инновационных подходов к организации и проведению МСЭ и реабилитации инвалидов, с учетом положений МКФ;
- совершенствование учета инвалидов;
- улучшение межведомственного взаимодействия при проведении МСЭ и реабилитации инвалидов, включая взаимодействие с общественными организациями инвалидов;
- развитие инфраструктуры реабилитации инвалидов;
- обеспечение физической и информационной доступности государственной системы МСЭ и реабилитации инвалидов» [42].

Аналогичные задачи стоят и перед совершенствованием службы медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь. Современному состоянию и перспективным направлениям дальнейшего развития данного направления посвящена монография, предлагаемая вниманию читателей.

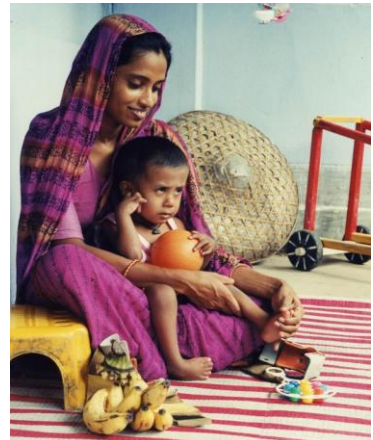
*«...Ум заключается не только
в знании, но и в умении прилагать
знание на деле»*

Аристотель

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ

Одной из важнейших задач современного общества является сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита больных и инвалидов. В настоящее время в Республике Беларусь научно обоснована и успешно функционирует на практике этапная система медицинской реабилитации, используются современные реабилитационные технологии, реализуется несколько государственных программ, направленных на укрепление здоровья, повышение качества жизни больных и инвалидов [44]. Разрабатываемые в рамках данных программ количественные критерии оценки ограничения жизнедеятельности у больных и инвалидов, прежде всего, ориентированы на принципиально новые даже для мировой практики экспертные подходы – оценку ряда способностей, необходимых для повседневного существования и трудовой деятельности, что позволяет более объективно подходить к проведению медико-социальной экспертизы, оценке результатов проведенной реабилитации. Разработанные современные технологии реабилитации и протоколы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии используются в работе ведущих учреждений медицинской реабилитации различного уровня, что помогает улучшить показатели полной и частичной реабилитации, снизить длительность временной нетрудоспособности, улучшить качество жизни реабилитантов.

В последние годы подготовлены и внедрены в практику протоколы медицинской реабилитации больных для стационарных и амбулаторно-поликлинических отделений медицинской реабилитации, включающие: медицинские показания; перечень реабилитационно-экспертных диагностических мероприятий; перечень мероприятий медицинской реабилитации, их ежедневную продолжительность и количество в течение курса реабилитации, а также критерии оценки эффективности



курса медицинской реабилитации.

Если основной задачей реабилитации является устранение последствий заболевания или травмы, то конечными целями реабилитации являются максимальное устранение ограничений жизнедеятельности пациента, сохранение или восстановление его трудоспособности, повышение качества жизни.

Но вопросы реабилитации нельзя рассматривать в отрыве от вопросов медико-социальной экспертизы, так как она решает вопрос не просто установления инвалидности, но и раскрывает сущность последствий заболевания или травмы, оценивает степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности (передвижения, самообслуживания, ориентации и т.д.), а также позволяет сделать заключение о возможности продолжения трудовой деятельности человека в своей или другой профессии.

Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются в зависимости от конкретных условий.

По всему миру люди с инвалидностью демонстрируют более низкие результаты в отношении здоровья, более низкие достижения в области образования, меньшую экономическую активность и более высокие показатели бедности, чем не инвалиды. Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам, которые для многих из нас являются привычными, таким как здравоохранение, образование, занятость и транспорт, а также информация. Эти трудности усугубляются в наименее благополучных общинах.

Таким образом, реабилитация и медико-социальная экспертиза – это две взаимосвязанные составляющие единого целого – процесса улучшения качества жизни пациентов с ограничениями жизнедеятельности, создания им таких условий жизни, которые способствовали бы их максимальной интеграции в семью и в общество [27, 28, 29, 59, 65].

РЕЗЮМЕ: Реабилитация и медико-социальная экспертиза – две составные части единого экспертно-реабилитационного процесса.

С точки зрения научно-теоретических, методологических основ медико-социальной экспертизы и реабилитации важно объединение двух

концептуальных взглядов на здоровье и его нарушения [56, 57]. Это отражено в научной полемике *медицинской модели* и *социальной модели*.

Медицинская модель рассматривает ограничения жизнедеятельности как персональную проблему, вызванную непосредственно болезнью, травмой или другим изменением здоровья, которая требует медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого профессионалами. Контроль ограничений жизнедеятельности является целью лечения или приспособления и изменения поведения индивида. Медицинская помощь рассматривается как основной выход из положения.

То есть, инвалидность рассматривается как первичная проблема, вызванная непосредственно болезнью, травмой или физическими изменениями здоровья. Поэтому медицинская помощь, доступность лечения и реабилитации, качество оказания помощи являются основополагающими аспектами.

Социальная модель смотрит на вопрос наличия ограничений жизнедеятельности как на социальную проблему и, главным образом, как на вопрос интеграции индивида в общество.

Социальная модель рассматривает защиту индивида с позиции защиты прав человека (социальный и политический аспект), а результатом данной позиции предполагаются социальные изменения [2, 3, 8, 56].

1.1. О концепции последствий болезни

Так называемая биопсихосоциальная модель болезни рассматривает человека как часть материального мира и часть субсистем (семья, общество, культура) и, в то же время, как одну из многочисленных субсистем, состоящую, в свою очередь, также из субсистем, вплоть до молекулярного уровня.

С позиций биопсихосоциальной модели болезни устранить болезнь или какой-либо болезненный синдром недостаточно, нужно рассматривать последствия болезни в целом для того, чтобы можно было рассчитывать на оптимальное функциональное и социальное восстановление. То есть, возникла необходимость в создании некой схемы, которая касалась бы последствий болезни, их классифицировала,



предполагая возможность их полного или частичного устранения или компенсации в будущем.

Интеграция обеих концептуальных моделей (медицинской и социальной) нашла свое отражение в так называемой Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), которая была утверждена Всемирной организацией здравоохранения в 1980 году как инструмент анализа и решения проблем жизнеобеспечения людей, связанных с состоянием их здоровья [31]. Этот документ ввел понятие «концепция последствий болезни», согласно которой последствия заболевания материализуются в виде морфологических изменений одного, реже нескольких органов, приводящих к нарушению функции органа или систем. То есть, возникают «нарушения» или «дефект» как последствия на органном уровне.

В результате возникших «нарушений» как следствия заболевания (или травмы) в человеке может меняться и состояние его организма в целом, и способность его к жизнедеятельности, определяющей его развитие как личности. Индивидуум становится ограниченным в сферах деятельности, привязан к определенным средствам жизнеобеспечения. В результате происходит расстройство на уровне личности, возникают так называемые «ограничения жизнедеятельности» [21, 31].

Как правило, человек осознает наличие болезни и ее проявления. Это знание, или изменившееся поведение инвалида, или ограничение его деятельности могут поставить конкретного человека в невыгодное положение по отношению к окружающим, таким образом болезнь приобретает социальный характер. Это проявление отражает социальную недостаточность (иными словами – социальную дезадаптацию), вытекающую из нарушения и ограничения жизненных функций.

Социальный уровень развития болезни отражает реакцию общества на состояние инвалида и проявляется во взаимоотношениях инвалида с обществом, которые могут включать и такой специфический инструмент, как законодательство.

Все вышесказанное может быть графически представлено следующей схемой (рисунок 1.1).

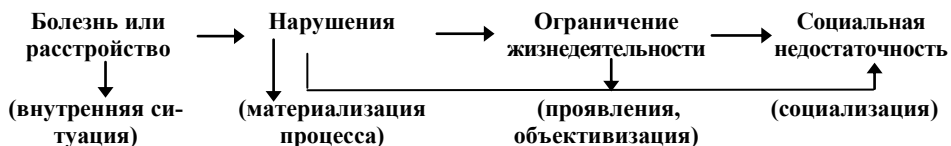


Рисунок 1.1. Схема социализации болезни «линейное определение инвалидности»

Хотя графически схема представлена простой линейной прогрессией, в которой все звенья связаны последовательно, на самом деле положение сложнее. Эта последовательность в ряде случаев может быть неполной, или возможен ее разрыв на любом этапе. Но большая ценность представления концепции в таком виде состоит в том, что вырисовывается общая последовательность элементов, позволяющая разрешить многие проблемы, воздействуя на один элемент и получая эффект в других элементах цепи.

Таким образом, можно вести речь о трех основных классах последствий заболеваний (таблица 1.1), изложенных в МКН [31].

Таблица 1.1. Международная классификация последствий заболеваний и травм (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980*)

Классы последствий заболеваний и травм		
Последствия, определяемые на уровне организма	Последствия, определяемые на уровне индивидуума	Последствия, определяемые на уровне личности
Нарушения структур и функций организма:	Ограничения жизнедеятельности, снижение способности:	Социальная недостаточность из-за неспособности:
1) умственные,	1) адекватно вести себя,	1) к физической независимости,
2) другие психические,	2) общаться с окружающими,	2) к мобильности,
3) языковые и речевые,	3) совершать движения,	3) к занятиям обычной деятельностью,
4) ушные (слуховые и вестибулярные),	4) действовать руками,	4) к получению образования,
5) зрительные,	5) владеть телом,	5) к профессиональной деятельности,
6) висцеральные и метаболические,	6) ухаживать за собой,	6) к экономической самостоятельности,
7) двигательные,	7) ситуационное снижение способности,	7) к интеграции в общество
8) уродующие,	8) овладеть специальными навыками	
9) общего характера		



Ограничение жизнедеятельности (disability) – это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, которые считают нормальными для человека данного возраста.

Социальная недостаточность (handicap или disadvantage) – это социальные последствия нарушения здоровья, такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или

совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

Социальная недостаточность представляет собой социализацию болезни и отражает бытовые, социальные и экономические последствия болезни для инвалида и его контактов со средой обитания. Следствием ее является нарушение возможности интеграции в общество.

Социальная недостаточность оценивается по обстоятельствам, которые ставят больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми. Измерителями социальной недостаточности являются так называемые критерии «выживания»: ориентация в окружающем мире, физическая независимость, мобильность, общение с окружающими (социальная интеграция), способность к занятиям, поддержание социально-экономической деятельности. Несоответствие любому из этих критериев вызывает социальную недостаточность.

После опубликования Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (ВОЗ: Женева, 1980) в ряде стран в реальных условиях деятельности национальных служб здравоохранения была проведена её апробация. Высказанные в ходе апробации многочисленные замечания и предложения были учтены рабочей группой экспертов ВОЗ и вынесены на обсуждение Международной конференции по 10-му пересмотру МКБ (1989 г.). В 1989 году 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.

В переработанную структуру групп Номенклатуры была включена их детализация на уровне рубрик, с использованием для этого, там, где это было возможно, содержания соответствующих рубрик и подрубрик классификации.

В целом концепция последствий болезни, исходя из Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности представлена на рисунке 1.2.

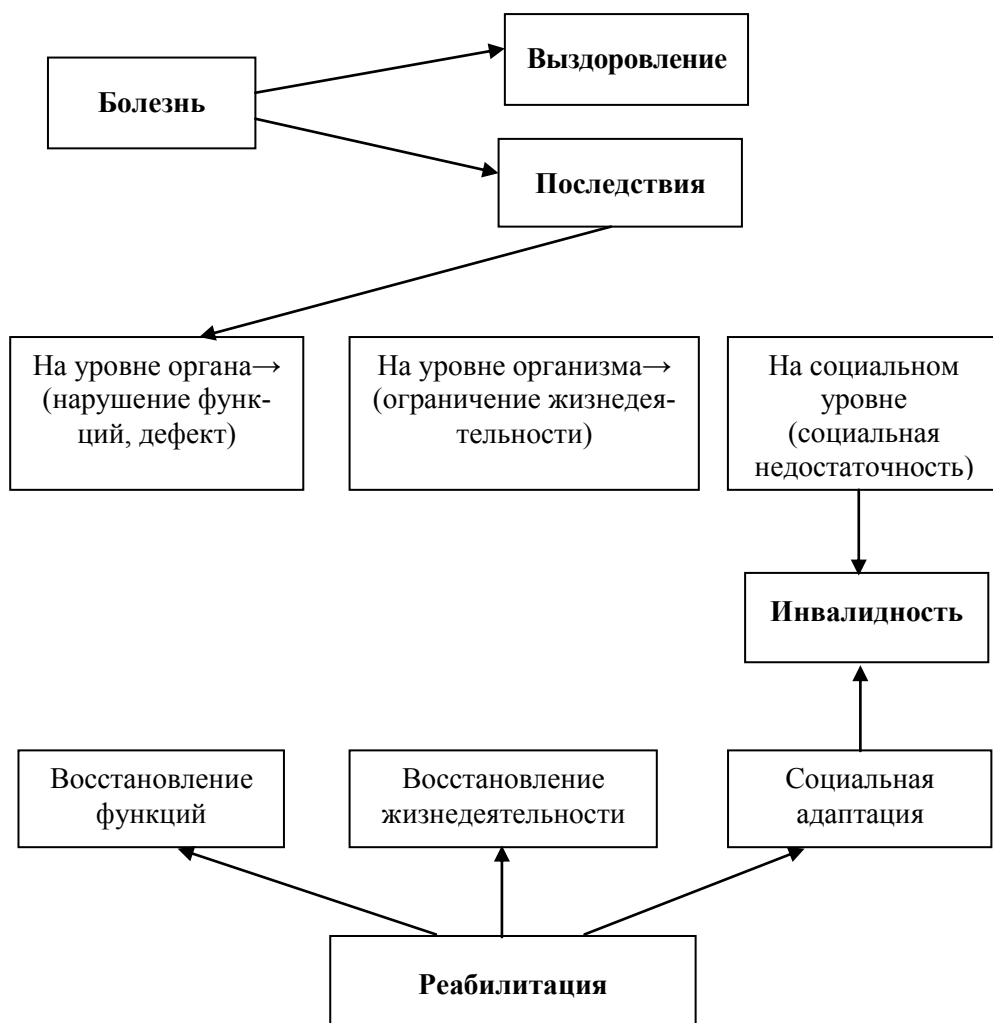


Рисунок 1.2. Концепция последствий болезни (исходя из Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности)

Используя в работе МКН-2, мы поставили задачу унифицировать подход к оценке разных нарушений и ограничений жизнедеятельности. С этой целью было применено понятие **функциональный класс (ФК)**, который ранжируется по 5-ти бальной шкале, принятой за 100% [44, 45]:

ФК-0 – характеризует нормальное состояние параметра, ФК-1 – легкое его нарушение (до 25%), ФК-2 – умеренно-среднее (от 25% до 50%), ФК-3 – значительное (от 51% до 75%), ФК-4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76% до 100%).

Нарушения и ограничения жизнедеятельности оцениваются по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных средств, технических или иных вспомогательных средств, а также степень взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий [44, 45]. Примеры кодирования последствий заболеваний по МКН-2 с учетом функциональных классов и по МКФ приводятся ниже.

1.2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Международная классификация (номенклатура) нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности МКН не позволяла достаточно полно раскрыть роль социальной и физической окружающей среды, как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении. Поэтому в 2001г. вышла в свет **Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ)** [32].

МКФ принадлежит к «семье» международных классификаций, разработанных Всемирной организацией здравоохранения, которые касаются различных аспектов здоровья и аспектов, связанных со здоровьем. К этой «семье» относятся МКФ, «Международная классификация болезней» (МКБ-10), «Классификация по уходу», «Международная классификация стандартов образования – ISCD», а также «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности» (утверждены на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН в 1993 г. – резолюция 46/96) [32, 45, 56].

Всеобъемлющая цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Ее специфические цели могут быть определены как следующие [32]:

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

Эти цели оказались взаимосвязанными, поскольку необходимость применения МКФ заставила создать многозначную и практическую систему, которая может использоваться разными потребителями в управлении здравоохранением, при контроле его качества и оценке эффективности в различных культурах.

Таким образом, **МКФ базируется на более тесной интеграции двух (медицинской и социальной) моделей.** Для объединения различных сторон функционирования более широко и глубоко используется биопсихосоциальный подход. МКФ пытается достичь более полной согласованности взглядов на различные стороны здоровья и болезни: с биологических, личностных и социальных позиций.

В международных классификациях ВОЗ **изменения здоровья** (болезнь, расстройства, травмы и т.п.) изначально **классифицированы в МКБ-10** (аббревиатура «Международной классификации болезней 10-го пересмотра»), которая определяет их этиологическую структуру. **Функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменением здоровья, классифицируются в МКФ.** Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья обеспечиваются диагнозом, который дополняется информацией МКФ о функционировании. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений [32, 56, 65].

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 проблемы функций и структур организма, связанные с изменениями здоровья. У двух индивидов с одинаковым заболеванием могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковые изменения здоровья. Следовательно, совместное использование классификаций повышает качество информации для медицинских целей. МКФ не исключает использования обычных диагностических процедур, применяемых для медицинских целей. В других случаях МКФ может использоваться самостоятельно.

МКФ ушла от классификации «последствий болезни» (концептуальной позиции ICDH МКН 1980 г.), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат.

РЕЗЮМЕ: МКФ позволяет оценить не только и не столько последствия заболевания, сколько степень медико-социальной дезадаптации (или её отсутствие) индивидуума в обществе и окружающей среде.

Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания [3], используя приемлемые научные методы. Это усиливает подходы, основанные на исследовании детерминант здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторов риска МКФ содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет инвалид.

1.3. Область действия МКФ

Область действия МКФ шире проблем инвалидности [32]:

1. Предполагается использование МКФ в таких областях, как страхование, образование, экономика, а также и в медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов (в разделах: социальная защита, трудоустройство, профессиональная пригодность, гигиена, социальная политика).

2. МКФ предложена взамен МКН. В медико-социальной экспертизе, реабилитации инвалидов и в других вопросах инвалидности целесообразно использовать МКФ и МКБ -10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) – они дополняют друг друга.

3. В изложении МКФ подчеркивается, что она принята ВОЗ как одна из социальных классификаций, в которой реализуются принятые международные документы по правам человека, и, в частности, уже упомянутые «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности».

4. МКФ не относится только к людям с ограничениями жизнедеятельности. Показатели здоровья при любом изменении здоровья могут быть описаны с помощью МКФ. МКФ не формальная классификация, она содержит трактовку понятия «ограничение жизнедеятельности», концептуальные положения, которые следует использовать в практике и научных исследованиях по проблеме инвалидности: в медико-социальной экспертизе, в реабилитации инвалидов, в социальной защите инвалидов.

5. МКФ – классификация «составляющих здоровья». Она не касается этиологии, патогенеза и причинно-следственных связей. Эти вопросы в связи с предметом исследований (например, экспертизой) решаются научными исследованиями (и научными методами).

6. Предполагается, что внедрение МКФ должно быть согласовано с национальным законодательством и стать инструментом для реализации национального законодательства.

1.4. Подходы (концепция МКФ)

МКФ включает все аспекты здоровья человека и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, описывая их в терминах *доменов здоровья* и *доменов, связанных со здоровьем*.

Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов, определяющих здоровье. Это практический и значимый для характеристики здоровья набор взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур; действий, задач и сфер жизнедеятельности; внешних природных и культурных условий; внутренних, индивидуально-психологических особенностей [3, 32].

Примеры доменов здоровья включают, например, зрение, слух,

ходьбу, обучение, запоминание, в то время как примеры доменов, связанных со здоровьем, включают: транспортировку, образование, социальные взаимодействия и т.д.

1.5. Примеры доменов

В разделе «Функции организма»

b 117 – интеллектуальные функции

b 210 – функции зрения

b 429 – функции сердечно-сосудистой системы.

В разделе «Структуры»

s 110 – структура головного мозга

s 550 – структура поджелудочной железы

s 730 – структура верхней конечности

В разделе «Активность и участие»

d 115 – использование слуха

d 450 – ходьба

d 520 – уход за частями тела

d 825 – профессиональное обучение.

В разделе «Факторы окружающей среды»

e 575 – Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки.

Классификация, оставаясь в рамках широкого понимания здоровья, не распространяется на события, не связанные со здоровьем, например, на события, которые определяются социально-экономическими факторами. Так, люди могут иметь ограничения при выполнении задач в реально существующей окружающей среде из-за расовой принадлежности, пола, религии или других социально-экономических причин, но это не будет ограничением возможности участия, связанным со здоровьем, что классифицируется в МКФ.

Широко распространено заблуждение, что МКФ относится только к людям с ограничениями жизнедеятельности. На самом деле она применима ко *всем людям*. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, при любом изменении здоровья, могут быть описаны с помощью МКФ. Другими словами, МКФ универсальна в применении [32, 46, 54, 56, 57].

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, изложенная в официальном издании ВОЗ, имеет представленную ниже структуру (таблица 1.2), хотя возможно более наглядно она представлена в таблице 1.3.

Таблица 1.2. Структура «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ)

	Часть 1: Функционирование и ограничения жизнедеятельности		Часть 2: Контекстовые факторы	
	Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены	1. Функции организма 2. Структуры организма	Сферы жизнедеятельности (задачи, действия)	Внешнее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности	Внутреннее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности
Параметры	Изменение функций организма (физиологическое) Изменение структуры организма (анатомическое)	Потенциальная способность Выполнение задачи в стандартных условиях Реализация Выполнение задачи в реальной жизненной ситуации	Облегчающее или затрудняющее влияние физической, социальной среды, мира отношений и установок	Влияние свойств личности
Позитивный аспект	Функциональная и структурная целостность	Активность Участие	Облегчающие факторы	не применимо
	Функционирование			
Негативный аспект	Нарушение	Ограничение активности	Препятствующие факторы/барьеры	не применимо
		Ограничение возможности участия		
		Ограничение жизнедеятельности		

Таблица 1.3. Структура «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ)

Классы «составляющих здоровья» – факторов, характеризующих и определяющих здоровье			
Функции жизнедеятельности		Факторы контекста	
Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены – сферы проявления признаков здоровья и факторов, определяющих его; практический и значимый для характеристики здоровья набор			
взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур	действий, задач и сфер жизнедеятельности	внешних природных и культурных условий	внутренних, индивидуально-психологических особенностей
Параметры, характеризующие позитивный и негативный аспекты состояний			
целостности или нарушений структур и функций организма	способности или ограничений выполнения задач в стандартных условиях и в реальной жизненной ситуации	облегчающие или затрудняющие влияния физической, социальной среды, мира отношений и установок	способствующие или препятствующие свойства личности

При этом необходимо дать краткие определения составляющих классификации, так как это непосредственно представлено в 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.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

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

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид.

МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих:

Часть 1: Функционирование и ограничения жизнедеятельности

(а) **функции и структуры организма**

(б) **активность и участие**

Часть 2: Контекстовые факторы

(а) **факторы окружающей среды**

(б) **личностные факторы.**

Каждая составляющая может быть представлена как *позитивными*, так и *негативными* терминами.

Каждая составляющая состоит из различных доменов, а внутри каждого домена – из категорий, которые являются единицами классификации. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем индивида регистрируются посредством выбора соответствующего кода категории с добавлением *определителей*, которые являются числовыми кодами и определяют степень или величину функционирования, или ограничений жизнедеятельности в этой категории, или величину того, в какой степени фактор окружающей среды выступает как фактор облегчения или барьер.

1.6. Часть I. Функционирование и ограничения жизнедеятельности

Первая часть МКФ называется «Функционирование и ограничение жизнедеятельности». Она включает две составляющие: «**функции и структуры организма**» и «**активность и участие**».

Функции и структуры организма

Определенные в МКФ функциональные и структурные последст-

вия изменения здоровья позволяют конкретизировать инвалидизирующие изменения, связанные с болезнью, их сочетания, которые вместе с конкретными факторами среды определяют инвалидизирующие виды ограничения жизнедеятельности, и их многообразии [32].

Функционирование – это общий термин для функций и структур организма, активности и участия. Он обозначает позитивные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы).

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции). Термин «организм» относится к человеческому организму как единому целому; следовательно, он включает головной мозг. Таким образом, умственные (или психические) функции относятся к категориям функций организма. Стандартом этих функций должна быть статистическая норма для людей.

Структуры организма – это структурные или анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты, классифицированные в соответствии с системами организма. Стандартом этих функций должна быть статистическая норма для людей.

1.7. Функции организма

1. Умственные функции

Глобальные умственные функции

Функции сознания

Функции ориентированности

Интеллектуальные функции

Глобальные психосоциальные функции

Темперамент и личностные функции

Волевые и побудительные функции

Функции сна

Глобальные умственные функции, другие уточненные и не уточненные

Специфические умственные функции

Функции внимания

Функции памяти

Психомоторные функции

Функции эмоций

Функции восприятия

Функции мышления

Познавательные функции высшего уровня

Умственные функции речи
Функции вычисления
Умственные функции последовательных сложных движений
Функции самоощущения и ощущения времени
Специфические умственные функции, другие уточненные и не уточненные
Умственные функции, другие уточненные
Умственные функции, не уточненные

2. Сенсорные функции и боль

Зрение и связанные с ним функции

Функции зрения
Функции структур, примыкающих к глазу
Ощущения, связанные с глазом и примыкающими к нему структурами
Зрение и связанные с ним функции, другие уточненные и не уточненные

Слух и вестибулярные функции

Функции слуха
Вестибулярные функции
Ощущения, связанные со слухом и вестибулярными функциями
Функции слуха и вестибулярные функции, другие уточненные и не уточненные

Дополнительные сенсорные функции

Функции вкусовой чувствительности
Функции обоняния
Проприоцептивная функция
Функция осязания
Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
Дополнительные сенсорные функции, другие уточненные и не уточненные

Боль

Ощущение боли
Ощущение боли, другое уточненное и не уточненное
Сенсорные функции, другие уточненные
Сенсорные функции, не уточненные

3. Функции голоса и речи

Функции голоса
Функции артикуляции
Функции беглости и ритма речи

Альтернативные голосовые функции
Функции голоса и речи, другие уточненные
Функции голоса и речи, не уточненные

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

Функции сердечно-сосудистой системы

Функции сердца
Функции кровеносных сосудов
Функции артериального давления
Функции сердечно-сосудистой системы, другие уточненные и не уточненные
Функции системы крови и иммунной системы
Функции системы крови
Функции иммунной системы
Функции системы крови и иммунной системы, другие уточненные и не уточненные

Функции дыхательной системы

Функции дыхания
Функции дыхательных мышц
Функции дыхательной системы, другие уточненные и не уточненные

Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем

Дополнительные дыхательные функции
Функции толерантности к физической нагрузке
Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем
Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, другие уточненные и не уточненные
Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем, другие уточненные
Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем, не уточненные

5. Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма

Функции, связанные с пищеварительной системой
Функции приема нутриентов
Функции пищеварения
Функции ассимиляции
Функции дефекации

Функции сохранения массы тела

Ощущения, связанные с пищеварительной системой

Функции, связанные с пищеварительной системой, другие уточненные и не уточненные

Функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе

Общие метаболические функции

Функции водного, минерального и электролитного баланса

Функции терморегуляции

Функции эндокринных желез

Функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе, другие уточненные и не уточненные

Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, другие уточненные

Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, не уточненные

6. Урогенитальные и репродуктивные функции

Функции выделения мочи

Функции мочеобразования

Функции мочеиспускания

Ощущения, связанные с функциями мочевыделения

Функции выделения мочи, другие уточненные и не уточненные

Половые и репродуктивные функции

Сексуальные функции

Менструальные функции

Функции воспроизведения потомства

Ощущения, связанные с половой и репродуктивной функцией

Половые и репродуктивные функции, другие уточненные и не уточненные

Урогенитальные и репродуктивные функции, другие уточненные

Урогенитальные и репродуктивные функции, не уточненные

7. Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции

Функции суставов и костей

Функции подвижности сустава

Функции стабильности сустава

Функции подвижности костного аппарата

Функции суставов и костей, другие уточненные и не уточненные

Функции мышц

Функции мышечной силы

Функции мышечного тонуса

Функции мышечной выносливости

Функции мышц, другие уточненные и не уточненные

Двигательные функции

Моторно-рефлекторные функции

Функции произвольной двигательной реакции

Контроль произвольных двигательных функций

Непроизвольные двигательные функции

Функции стереотипа походки

Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями

Двигательные функции, другие уточненные и не уточненные

Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, другие уточненные

Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, не уточненные

8. Функции кожи и связанных с ней структур

Функции кожи

Защитные функции кожи

Репаративные функции кожи

Другие функции кожи

Ощущения, связанные с кожей

Функции кожи, другие уточненные и не уточненные

Функции волос и ногтей

Функции волос

Функции ногтей

Функции волос и ногтей, другие уточненные и не уточненные

Функции кожи и связанных с ней структур, другие уточненные

Функции кожи и связанных с ней структур, не уточненные

1.8. Структуры организма

1. Структуры нервной системы

Структура головного мозга

Спинальный мозг и относящиеся к нему структуры

Структура мозговых оболочек

Структура симпатической нервной системы

Структура парасимпатической нервной системы

Структура нервной системы, другая уточненная

Структура нервной системы, не уточненная

2. Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры

Структура глазницы

Структура глазного яблока

Структуры, окружающие глаз

Структура наружного уха

Структура среднего уха

Структура внутреннего уха

Структуры глаза, уха и относящиеся к ним структуры, другие уточненные

Структуры глаза, уха и относящиеся к ним структуры, не уточненные

3. Структуры, участвующие в голосообразовании и речи

Структура носа

Структура рта

Структура глотки

Структура гортани

Структуры, участвующие в голосообразовании и речи, другие уточненные

Структуры, участвующие в голосообразовании и речи, не уточненные

4. Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем

Структура сердечно-сосудистой системы

Структура иммунной системы

Структура дыхательной системы

Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем, другие уточненные

Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем, не уточненные

5. Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе

Структура слюнных желез

Структура пищевода

Структура желудка

Структура кишечника

Структура поджелудочной железы

Структура печени

Структура желчного пузыря и желчевыводящих путей

Структура эндокринных желез

Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе, другие уточненные

Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе, не уточненные

6. Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам

Структура мочевыделительной системы

Структура тазового дна

Структура репродуктивной системы

Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам, другие уточненные

Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам, не уточненные

7. Структуры, связанные с движением

Структура головы и области шеи

Структура области плеча

Структура верхней конечности

Структура тазовой области

Структура нижней конечности

Структура туловища

Дополнительные скелетно-мышечные структуры, связанные с движением

Структуры, связанные с движением, другие уточненные

Структуры, связанные с движением, не уточненные

8. Кожа и относящиеся к ней структуры

Структура кожного покрова

Структура желез кожи

Структура ногтей

Структура волос

Кожа и относящиеся к ней структуры, другие уточненные

Кожа и относящиеся к ней структуры, не уточненные.

Функции организма и структуры организма классифицируются в двух различных секциях. Эти две классификации созданы параллельными. Например, функции организма включают в себя основные чувства человека, такие как «зрительные функции», а их структурный коррелят существует в виде «глаз и связанные с ним структуры».

Термин «организм» относится к человеческому организму как единому целому; следовательно, он включает головной мозг и его функции, т.е. интеллект. Умственные (или психические) функции, таким образом, относятся к категориям функций организма.

1.9. «Нарушения» и «ограничения жизнедеятельности» с позиций МКФ

В МКФ термин «нарушения» и «ограничения жизнедеятельности» имеют иную интерпретацию, чем в МКН, а термин «социальная недостаточность» вообще отсутствует в силу его уничижительного значения по отношению к конкретному человеку.

Термином «нарушения» обозначается понятие, входящее в состав понятия, определяемого термином «функционирование». Нарушение – лишь та часть функционирования организма, которая проявляет себя отклонением от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существующие отклонения или утрата.

Нарушения структуры включают в себя **аномалию, деформацию, дефект, утрату** (глаза, гортани, легкого, желудка, щитовидной железы, паращитовидных желез, надпочечника, почки, верхней или нижней конечностей, их сегментов и др.), **внешнее уродство** (деформации лица, головы, туловища, конечностей, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела) **или другое значительное отклонение в структурах организма** на органном, тканевом, клеточном, субклеточном или молекулярном уровне и **представляют собой отклонения от определенных общепринятых стандартов биомедицинского статуса организма.**

К основным структурам организма человека относятся:

– структуры нервной системы (головной мозг, спинной мозг и относящиеся к нему структуры, мозговые оболочки, симпатическая и парасимпатическая нервная система и др.);

– глаз, ухо и относящиеся к ним структуры (глазница, глазное яблоко, структуры, окружающие глаз, наружное ухо, среднее ухо, внутреннее ухо и др.);

– структуры, участвующие в голосообразовании и речи (нос, язык, рот, глотка, гортань и др.);

– структуры сердечно-сосудистой системы (сердце, артерии, вены, капилляры), иммунной системы (лимфатические сосуды, лимфатические узлы, тимус, селезенка, костный мозг,) и дыхательной системы (трахея, легкие, грудная клетка, дыхательная мускулатура);

– структуры, относящиеся к пищеварительной системе (слюнные железы, пищевод, желудок, кишечник, поджелудочная железа, печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути), метаболизму и эндокринной системе (эндокринные железы и др.);

- структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам (мочевыделительная система, тазовое дно, репродуктивная система и др.);
- структуры, связанные с движением (структуры головы и области шеи, плечевого пояса, верхних конечностей, тазовой области, нижних конечностей, туловища, дополнительные скелетно-мышечные структуры, связанные с движением и др.);
- кожа и относящиеся к ней структуры (кожные покровы, железы кожи, ногти, волосы и др.).

Нарушение функций – это утрата или значимое отклонение от общепринятых статистических норм физиологической функции организма человека.

К основным видам нарушений функций организма человека относятся:

- нарушения психических функций (сознания, ориентированности, интеллекта, личностных функций, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений и др.);
- нарушения языковых и речевых функций: нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования, голосовоспроизведения и др.;
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности, вестибулярной функции; болевой синдром);
- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, в том числе функции костей, суставов, мышц; статики, координации движений);
- нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;
- нарушения, обусловленные физическим внешним уродством.

Нарушения не зависят от этиологии или того, как они развиваются; например, потеря зрения или конечности может быть следствием генетической аномалии или травмы. Наличие нарушения обязательно подразумевает причину; хотя причина может быть недостаточной для объяснения, последовавшего за ней нарушения. Аналогично, наличие нарушения всегда указывает на присутствие функционального или

структурного расстройства организма, но оно может быть вызвано любым заболеванием, расстройством или физиологическим состоянием.

Нарушения могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни или того, что индивид должен считаться больным.

Нарушения шире и масштабнее, чем расстройства или болезни; например, утрата конечности – это нарушение структуры организма, но не расстройство или болезнь.

Еще раз подчеркнем, что при оценке категорий (составляющих функций и структуры организма) учитывается не какая-либо патология, а ее проявление в виде нарушений функций и структур организма. Степень нарушения определяется по величине отклонения от определенных стандартов биологического и медицинского статуса организма и его функций [32].

РЕЗЮМЕ: Термин «нарушения» имеет разную интерпретацию в МКН и в МКФ. Тем не менее, имеется и много общего. Понятие «нарушения» из МКН фактически входят составной частью в расширенное понятие «нарушения», представленное в МКФ.

1.10. Оценка нарушений функций и структур организма

В МКФ нарушения функций и структур организма оцениваются по одинаковой шкале.

0. НЕТ нарушений (никаких, отсутствуют, ничтожные,...)	0-4%
1. ЛЕГКИЕ нарушения (незначительные, слабые,...)	5-24%
2. УМЕРЕННЫЕ нарушения (средние, значимые,...)	25-49%
3. ТЯЖЕЛЫЕ нарушения (высокие, интенсивные,...)	50-95%
4. АБСОЛЮТНЫЕ нарушения (полные,...)	96-100%

Пример кодирования степени нарушения некоторых функций и структур у взрослого пациента с последствиями мозгового инсульта и у ребенка-инвалида с детским церебральным параличом представлены на рисунках 1.3. и 1.4.

Диагноз: Последствия перенесенного ишемического инсульта в левом каротидном бассейне с правосторонним выраженным гемипарезом и легкой моторной афазией.

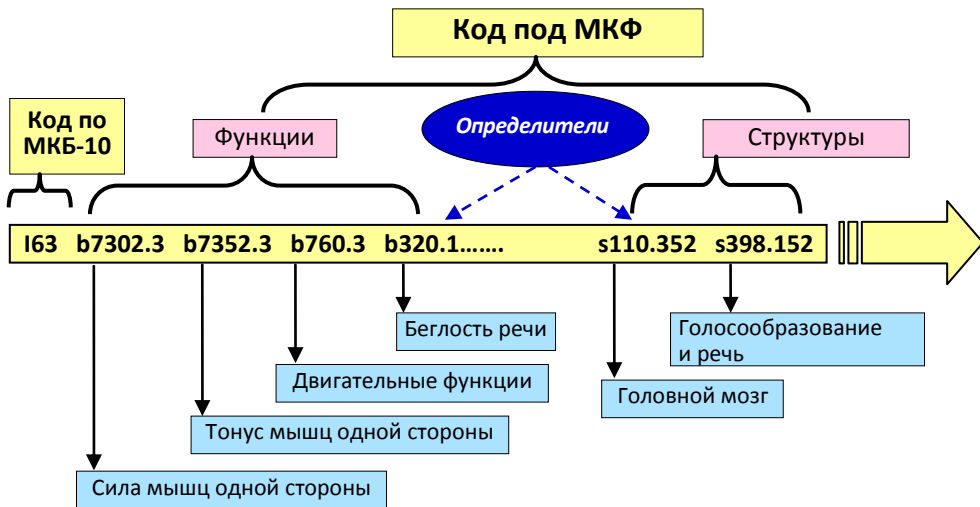


Рисунок 1.3. Пример кодирования степени нарушения функций и структур

Диагноз: Детский церебральный паралич, гемипаретическая форма с умеренным левосторонним гемипарезом, выраженная контрактура голеностопного сустава слева

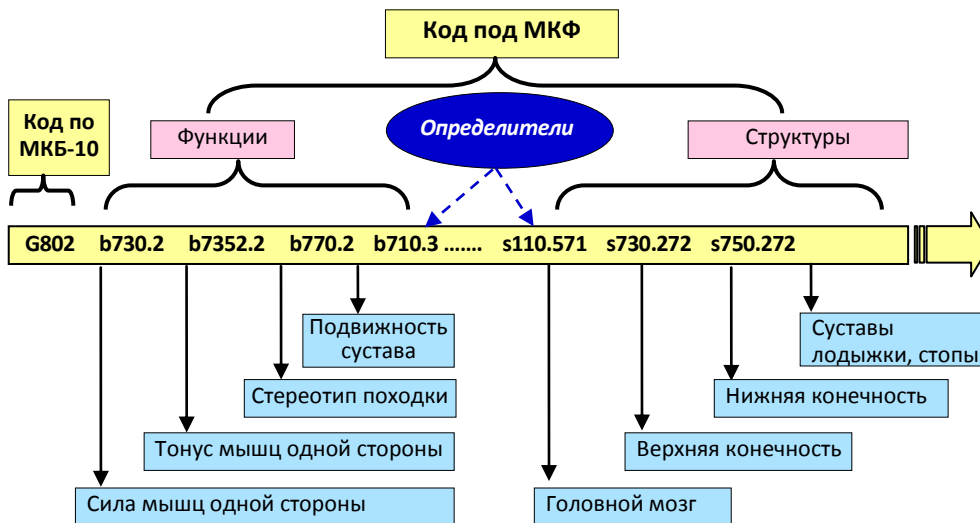


Рисунок 1.4. Пример кодирования степени нарушения функций и структур

На самом деле кодирование функций и структур должно включать больше кодов и категорий. В примерах указаны только принципы кодирования.

В главе 2 представлены утвержденные наборы МКФ-кодов и категорий при отдельных заболеваниях.

Термин **«ограничение жизнедеятельности»** понимается как обобщающий. Он обозначает системное явление, характеризующее взаимодействие между людьми и их физическим и социальным окружением. Ограничение жизнедеятельности является следствием не только изменения здоровья и нарушений, но и ограничений в результате барьеров окружающей среды.

Это положение принципиально важно для трактовки понятия «инвалидность» и в определении направлений профилактики и реабилитации. Наличие барьеров окружающей среды может быть решающим фактором в формировании инвалидности, а снятие барьеров – привести к предупреждению инвалидности или реабилитации при одном и том же изменении здоровья. То есть, еще раз следует подчеркнуть, что в МКФ **ограничение жизнедеятельности**



не является показателем здоровья, а показателем, связанным со здоровьем. Ограничение жизнедеятельности относится ко всем ограничениям активности и ограничениям возможности, связанным со здоровьем.

Содержание и схему процесса формирования ограничения жизнедеятельности согласно МКФ можно представить следующим образом (рисунок 1.5.).

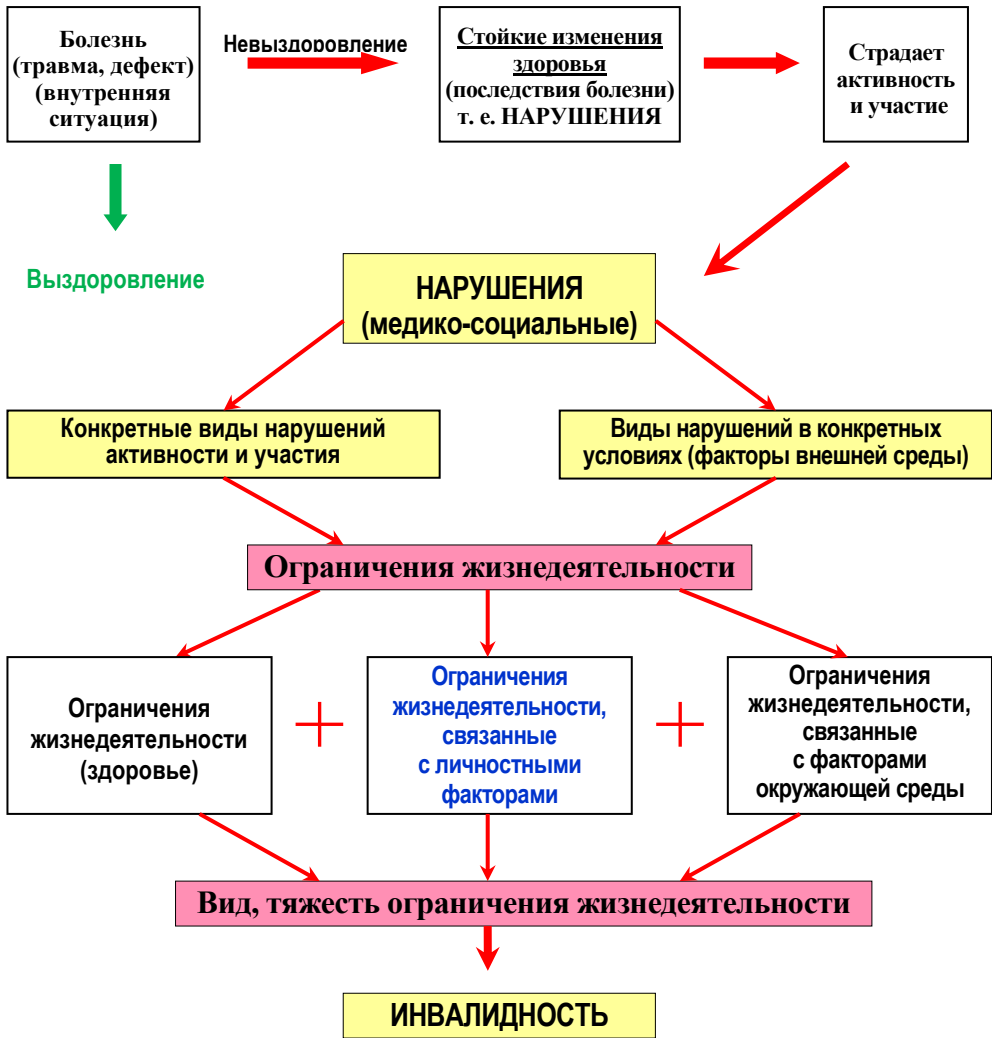


Рисунок 1.5. Схема процесса формирования ограничения жизнедеятельности согласно МКФ

Для обоснования отдельных видов ограничения жизнедеятельности согласно приведенной схеме в МКФ приводится классификация: а) активности и участия, б) факторов внешней среды, в) функций организма, г) структур организма. Это составляющие «кирпичики» в определении вида ограничения жизнедеятельности. Они также обеспечивают унифицированную трактовку и терминологию элементов «ограничения жизнедеятельности»

Таким образом, термин «ограничение жизнедеятельности» включает в себя понятия, обозначаемые как «активность» и «участие» [3, 32, 45, 46, 56].

РЕЗЮМЕ: Если в МКН под «ограничением жизнедеятельности» понималась частичная или полная утрата какой-либо способности как следствие заболевания, то в МКФ под «ограничением жизнедеятельности» понимается не только последствие заболевания, но и ограничение в результате имеющихся барьеров окружающей среды.

В МКФ понятие «ограничение жизнедеятельности» включает в первую очередь понятия «активность» и «участие», но в тесной связи с понятиями «функции» и «структуры» и, безусловно, с учетом факторов внешней среды и личностных факторов пациента.

Вторая составляющая части МКФ «Функционирование и ограничения жизнедеятельности» включает такие понятия как «активность» и «участие».

Активность – это выполнение задач и/или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности, т.е. трудности в осуществлении активности, которые может испытать инвалид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Ограничение активности может варьироваться от легкого до тяжелого, качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине в сравнении с людьми без изменения здоровья.



Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия - проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодо-

левая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе. Ограничения участия ведет к тому, что в Международной классификации последствий заболевания обозначалось термином «социальная недостаточность».

Ниже представлена сравнительная таблица видов категорий жизнедеятельности по МКН и видов активности и участия по МКФ (таблица 1.4). Отдельно на рисунке 1.6 представлено примерное соотношение и взаимосвязи между категориями жизнедеятельности (МКН) и видов активности и участия (МКФ).

Таблица 1.4. Сравнительная таблица видов категорий жизнедеятельности (МКН), активности и участия (МКФ)

Виды категорий жизнедеятельности (по МКН)	Виды активности и участия (МКФ)
1. Способность к обучению 2. Способность к общению 3. Способность к ориентации 4. Способность к передвижению 5. Способность к самообслуживанию 6. Способность к контролю своего поведения 7. Способность к трудовой деятельности (у лиц до 18 лет – ведущей возрастной деятельности)	1. Обучение и применение знаний 2. Общие задачи и требования 3. Общение 4. Мобильность 5. Самообслуживание 6. Бытовая жизнь 7. Межличностные взаимодействия и отношения 8. Главные сферы жизни 9. Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь

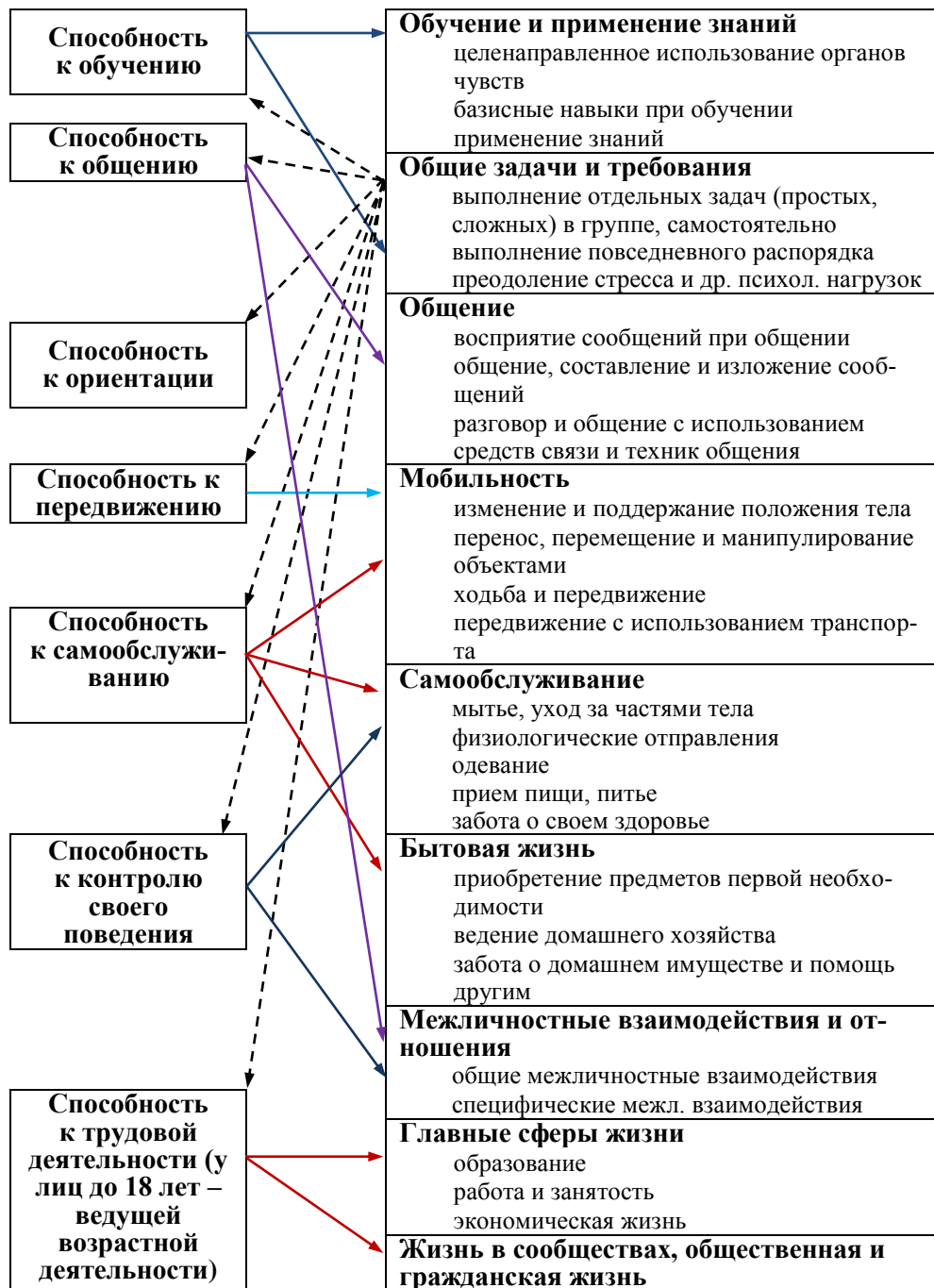


Рисунок 1.6. Примерное соотношение категорий жизнедеятельности (МКН) и видов активности и участия (МКФ)

1.11. Виды ограничения активности и участия

Ограничение в обучении и применении знаний (ограничение в возможностях обучения, применения полученных знаний, мышления, решения проблем и принятия решений).

Определяется:

- а) в ограничении целенаправленного использования органов чувств (зрения, слуха, других ощущений);
- б) в изменении базисных навыков при обучении (навыков чтения, письма, счета, копирования, повторения и под.);
- в) ограничением в применении знаний (письма, вычисления, чтения, мышления, решения проблем и др.).

Ограничение в выполнении задач и требований.

Определяется:

- а) способностью выполнения отдельных задач – простых и сложных, повседневного распорядка, преодоление кризисных ситуаций и др.;
- б) мерой ответственности.

Ограничения и возможности общения (общение посредством языка, символов, знаков, изложение сообщений, использование средств связи).

Определяются:

- а) ограничением способности восприятия при общении;
- б) ограничением в возможности составления и изложения сообщений;
- в) ограничением в использовании в общении средств связи.

Ограничение мобильности (движение, перенос, перемещение или манипуляция с объектами, ходьба, бег, преодоление препятствий и использование различных видов транспорта).

Определяется:

- а) ограничением в изменении и поддержании положения тела (изменение позы при положении на корточках, коленях, наклоны, перемещение тела и подобное);
- б) в возможности переноса, перемещения и манипулирования объектами (поднятие и перенос объектов, использование точных движений кисти и руки);
- в) ограничение в ходьбе и передвижении (ходьба на короткие и длинные расстояния, ходьба по различным поверхностям, вокруг препятствий, в беге, прыжках, плавание и под.);
- г) ограничение в передвижении с использованием: транспорта (общественного, частного моторизованного и др.);

д) ограничение в управлении транспортом (различные виды транспорта).

Ограничение возможностей в самообслуживании (забота о себе, уход за своим телом, одевание, прием пищи, забота о своем здоровье).

Определяется:

а) в ограничении самостоятельной возможности в мытье частей или всего тела, вытирание и сушка; уход за лицом, кожей, зубами, волосами, ногтями, гениталиями и под.;

б) ограничения в физиологических отправлениях (мочеиспускание, дефекация, менструация) и связанных с ними гигиенических мероприятий;

в) ограничения в выполнении координированных действий при надевании и снятии одежды, обуви;

г) ограничения в возможности самостоятельного приема пищи, питья;

д) ограничения в заботе о своем здоровье (соблюдение диеты и здорового образа жизни, обеспечение физического комфорта, следование медицинским рекомендациям, предохранение от травм, заразных болезней и под.)

Ограничение в бытовой жизни (занятия бытовой и повседневной деятельностью, поиск и обеспечение жильем, продовольствием, одеждой, уборка и ремонт жилья, помощь другим людям и под.).

Определяется:

а) ограничением в возможности в приобретении предметов первой необходимости;

б) ограничением в возможности ведения домашнего хозяйства (приготовление пищи, выполнение работы по дому);

в) ограничением возможности помочь другим по самообслуживанию, передвижению, общению, в приеме пищи и др.

Ограничение возможностей в межличностном взаимодействии и отношении (выполнение действий и требований базисных и комплексных взаимодействий с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме).

Определяется:

а) в ограничении или неадекватном поведении с подчиненными, сотрудниками и под.;

б) в нарушении семейных отношений, в отношении к детям, родителям, в супружеских отношениях и под.

Ограничения в осуществлении, выполнении задач и действий в главных сферах жизни (образование, работа, экономическая жизнь).

Определяется:

- а) ограничением в дошкольном образовании (обучение по программе начального уровня, начальная подготовка к школе и под.);
- б) ограничением в школьном образовании (выполнение всех требований школы, своих обязанностей, сознание своих прав, изучение материала по курсу обучения, регулярное посещение школы, выполнение программ начального или среднего образования и под.);
- в) ограничением в профессиональном обучении (выполнение всех требований программы профессионального обучения и учебного плана подготовки к какой-либо профессии или специальности);
- г) ограничением в высшем образовании (выполнение всех требований высшей школы и всех требований учебного плана для получения диплома, степени, сертификата и под.).

Ограничение в работе и занятости.

Определяется:

- а) ограничениями в подготовке к профессиональной деятельности;
- б) ограничениями в получении работы, выполнении трудовых отношений (поиск работы, выполнение трудовых обязанностей);
- в) ограничением в выполнении оплачиваемой работы (индивидуальная трудовая деятельность, частичная трудовая деятельность, полная трудовая деятельность, неоплачиваемая работа - волонтера, из чувства милосердия, другие добровольные неоплачиваемые работы).

1.12. Оценка тяжести нарушений активности и участия

В МКФ рекомендована система определения тяжести нарушений активности и участия, которая может быть использована в экспертизе.

Оценка отражает потенциальную способность индивида с ограничениями достичь наиболее высокого уровня функционирования в типичных или стандартных условиях. Производится в процентах.

0. НЕТ затруднений (никаких, отсутствуют, ничтожные, ...)	0-4%
1. ЛЕГКИЕ затруднения (незначительные, слабые, ...)	5-24%
2. УМЕРЕННЫЕ затруднения (средние, значимые, ...)	25-49%
3. ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (высокие, интенсивные, ...)	50-95%
4. АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (полные, ...)	96-100%

Выраженность нарушений активности и участия могут быть критериями тяжести инвалидности (с учетом факторов окружающей сре-

ды). Уточнение таблицы для использования в практике медико-социальной экспертизы предполагает специальные научные исследования.

В МКФ разделы (домены) для составляющей **активность и участие** даны в одном перечне, охватывающем все сферы жизни (от базисных навыков обучения, использования зрения к более сложным сферам, таким как межличностные взаимодействия или трудовая занятость), т.е. все сферы жизнедеятельности. Составляющая может использоваться как для обозначения активности (А) или участия (Р), так и для того и другого вместе. Разделы этой составляющей квалифицируются двумя определителями реализации и потенциальной способности. Поэтому получаемая информация не дублируется (таблица 1.5).

Таблица 1.5. Активность и участие: информационная панель

Разделы		Определители	
		<i>Реализация</i>	<i>Потенциальная способность</i>
d1	Обучение и применение знаний		
d2	Общие задачи и требования		
d3	Общение		
d4	Мобильность		
d5	Самообслуживание		
d6	Бытовая жизнь		
d7	Межличностные взаимодействия и общение		
d8	Главные сферы жизни		
d9	Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь		

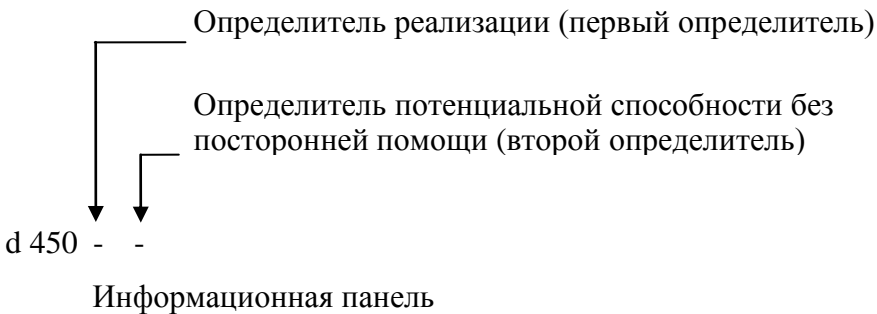
Определитель **реализация** устанавливает, что делает индивид в условиях реальной окружающей его среды. Так как реальная окружающая среда включает социальный контекст, реализация может пониматься как «вовлечение в жизненную ситуацию» или «жизненный опыт» человека в актуальных условиях, в которых он живет. Эти условия включают окружающие факторы: все аспекты физической, социальной среды, мира отношений и установок, которые можно кодировать с использованием со-

ставляющей «факторы окружающей среды».

Определитель **потенциальная способность (капацитет)** устанавливает способность индивида выполнять, или справляться с какой-либо задачей или действием. Этот параметр предназначен для отражения наиболее высокого уровня предельного функционирования, которого может достигнуть индивид в данном домене и в данный момент. Другими словами – это параметр, отмечающий, как определитель, максимально возможный уровень функционирования, которого может достигнуть человек в каком-либо домене перечня активности и участия в данный момент. Потенциальная способность измеряется в типичных или стандартных условиях окружающей среды и, таким образом, отражает способности индивида в определенных условиях среды. Характеристики типичных или стандартных условий окружающей среды могут быть закодированы в факторах окружающей среды.

Использование определителей потенциальной способности и реализации

Активность и участие кодируются двумя определителями: определителем реализации, который занимает позицию первой цифры после разделительной точки, и определителем потенциальной способности, который занимает позицию второй цифры после разделительной точки. Идентифицирующий категорию код в перечне «активность и участие» и два определителя составляют желаемую информационную панель.



Пример кодирования степени ограничения активности и участия у взрослого пациента с последствиями мозгового инсульта (с одним определителем после точки) и у ребенка-инвалида с ДЦП (с двумя определителями после точки) представлен на рисунке 1.7 и рисунке 1.8.

Разграничить «активность» и «участие» на основе доменов составляющей «активность и участие» трудно. Дифференциация между «индивидуальным» и «социальным» на основе доменов также оказалась невозможной, создавая вариации и различные подходы в разных странах среди

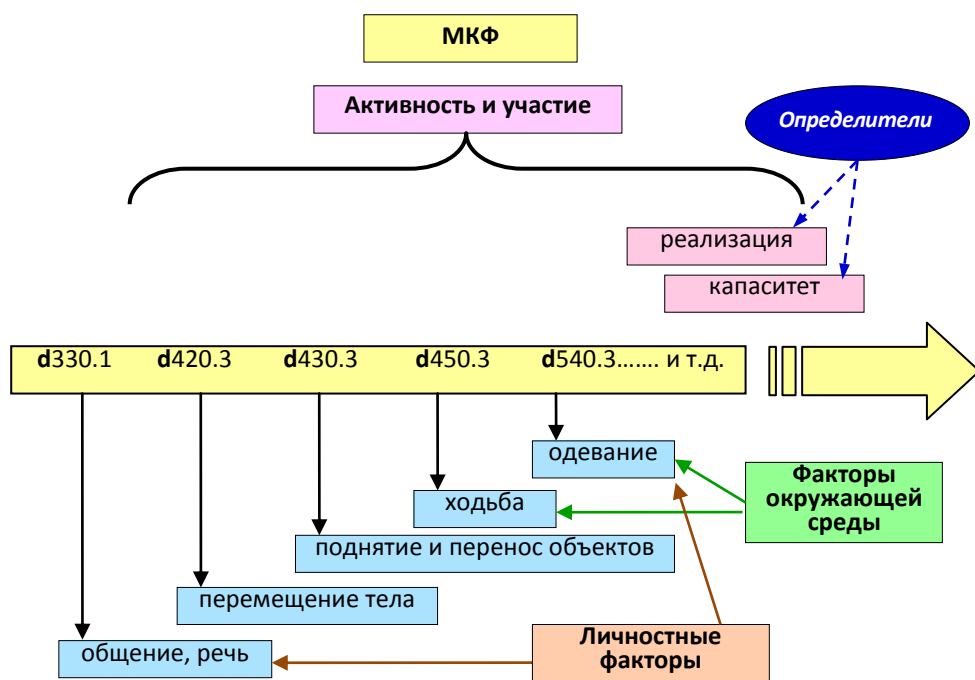


Рисунок 1.7. Кодирование по МКФ степени ограничения активности и участия у пациента с последствиями мозгового инсульта

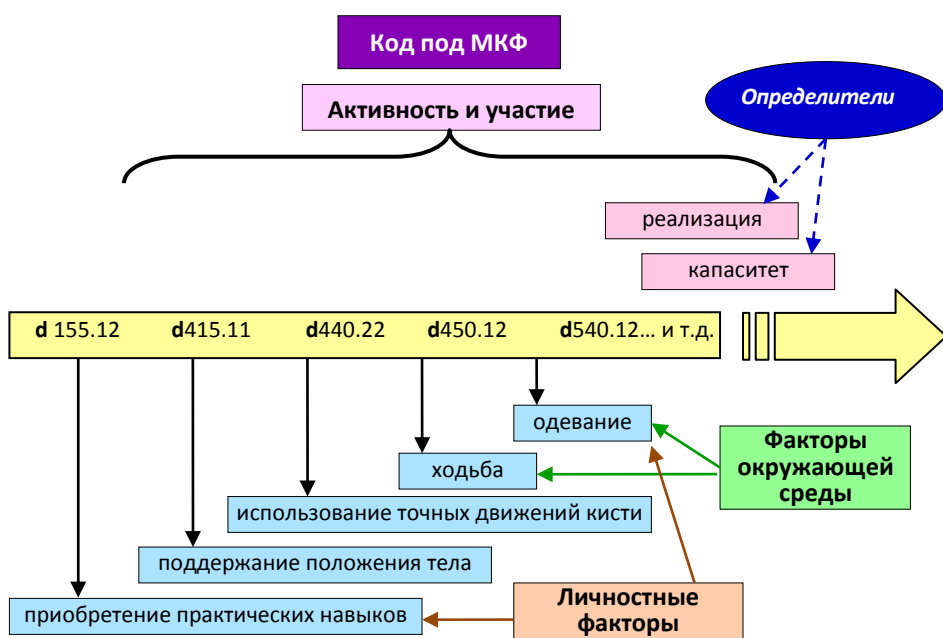


Рисунок 1.8. Кодирование по МКФ степени ограничения активности и участия у ребенка-инвалида с ДЦП

теоретиков и практиков. Поэтому в МКФ приводится один перечень, который пользователь по своему усмотрению может использовать для дифференциации активности и участия.

Следовательно, активность и участие через домены «связанные со здоровьем» – реализация и потенциальная способность – могут выступать моделью ограничений жизнедеятельности, то есть они представляют собой важные составляющие экспертного заключения.

Таким образом, в части 1 МКФ составляющие функционирования и ограничения возможностей могут быть выражены двумя способами: во-первых, они могут отражать проблемы (например, нарушения, ограничения активности или возможности участия), обозначенные общим термином «ограничение жизнедеятельности», во-вторых, они могут отражать не проблемные (т.е. нейтральные) аспекты здоровья и связь со здоровьем, состояния, обозначенные общим термином «функционирование». Эти составляющие функционирования и ограничения жизнедеятельности раскрываются посредством четырех отдельных, но взаимосвязанных параметров.

При этом алгоритм оказания экспертно-реабилитационной помощи пациентам с учетом подходов МКФ может быть представлен следующим образом (рисунок 1.9.).

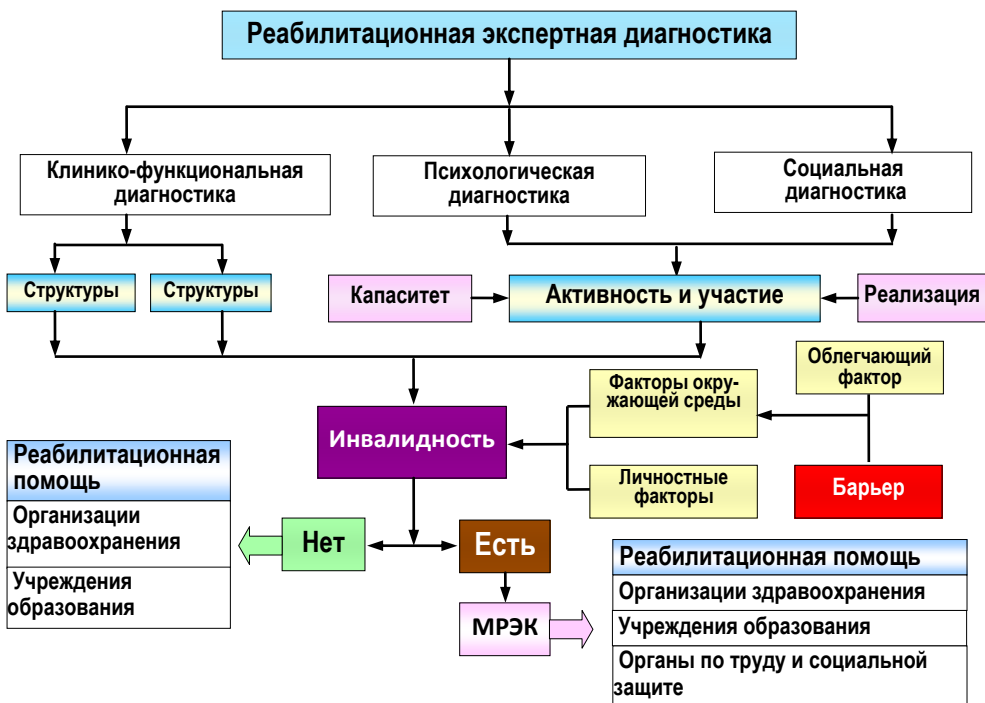


Рисунок 1.9. Алгоритм оказания экспертно-реабилитационной помощи пациентам с учетом подходов МКФ

1.13. Определение активности и участия у детей

Ограничение у детей сложных биосоциальных способностей, широко представленных в разделе «Активность и участие», всегда рассматривается в возрастном аспекте. Ребенок отличается от взрослого по своему социальному статусу – пока он ребенок, он не социализирован, он находится в процессе социализации.



Социальная недостаточность у ребенка – это его «нормальное» состояние – физиологическая социальная недостаточность. С первых дней своей жизни он физически зависит от взрослого, без него он вообще нежизнеспособен.

Существует определенная стадия развития функционального состояния той или иной системы, способствующая или препятствующая последующему развитию основных способностей, обеспечивающих «ступенчатое» снижение социальной зависимости ребенка от взрослого и приводящая, в конечном итоге, к формированию его полной социальной независимости. В том случае, если физическое, психическое и социальное развитие ребенка осуществляется в соответствии с возрастными нормами, оно приводит к достаточной реализации или формированию сложных биосоциальных функций, обеспечивающих в будущем социальную компетентность личности.

Следовательно, у детей мы анализируем не только сформированность необходимых для обеспечения личностной независимости навыков и умений, а, в первую очередь, степень развития этих навыков с учетом физического, психического и социального статуса ребенка. Причем, периоды «созревания» этих способностей не предполагают определенно точной возрастной даты, а имеют «скользящий» график.

Таким образом, оценка категорий «активности» и «участия» у детей осуществляется по общим принципам, описанным выше. Однако, следует учитывать, что определенные способности формируются у ребенка в зависимости от его возраста. Поэтому, некоторые из них можно оценивать буквально с первых месяцев жизни ребенка (например, использование зрения или слуха), а некоторые только с определенного возраста (например, повторение, выполнение отдельных задач и т.п.).

В таблице 1.6. представлены домены раздела «Активность и участие», которые подлежат медико-социальной оценке у детей до 6 лет в соответствии с их возрастными особенностями.

Таблица 1.6. Домены раздела «Активность и участие» МКФ, подлежащие медико-социальной оценке в зависимости от возраста детей

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды						
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет
Раздел 1. Обучение и применение знаний								
d110	Использование зрения (восприятие визуальных сигналов, наблюдение)	+	+	+	+	+	+	+
d115	Использование слуха (восприятие, прослушивание)	+	+	+	+	+	+	+
d120	Целенаправленное использование других ощущений (ощущение структуры предметов, вкуса, запаха и др.)	-	-	+	+	+	+	+
d130	Копирование (жестов, звуков)	-	-	+	+	+	+	+
d131	Обучение через игру	-	-	+	+	+	+	+
d133	Овладение языком	-	+	+	+	+	+	+
d135	Повторение	-	-	+	+	+	+	+
d135	Приобретение практических навыков (обращение со столовыми приборами, пользование горшком и др.)	-	-	-	+	+	+	+

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды						
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет
Раздел 2. Общие задачи и требования								
d210	Выполнение отдельных задач	-	-	-	+	+	+	+
d230	Выполнение повседневного распорядка	-	-	-	-	-	+	+
Раздел 3. Общение								
d310	Восприятие устных сообщений при общении (уяснение значения)	-	-	-	+	+	+	+
d315	Восприятие сообщений при невербальном способе общения (восприятие жестов и телодвижений, рисунков, фотографий)	-	-	-	+	+	+	+
d330	Речь	-	-	-	+	+	+	+
d331	Довербальная вокализация	+	+	-	-	-	-	-
d335	Составление и изложение сообщений в невербальной форме (использование жестов для передачи сообщений)	-	-	-	+	+	+	+
d350	Разговор	-	-	-	-	-	-	+

Продолжение таблицы 1.6.

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды						
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет
Раздел 4. Мобильность								
d410	Изменение позы тела	-	-	+	+	+	+	+
d412	Самостоятельные движения	+	+	-	-	-	-	-
d415	Поддержание положения тела (в течение требуемого времени)	-	-	-	-	+	+	+
d420	Перемещение тела (с одной поверхности на другую)	-	-	-	+	+	+	+
d430	Поднятие и перенос объектов (поднятие и перенос чашки и др.)	-	-	-	+	+	+	+
d440	Использование точных движений кисти (захват объектов, манипулирование и др.)	-	-	+	+	+	+	+
d445	Использование кисти и рук (поворот дверных ручек, дотягивание до предметов, бросить мяч, оттолкнуть предмет, схватить движущийся объект и др.)	-	-	+	+	+	+	+
d450	Ходьба	-	-	-	+	+	+	+

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды						
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет
d4550	Ползание	-	- +	+	+	+	+	+
d4551	Преодоление препятствий (вверх и вниз по лестнице)	-	-	-	- +	+	+	+
d4552	Бег	-	-	-	- +	+	+	+
d4553	Прыжки	-	-	-	- +	+	+	+
d4600	Перемещение в пределах жилища	-	-	- +	+	+	+	+
d4601	Перемещение в пределах других зданий	-	-	-	- +	+	+	+
d4602	Перемещение вне своего дома и вне других зданий	-	-	-	-	- +	+	+
Раздел 5. Самообслуживание								
d5100	Мытье частей тела	-	-	-	- +	+	+	+
d5102	Вытирание и сушка (использование полотенца и др.)	-	-	-	- +	+	+	+
d5201	Уход за полостью рта	-	-	-	-	- +	+	+
d5202	Уход за волосами	-	-	-	-	-	- +	+

Продолжение таблицы 1.6.

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды						
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет
d5300	Регуляция мочеиспускания (сообщение о потребности, принятие соответствующего положения и др.)	-	-	-	- +	+	+	+
d5301	Регуляция дефекации (сообщение о потребности, принятие соответствующего положения и др.)	-	-	-	- +	+	+	+
d540	Одевание (одевание и раздевание в определенной последовательности в соответствии с климатическими условиями и социальными установками)	-	-	-	-	-	- +	+
d550	Прием пищи (поднесение ко рту, потребление культурно приемлемыми собаками – ломка на куски, использование столовых приборов и др.)	-	-	-	-	- +	+	+
d560	Питье (поднесение ко рту, потребление культурно приемлемыми собаками)	-	-	-	- +	+	+	+

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды						
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет
Раздел 6. Бытовая жизнь								
d6200	Осуществление покупок	-	-	-	-	-	-	- +
d6402	Уборка жилой части	-	-	-	-	-	-	- +
d6505	Забота о комнатных и уличных растениях	-	-	-	-	-	-	- +
d660	Помощь другим	-	-	-	-	-	-	- +
Раздел 7. Межличностные взаимодействия и отношения								
d710	Базисные межличностные взаимодействия	-	-	-	-	-	-	+ +
d730	Отношения с незнакомыми людьми (расспрос о направлении и др.)	-	-	-	-	-	-	- +
d750	Неформальные социальные отношения	-	-	-	-	-	-	+ +
d7601	Отношения дети-родители (послушность и др.)	-	-	-	-	-	-	- +
d7602	Отношения детей в семье (поддержание братских или сестринских отношений)	-	-	-	-	-	-	- +

Код по МКФ	Домены «Активность и участие»	Возрастные периоды							
		0-3 мес.	4-6 мес.	7-11 мес.	12-23 мес.	24-35 мес.	3-4 года	5-6 лет	
d7603	Отношения с дальними родственниками (тети, дяди, бабушка, дедушка и др.)	-	-	-	-	-	-	-	+
Раздел 8. Главные сферы жизни									
d815	Дошкольное образование	-	-	-	-	+	+	+	+
Раздел 9. Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь									
d9200	Игры	-	-	-	-	+	+	+	+
d9201	Спортивные состязания	-	-	-	-	-	-	-	+
d9202	Искусство и культура	-	-	-	-	-	-	+	+
d9203	Рукоделие	-	-	-	-	-	-	+	+
d9205	Неформальное общение	-	-	-	-	-	+	+	+

Примечание: знаком «+» отмечены домены, подлежащие оценке в данный возрастной период, а знаком «-» домены, не подлежащие оценке в данный возрастной период

1.14. Часть II. Контекстовые факторы

Еще одним существенным отличием МКФ от МКН является наличие так называемых «контекстовых факторов», которые дают представление о полной обстановке, в которой живет и существует индивид. Они включают так называемые «факторы окружающей среды» и «личностные факторы», которые могут влиять на индивида с изменением здоровья, на показатели здоровья (состояние функций и структур организма) и показатели, связанные со здоровьем этого индивида (его активность и участие в реальной жизненной ситуации).



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

Они представлены:

- технологиями и оборудованием, непосредственно связанными с индивидуумом в его производственной деятельности и в быту;
- продукцией или системой изделий, являющихся непосредственным окружением индивида;
- природным окружением и изменениями окружающей среды;
- системой поддержки и взаимосвязи, обеспечивающей практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту или помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или других аспектах ежедневной деятельности;
- установками, являющимися видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений;
- службами, сложившимися программами, предлагающими и осуществляющими услуги в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида;
- административными системами, включающими административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью;
- политикой, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные различными уровнями власти.

Эти факторы являются внешними по отношению к индивиду и

могут оказывать положительное или отрицательное влияние на реализацию индивида в обществе, потенциальную способность индивида или на функции и структуру организма индивида.

Факторы окружающей среды представлены в классификации таким образом, чтобы сфокусировать внимание на двух разных уровнях:

а) Индивида – в непосредственном окружении индивида, охватывающем домашнюю обстановку, место работы, школу. Этот уровень включает физические и материальные особенности окружающей среды, с которой индивид сталкивается, а также прямые контакты с другими людьми, т.е. в семье, со знакомыми, сверстниками, посторонними.

б) Общества – формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей. Этот уровень включает организации и службы, относящиеся к труду, деятельности в сообществах, к правительственным учреждениям, транспортным и коммуникационным службам, негосударственным социальным структурам, а также законы, постановления, официальные и неофициальные правила, связи и идеологии.

Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими как: функции и структуры организма, активность и участие. Для каждой составляющей сущность и степень этого взаимодействия могут быть детально разработаны в ходе будущих научных исследований. **Ограничения жизнедеятельности характеризуются как последствия или результат сложных взаимоотношений между изменениями здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторами, представляющими условия, в которых индивид живет.** В результате этих взаимоотношений разные окружающие факторы могут оказывать различное влияние на одного и того же индивида с определенным изменением здоровья. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможность реализации индивида, среда же с облегчающими факторами может, наоборот, способствовать этой реализации.

1.15. Факторы окружающей среды

1. Продукция и технологии

Продукты или вещества для персонального потребления

Изделия и технологии для личного повседневного использования

Изделия и технологии для персонального передвижения и пере-

возки внутри и вне помещений

Средства и технологии коммуникации

Изделия и технологии для обучения

Изделия и технологии для труда и занятости

Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта

Изделия и технологии для религиозной и духовной практики

Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования

Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования

Продукция и технологии землепользования

Собственность и капитал

Продукция и технологии

2. Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком

Физическая география

Население

Флора и фауна

Климат

Природные явления

Изменения в природе, произведенные человеком

Свет

Изменения, связанные со временем

Звук

Вибрация

Качество воздуха

Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, другие уточненные

Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, не уточненные

3. Поддержка и взаимосвязи

Семья и ближайшие родственники

Отдаленные родственники

Друзья

Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены общества

Лица, обладающие властью и авторитетом

Подчиненные

Персонал, осуществляющий уход и помощь

Посторонние лица

Домашние животные
Профессиональные медицинские работники
Работники других профессиональных сфер
Поддержка и взаимосвязи, другие уточненные
Поддержка и взаимосвязи, не уточненные

4. Установки

Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
Индивидуальные установки отдаленных родственников
Индивидуальные установки друзей
Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом
Индивидуальные установки подчиненных
Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
Индивидуальные установки посторонних лиц
Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
Общественные установки
Социальные нормы, методы и идеологии
Установки, другие уточненные
Установки, не уточненные

5. Службы, административные системы и политика

Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства
Службы, административные системы и политика содержания территорий
Жилищные службы, административные системы и политика
Службы, административные системы и политика коммунального хозяйства
Службы, административные системы и политика связи
Транспортные службы, административные системы и политика
Службы, административные системы и политика защиты граждан
Службы, административные системы и политика правосудия
Службы, административные системы и политика ассоциаций и организаций

Службы, административные системы и политика средств массовой информации

Экономические службы, административные системы и политика

Службы, административные системы и политика социального страхования

Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки

Службы, административные системы и политика здравоохранения

Службы, административные системы и политика образования и обучения

Службы, административные системы и политика труда и занятости

Политические структуры, системы и политика

Службы, системы и политика, другие уточненные

Службы, системы и политика, не уточненные



Факторы окружающей среды должны кодироваться с позиций человека, о котором идет речь. Например, тротуар без бордюра может кодироваться как облегчающий фактор для индивида, использующего коляску, и в тоже время как барьер для слепого.

1.16. Оценка факторов окружающей среды

Определитель значения факторов окружающей среды в каждом данном случае представлен позитивной и негативной шкалой, оценивающих облегчающие факторы и барьеры.

0. НЕТ барьеров (нет, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%

1. НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ барьеры (легкие, небольшие, слабые,...)	5-24%
2. УМЕРЕННЫЕ барьеры (средние,...)	25-49%
3. ВЫРАЖЕННЫЕ барьеры (резко выраженные, тяжелые,...)	50-95%
4. АБСОЛЮТНЫЕ барьеры (полные,...)	96-100%
0. НЕТ облегчающих факторов (нет, отсутствуют, ничтожные,...)	0-4%
1. НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые,...)	5-24%
2. УМЕРЕННЫЕ облегчающие факторы (средние,...)	25-49%
3. ВЫРАЖЕННЫЕ облегчающие факторы (резко выраженные, значимые,...)	50-95%
4. АБСОЛЮТНЫЕ облегчающие факторы (полные,...)	96-100%

РЕЗЮМЕ: Основная идея МКФ – инвалидность связана не только с телом, а с окружающим миром, с обществом.

Клинико-функциональный диагноз – этого мало! МКФ позволяет реально оценить функционирование в конкретной среде, в городе, селе, оценить барьеры, а не только последствия заболевания.

Ведь очень часто оценивая последствия заболевания или травмы, мы не замечаем, что это только вершина «айсберга», который скрывается в виде личных, профессиональных, социальных и других проблем.



1.17. Личностные факторы

«Личностные факторы» – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоящие из черт индивида, не являющихся частью изменения здоровья или показателей здоровья.

Они могут включать пол, расу, возраст, другие изменения здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальное окружение, образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и в 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.

Ниже представлена схема (рисунок 1.10), которая демонстрирует множество взаимодействий между изменениями здоровья и последовавшими ограничениями структуры/функции, активности и участия и контекстовыми факторами (факторы окружающей среды и личностные факторы). То есть, функционирование индивида представлено как взаимодействие или сложные отношения между изменением здоровья и контекстовыми факторами. При этом взаимодействие проявляется в двух направлениях: не только нарушение здоровья может приводить к ограничению жизнедеятельности, но и ограничение жизнедеятельности само по себе способно модифицировать изменения здоровья. Учитывая тот факт, что МКФ рассматривает понятие «функциональное здоровье» как функционирование с обязательным учетом личностных факторов и факторов окружающей среды, то совершенно очевидным становится влияние изменений здоровья индивида на его функциональное здоровье.



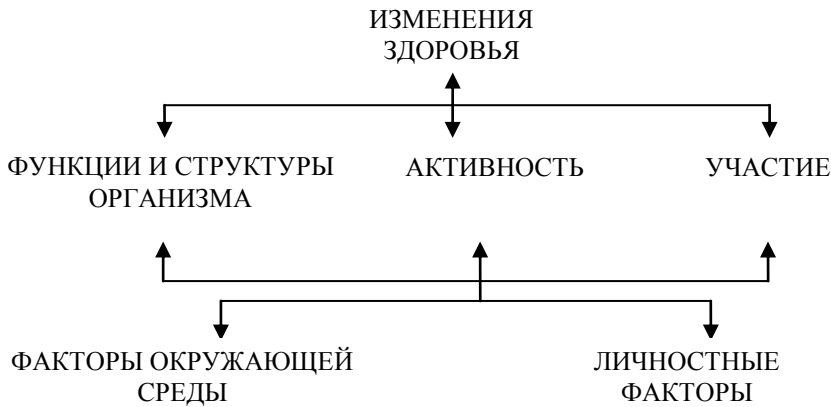


Рисунок 1.10. Схема взаимодействия между составляющими МКФ

Во всемирном докладе об инвалидности сказано, что «международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) определяет инвалидности как «зонтичный» термин для обозначения нарушений, ограничений в действиях и ограничений в участии» [6].

То есть, если МКН предполагала «линейную модель» определения инвалидности (болезнь → нарушения → ограничения жизнедеятельности → социальная недостаточность), то МКФ охватывает все сферы жизнедеятельности сразу и в виде своеобразного «зонтика» оценивая составные части функционирования (активность, участие, функции и структуры организма, факторы окружающей среды и личностные факторы) и выдавая в результате некую интегративную оценку.



РЕЗЮМЕ: Таким образом, если МКН по основной своей сути оценивает тот факт, какие негативные изменения произошли в здоровье человека и какие ограничения жизнедеятельности возникли как следствие заболевания или травмы, то МКФ позволяет оценить то положительное, что осталось и содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и в окружающей его социально-культурной среде.

Сегодня мы находимся на пороге существенного изменения правил проведения медико-социальной экспертизы, продолжаем строить современную систему реабилитации больных и инвалидов. И МКФ является тем современным инструментом, который помогает нам достичь планируемых результатов.

1.18. Основная терминология МКФ

Прежде чем перейти к вопросам использования МКФ и основам кодирования, нужно ещё раз определиться с основной терминологией, применяемой в работе с данной классификацией.

Показатели здоровья и домены здоровья

Показатель здоровья – это уровень функционирования в пределах данного домена здоровья МКФ. Домены здоровья обозначают области жизни, интерпретирующиеся в рамках понятия «здоровье», т.е. те, которые при учете факторов здоровья могут быть определены как изначально обусловленные факторами здоровья. МКФ не устанавливает фиксированную границу между доменами здоровья и доменами, связанными со здоровьем. Может быть переходная (серая) зона, связанная с разными концептуальными представлениями об элементах здоровья и элементах, связанных со здоровьем, которая может отражаться в доменах МКФ.

Показатели, связанные со здоровьем, и домены, связанные со здоровьем

Связанный со здоровьем показатель – это уровень функционирования в пределах данного в МКФ домена, связанного со здоровьем. Домены, связанные со здоровьем – это те области функционирования, которые, имея значимые отношения к изменению здоровья, непосредственно или первично определяются не столько факторами здоровья, сколько другими факторами, способствующими благополучию. В МКФ представлены только те домены благополучия, которые связаны со здоровьем.

Изменение здоровья – это общий термин для болезни (острой или хронической), расстройства, повреждения или травмы. Изменение здоровья может также включать другие обстоятельства, такие как беременность, старение, стресс, врожденную аномалию или генетическую предрасположенность. Изменения здоровья кодируются в МКБ -10.

Функционирование – это общий термин для функций и структур организма, активности и участия. Он обозначает позитивные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы).

Ограничения жизнедеятельности – это общий термин для нарушений, ограничений активности и ограничений возможности участия. Он

обозначает негативные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы).

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции). Термин «организм» относится к человеческому организму как единому целому; следовательно, он включает головной мозг. Таким образом, умственные (или психические) функции относятся к категориям функций организма. Стандартом этих функций должна быть статистическая норма для людей.

Структуры организма – это структурные или анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты, классифицированные в соответствии с системами организма. Стандартом этих функций должна быть статистическая норма для людей.

Нарушение – это утрата или отклонение от нормы структуры тела или физиологической функции.

Физиологические функции включают и умственные функции. Термин отклонение в данном случае используется для отражения значимого отклонения от общепринятых статистических норм (т.е. как отклонение от средней популяционной величины, принятой в качестве стандартной нормы) и он должен использоваться только в этом смысле.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид. Ограничение активности может варьироваться от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию. Оно представляет социальные стороны функционирования.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации. Наличие ограничения возможности участия определяется при сравнении с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе.

Контекстовые факторы – это факторы, которые в совокупности представляют полную обстановку жизни индивида, и в особенности тот фон, на котором показатели здоровья классифицированы в МКФ. Имеются две составляющие контекстовых факторов: факторы окружающей среды и личностные факторы.

Факторы окружающей среды являются составляющей МКФ и относятся ко всем аспектам окружающего (или внешнего) мира, который формирует условия жизни индивида и таким образом оказывает воздействие на его функционирование. Факторы окружающей среды включают

естественный мир с его особенностями, физический мир, созданный человеком, других людей с различными взаимоотношениями и ролями, отношения и ценности, социальные системы и службы, политику, нормы и законы.

Личностные факторы – это контекстовые факторы, такие как возраст, пол, социальный статус, жизненный опыт и т.д., которые являются атрибутами индивида и в настоящее время в МКФ не классифицируются, но при работе с классификацией пользователи могут их применять.

Облегчающие факторы – это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия улучшают функционирование и уменьшают ограничения жизнедеятельности. Они включают такие аспекты как доступность естественной окружающей среды, пригодность необходимой вспомогательной технологии, позитивное отношение людей к факту ограничения жизнедеятельности, а также службы, системы и политику, направленные на повышение вовлечения во все сферы жизни всех людей с изменениями здоровья, приведшими к ограничениям жизнедеятельности. Отсутствие определенного фактора также может быть облегчающим, как, например, при отсутствии клейма или негативного отношения. Облегчающие факторы могут предотвратить появление ограничения возможности участия из-за нарушений или ограничений активности в результате повышения реализации, несмотря на снижение потенциальной способности индивида.

Барьеры – это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия лимитируют функционирование и приводят к ограничениям жизнедеятельности. Они включают такие аспекты как недоступность естественной окружающей среды, отсутствие необходимой вспомогательной технологии, негативное отношение людей к факту ограничения жизнедеятельности, а также службы, системы и политику, которые или отсутствуют или препятствуют вовлечению во все сферы жизни всех людей с изменениями здоровья.

Потенциальная способность (капацитет) – это параметр, отмечающий, как определитель, максимально возможный уровень функционирования, которого может достигнуть человек в каком-либо домене перечня активности и участия в данный момент. Потенциальная способность измеряется в типичных или стандартных условиях окружающей среды и, таким образом, отражает способности индивида в определенных условиях среды. Характеристики типичных или стандартных условий окружающей среды могут быть закодированы в факторах окружающей среды.

Реализация – это параметр, описывающий, как определитель, что делают индивиды в реально окружающей их среде, выявляя, таким образом, аспект вовлечения в жизненные ситуации. Характеристики реальной окружающей среды также кодируются с использованием факторов окружающей среды.

1.19. МКФ как классификация

Для понимания классификации МКФ важно понять ее структуру. Она отражена в определениях терминов, представленных ниже и на рисунке 1.11.

Классификация – это полная структура МКФ. В данной иерархии это наивысший термин.

Части классификации – это ее два главных подраздела.

- Часть 1 охватывает функционирование и ограничения жизнедеятельности

- Часть 2 охватывает контекстовые факторы.

Составляющие – это два главных подраздела каждой части классификации.

Составляющие Части 1:

- функции и структуры организма
- активность и участие

Составляющие Части 2:

- факторы окружающей среды
- личностные факторы (не классифицируются в МКФ)

Параметры определяются с помощью кодов соответствующих определителей.

Имеется четыре параметра для Части 1 и один – для Части 2.

Параметры Части 1:

- Изменение функций организма
- Изменение структур организма
- Потенциальная способность
- Реализация

Параметр Части 2:

- Факторы облегчения или барьеры в факторах окружающей среды

- Личностные факторы (не классифицируются в МКФ)

- **Домен** – это практически значимый набор связанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач или областей жизни. Домены формируют различные разделы и блоки каждой составляющей.

- **Категории** – это классы и подклассы внутри доменов какой-либо составляющей, т.е. единицы классификации.

- **Уровни** обеспечивают иерархический порядок для обозначения детализации категорий (т.е. степень детализации доменов и категорий). Первый уровень включает весь второй уровень и т.д.

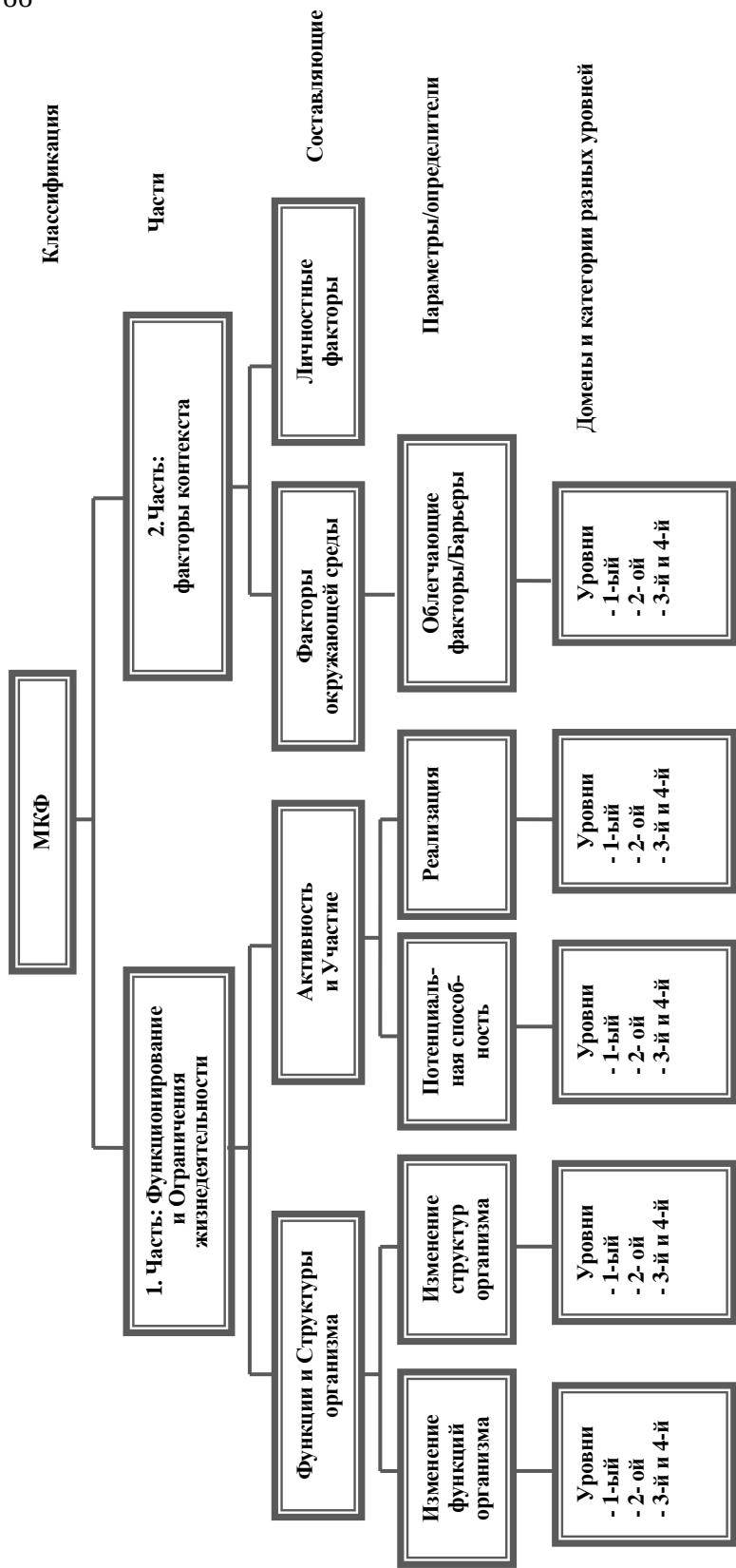


Рисунок 1.11. Структура МКФ

1.20. Об использовании МКФ

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)**.

Приставка **d** обозначает домены в пределах составляющей активности и участия. По усмотрению пользователя, приставка **d** может быть заменена на **a** или **p** для обозначения активности и участия, соответственно.

Буквы **b, s, d** и **e** сопровождаются числовым кодом, 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).

В зависимости от потребностей пользователя, на каждом уровне может использоваться любое число подходящих кодов. Для описания ситуации индивида на каждом уровне может быть приемлемо использование более одного кода. Коды могут быть независимыми или взаимосвязанными.

В целом **одноуровневая классификация МКФ** представлена названиями разделов функций и структур организма, активности и участия, факторов окружающей среды.

Двухуровневая классификация представляет собой перечень разделов с подразделением на «**блоки категорий**».

Например, раздел 7 классификации «Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции», содержит три блока:

- функции суставов и костей (b710- b729)

- функции мышц (b730- b749)

- двигательные функции (b750- b789).

В пределах каждого раздела имеются отдельно двух-, трех- или четырехуровневые **категории**, имеющие короткие определения, включения и исключения, помогающие выбрать соответствующий код.

Например: b7303 Сила мышц нижней половины тела.



МКФ, в противоположность «обывательским» или жаргонным определениям, дает практические **определения** категорий здоровья и категорий, связанных со здоровьем. Эти определения описывают существенные атрибуты каждого домена (например, качества, свойства, взаимоотношения) и содержат информацию относительно того, что включено и исключено из каждой категории. Определения также содержат обычно используемые реперные точки оценки, для применения в обзорных исследованиях и опросниках, или альтернативно, для кодирования в терминах МКФ результатов оценочных инструментов. Например, функции остроты зрения определены в терминах остроты монокулярного и бинокулярного зрения вблизи и вдаль, откуда нарушение остроты зрения может быть закодировано как отсутствующее, незначительное, умеренное, выраженное или полное.

Термины включения приводятся после определения категорий. Они обеспечивают знакомство с содержанием категории и, как предполагается, не являются исчерпывающими. Включения второго уровня охватывают все включения, лежащего под ним третьего уровня.

Термины исключения приводятся там, где из-за сходства с другими терминами кодирование могло бы оказаться трудным.

Другое уточненное в конце каждой группы определений третьего или четвертого уровня, и в конце каждой главы имеются категории, обозначенные как «другое уточненное». При кодировании они позволяют учитывать те аспекты функционирования, которые не отмечены в любой из других специфических категорий. В случае выбора категории «другое уточненное», пользователь должен дополнительно уточнить то, что он имеет в виду.

В конце каждой группы определений третьего или четвертого уровня и в конце каждого раздела категории определены как «не уточненное», что позволяет при кодировании учитывать функции, которые соответствуют рамкам определенной группы, при отсутствии возможности отнести их к какой-либо более определенной категории в виду того, что имеющаяся информация недостаточна. Этот код имеет то же самое значение, как и расположенные непосредственно выше термины второго или третьего уровня, без какой-либо дополнительной информации (для блоков, категории «другое уточненное» и «не уточненное» объединены).

1.21. Определители

Коды МКФ требуют использования одного или большего количества **определителей**, которые обозначают, например, величину

уровня здоровья или выраженности проблемы. Определители кодируются одним, двумя или большим количеством чисел после разделительной точки. Применение любого кода требует использования, по крайней мере, одного определителя. **Без определителей кодирование не имеет никакого смысла.**

Первый определитель для **функций и структур организма** описывает степень проблем в соответствующей им составляющей.

Все составляющие измеряются с помощью одной шкалы. 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

Функции организма кодируются одним определителем, отражающим степень или величину нарушения. Наличием нарушения считается: утрата или отсутствие, снижение, добавление или избыток, отклонение.

Нарушение функций человека с гемипарезом может быть описано кодом b7302 «Сила мышц одной стороны тела».

В случае регистрации нарушения функций, используя масштаб общего определителя можно отразить его выраженность.

Например:

b7302.1 ЛЕГКОЕ нарушение функций силы мышц одной стороны тела (до 5-24 %)

b7302.2 УМЕРЕННОЕ нарушение функций силы мышц одной стороны тела (до 25-49%)

b7302.3 ТЯЖЕЛОЕ нарушение функций силы мышц одной стороны тела (до 50-95%)

b7302.4 АБСОЛЮТНОЕ нарушение функций силы мышц одной стороны тела (до 96-100%).

Отсутствие нарушения функций (согласно установленному пороговому уровню) отмечают индексом «0» общего определителя.

Например: b7302.0 НЕТ нарушения функций в категории сила мышц одной стороны тела.

Если имеющаяся информация недостаточна, чтобы определить выраженность нарушения функций, должен использоваться индекс «8».

Например, если в записи о здоровье человека говорится, что у человека имеется слабость правой стороны тела без дальнейшей детализации, тогда может применяться следующий код: b7302.8 – Не определено нарушение функций в категории сила мышц одной стороны тела.

Классификации функций организма и структур организма созданы параллельно друг другу.

Когда используется код функций организма, следует проверить, применим ли в данном случае соответствующий код структур организма. Например, функции организма включают основные человеческие ощущения, как то «зрение и связанные с ним функции b210-b229», а их структурный коррелят представлен как s210-230 «глаз и относящиеся к нему структуры».

Нарушения могут приводить к другим нарушениям; например, из-за нарушения силы мышц могут нарушиться двигательные функции; нарушения функций сердца могут отразиться на функциях внешнего дыхания; восприятие может затронуть функции мышления.

Для тех нарушений, которые не всегда могут наблюдаться непосредственно (например, умственные функции), можно сделать вывод об их наличии из наблюдения за поведением. Например, в клинической практике память может быть оценена с помощью стандартизированных тестов, которые хотя и не дают возможность непосредственно «увидеть» умственные функции, но на их основании можно будет предположить, что умственные функции памяти нарушены.

Структуры организма кодируются тремя определителями. Первый определитель отражает степень или величину нарушения, второй определитель используется, чтобы указать на характер изменения, и третий определитель обозначает локализацию нарушения (таблица 1.7).



Таблица 1.7. Градация определителей для структур организма

1^{ый} определитель Выраженность нарушения	2^{ой} определитель Характер нарушения	3^{ий} определитель Локализация нарушения
0- НЕТ нарушений 1- ЛЕГКИЕ нарушения 2- УМЕРЕННЫЕ нарушения 3- ТЯЖЕЛЫЕ нарушения 4 - АБСОЛЮТНЫЕ нарушения 8 - не определено 9 - не применимо	0 - нет изменений структуры 1 - полное отсутствие 2 - частичное отсутствие 3 - добавочная часть 4 - аберрантные отклонения 5 - нарушение целостности 6 - изменение позиции 7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости 8 - не определено 9 - не применимо	0 - более чем один регион 1 - справа 2 - слева 3 - с обеих сторон 4 - спереди 5 - сзади 6 - проксимальный 7 - дистальный 8 - не определено 9 - не применимо

Факторы окружающей среды кодируются с учетом того, что они могут быть в определенной степени факторами облегчения или барьерами. Кодирующему факторы облегчения следует принимать во внимание такие аспекты как доступность ресурса, наличие причин, которые могут влиять на доступ или изменение степени доступности, качество доступного ресурса и т.д. В случае кодирования барьеров может быть уместным учет того, как часто фактор выступает в качестве препятствия, является ли препятствие существенным или небольшим. Но факторы окружающей среды в других случаях могут выступать и как облегчающий фактор для жизнедеятельности инвалида (наличие соответствующей архитектурной инфраструктуры, помощь медицинских работников, родственников и т.д.). Поэтому, как было указано выше, предложен определитель с негативной и позитивной шкалами, обозначающими степень выраженности фактора окружающей среды в виде барьера или облегчения.

Как показано ниже, разделительная точка указывает на барьеры, а ее замена на знак (+) указывает на облегчающие факторы (обл. факторы).

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| xxx.0 НЕТ барьеров | xxx+0 НЕТ обл. факторов |
| xxx.1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ барьеры | xxx+1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ обл. факторы |
| xxx.2 УМЕРЕННЫЕ барьеры | xxx+2 УМЕРЕННЫЕ обл. факторы |

xxx.3 ВЫРАЖЕННЫЕ барьеры	xxx+3 ВЫРАЖЕННЫЕ обл. факторы
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ барьеры	xxx+4 АБСОЛЮТНЫЕ обл. факторы
xxx.8 не уточненный барьер	xxx+8 не уточненный обл. фактор
xxx.9 не применимо	xxx.9 не применимо

Ниже приводятся примеры кодирования по МКФ, предлагаемые к использованию сотрудниками нашего Республиканского научно-практического центра медицинской экспертизы и реабилитации. Одновременно приводятся примеры кодирования по МКФ и кодирование по МКН с помощью функциональных классов, которыми мы пользовались до введения МКФ.

1.22. Примеры кодирования по МКН и по МКФ

Пример 1.

Диагноз: Последствия мозгового инсульта с выраженным правосторонним гемипарезом и легкой моторной афазией.

Бухгалтер, женщина, 45 лет.

МКН	МКФ
<p>Нарушения: двигательные ФК-3 языковые и речевые ФК-1</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: передвижение ФК-3 самообслуживание ФК-3 общение ФК-1 способность к труду ФК-3</p>	<p>Функции организма b 110.0 Функции сознания b 114.0 Функции ориентированности b 167.1 Умственные функции речи b 320.1 Беглость речи b 7302.3 Сила мышц одной стороны тела b 7352.3 Тонус мышц одной стороны тела b 760.3 Контроль произвольных двигательных функций</p> <p>Структуры организма s 110.352 Структура долей коры головного мозга s 398.152 Структуры, участвующие в голосообразовании и речи</p>

	<p>Активность и участие d 330.1 Общение, речь d 420.3 Перемещение тела d 430.3 Поднятие и перенос объектов d 450.3 Ходьба d 470.3 Использование транспорта d 500.3 Самообслуживание d 530.0 Физиологические отправления d 540.3 Одевание d 550.0 Прием пищи</p> <p>Факторы окружающей среды e 115+2 Изделия и технологии для личного повседневного использования e 310+2 Семья и ближайшие родственники e 340+2 Персонал, осуществляющий уход и помощь e 355+1 Профессиональные медицинские работники e 410+2 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников e 515.3 Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства e 540.3 Транспортные службы, административные системы и политика e 565.3 Экономические службы, административные системы и политика, другие уточненные</p>
--	--

Пример 2.

Диагноз: Дискогенная (грыжа L5 – S1) радикулоишемия L5 – S1 справа со стойким выраженным болевым синдромом, умеренным мышечно-тоническим синдромом, выраженным парезом разгибателей

правой стопы.

Мужчина 52 лет, водитель автопогрузчика.

МКН	МКФ
<p>Нарушения: двигательные ФК-1 связанные с причинами общего характера («Общие нарушения» – рубрика №9), хроническая боль (п.93) ФК-2</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: самообслуживание ФК-1 передвижение ФК-1 способность к труду ФК-2</p>	<p>Функции организма b 280.3 Ощущение боли b 730.2 Сила определенных групп мышц b 770.1 Функция стереотипа походки</p> <p>Структуры организма s 120.267 Спинной мозг и относящиеся к нему структуры s 750.3 Структура нижней конечности</p> <p>Активность и участие d 410.1 Изменение позы тела d 415.1 Поддержание положения тела d 430.2 Поднятие и перенос объектов d 435.3 Перемещение объектов ногами. d 450.2 Ходьба d 475.3 Управление транспортом d 640.1 Выполнение работы по дому</p> <p>Факторы окружающей среды e 115+2 Изделия и технологии для личного повседневного использования e 150.2 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования e 310+2 Семья и ближайшие родственники e 355+2 Профессиональные ме-</p>

	<p>дицинские работники е 410+2 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников е 430+2 Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом е 450+3 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников е 580.3 Службы, административные системы и политика здравоохранения</p>
--	---

Пример 3.

Диагноз: Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма, прогрессирующе-ремиттирующее течение, 2 степени тяжести, с умеренными глазодвигательными нарушениями, с умеренным атактическим синдромом, легким спастическим парезом правой руки.

Женщина 30 лет, часовщица на заводе «Луч».

МКН	МКФ
<p>Нарушения: статодинамические – ФК-2 вследствие комбинированного нарушения – нарушение мозжечковой функции и равновесия (п.47) в рубрике 4 «Ушные (слуховые и вестибулярные нарушения)», «Зрительные нарушения» (рубрика 5) двигательные нарушения ФК-1</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: самообслуживание ФК-1 передвижение ФК-2 способность к ориентации ФК-1 способность к труду ФК-2</p>	<p>Функции организма: b 210.2 Функция зрения b 215.2 Функции структур примыкающих к глазу b 730.1 Сила определенных групп мышц b 760.2 Контроль произвольных двигательных функций</p> <p>Структуры организма: s 110.270 Структура головного мозга</p> <p>Активность и участие: d 410.1 Изменение позы тела d 415.1 Поддержание положения тела d 430.1 Поднятие и перенос объектов</p>

	<p>d 440.2 Использование точных движений кисти</p> <p>d 445.2 Использование кисти и руки</p> <p>d 450.1 Ходьба</p> <p>d 540.1 Одевание</p> <p>d 640.1 Выполнение работы по дому</p> <p>Факторы окружающей среды:</p> <p>e 150.3 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования</p> <p>e 310+2 Семья и ближайшие родственники</p> <p>e 355+3 Профессиональные медицинские работники</p> <p>e 410+3 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников</p> <p>e 425+2 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества</p> <p>e 450+3 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников</p> <p>e 580.3 Службы, административные</p>
--	--

Пример 4.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичная сульфаниламидорезистентность, тяжёлое лабильное течение со склонностью к гипогликемиям, клинико-метаболическая декомпенсация. Диабетическая макроангиопатия сосудов нижних конечностей с ХАН 2 ст. Диабетическая макроангиопатия коронарных артерий. ИБС: стенокардия напряжения ФК2. Атеросклеротический кардиосклероз, Н1. Диабетическая пролиферативная ангиопатия, ст. неоваскуляризации (vis. 0,11/0,15 с коррекцией). Диабетическая нефропатия 4 ст., массивная протеинурия, ХПН интермиттирующая стадия. Симптоматическая артериальная гипертен-

зия 3 ст. Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсорная форма, 1 стадии. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма, поверхностная язва без признаков инфицирования. Ожирение 2 ст.

Женщина, 56 лет страдает СД 2 типа 20 лет, частые тяжёлые гипогликемии; в настоящее время не работает, образование высшее, основная профессия – экономист.

МКН	МКФ
<p>Нарушения: двигательные ФК-3</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: способность к передвижению ФК-3 способность к труду ФК-3 способность к самообслуживанию ФК-2</p>	<p>Функции организма: b 210.3 Функции зрения b 410.1 Функции сердца b 415.3 Функции кровеносных сосудов b 420.3 Функции артериального давления b 455.3 Функции толерантности к физической нагрузке b 530.2 Функции поддержания веса b 540.3 Общие метаболические функции b 5401.3 Углеводный обмен</p> <p>Структуры организма: s 220.3 Структура глазного яблока s 410.3 Структура сердечно-сосудистой системы s4100.2 Сердце s4101.3 Артерии s 610.3 Структура мочевыделительной системы s6100.3 Почки s810.2 Структура кожного покрова (при синдроме диабетической стопы)</p> <p>Активность и участие: d 450.3 Ходьба d 455.3 Передвижение d 475.3 Управление транспортом d 570.0 Забота о здоровье (поддержание сбалансированного рациона)</p>

	<p>питания, уход от вредных для здоровья факторов и т.д.)</p> <p>d 8451.3 Выполнение трудовых обязанностей</p> <p>Факторы окружающей среды:</p> <p>e 110 Продукты, вещества и технологии для личного потребления</p> <p>e 1100+2 Продовольствие</p> <p>e 1101+1 Лекарственные вещества</p>
--	---

Пример 5.

Диагноз: Хронический обструктивной бронхит, фаза обострения, тяжелое течение. Диффузный пневмосклероз. Эмфизема лёгких. ДН III ст. Хроническое легочное сердце, Н 2б.

Женщина, возраст 55 лет, учитель, не работает. Проживает в г. Минске.

МКН	МКФ
<p>Нарушения: двигательные ФК-3</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: способность к передвижению ФК-3, 4 способность к труду ФК-3, 4 способность к самообслуживанию ФК-3</p>	<p>Функции организма:</p> <p>b 410.3 Функции сердца</p> <p>b 440.4 Функции дыхания</p> <p>b 455.3 Функции толерантности к физической нагрузке</p> <p>Структуры организма:</p> <p>s 410.3 Структура сердечно-сосудистой системы</p> <p>s 430.3 Структура дыхательной системы</p> <p>Активность и участие:</p> <p>d 450.3 Ходьба</p> <p>d 640.3 Выполнение работы по дому</p> <p>d 8451.3 Выполнение трудовых обязанностей</p> <p>Факторы окружающей среды:</p> <p>e110+1 Продукты, вещества и технологии для личного потребления</p>

	e 225.1 Климат e 260.1 Качество воздуха
--	--

Пример 6.

Диагноз: ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК2. Постинфарктный кардиосклероз (крупноочаговый инфаркт миокарда заднедиафрагмальных отделов с переходом на боковую стенку левого желудочка 10.10.2011г). Системный тромболизис 10.10.2011г. Нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии. Н1. Артериальная гипертензия 2, риск 4 без кризов. Первичный аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, компенсация медикаментозная.

Специалист по снабжению, женщина 45 лет.

МКН	МКФ
<p>Нарушения: двигательные ФК-1 общего характера (хроническая боль) ФК-2</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: передвижение ФК-2 самообслуживание ФК-1 способность к труду ФК-2</p>	<p>Функции организма: b 280.2 Ощущение боли b 415.1 Функции кровеносных сосудов b 420.2 Функции артериального давления b 440.2 Функции дыхания. b 455.2 Функции толерантности к физической нагрузке b 460.2 Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем</p> <p>Структуры организма: s 410.2 Структура сердечно-сосудистой системы</p> <p>Активность и участие: d 450.1 Ходьба d 510.1 Мытье всего тела d 850.2 Оплачиваемая работа</p> <p>Факторы окружающей среды: e 150+2 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования</p>

	<p>е 410+2 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников.</p> <p>е 450+2 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников</p>
--	--

Пример 7.

Диагноз: Позвоночно-спинальная травма: закрытые оскольчатые переломы 11-12 грудного позвонков, ушиб, сдавление спинного мозга, состояние после хирургического лечения (03.02.2011г. – предне-боковая декомпрессия, корпородез аллотрансплантантом и металлической пластиной), поздний восстановительный период, умеренный нижний парапарез, нарушение функции тазовых органов.

Мужчина 40 лет. Инженер – строитель.

МКН	МКФ
<p>Нарушения: двигательные ФК-2</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: передвижение ФК-2 самообслуживание ФК-1 способность к трудовой деятельности ФК-2</p>	<p>Функции организма: б 7101.2 Подвижность нескольких суставов (умеренное нарушение подвижности позвоночника) б7151.2 Стабильность нескольких суставов (умеренное нарушение стабильности) б7303.2 Сила мышц нижней половины тела б7350.2 Тонус мышц нижней половины тела (с парезом разгибателей стопы) б6200.3 Функции мочеиспускания</p> <p>Структуры организма: s 7601.3.5.7 Грудной отдел s 1202.3.7.6 Пояснично-крестцовый отдел спинного мозга</p> <p>Активность и участие: Мобильность: d 4153.1 Нахождение в положении сидя d 4154.2 Нахождение в положении стоя d 4303.3 Перенос на плечах, бед-</p>

	<p>рах и спине.</p> <p>d 4500.2 Ходьба на короткие расстояния</p> <p>d 4501.3 Ходьба на дальние расстояния</p> <p>d 4551.3 Преодоление препятствий</p> <p>d 465.2 Передвижение с использованием технических средств</p> <p>d 4702.2 Использование общественного транспорта</p> <p>d 4751.4 Управление моторизованным транспортом</p> <p>Факторы окружающей среды:</p> <p>e 1151. 1 (пояснично-крестцовый корсет) <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного пользования <i>незначительный барьер</i> (создавая фиксацию, опосредованно ограничивает подвижность) 5-24%</p> <p>e 1151+2 (пояснично-крестцовый корсет) <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного пользования <i>умеренно облегчающие</i> факторы.</p> <p>e 1151+1 (ортопедический аппарат с фиксацией голеностопа и активным разгибанием стопы) <i>незначительные облегчающие</i></p> <p>e 1151+1 (ортез с фиксацией стопы и голеностопа) <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного пользования <i>незначительные облегчающие.</i></p> <p>e 1151+1 (памперсы) <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного</p>
--	--

	<p>го пользования незначительные облегчающие (требуют замены несколько раз в сутки) е 1151+2 (уредоны) Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования умеренно облегчающие (не требуют замены в течение 10 суток, опорожнение по мере заполнения в обычных общественных сан узлах) е 1151+1 (пояснично-крестцовый корсет) Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования незначительно облегчающие (больше выполняет функцию по обеспечению стабильности, чем по снятию осевой нагрузки) е 1151.9 (не применимо) е 1151+1 (пояснично-крестцовый корсет) Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования незначительно облегчающие факторы е 1151+1 (ортезы с фиксацией суставов для возможности поддержания вертикального положения) е 1501+3 Продукция и технологии проектирования, строительства и обустройства доступа к внутренним удобствам в здании общественного пользования (лифт, подъемник, эскалатор) е1151+1 (20% трость + поручни) Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного</p>
--	--

	<p>го пользования <i>незначительно облегчающие</i> факторы е1151+1 (30% трость) <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного пользования <i>незначительно облегчающие</i> факторы е1151+1 (15% ортез с фиксацией стопы и голеностопа). <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного пользования <i>незначительно облегчающие</i> факторы е 5402.2 (отдаленность остановок от места жительства в микрорайоне)</p> <p>Транспортные службы <i>умеренный барьер</i> е 5400+2 Транспортная политика (<i>социальное такси с более низкой оплатой за проезд чем в обычном такси</i>) <i>умеренно облегчающие</i> факторы. е 5400+2 Транспортные службы (<i>социальное такси</i>) <i>умеренно облегчающие</i> факторы. е 1151+4 (спецавтотранспорт с ручным управлением) <i>Вспомогательные изделия</i> и технологии для личного повседневного пользования <i>незначительно облегчающие</i> факторы</p>
--	--

Пример 8.

Диагноз: Последствия перенесенного менингоэнцефалита с умеренным парезом верхних конечностей, выраженным парезом нижних конечностей, умеренным расстройством психологического развития, восстановительный период (ребенок-инвалид).

МКФ																
Факторы контекста личностные (Возраст пациента)																
МКН	10 лет кресло-коляска обучение на дому															
4 месяца	1,5 года															
<p>Нарушения: психологические ФК-2 двигательные ФК-3 языковые и речевые ФК-2</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: способность к: передвижению ФК-3 самообслуживанию ФК-3 контролю своего поведения ФК-2 ориентации ФК-2 общению ФК-2 обучению ФК-2 ведущей возрастной деятельности ФК-3</p>	<p>Функции: b117.1 – интеллект, b156.1 – восприятия, b398.2 (b398.1) – у 10-летнего ребенка) – голоса и речи, другие уточненные, b7303.3 – сила мышц нижней половины тела, b7353.3 – тонус мышц нижней половины тела.</p> <p>Структуры: s110.173 – головной мозг, s130.073 – мозговые оболочки, s730.273 – верхней конечности, s750.373 – нижней конечности (s75021.293 – голеностопные суставы – у 10-летнего ребенка).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Функции (дополняемые)</th> <th>Функции (дополнительно):</th> <th>Функции (дополнительно):</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>b118.2 – интеллектуальные функции</td> <td>b118.2 – интеллектуальные функции</td> <td>b164.2 – познавательные функции</td> </tr> <tr> <td>b134.2 – сна</td> <td>b140.2 – внимание</td> <td>уровня</td> </tr> <tr> <td>b7305.3 – сила мышц туловища</td> <td>b750.2 – моторно-рефлекторные функции</td> <td>b172.2 – вычисление</td> </tr> <tr> <td>b750.3 – моторно-рефлекторные функции</td> <td>b760.2 – контроль произ-</td> <td>b330.1 – плавность и ритмичность речи</td> </tr> </tbody> </table>	Функции (дополняемые)	Функции (дополнительно):	Функции (дополнительно):	b118.2 – интеллектуальные функции	b118.2 – интеллектуальные функции	b164.2 – познавательные функции	b134.2 – сна	b140.2 – внимание	уровня	b7305.3 – сила мышц туловища	b750.2 – моторно-рефлекторные функции	b172.2 – вычисление	b750.3 – моторно-рефлекторные функции	b760.2 – контроль произ-	b330.1 – плавность и ритмичность речи
Функции (дополняемые)	Функции (дополнительно):	Функции (дополнительно):														
b118.2 – интеллектуальные функции	b118.2 – интеллектуальные функции	b164.2 – познавательные функции														
b134.2 – сна	b140.2 – внимание	уровня														
b7305.3 – сила мышц туловища	b750.2 – моторно-рефлекторные функции	b172.2 – вычисление														
b750.3 – моторно-рефлекторные функции	b760.2 – контроль произ-	b330.1 – плавность и ритмичность речи														

МКФ			
Факторы контекста личности (Возраст пациента)			
МКН	4 месяца	1,5 года	
	<p>Активность и участие: d331.22 – довербальная вокализация d4100.23 – изменение позы тела при положении лёжа d4153.23 – поддержание положения тела сидя d420.34 – перемещение тела</p>	<p>вольных двигательных функций</p> <p>Активность и участие: d120.22 – целенаправленное использование других ощущений (с целью уточнения структуры предметов – например: осязание) d131.22 – обучение через игру d133.12 – овладение языком d315.12 – восприятие сообщений при невербальном способе общения (например: восприятие жестов и телодвижений, мимики, интонации) d330.22 – речь d4153.23 – поддержание положения тела сидя</p>	<p style="text-align: center;">10 лет кресло-коляска обучение на дому</p> <p>b710.2 – подвижность суставов b770.3 – стереотип походки (спастическая)</p> <p>Активность и участие: d159.12 – базисные навыки при обучении, другие уточненные и не уточненные d350.12 – разговор (начало, поддержание и завершение процесса общения мыслями) d415.22 – поддержание положения тела d420.23 – перемещение тела d445.22 – использование кисти и руки d450.33 – ходьба d4602.34–передвижение вне своего дома и вне других зданий d4702.34 – использова-</p>

МКФ	
Факторы контекста личности (Возраст пациента)	
МКН	10 лет
4 месяца	1,5 года
МКН	кресло-коляска обучение на дому
	<p>ние общественного транспорта d510.23 – мытье d520.23 – уход за частями тела d5300.11 – регуляция мочеиспускания d7500.12 – неформальные отношения с друзьями (игры)</p>
	<p>d420.23 – перемещение тела d445.22 – использование кисти и рук d450.44 – ходьба d811.12 – игра</p>
	<p>Факторы контекста (факторы окружающей среды): e1101+1 – лекарственные вещества (ноотропы, миорелаксанты) e115+1 – изделия и технологии для личного повседневного использования e310+1 – семья и ближайшие родственники e355+1 – профессиональные медицинские</p>
	<p>Факторы контекста (факторы окружающей среды): e1101+1 – лекарственные вещества (ноотропы, миорелаксанты) e115+1 – изделия и технологии для личного повседневного использования e1201+1 – вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и перевоз-</p>
	<p>Факторы контекста (факторы окружающей среды): e1101+1 – лекарственные вещества (ноотропы, миорелаксанты) e115+1 – вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного использования e1201+1 – вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и пере-</p>

МКФ			
Факторы контекста личности (Возраст пациента)			
МКН	4 месяца	1,5 года	
	<p>работники e425.1 – индивидуальные установок знакомых, сверстников, соседей и членов сообщества e455.1 – индивидуальные установок профессиональных медицинских работников (предложение об отказе от ребенка)</p>	<p>ки в помещении и сна- ружи (ходунки) e1301+1 – вспомогательные изделия и технологии для обучения e150+1 – продукция и технологии проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования (безбарьерная среда) e310+1 – семья и ближайшие родственники e355+1 – профессиональные медицинские работники e425.1 – индивидуальные установок знакомых, сверстников, соседей и членов сообщества e530.1 – службы, административные системы и политика коммунального</p>	<p>10 лет кресло-коляска обучение на дому возки в помещении и снаружи (кресло-коляска) e1301+1 – вспомогательные изделия и технологии для обучения e1401+1 – вспомогательные изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта e150+1 – продукция и технологии проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования e310+1 – семья и ближайшие родственники; e320+1 – друзья e355+1 – профессиональные медицинские работники e425.1 – индивидуальные установок знакомых,</p>

МКФ													
Факторы контекста личности (Возраст пациента)													
МКН	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 25%;">4 месяца</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,5 года</td> <td>хозяйства (отсутствия горячего водоснабжения)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 лет</td> <td style="text-align: center;">кресло-коляска обучение на дому</td> <td colspan="2"> сверстников, соседей и членов сообщества e5200.1 – службы по содержанию территорий e530.1 – службы, административные системы и политика коммунального хозяйства (отсутствии горячего водоснабжения) e5850+1 – службы образования и обучения </td> </tr> </table>	4 месяца				1,5 года	хозяйства (отсутствия горячего водоснабжения)			10 лет	кресло-коляска обучение на дому	сверстников, соседей и членов сообщества e5200.1 – службы по содержанию территорий e530.1 – службы, административные системы и политика коммунального хозяйства (отсутствии горячего водоснабжения) e5850+1 – службы образования и обучения	
4 месяца													
1,5 года	хозяйства (отсутствия горячего водоснабжения)												
10 лет	кресло-коляска обучение на дому	сверстников, соседей и членов сообщества e5200.1 – службы по содержанию территорий e530.1 – службы, административные системы и политика коммунального хозяйства (отсутствии горячего водоснабжения) e5850+1 – службы образования и обучения											

Пример 9.

Диагноз: Эпилепсия, симптоматическая, локализованная форма с наличием средней частоты (без антиконвульсантов частые) сложных парциальных припадков с легкими характерологическими изменениями личности на фоне арахноидальной кисты (1,5 x 3 см.) левой теменно-височной области.

Факторы контекста (личностные): 10 лет, посещает общеобразовательную школу, успеваемость удовлетворительная, сельский житель (отдаленного населенного пункта с плохим транспортным сообщением, плохими дорогами).

МКН	МКФ
<p>Нарушения: психологические: периодическое нарушение сознания ФК-3 нормы поведения ФК-1</p> <p>Ограничения жизнедеятельности: способность к: контролю своего поведения ФК -2 ориентации ФК-1 самообслуживанию ФК-1</p>	<p>Функции организма: b110.3 Функция сознания b126.1 Темперамент и личностные функции</p> <p>Структуры организма: s110.242 Головной мозг.</p> <p>Активность и участие: d120.23 Целенаправленное использование других ощущений d2303.12 Управление уровнем собственной активности d5702.23 Поддержание здоровья (профилактика, обращение за медицинской помощью, выполнение рекомендаций, предохранение от травм) d598.12 Самообслуживание другое, уточненное d7102.11 Появление терпимости в отношениях. d7202.12 Регуляция поведения во время взаимодействий</p> <p>Факторы окружающей среды: e1101+1 Лекарственные вещества (противоэпилептические препараты)</p>

	<p>e310+1 Семья и ближайшие родственники</p> <p>e5450+1 Службы защиты граждан (скорая помощь)</p> <p>e5400.1 Транспортные службы</p> <p>e5300.1 Коммунально-хозяйственные службы (проблемы оказания экстренной помощи из-за отдаленности населенного пункта и плохой дороги)</p>
--	--

Сегодня уже существуют разработанные учеными разных стран наборы кодов МКФ при некоторых заболеваниях (см. главу 4). При других заболеваниях наборы кодов находятся в стадии разработки или планируются к разработке.

Как указывают российские ученые, в процессе апробации МКФ классификация может быть условно разделена на «зоны ответственности» по кодированию нарушений функций организма [9]. В общем виде распределение «зон ответственности» представлены в таблицах 1.8 и 1.9 на примере одноуровневой классификации.

Таблица 1.8. Зоны ответственности специалистов по кодированию нарушений функций и структур организма

Раздел МКФ	Специалисты
РАЗДЕЛ 1 Умственные функции	Психолог, психиатр, невропатолог
РАЗДЕЛ 2 Сенсорные функции и боль	Невропатолог, окулист, оториноларинголог, (все специалисты по подразделу «Боль»)
РАЗДЕЛ 3 Функции голоса и речи	Логопед, оториноларинголог, невропатолог
РАЗДЕЛ 4 Функции сердечно-сосудистой системы, системы крови, иммунной и дыхательной систем	Терапевт (кардиолог, пульмонолог, гематолог, иммунолог, специалисты функциональной диагностики, инструментальным методам диагностики)
РАЗДЕЛ 5 Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма	Терапевт (гастроэнтеролог, эндокринолог)

Продолжение таблицы 1.8.

Раздел МКФ	Специалисты
РАЗДЕЛ 6 Урогенитальные и репродуктивные функции	Хирург, акушер-гинеколог (уролог, нефролог)
РАЗДЕЛ 7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	Хирург, ортопед-травматолог, невропатолог, терапевт (кардиоревматолог)
РАЗДЕЛ 8 Функции кожи и связанных с ней структур	Дерматолог

Таблица 1.9. Зоны ответственности специалистов по кодированию ограничений активности и участия

Раздел МКФ	Специалисты
РАЗДЕЛ 1 Обучение и применение знаний	Педагог, психолог
РАЗДЕЛ 2 Общие задачи и требования	Социальный психолог, педагог
РАЗДЕЛ 3 Общение	Психиатр, социальный психолог
РАЗДЕЛ 4 Мобильность	Универсальный раздел – это раздел, категории которого могут использоваться всеми специалистами
РАЗДЕЛ 5 Самообслуживание	Универсальный раздел
РАЗДЕЛ 6 Бытовая жизнь	Универсальный раздел
РАЗДЕЛ 7 Межличностные взаимодействия и отношения	Социальный психолог, психолог, психиатр
РАЗДЕЛ 8 Главные сферы жизни	Универсальный раздел
РАЗДЕЛ 9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	Универсальный раздел

Безусловно, в этих таблицах указаны специалисты, не входящие в штатный состав МРЭК, что связано с тем, что в диагностическом процессе, а также в процессе реабилитации участвует большее

число специалистов, чем имеется в составе экспертных комиссий. Выбор именно данных специалистов обусловлен тем набором заболеваний, которые имеются у пациента.

Новым направлением социально-средовой реабилитации с учетом МКФ является ситуационная помощь инвалиду, которая предоставляется ему в зависимости от буквенного кода. Так в Российской Федерации различным группам инвалидов, которые нуждаются в той или иной помощи установлен буквенный код [11]. Этот код инвалиду устанавливается в бюро медико-социальной экспертизы, заносится в справку инвалида, а необходимая ситуационная помощь вносится в индивидуальную программу реабилитации, которая обязательна к исполнению. В бюро медико-социальной экспертизы в индивидуальную программу реабилитации вносится также запись нуждаемости инвалида в определенном техническом средстве реабилитации или наборе технических средств реабилитации и вписываются рекомендации по оборудованию жилого помещения в соответствии с имеющимися у него ограничениями жизнедеятельности.

Буквенных кодов – восемь, это буквы русского алфавита и каждая буква указывает на физические ограничения инвалида.

Буква **А** – инвалид нуждается в постоянном постороннем уходе помощи и надзоре, и сопровождении лицом, осуществляющим уход (помощь, надзор), вне дома. Передвижение вне дома или вне специализированного учреждения осуществляется специальным транспортом (сантранспорт, скорая помощь) в сопровождении медперсонала, таким образом, инвалид с буквенным кодом **А** в ситуационной помощи не нуждается.

Буква **В** – инвалид (самостоятельно не ходит), нуждается в помощи посторонних лиц (персонала) при передвижении вне дома. Нуждается в посторонней помощи при передвижении, в том числе вне дома.

Буква **С** – слепой нуждается в сопровождении, в т.ч. посторонними лицами (персоналом) вне дома, не в состоянии свободно передвигаться вне дома.

Буква **Е** – инвалид (безрукий) нуждается в помощи посторонних лиц (персонала) при необходимости осуществления ручной деятельности вне дома.

Буква **Н** – инвалид нуждается в постоянном сопровождении лицом, осуществляющим уход (помощь и надзор), вне дома.

Буква **К** – слепоглухонемой, нуждается в постоянном сопровождении лицом, осуществляющим уход (помощь, надзор), вне дома, а также в услугах тифлосурдопереводчика при формальном общении.

Буква **М** – глухой, при формальном общении нуждается в услугах сурдопереводчика.

Буква **О** – инвалид, нуждается в эпизодической помощи посторонних лиц вне дома в отдельных жизненных ситуациях.

Таким образом, применение МКФ в практике медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы может быть весьма многогранным, могут использоваться различные версии классификации в зависимости от уровня, что позволит максимально объективно описать состояние конкретного пациента, опираясь на категории МКФ. В конечном итоге применение МКФ позволит сформировать полноценную индивидуальную программу реабилитации, а на заключительном этапе приводит к повышению качества жизни данного индивидуума.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) имеет большую научно-практическую значимость, так как позволяет с современных позиций подходить к вопросам не только здоровья человека, но и окружающей его среды обитания и общения, помогает правильно оценить реабилитационный потенциал индивидуума и необходимость его реабилитации, определяет правильные экспертные подходы в решении проблем инвалидности конкретного человека.

Следует учитывать, что оказание реабилитационной помощи – понятие многогранное и комплексное, предусматривающее проведение реабилитанту мероприятий не только медицинского, но и профессионального, социального плана для максимальной ликвидации последствий болезни и социальной интеграции (реинтеграции) его в общество.

В официальном издании МКФ говорится, что данная классификация в большей мере зависит от ее практической выгоды: широты охвата, с которой она может служить как измеритель состояния служб здравоохранения посредством показателей, основанных на потребительской оценке эффективности; степени, с которой она применима для проведения международных сравнений между культурами, для уточнения потребностей, источников планирования и исследований. МКФ напрямую не является средством политики. Однако ее использование вносит положительный вклад для определения политики, снабжая информацией, которая помогает определить курс здравоохранения, обеспечивать равные возможности для всех людей и поддерживать борьбу против дискриминации из-за ограничений жизнедеятельности.

В то же время использование МКФ представляет определенные трудности. Известный ученый и лидер в продвижении МКФ Геральд Штуке утверждает, что овладеть в полной мере МКФ за короткое время невозможно, для этого необходимо несколько лет напряженного труда (таблица 1.10).

В отличие от «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» в МКФ не делается предположений относительно причинно-следственной связи между ее компонентами; вместо концепции «последствий болезни» в ней применяется «компонентный» подход к функционированию человека. Функционирование является общим термином для констатации положительного или нейтрализующего аспекта функций организма, активности и участия.

Таблица 1.10. Перспективы освоения МКФ

Подготовительный период	Этап I	Этап II
Рабочая группа	Первичное внедрение МКФ	Широкомасштабное изучение и развитие
Обучающий центр (РНИЦ, кафедра)		
Обмен мнениями экспертов по электронной почте	Международное соглашение	
Обзор литературы	Анализ материалов и состояния дел	
Преподавание лекций		
1 год	2-3 года	4-5 лет и далее

То есть, вместо классификации «последствий болезни» (концептуальной позиции ICIDH МКН 1980г.) введена классификация «составляющих здоровья».

При этом термин «ограничение жизнедеятельности» понимается как обобщающий. Он относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и возможности участия. Данный термин обозначает биосоциальное явление, характеризующее взаимодействие между людьми, их физическим и социальным окружением. Другими словами, он обозначает негативные аспекты взаимодействия между человеком с измененным здоровьем и его контекстовыми факторами (личностными и окружающей среды).

Биопсихосоциальная модель не только обеспечила согласованный взгляд на здоровье с биологической, личностной и социальной позиций,



но и объединила две взаимодействующие модели (медицинскую и социальную), послужив основой создания не только МКН, но и МКФ. Так, в МКФ были введены критерии влияния личностных и контекстовых факторов окружающей среды во всех их проявлениях. Было введено определение составляющих здоровья и некоторых связанных со здоровьем составляющих благополучия, таких, например, как образование и труд. Кроме того, перечень факторов окружающей среды и личностных факторов рас-

смаатривается во взаимодействии со всеми этими категориями.

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. Как таковой, термин «социальная недостаточность исключен из МКФ вследствие его «уничижительного» значения.

МКФ позволяет оценить функциональное здоровье индивида с биологической, психологической, социальной и личностной точек зрения. Совместно с Международной классификацией болезней (МКБ 10-го пересмотра) МКФ составляет «семью» классификаций, позволяющих характеризовать влияние нарушений структур или функций организма, которые обнаруживаются у индивида, на его активность, функционирование и участие в жизни общества. То есть, в модели МКФ в процессе инвалидности учитывается роль внешней среды, МКФ позволяет улучшить качество жизни инвалида.



МКФ имеет большое значение для формирования новой концепции инвалидности, разработки законодательных документов, определяющих государственную политику в области социальной защиты инвалидов.

Распространение положений МКФ не только для установления инвалидности в деятельности государственных учреждений медико-социальной экспертизы, но и в деятельности всех учреждений здравоохранения и социальной сферы, является условием, которое позволит унифицировать подход к медико-социальной реабилитации инвалидов, что вытекает из целей создания МКФ.

Следует помнить, что МКФ не содержит условий для установления гражданам инвалидности и не расширяет оснований для признания лица инвалидом, а четко идентифицирует преимущественный вид ограничений жизнедеятельности инвалида. При этом система буквенных кодов будет являться дополнением к существующей.

вующей системе квалификации, используемой при осуществлении медико-социальной экспертизы. В связи с этим, переход на новые классификации осуществления медико-социальной экспертизы не повлечет за собой роста числа инвалидов.

В официальном издании МКФ говорится, что она «принадлежит всем, кто ее использует. Это единый документ, принятый на международной основе. Она служит для того, чтобы получить больше информации, касающейся таких явлений как ограничения жизнедеятельности и функционирование, и достичь широкого международного консенсуса. Для достижения признания многочисленными национальными и интернациональными сообществами ВОЗ будет принимать все усилия, чтобы сделать ее удобной для пользователей и сопоставимо с процессами стандартизации, которые положены в основу Международной Организации Стандартов».

ЛИТЕРАТУРА

1. Аухадеев, Э.И. Вопросы становления и развития реабилитологии как единой медико-социальной научной и практической дисциплины: Монография / Э.И. Аухадеев [и др.] – Казань: изд-во «Бриг», 2011. – 188 с.
2. Аухадеев, Э.И. Основы и перспективы развития методологии экологии и восстановления здоровья человека / Э.И. Аухадеев, Р.А. Бодрова, Х.В. Иксанов: Материалы всероссийского научного форума по восстановительной медицине, лечебной физкультуре, курортологии, спортивной медицины и физиотерапии – Москва: «РеаСпоМед 2008», 2008. – С. 10-11.
3. Аухадеев, Э.И. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе 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.
4. Войтенко, Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р.М. Войтенко – СПб., 2011. – 104 с.
5. Вопросы восстановительного лечения за рубежом / Подгот.: С.Н. Зарина, Т.М. Караванова, Э.В. Маркина [и др.] – Киев, 1970. – 122 с.
6. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: ВОЗ, 2011. – 28 с.
7. Выготский, Л.С. Психология развития как феномен культуры / Л.С. Выготский. – М.: Ин-т практической психологии, 1996. – 516 с.
8. Гайгер, Г. Об организационных основах медико-социальной реабилитации за рубежом. / Г. Гайгер, Ф.А. Юнусов // Лечебная физкультура и спортивная медицина в современной системе охраны здоровья и трудоспособности населения – Казань, 2008. – С. 81-89.
9. Гальянов, А.А. Оценка эффективности реабилитации инвалидов с учетом положений международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья / А.А. Гальянов, Н.Н. Лебедева, В.П. Шестаков: Материалы междунар. науч.-практ. конф., Караганда, 2011. – Караганда, 2011. – С. 97-114.
10. Горбачев, В.В. Концепция современного естествознания. / В.В. Горбачев, В.М. Безнадежных – М.: Экономист, 2004. – 446 с.
11. Демина, Э.Н. Формирование ИПР по социально-средовой реабилитации с учетом МКФ / Сб. материалов науч.-практ. конф., Москва, 2011. – М.:2011. – С. 114-123.
12. Джонс, Дж. Методы проектирования / Дж. Джонс – М.: Мир, 1986. – 326 с.

13. Доброгеев, О.В. Физические закономерности социально-экономических явлений / О.В. Доброгеев – М.: МИФИ, 1998. – 264 с.
14. Дульнев, Г.Н. Введение в синергетику / Г.Н. Дульнев – СПб.: Проспект, 1997. – 256 с.
15. Дьюи, Дж. Общество и его проблемы. / Дж. Дьюи – М.: Идея-пресс, 2006. – 159 с.
16. Иксанов, Х.В. Медико-социальная экспертиза - ядро развития глобальной государственной системы охраны здоровья, трудоспособности и качества жизни населения / Х.В. Иксанов, Ф.Х. Габитова // Лечебная физическая культура и спортивная медицина в современной системе охраны здоровья и трудоспособности населения: сб. ст. и тез. о науч. исслед. и практ. метод. разработках, посвящ. 60-летнему юбилею Республиканского центра медицинской профилактики Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, 2008. – Казань, 2008. – С. 39-44.
17. Иксанов, Х.В. Освоение новых методических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов / Х.В. Иксанов [и др.] // Науч.-практ. журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация». – Москва. – 2006. – №1. – С. 13-19.
18. Иксанов, Х.В. Современные достижения научной методологии медико-социальной экспертизы и реабилитации / Х.В. Иксанов, Э.И. Аухадеев // Развитие региональной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: Материалы межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. вопросам инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан – Москва-Казань, 2006. – С. 68-76.
19. Иксанов, Х.В. Современный этап развития индивидуального и общественного здоровья и его перспективы / Х.В. Иксанов, Э.И. Аухадеев, Р.А. Бодрова // Науч.-практ. ж-л «Общественное здоровье и здравоохранение», Казань. – 2008. – №1. – С. 4-10.
20. Инвалидность и общество: Материалы междунар. науч.-практ. конференции, Минск, 2009. – Минск, 2009. – 292 с.
21. Ипатов, А.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и проблемы инвалидности / А.В. Ипатов, И.Л. Ферфильфайн, С.А. Рыков – Днепропетровск, 2004. – 304 с.
22. Князева, Е.Н. Законы эволюции и самоорганизации сложных систем. / Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов – М.: Наука, 1994. – 240 с.
23. Коробов, М.В. Методические основы установления ограничения способности к трудовой деятельности / М.В. Коробов: учеб.-метод. пособие. – Изд. 3-е, исправленное и дополнительное – СПб: СПБИУВЭЖ, 2011. – 55 с.

24. Коробов, М.В. Обоснование экспертных решений учреждений МСЭ об установлении инвалидности: учеб.-метод. пособие /М.В. Коробов, И.А. Дубинина – СПб: СПбИУВЭК, 2011. – 39 с.
25. Кузикова, В.В. Социальная реабилитация инвалидов в странах Восточной Европы / В.В. Кузнецова // Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты. – М., 1190 – Вып. П. – С. 31-34.
26. Конвенция о правах инвалидов, принятая генеральной Ассамблеей ООН 24 января 2007 г.
27. Комплексная реабилитация инвалидов / Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, В.В. Чешихина [и др.] – М, 2005. – 304 с.
28. Лаврова, Д.И. Применение классификаций и временных критериев при проведении медико-социальной экспертизы / Д.И. Лаврова, Е.С. Либман, С. Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. - №1. – С. 8-12. Лаврова, Д.И. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы (методические рекомендации для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации) / Д.И. Лаврова, Е.С. Либман, С.Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – №2. – С. 45-47.
29. Медико-социальная реабилитация с позиций страховой медицины / Д.З. Борохов, П.П. Петров, М.К. Кульжанов, Г.Т. Кульжанов // Советское здравоохранение. – 1991.– № 9. – С. 39-43.
30. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации болезней и причин инвалидности – М: РАМН: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 1994. – 105 с.
31. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – Женева: ВОЗ, 2001.— 342 с.
32. Новик, А.А. Концепция исследований качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: ЭЛБИ, 1999.
33. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине/ А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайдан – СПб: ЭЛБИ, 1999. (а выше Кайдн как правильно)
34. Орлов, А.Б. Психология личности и сущности человека: парадигма, проекции, практики / А.Б. Орлов – М.: Академия, 2002. – 272 с.
35. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекомендации. / Л.С. Гиткина, Э.И. Зборовский, В.В. Колбанов [и др.] – Мн., 1996. – 16 с.
36. Парсонс, Г. Личность в современном мире. / Г. Парсонс. –

М.: Прогресс, 1996. – 265 с.

37. Предупреждение инвалидности и реабилитация: доклад комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации – Женева: ВОЗ, 1983. – 42с. – (Сер. техн. докл. 668).

38. Пузин, С.Н., Гришина Л.П., Храмов И.С. Инвалидность как геронтологическая проблема/ С.Н. Пузин, Л.П. Гришина, И.С. Храмов – М., 2003. – 208 с.

39. Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации: сб. науч. тр. 1-го российского конгресса, Москва, 30 окт. -3 ноя. 2003. – М., 2003. – 344 с.

40. Самоорганизация в природе и обществе – СПб.: Наука, 1995. – 216 с.

41. Свинцов, А.А. Медико-социальная экспертиза на пороге перемен / А.А. Свинцо: сб. матер. науч.-практ. конф. Москва, 2011. – Москва, 2011. – С. 37-41.

42. Свистунова, Е.Г. Концептуальные понятия о медико-социальной реабилитации инвалидов в России / Е.Г. Свистунова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. - №3. – С.3-6.

43. Смычѣк, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычѣк, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск: ЮНИ-ПАК, 2005. – 420 с.

44. Смычѣк, В.Б. Современная медицинская концепция последствий болезни и «составляющая здоровья» – Минск, 2008. – 74 с.

45. Смычѣк, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов – М.: Медицинская литература, 2009. – 560с.

46. Смычѣк, В.Б. «Синдром социальной компенсации» как внедрение МКФ в медико-социальную экспертизу граждан Республики Беларусь // Реабилитационная помощь. – 2010. – №1. – С. 30-34.

47. Смычѣк, В.Б. Медицинская реабилитация в Республике Беларусь: материалы. междунар. научн.-практ. конф. Караганда, 2011. – Караганда, 2011. – С. 202-203.

48. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. М.В. Коробова, В.Г. Помникова. – Изд. 3-е, переработанное и дополненное – СПб.: Гиппократ, 2010. — 1032 с.

49. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей ООН в 1993 г.

50. Хорошавина, С.Г. Концепции современного естествознания: курс лекций / серия «Учебники, учебные пособия»/С.Г. Хорошавина. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 480 с.

51. Шостак, Г.Д., Коробов М.В., Ряснянский В.Ю. Методологические основы изучения ограничений жизнедеятельности /Г.Д. Шос-

так, М.В. Коробов., В.Ю Ряснянский // Человек и его здоровье: Материалы конгресса. – С.-Пб., 2002. – С. 319-320.

52. Шошлин, А.В. Совершенствование системы МСЭ и реабилитации с учетом положений МКФ / А.В. Шошлин: сб. материалов науч.-практ. конф.. Москва, 2011. – Москва, 2011.– С. 126-128.

53. Эланский, Ю.Г. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции социальной независимости / Ю.Г. Эланский, С.П. Пешков // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – №3. – С.24-24.

54. Юдин, Э.Г. Системный подход и принципы деятельности / Э.Г. Юдин – М.: Наука. 1979. – 198 с.

55. Юнусов Ф.А. Конституционально-правовые основы по реабилитационной помощи населению Российской Федерации. /Ф.А. Юнусов // Лечебная физкультура и спортивная медицина в современной системе здравоохранения и трудоспособности населения. Казань. 2008. – С. 78-81.

56. Юнусов, Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом // Ф.А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус, О. Манувальд – М.: Общероссийский общественный доклад «Социальное развитие России, 2008. – 332с.

57. Disler, P.B. Rehabilitation medicine / P.B. Disler, I.D. Cameron, S.F. Wilson // Med. J. Aus. – 2002. – Vol. 177, № 7. – P. 385-386.

58. Engel, J.L. The biopsychosocial model and medical education / J.L. Engel – NEJM 306, 1977.

59. Hunt, S.M. The problem of quality of life / S.M. Hunt // Quality of Life Research. – 1997.– Vol.6. – P.205-210.

60. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). – Geneva: WHO, 1980.

61. International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO 2001.

62. Internet: Jamal Mazrui, National Council on Disability, E-mail 74444.1076@compuserve.com.

63. Mikulovic, J. social and professional reintegration of the long-term unemployed disabled. Intervention on the body through adapted physical activities, conative teaching skills and social re-energization / J. Mikulovic, G. Bui-Xuan, A. Marcellini // Int. J. Rehabil. Res. – 2002. – Vol. 25, № 1. – P.47-50.

64. Stucki. G. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine / G. Stucki, T.Ewert, A. Cieza // Disabit. Rehabil. – 2002. – Vol. № 17. – P. 932-938.

ГЛАВА 2. ДВУХУРОВНЕВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МКФ

Функции организм

Раздел 1 Умственные функции

Глобальные умственные функции (b110-b139)

- b110 Функции сознания
- b114 Функции ориентированности
- b117 Интеллектуальные функции
- b122 Глобальные психо-социальные функции
- b126 Темперамент и личностные функции
- b130 Волевые и побудительные функции
- b134 Функции сна
- b139 Глобальные умственные функции, другие уточненные и не уточненные

Специфические умственные функции (b140-b189)

- b140 Функции внимания
- b144 Функции памяти
- b147 Психомоторные функции
- b152 Функции эмоций
- b156 Функции восприятия
- b160 Функции мышления
- b164 Познавательные функции высокого уровня
- b167 Умственные функции речи
- b172 Функции вычисления
- b176 Умственные функции последовательных сложных движений
- b180 Функции самоощущения и ощущения времени
- b189 Специфические умственные функции, другие уточненные и не уточненные
- b198 Умственные функции, другие уточненные
- b199 Умственные функции, не уточненные

Раздел 2 Сенсорные функции и боль

Зрение и связанные с ним функции (b210-b229)

- b210 Функции зрения
- b215 Функции структур, примыкающих к глазу
- b220 Ощущения, связанные с глазом и примыкающими к нему структурами
- b229 Зрение и связанные с ним функции, другие уточненные и не уточненные

Слух и вестибулярные функции (b230-b249)***b230 Функции слуха***

b235 Вестибулярные функции

b240 Ощущения, связанные со слухом и вестибулярными функциями

b249 Функции слуха и вестибулярные функции, другие уточненные и не уточненные

Дополнительные сенсорные функции (b250-b279)

b250 Функция вкусовой чувствительности

b255 Функция обоняния

b260 Проприоцептивная функция

b265 Функция осязания

b270 Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями

b279 Дополнительные сенсорные функции, другие уточненные и не уточненные

Боль (b280-289)

b280 Ощущение боли

b289 Ощущение боли, другое уточненное и не уточненное

b298 Сенсорные функции, другие уточненные

b299 Сенсорные функции, не уточненные

Раздел 3 Функции голоса и речи

b310 Функции голоса

b320 Функции артикуляции

b330 Функции беглости и ритма речи

b340 Альтернативные голосовые функции

b398 Функции голоса и речи, другие уточненные

b399 Функции голоса и речи, не уточненные

Раздел 4 Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем***Функции сердечно-сосудистой системы (b410-b429)***

b410 Функции сердца

b415 Функции кровеносных сосудов

b420 Функции артериального давления

b429 Функции сердечно-сосудистой системы, другие уточненные и не уточненные

Функции системы крови и иммунной системы (b430-b439)

b430 Функции системы крови

b435 Функции иммунной системы

b439 Функции системы крови и иммунной системы, другие уточненные и не уточненные

Функции дыхательной системы (b440-b449)

b440 Функции дыхания

b445 Функции дыхательных мышц

b449 Функции дыхательной системы, другие уточненные и не уточненные

Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b450-b469)

b450 Дополнительные дыхательные функции

b455 Функции толерантности к физической нагрузке

b460 Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем

b469 Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, другие уточненные и не уточненные

b498 Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем, другие уточненные

b499 Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем, не уточненные

Раздел 5 Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма

Функции, связанные с пищеварительной системой (b510-b539)

b510 Функции приема нутриентов

b515 Функции пищеварения

b520 Функции ассимиляции

b525 Функции дефекации

b530 Функции сохранения массы тела

b535 Ощущения, связанные с пищеварительной системой

b539 Функции, связанные с пищеварительной системой, другие уточненные и не уточненные

Функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе (b540-b559)

b540 Общие метаболические функции

b545 Функции водного, минерального и электролитного баланса

b550 Функции терморегуляции

b555 Функции эндокринных желез

b559 Функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе, другие уточненные и не уточненные

b598 Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, другие уточненные

b599 Функции пищеварительной, эндокринной системы и метаболизма, не уточненные

Раздел 6 Урогенитальные и репродуктивные функции

Функции выделения мочи (b610-b639)

b610 Функции мочеобразования

b620 Функции мочеиспускания

b630 Ощущения, связанные с функциями мочевыделения

b639 Функции выделения мочи, другие уточненные и не уточненные

Половые и репродуктивные функции (b640-b679)

b640 Сексуальные функции

b650 Менструальные функции

b660 Функции воспроизведения потомства

b670 Ощущения, связанные с половой и репродуктивной функциями

b679 Половые и репродуктивные функции, другие уточненные и не уточненные

b698 Урогенитальные и репродуктивные функции, другие уточненные

b699 Урогенитальные и репродуктивные функции, не уточненные

Раздел 7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции

Функции суставов и костей (b710-b729)

b710 Функции подвижности сустава

b715 Функции стабильности сустава

b720 Функции подвижности костного аппарата

b729 Функции суставов и костей, другие уточненные и не уточненные

Функции мышц (b730-b749)

b730 Функции мышечной силы

b735 Функции мышечного тонуса

b740 Функции мышечной выносливости

b749 Функции мышц, другие уточненные и не уточненные

Двигательные функции (b750-b789)

b750 Моторно-рефлекторные функции

b755 Функции произвольной двигательной реакции

- b760 Контроль произвольных двигательных функций
- b765 Непроизвольные двигательные функции
- b770 Функции стереотипа походки
- b789 Двигательные функции, другие уточненные и не уточненные
- b798 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, другие уточненные
- b799 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, не уточненные

Раздел 8 Функции кожи и связанных с ней структур

Функции кожи (b810-b849)

- b810 Защитные функции кожи
- b820 Репаративные функции кожи
- b830 Другие функции кожи
- b840 Ощущения, связанные с кожей
- b849 Функции кожи, другие уточненные и не уточненные

Функции волос и ногтей (b850-b869)

- b850 Функции волос
- b860 Функции ногтей
- b869 Функции волос и ногтей, другие уточненные и не уточненные
- b898 Функции кожи и связанных с ней структур, другие уточненные
- b899 Функции кожи и связанных с ней структур, не уточненные

Структуры организма

Раздел 1 Структуры нервной системы

- s110 Структура головного мозга
- s120 Спинной мозг и относящиеся к нему структуры
- s130 Структура мозговых оболочек
- s140 Структура симпатической нервной системы
- s150 Структура парасимпатической нервной системы
- s198 Структура нервной системы, другая уточненная
- s199 Структура нервной системы, не уточненная

Раздел 2 Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры

- s210 Структура глазницы
- s220 Структура глазного яблока
- s230 Структуры, окружающие глаз
- s240 Структура наружного уха

- s250 Структура среднего уха
- s260 Структура внутреннего уха
- s298 Структуры глаза, уха и относящиеся к ним структуры, другие уточненные
- s299 Структуры глаза, уха и относящиеся к ним структуры, не уточненные

Раздел 3 Структуры, участвующие в голосообразовании и речи

- s310 Структура носа
- s320 Структура рта
- s330 Структура глотки
- s340 Структура гортани
- s398 Структуры, участвующие в голосообразовании и речи, другие уточненные
- s399 Структуры, участвующие в голосообразовании и речи, не уточненные

Раздел 4 Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем

- s410 Структура сердечно-сосудистой системы
- s420 Структура иммунной системы
- s430 Структура дыхательной системы
- s498 Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем, другие уточненные
- s499 Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем, не уточненные

Раздел 5 Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе

- s510 Структура слюнных желез
- s520 Структура пищевода
- s530 Структура желудка
- s540 Структура кишечника
- s550 Структура поджелудочной железы
- s560 Структура печени
- s570 Структура желчного пузыря и желчевыводящих путей
- s580 Структура эндокринных желез
- s598 Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе, другие уточненные
- s599 Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе, не уточненные

Раздел 6 Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам

- s610 Структура мочевыделительной системы
- s620 Структура тазового дна
- s630 Структура репродуктивной системы
- s698 Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам, другие уточненные
- s699 Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам, не уточненные

Раздел 7 Структуры, связанные с движением

- s710 Структура головы и области шеи
- s720 Структура области плеча
- s730 Структура верхней конечности
- s740 Структура тазовой области
- s750 Структура нижней конечности
- s760 Структура туловища
- s770 Дополнительные скелетно-мышечные структуры, связанные с движением
- s798 Структуры, связанные с движением, другие уточненные
- s799 Структуры, связанные с движением, не уточненные

Раздел 8 Кожа и относящиеся к ней структуры

- s810 Структура кожного покрова
- s820 Структура желез кожи
- s830 Структура ногтей
- s840 Структура волос
- s898 Кожа и относящиеся к ней структуры, другие уточненные
- s899 Кожа и относящиеся к ней структуры, не уточненные

Активность и участие***Раздел 1 Обучение и применение знаний******Целенаправленное использование органов чувств (d110-d129)***

- d110 Использование зрения
- d115 Использование слуха
- d120 Целенаправленное использование других ощущений
- d129 Целенаправленное использование органов чувств, другое уточненное и не уточненное

Базисные навыки при обучении (d130 - d159)

- d130 Копирование
- d135 Повторение

- d140 Усвоение навыков чтения
- d145 Усвоение навыков письма
- d150 Усвоение навыков счета
- d155 Приобретение практических навыков
- d159 Базисные навыки при обучении, другие уточненные и не уточненные

Применение знаний (d160-d179)

- d160 Концентрация внимания
- d163 Мышление
- d166 Чтение
- d170 Письмо
- d172 Вычисление
- d175 Решение проблем
- d177 Принятие решений
- d179 Применение знаний, другое уточненное и не уточненное
- d198 Обучение и применение знаний, другое уточненное
- d199 Обучение и применение знаний, не уточненное

Раздел 2 Общие задачи и требования

- d210 Выполнение отдельных задач
- d220 Выполнение многоплановых задач
- d230 Выполнение повседневного распорядка
- d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d298 Общие задачи и требования, другие уточненные
- d299 Общие задачи и требования, не уточненные

Раздел 3 Общение

Восприятие сообщений при общении (d310 - d329)

- d310 Восприятие устных сообщений при общении
- d315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения
- d320 Восприятие сообщений на языке формальных символов при общении
- d325 Восприятие письменных сообщений при общении
- d329 Восприятие сообщений при общении, другое уточненное и не уточненное

Общение – составление и изложение сообщений (d330 - d349)

- d330 Речь
- d335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме

d340 Составление и изложение сообщений на языке формальных символов

d345 Письменные сообщения

d349 Составление и изложение сообщений, другое уточненное и не уточненное

Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения (d350-d369)

d350 Разговор

d355 Дискуссия

d360 Использование средств связи и техник общения

d369 Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения, другие уточненные и не уточненные

d398 Общение, другое уточненное

d399 Общение, не уточненное

Раздел 4 Мобильность

Изменение и поддержание положения тела (d410-d429)

d410 Изменение позы тела

d415 Поддержание положения тела

d420 Перемещение тела

d429 Изменение и поддержание положения тела, другое уточненное и не уточненное

Перенос, перемещение и манипулирование объектами (d430-d449)

d430 Поднятие и перенос объектов

d435 Перемещение объектов ногами

d440 Использование точных движений кисти

d445 Использование кисти и руки

d449 Перенос, перемещение и манипулирование объектами, другое уточненное и не уточненное

Ходьба и передвижение (d450-d469)

d450 Ходьба

d455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы

d460 Передвижение в различных местах

d465 Передвижение с использованием технических средств

d469 Ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и не уточненные

Передвижение с использованием транспорта (d470-d489)

d470 Использование пассажирского транспорта

d475 Управление транспортом

d480 Езда верхом

- d489 Передвижение с использованием транспорта, другое уточненное и не уточненное
- d498 Мобильность, другая уточненная
- d499 Мобильность, не уточненная

Раздел 5 Самообслуживание

- d510 Мытье
- d520 Уход за частями тела
- d530 Физиологические отправления
- d540 Одевание
- d550 Прием пищи
- d560 Питье
- d570 Забота о своем здоровье
- d598 Самообслуживание, другое уточненное
- d599 Самообслуживание, не уточненное

Раздел 6 Бытовая жизнь

Приобретение предметов первой необходимости (d610-d629)

- d610 Приобретение жилья
- d620 Приобретение товаров и услуг
- d629 Приобретение предметов первой необходимости, другое уточненное и не уточненное

Ведение домашнего хозяйства (d630-d649)

- d630 Приготовление пищи
- d640 Выполнение работы по дому
- d649 Ведение домашнего хозяйства, другое уточненное и не уточненное

Забота о домашнем имуществе и помощь другим (d650-d669)

- d650 Забота о домашнем имуществе
- d660 Помощь другим
- d669 Забота о домашнем имуществе и помощь другим, другая уточненная и не уточненная
- d698 Бытовая жизнь, другая уточненная
- d699 Бытовая жизнь, не уточненная

Раздел 7 Межличностные взаимодействия и отношения

Общие межличностные взаимодействия (d710 - d729)

- d710 Базисные межличностные взаимодействия
- d720 Сложные межличностные взаимодействия
- d729 Общие межличностные взаимодействия, другие уточненные и не уточненные

Специфические межличностные отношения (d730-d779)

- d730 Отношения с незнакомыми людьми
- d740 Формальные отношения
- d750 Неформальные социальные отношения
- d760 Семейные отношения
- d770 Интимные отношения
- d779 Специфические межличностные отношения, другие уточненные и не уточненные
- d798 Межличностные взаимодействия и отношения, другие уточненные
- d799 Межличностные взаимодействия и отношения, не уточненные

Раздел 8 Главные сферы жизни***Образование (d810-d839)***

- d810 Неформальное образование
- d815 Дошкольное образование
- d820 Школьное образование
- d825 Профессиональное обучение
- d830 Высшее образование
- d839 Образование, другое уточненное и не уточненное

Работа и занятость (d840-d859)

- d840 Ученичество (подготовка к профессиональной деятельности)
- d845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d850 Оплачиваемая работа
- d855 Неоплачиваемая работа
- d859 Работа и занятость, другая уточненная и не уточненная

Экономическая жизнь (d860-d879)

- d860 Базисные экономические отношения
- d865 Сложные экономические отношения
- d870 Экономическая самостоятельность
- d879 Экономическая жизнь, другая уточненная и не уточненная
- d898 Главные сферы жизни, другие уточненные
- d899 Главные сферы жизни, не уточненные

Раздел 9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь

- d910 Жизнь в сообществах
- d920 Отдых и досуг

- d930 Религия и духовная практика
- d940 Права человека
- d950 Политическая жизнь и гражданство
- d998 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, другая уточненная
- d999 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, не уточненная

Факторы окружающей среды

Раздел 1 Продукция и технологии

- e110 Продукты или вещества для персонального потребления
- e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
- e125 Средства и технологии коммуникации
- e130 Изделия и технологии для обучения
- e135 Изделия и технологии для труда и занятости
- e140 Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта
- e145 Изделия и технологии для религиозной и духовной практики
- e150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- e155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- e160 Продукция и технологии землепользования
- e165 Собственность и капитал
- e198 Продукция и технологии, другие уточненные
- e199 Продукция и технология, не уточненные

Раздел 2 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком

- e210 Физическая география
- e215 Население
- e220 Флора и фауна
- e225 Климат
- e230 Природные явления
- e235 Изменения в природе, произведенные человеком
- e240 Свет
- e245 Изменения, связанные со временем

- e250 Звук
- e255 Вибрация
- e260 Качество воздуха
- e298 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, другие уточненные
- e299 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, не уточненные

Раздел 3 Поддержка и взаимосвязи

- e310 Семья и ближайшие родственники
- e315 Отдаленные родственники
- e320 Друзья
- e325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
- e330 Лица, обладающие властью и авторитетом
- e335 Подчиненные
- e340 Персонал, осуществляющий уход и помощь
- e345 Посторонние лица
- e350 Домашние животные
- e355 Профессиональные медицинские работники
- e360 Работники других профессиональных сфер
- e398 Поддержка и взаимосвязи, другие уточненные
- e399 Поддержка и взаимосвязи, не уточненные

Раздел 4 Установки

- e410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- e415 Индивидуальные установки отдаленных родственников
- e420 Индивидуальные установки друзей
- e425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
- e430 Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом
- e435 Индивидуальные установки подчиненных
- e440 Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
- e445 Индивидуальные установки посторонних лиц
- e450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- e455 Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем

- e460 Общественные установки
- e465 Социальные нормы, методы и идеологии
- e498 Установки, другие уточненные
- e499 Установки, не уточненные

Раздел 5 Службы, административные системы и политика

- e510 Службы, административные системы и политика производства потребительских товаров
- e515 Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства
- e520 Службы, административные системы и политика содержания территорий
- e525 Жилищные службы, административные системы и политика
- e530 Службы, административные системы и политика коммунального хозяйства
- e535 Службы, административные системы и политика связи
- e540 Транспортные службы, административные системы и политика
- e545 Службы, административные системы и политика защиты граждан
- e550 Службы, административные системы и политика правосудия
- e555 Службы, административные системы и политика ассоциаций и организаций
- e560 Службы, административные системы и политика средств массовой информации
- e565 Экономические службы, административные системы и политика
- e570 Службы, административные системы и политика социального страхования
- e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
- e580 Службы, административные системы и политика здравоохранения
- e585 Службы, административные системы и политика образования и обучения
- e590 Службы, административные системы и политика труда и занятости
- e595 Политические структуры, системы и политика
- e598 Службы, системы и политика, другие уточненные
- e599 Службы, системы и политика, не уточненные

ГЛАВА 3. ДЕТАЛИЗИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МКФ (АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ) С ОПРЕДЕЛИТЕЛЯМИ

В МКФ показатели здоровья человека могут быть переданы множеством кодов доменов, относящихся к составляющим классификации. Как правило, в повседневной жизни врача-эксперта или врача-реабилитолога не используется детализированный вариант классификации, включающий 1424 кода, а применяется двухуровневая классификация. Однако, в ряде случаев для изучения эффективности реабилитации, принятия взвешенного и объективного экспертного решения в педиатрической практике, в гериатрии и психиатрии, а также в некоторых других случаях необходима детализированная оценка как минимум, таких категорий МКФ, как «активность» и «участие». Поэтому, мы в виде отдельной главы настоящего издания публикуем полную версию детализированной классификации с определителями, включениями и исключениями «активность» и «участие».

Раздел 1 Обучение и применение знаний

Этот раздел относится к обучению, применению полученных знаний, мышлению, решению проблем и принятию решений.

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРГАНОВ ЧУВСТВ (d110-d129)

d 110 Использование зрения

Использование зрения с целью восприятия значения визуальных стимулов, например, наблюдение за спортивными состязаниями или игрой детей.

d 115 Использование слуха

Использование слуха с целью восприятия значения звуковых стимулов, например, прослушивание радио, музыки или лекции.

d 120 Целенаправленное использование других ощущений

Использование других основных ощущений с целью восприятия значения других стимулов, например, ощущение структуры предметов через осязание, ощущение вкуса конфет или запаха цветов.

d 129 Целенаправленное использование органов чувств, другое уточненное и не уточненное*БАЗИСНЫЕ НАВЫКИ ПРИ ОБУЧЕНИИ (d130-d159)***d 130** Копирование

Имитирование или подражание, как основной компонент обучения, например, копирование жеста, звука или буквы алфавита.

d 135 Повторение

Повторение в определенной последовательности как основной компонент обучения, например, счет десятками или декламация стихотворных произведений.

d 140 Усвоение навыков чтения

Развитие навыков беглого и правильного чтения на языке письма (включая чтение по Брайлю), например, распознавание букв и алфавита, чтение вслух с правильным произношением, понимание слов и фраз.

d 145 Усвоение навыков письма

Развитие навыков воспроизведения символов, которые используются для отражения звуков речи, слов или фраз, с целью передачи их значений (включая письмо на языке Брайля), например, четкое написание букв и правильное использование грамматики.

d 150 Усвоение навыков счета

Развитие навыков манипуляции числами, выполнения простых и комплексных математических действий, например, использование математических знаков сложения и вычитания и применение правильных математических действий при решении проблем.

d 155 Приобретение практических навыков

Развитие базисных и комплексных навыков, необходимых для выполнения серии действий или задач, с тем чтобы самостоятельно делать выбор и развивать определенные навыки, например, использования орудий труда или в играх, таких как шахматы.

Включено: приобретение базисных и комплексных навыков

d 159 **Базисные навыки при обучении, другие уточненные и не уточненные**

ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ (d160-d179)

d 160 **Концентрация внимания**

Целенаправленное фокусирование внимания на специфичных стимулах, например, сосредоточение в шумной обстановке.

d 163 **Мышление**

Формулирование и использование, самостоятельно или вместе с другими, идей, концепций и образов, целенаправленно или нецеленаправленно, например, создание художественного образа, доказательство теоремы, оперирование идеями, мозговой штурм, медитация, раздумье, спекулятивное или рефлексивное мышление.

Исключено: решение проблем (d175); принятие решений (d177)

d 166 **Чтение**

Восприятие и интерпретация письменного материала (например, книг, инструкций или газет, в том числе вышедших на языке Брайля) с целью получения общих знаний или специальной информации.

Исключено: усвоение навыков чтения (d140)

d 170 **Письмо**

Использование или воспроизведение языковых символов для передачи информации, например, описание событий или составление письма.

Исключено: усвоение навыков письма (d145)

d 172 **Вычисление**

Произведение вычислений с применением математических принципов для решения проблем, которые сформулированы в словах, и запись или отражение результатов, например, вычисление суммы из трех слагаемых или получение результата деления одного числа на другое.

Исключено: усвоение навыков счета (d150)

d 175 Решение проблем

Поиск ответов на вопросы или ситуации идентифицируя и анализируя их, разработка вариантов и решений, оценка потенциальных последствий решений и выполнение принятого решения, например, решение противоречий между двумя людьми.

Включено: решение простых проблем, решение сложных проблем

Исключено: мышление (d163); принятие решений (d177)

d 177 Принятие решений

Осуществление выбора среди вариантов, реализация выбора и оценка последствий сделанного выбора, например, выбор и преследование определенных целей, или выбор и реализация одной из нескольких задач, которые должны быть выполнены.

Исключено: мышление (d175), решение проблем (d175)

d 179 Применение знаний, другое уточненное и не уточненное**d 198** Обучение и применение знаний, другое уточненное**d 199** Обучение и применение знаний, не уточненное

Раздел 2

Общие задачи и требования

Этот раздел относится к общим аспектам выполнения отдельных или многоплановых задач, организации распорядка и преодоления стресса. Эти пункты могут использоваться вместе с более определенными задачами или действиями, для уточнения характеристик выполнения задач при различных обстоятельствах.

d 210 Выполнение отдельных задач

Выполнение простых, сложных и координированных действий, имеющих отношение к умственным и физическим компонентам выполнения задач, например, инициирование задачи, организация времени, места и материальных ресурсов для выполнения задачи, стимулирование выполнения задачи, выполнение, завершение и способность не отступать от выполнения задачи.

Включено: выполнение простых или сложных задач, выполнение отдельных задач самостоятельно или в группе
Исключено: приобретение практических навыков (d155); решение проблем (d175); принятие решений (d177); выполнение многоплановых задач (d220)

d 220 **Выполнение многоплановых задач**

Последовательное или одновременное выполнение простых, сложных и координированных действий, являющихся частью многоплановых, многосоставных и сложных задач.

Включено: выполнение многоплановых задач, завершение многоплановых задач, выполнение многоплановых задач самостоятельно и в группе

Исключено: приобретение практических навыков (d155); решение проблем (d175); принятие решений (d177); выполнение отдельных задач(d210)

d 230 **Выполнение повседневного распорядка**

Выполнение простых, сложных и координированных действий для планирования, организации и исполнения повседневных дел или обязанностей, например, распределение времени и планирование отдельных задач в течение дня.

Включено: организация и исполнение повседневного распорядка; управление уровнем собственной активности

Исключено: выполнение многоплановых задач(d220)

d 240 **Преодоление стресса и других психологических нагрузок**

Выполнение простых, сложных и координированных действий с целью успешного управления и контроля психологических нагрузок при выполнении задач, требующих высокой ответственности и связанных со стрессом, отвлекающими факторами и кризисными ситуациями, например, управление транспортом в условиях интенсивного движения или присмотр за группой детей.

Включено: ответственность; преодоление стресса и кризисных ситуаций

d 298 **Общие задачи и требования, другие уточненные**

d 299 **Общие задачи и требования, не уточненные**

Раздел 3 Общение

В этом разделе рассматриваются общие и специфичные элементы общения посредством языка, знаков и символов, включая восприятие и изложение сообщений, поддержание разговора и использование средств связи и техник общения.

ВОСПРИЯТИЕ СООБЩЕНИЙ ПРИ ОБЩЕНИИ (d310-d329)

d 310 **Восприятие устных сообщений при общении**
Уяснение прямого и подразумеваемого значений сообщений устной речи, например, понимание, что выражение является утверждением факта или идиоматическим выражением.

d 315 **Восприятие сообщений при невербальном способе общения**
Уяснение прямого и подразумеваемого значений сообщений, передаваемых жестами, символами и рисунками, например, понимание того, что ребенок утомлен, если он потирает свои глаза, или что сирена предупреждает о пожаре.
Включено: восприятие жестов и телодвижений, общеизвестных знаков и символов, рисунков и фотографий при общении

d 320 **Восприятие сообщений на языке формальных символов при общении**
Уяснение прямого и подразумеваемого значений в сообщениях на языке формальных символов.

d 325 **Восприятие письменных сообщений при общении**
Уяснение прямого и подразумеваемого значений письменных сообщений (включая язык Брайля), например, наблюдение за политикой в ежедневных газетах или понимание значения священного писания.

d 329 **Восприятие сообщений при общении, другое уточненное и не уточненное**

ОБЩЕНИЕ – СОСТАВЛЕНИЕ И ИЗЛОЖЕНИЕ СООБЩЕНИЙ (d33-d349)

d 330 **Речь**
Произнесение слов, фраз и более длинных выражений устной

речи, создание простых и сложных сообщений с прямым и подразумеваемым значением, например, устное извещение о факте или рассказ.

d 335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме

Использование жестов, символов и рисунков для передачи сообщений, например, покачивание головой при несогласии, рисование или построение диаграммы для отражения факта или сложной идеи.

Включено: жестулирование, подача знаков, символов, передача информации с помощью рисунка и фотографии

d 340 Составление и изложение сообщений на языке формальных символов

Передача сообщения на языке формальных символов с прямым и подразумеваемым значением.

d 345 Письменные сообщения

Передача сообщений, с прямым и подразумеваемым значением, посредством письма, например, написание письма другу.

d 349 Составление и изложение сообщений, другое уточненное и не уточненное

РАЗГОВОР И ОБЩЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ СВЯЗИ И ТЕХНИК ОБЩЕНИЯ (d350-d369)

d 350 Разговор

Начало, поддержание и завершение обмена мыслями и идеями, посредством устного, письменного языка, знаков или другого языка, с одним или большим количеством людей, со знакомыми или незнакомыми людьми, при формальных или случайных обстоятельствах.

Включено: начало, поддержание, завершение разговора, разговор с одним или большим количеством людей

d 355 Дискуссия

Начало, поддержание и завершение обсуждения темы, с аргументами за и против или ведение дебатов посредством

устного, письменного языка, знаков или другого языка, с одним или большим количеством людей, со знакомыми или незнакомыми людьми, при формальных или случайных обстоятельствах.

Включено: дискуссия с одним человеком или с множеством людей

d 360 **Использование средств связи и техники общения**

Использование устройств, техник и других средств с целью общения, например, общение с другом по телефону.

Включено: использование телекоммуникационных устройств, использование пишущих машин и техник общения

d 369 **Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения, другие уточненные и не уточненные**

d 398 **Общение, другое уточненное**

d 399 **Общение, не уточненное**

Раздел 4 Мобильность

Этот раздел относится к движению, посредством изменения положения тела или перемещения с одного места на другое; переносу, перемещению или манипуляции объектами; ходьбе, бегу, преодолению препятствий и использованию различных видов транспорта.

ИЗМЕНЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА (d410-d429)

d 410 **Изменение позы тела**

Принятие, изменение положения тела и перемещение с одного места в другое, например, подъем из кресла, чтобы лечь в кровать, приседание и подъем из положения на корточках или на коленях.

Включено: изменение позы тела при положениях лежа, на корточках или на коленях, сидя или стоя, наклон и перемещение центра тяжести,

Исключено: перемещение тела (d420)

d 415 Поддержание положения тела

Пребывание в необходимом положении сколько требуется, например, сидя или стоя на работе или в школе.

Включено: нахождение в положении лежа, на корточках, на коленях, стоя и сидя

d 420 Перемещение тела

Перемещение с одной поверхности на другую, например, перемещение вдоль скамьи или с кровати на стул, без изменения позы тела.

Включено: перемещение тела сидя или лежа

Исключено: изменение позы тела (d410)

d 429 Изменение и поддержание положения тела, другое уточненное и не уточненное

*ПЕРЕНОС, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ И МАНИПУЛИРОВАНИЕ
ОБЪЕКТАМИ (d430-d449)*

d 430 Поднятие и перенос объектов

Подъем объекта и перекладывание чего-либо с одного места на другое, например, как при поднятии чашки или переносе ребенка из одной комнаты в другую.

Включено: поднятие, перенос с использованием рук, плеч, бедер и спины, головы, размещение объектов

d 435 Перемещение объектов ногами

Выполнение координированных действий с целью перемещения объектов ногами и стопами, например, удар ногой по мячу или толкание педалей на велосипеде.

Включено: толкание ногами; удар ногой

d 440 Использование точных движений кисти

Выполнение координированных действий кистями рук с объектами, способность хватать, манипулировать и отпускать их с помощью кисти руки, пальцев и большого пальца руки, например, чтобы взять монеты от стола, набрать номер телефона или нажать на ручку.

Включено: подбирание, захват, манипулирование и отпускание

Исключено: поднятие и перенос объектов (d430)

d 445 **Использование кисти и руки**

Выполнение координированных действий при перемещении и манипулировании объектами с использованием кистей и рук, например, как при поворачивании дверных ручек, подбрасывании или ловле предметов.

Включено: притягивание и отталкивание объектов; протягивание рук; вращение или сгибание в кистях или руках; бросок; хватание

Исключено: использование точных движений кисти (d440)

d 449 **Перенос, перемещение и манипулирование объектами, другое уточненное и не уточненное***ХОДЬБА И ПЕРЕДВИЖЕНИЕ (d450-d469)***d 450** **Ходьба**

Передвижение по поверхности пешком, шаг за шагом, так, что одна нога всегда касается поверхности, например, при прогулке, ходьбе вперед, назад, боком.

Включено: ходьба на короткие или длинные расстояния; ходьба по различным поверхностям; ходьба вокруг препятствий

Исключено: перемещение тела (d420), передвижение способами, отличающимися от ходьбы (d455)

d 455 **Передвижение способами, отличающимися от ходьбы**

Передвижение из одного места в другое способами, отличающимися от ходьбы, например, лазанье по скалам, бег вдоль улицы, подсакивание, убежание, прыганье или бег вокруг препятствий.

Включено: ползание, преодоление препятствий, бег, бег трусцой, прыжки, плавание

Исключено: перемещение тела (d420); ходьба (d450)

d 460 **Передвижение в различных местах**

Ходьба и передвижение в разнообразных местах и ситуациях, например, ходьба из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания, или вдоль улицы города.

Включено: передвижение в пределах своего жилища и других зданий, ползание или преодоление препятствий в пределах своего жилища и других зданий; ходьба и передвижение вне своего дома и вне других зданий

d 465 **Передвижение с использованием технических средств**

Передвижение из одного места в другое, по любой поверхности или в любом месте, используя специальные средства, предназначенные для облегчения передвижения или передвижения особым образом, например, на коньках, на лыжах, с аквалангом, передвижение по улице в кресле-каталке или с ходунками.

Исключено: перемещение тела (d420), ходьба (d450); передвижение способами, отличающимися от ходьбы (d455); использование пассажирского транспорта (d470); управление транспортом (d475)

d 469 **Ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и не уточненные**

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПОРТА (d470-d489)

d 470 **Использование пассажирского транспорта**

Использование транспорта для передвижения в качестве пассажира, в автомобиле, пикапе, в маршрутном такси, на рикше, в запряженном животным транспорте, на частном или общественном такси, автобусе, поезде, трамвае, метро, водном транспорте или самолете.

Включено: использование транспорта, в котором движущей силой является человек; частного моторизованного транспорта и общественного транспорта

Исключено: передвижение с использованием технических средств (d465); управление транспортом (d475)

d 475 **Управление транспортом**

Вождение любого вида механического транспорта и животных, с целью передвижения в заданном направлении, например, автомобиля, велосипеда или лодки, или гужевого транспорта.

Включено: управление транспортом, в котором движущей силой является человек, моторизованным и гужевым транспортом

Исключено: передвижение с использованием технических средств (d465); использование пассажирского транспорта (d470)

d 480 **Езда верхом**

Езда верхом на животных, например на лошади, воле, верблюде или слоне в качестве наездника.

Исключено: управление транспортом (d475); отдых и досуг (d920)

d 489 **Передвижение с использованием транспорта, другое уточненное и не уточненное****d 498** **Мобильность, другая уточненная****d 499** **Мобильность, не уточненная**

Раздел 5 Самообслуживание

Этот раздел относится к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье.

d 510 **Мытье**

Мытье и вытирание тела или его частей, используя воду и соответствующие материалы или методы для очищения, вытирания и сушки тела, например, купание в ванне, принятие душа, мытье рук, ног, лица и волос, вытирание полотенцем.

Включено: мытье частей и всего тела; сушка

Исключено: уход за частями тела (d520); физиологические отправления (d530)

d 520 **Уход за частями тела**

Забота о частях тела, в частности, о коже, лице, зубах, волосах, ногтях и гениталиях, которая включает большее, чем мытье и сушка.

Включено: уход за кожей, полостью рта, волосами, ногтями на руках и ногах

Исключено: мытье (d510); физиологические отправления (d530)

d 530 **Физиологические отправления**

Подготовка и осуществление физиологических отпращиваний (при менструации, мочеиспускании и дефекации) и последующее выполнение гигиенических мероприятий.

Включено: регуляция мочеиспускания, дефекации и мероприятия, связанные с менструацией

Исключено: мытье (d510); уход за частями тела (d520)

d 540 Одевание

Выполнение координированных действий и требований при одевании и раздевании в определенной последовательности, в соответствии с климатическими условиями и придерживаясь социальных установок, например, одевание, примерка и снятие рубашки, юбки, блузы, брюк, нижнего белья, сари, кимоно, галстука, шляпы, перчаток, пальто, туфель, ботинок, сандалий и шлепанцев.

Включено: одевание или раздевание, надевание или снятие с нижних конечностей, выбор соответствующей одежды

d 550 Прием пищи

Выполнение координированных действий и требований при приеме приготовленной пищи, поднесении ее ко рту, потреблении ее культурно приемлемыми способами, например, резка, ломка пищи на куски, открывание бутылок и банок, использование столовых приборов, прием пищи, прием пищи на банкете или обеде.

Исключено: питье (d560)

d 560 Питье

Прием напитков, поднесение их ко рту, потребление их культурно приемлемыми способами, например, смешивание, размешивание и разливание жидкости для питья, открывание бутылок и банок, питье через соломинку, питье текущей воды из крана или фонтанчика, кормление грудью.

Исключено: прием пищи (d550)

d 570 Забота о своем здоровье

Обеспечение своего физического комфорта, забота о здоровье, физическом и умственном благополучии, например, поддержание сбалансированного рациона питания, и соответствующего уровня физической активности, сохранение тепла или прохлады, уход от вредных для здоровья факторов, соблюдение правил безопасного секса, включая использование презервативов, иммунизацию, регулярное прохождение медицинских осмотров.

Включено: обеспечение физического комфорта; соблюдение диеты и здорового образа жизни; поддержание своего здоровья

d 598 Самообслуживание, другое уточненное

d 599 Самообслуживание, не уточненное

Раздел 6 Бытовая жизнь

Этот раздел относится к занятию бытовой и повседневной деятельностью, выполнению связанных с этим задач. Бытовые сферы жизни включают поиск и обеспечение жильем, продовольствием, одеждой и другими потребностями; уборку и ремонт жилья, заботу о личном и другом домашнем имуществе и помощь другим.

ПРИБРЕТЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ (d610-d629)

d 610 Приобретение жилья

Покупка, аренда, обстановка мебелью и обустройство дома, квартиры или другого жилья.

Включено: покупка жилья, аренда и благоустройство жилья

Исключено: приобретение товаров и услуг (d620); забота о личном имуществе (d650)

d 620 Приобретение товаров и услуг

Выбор, обеспечение любыми товарами и услугами ежедневного потребления и транспортировка их, например, выбор, обеспечение, транспортировка и хранение продовольствия, напитков, одежды, чистящих средств, топлива, хозяйственных товаров, посуды, кухонного оборудования, бытовых приборов и инструментов; обеспечение себя услугами коммунальных и других служб быта.

Включено: посещение магазина и обеспечение повседневными потребностями

Исключено: приобретение жилья (d610)

d 629 Приобретение предметов первой необходимости, другое уточненное и не уточненное

ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА (d630-d649)

d 630 Приготовление пищи

Планирование, организация выполнения, кулинария и сервировка простых и сложных блюд для себя и других, например, составление меню, выбор съедобных продуктов и напитков; совмещение компонентов для приготовления пищи, приготовление горячей и холодной пищи, сервировка стола.

Включено: приготовление простых и сложных блюд

Исключено: прием пищи (d550); питье (d560); приобретение товаров и услуг (d620); выполнение работы по дому (d640); забота о личном имуществе (d650); забота о других (d660)

d 640 Выполнение работы по дому

Ведение домашнего хозяйства, включая уборку жилья, стирку белья, использование бытовой техники, хранение продовольствия и ликвидацию мусора, например, уборка, мытье пола, стен и других поверхностей; сбор и вынос мусора; уборка комнат, туалета, подсобных помещений; сбор, стирка, сушка, укладка и глажение одежды; чистка обуви; использование метлы, щетки, пылесоса, стиральной машины, сушилок и утюга.

Включено: стирка и сушка одежды и белья; уборка на кухне и мытье посуды, уборка жилой части дома, использование домашних приборов, хранение предметов повседневного пользования, удаление мусора

Исключено: приобретение жилья (d610); приобретение товаров и услуг (d620); приготовление пищи (d630); забота о личном имуществе (d650); забота о других (d660)

d 649 Ведение домашнего хозяйства, другое уточненное и не уточненное

ЗАБОТА О ДОМАШНЕМ ИМУЩЕСТВЕ И ПОМОЩЬ ДРУГИМ (d650-d669)

d 650 Забота о домашнем имуществе

Поддержание сохранности и ремонт домашнего и другого личного имущества, включая дом и его обстановку, одежду, транспортные средства и вспомогательные устройства, забота о растениях и животных, например, окраска или оклейка обоями в ком-

натах, установка мебели, выполнение слесарных работ по дому, содержание в надлежащем порядке транспортных средств, по-ливка растений, кормление домашних животных и уход за ними.

Включено: пошив и ремонт одежды; поддержание сохранности жилья, обстановки, домашних приборов; поддержание в рабочем состоянии транспорта; поддержание в рабочем состоянии вспомогательных устройств; забота о комнатных и уличных растениях, забота о животных

Исключено: приобретение жилья (d610); приобретение товаров и услуг (d620); выполнение работы по дому (d640); забота о других (d660); оплачиваемая работа (d850)

d 660 Помощь другим

Помощь своим домашним и другим лицам в обучении, общении, самообслуживании, движении внутри или вне дома; забота о хорошем самочувствии своих домашних и других лиц.

Включено: помощь другим в самообслуживании, при движении, в общении и осуществлении межличностных отношений, питания и поддержании здоровья

Исключено: оплачиваемая работа (d850)

d 669 Забота о домашнем имуществе и помощь другим, другая уточненная и не уточненная

d 698 Бытовая жизнь, другая уточненная

d 699 Бытовая жизнь, не уточненная

Раздел 7

Межличностные взаимодействия и отношения

Этот раздел относится к выполнению действий и требований базисных и комплексных взаимодействий с людьми (незнакомыми, друзьями, близкими, членами семьи и возлюбленными) в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме.

ОБЩИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (d710-d729)

d 710 Базисные межличностные взаимодействия

Взаимодействие с людьми в соответствии с ситуацией и в

социально приемлемой форме, например, оказание внимания и уважения в подходящих случаях, или ответ на чувства других.

Включено: уважение и сердечность в отношениях, положительное восприятие отношений, проявление терпимости в отношениях; критика в отношениях, намеки в отношениях; допустимый физический контакт в отношениях

d 720 Сложные межличностные взаимодействия

Поддержание и управление взаимодействиями с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме, например, контроль эмоций и импульсивных порывов, словесной и физической агрессии; независимость в социальном взаимодействии; поведение в соответствии с социальными нормами и правилами.

Включено: формирование и завершение отношений; контроль поведения при взаимодействиях; взаимодействия в соответствии с социальными нормами; соблюдение дистанции

d 729 Общие межличностные взаимодействия, другие уточненные и не уточненные

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (d730-d779)

d 730 Отношения с незнакомыми людьми

Временные контакты и связи с незнакомыми людьми, преследующие определенные цели, например, расспрос о направлении или при совершении покупок.

d 740 Формальные отношения

Создание и поддержание определенных отношений на формальной основе, например, с работодателем, коллегой или обслуживающим персоналом.

Включено: отношения с людьми, обладающими властью и авторитетом, с подчиненными, с равными по положению индивидами

d 750 Неформальные социальные отношения

Отношения с другими индивидами, например, случайные отношения с людьми, живущими в том же сообществе или месте жительства, с сотрудниками, студентами, приятелями, людьми одного социального уровня или профессии.

Включено: неформальные отношения с друзьями, с согражданами, со знакомыми, с соседями, с равными индивидами

d 760 Семейные отношения

Создание и поддержание семейных и родственных отношений, например, с ближайшим и расширенным семейным окружением, с воспитывающей и приемной семьей, а также другого более отдаленного уровня родственных отношений, например, с троюродными братьями и сестрами, опекунами.

Включено: отношения родители – дети, дети – родители, детей в семье, с дальними родственниками

d 770 Интимные отношения

Создание и поддержание близких или романтических отношений между индивидами, например, мужа и жены, влюбленных или сексуальных партнеров.

Включено: романтические, супружеские и сексуальные отношения

d 779 Специфические межличностные отношения, другие уточненные и не уточненные

d 798 Межличностные взаимодействия и отношения, другие уточненные

d 799 Межличностные взаимодействия и отношения, не уточненные

Раздел 8 Главные сферы жизни

Этот раздел относится к осуществлению и выполнению задач и действий, требуемых в процессе работы, занятости, экономических взаимоотношений и при получении образования.

ОБРАЗОВАНИЕ (d810-d839)

d 810 Неформальное образование

Обучение дома или в каком-либо другом месте, не имеющем официального статуса, например, изучение ремесел и

обучение навыкам от родителей или членов семьи, или обучение на дому.

d 815 Дошкольное образование

Обучение по программе начального уровня, предназначенной для введения и подготовки ребенка к условиям обязательного школьного образования, например, приобретение навыков выполнения ежедневных заданий или занятия начальной подготовкой к школе.

d 820 Школьное образование

Получение допуска в школу, выполнение всех требований школы, своих прав и обязанностей, изучение материала по курсу обучения, предметов, выполнение учебного плана программ начального или среднего образования, включая регулярное посещение школы, работа совместно с другими учащимися, восприятие указаний учителей, организация процесса обучения, завершение выполнения намеченных задач и проектов, переход на другой этап обучения.

d 825 Профессиональное обучение

Выполнение всех требований программы профессионально-технического обучения и учебного плана подготовки к работе в какой-либо профессии или специальности.

d 830 Высшее образование

Выполнение всех требований программы высшей школы в университетах, академиях и других высших учебных заведениях, а так же всех требований учебного плана для получения степени, диплома, сертификата и других удостоверений, например, завершение курса обучения в университете на звание бакалавра или магистра, завершение обучения в медицинской академии или в другом высшем учебном заведении.

d 839 Образование, другое уточненное и не уточненное

РАБОТА И ЗАНЯТОСТЬ (d840-d859)

d 840 Ученичество (подготовка к профессиональной деятельности)

Выполнение условий и требований программ по подготовке и

специализации в профессии, например, выполнение обязанностей подмастерья, стажера в интернатуре отданных в обучение по контракту, учеников на производстве.

Исключено: профессиональное обучение (d825)

d 845 **Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений**

Поиск, нахождение и выбор работы, прием на работу и принятие условий, выполнение обязанностей и продвижение, увольнение с работы в установленном порядке.

Включено: поиск работы; подготовка документов или анкетных данных; контакт с предпринимателем и подготовка к собеседованию; сохранение своей работы; оценка своих профессиональных качеств; подача объявления; прекращение работы

d 850 **Оплачиваемая работа**

Выполнение всех условий, налагаемых должностью, специальностью, профессиональной деятельностью и другими формами занятости за плату, как наемный работник с полной или частичной занятостью или лицо, занимающееся индивидуальной трудовой деятельностью, например, поиск и получение работы, выполнение работы, посещение работы вовремя, как это принято или требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе.

Включено: индивидуальная трудовая деятельность, полная и частичная занятость

d 855 **Неоплачиваемая работа**

Выполнение любой работы с полной или частичной занятостью, в которой оплата не предусмотрена, включая, организацию, выполнение требований, посещение работы вовремя, как принято или как требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе, например, работа волонтера, работа из чувства милосердия, работа в сообществе или в религиозной общине на добровольной основе, добровольная работа во дворе дома.

Исключено: раздел 6 Бытовая жизнь

d 859 **Работа и занятость, другая уточненная и не уточненная**

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ (d860-d879)

- d 860** **Базисные экономические отношения**
Занятие в любых формах простых экономических отношений, например, использование денег для покупки продовольствия, обмен, продажа товаров или услуг; сбережение денег.
- d 865** **Сложные экономические отношения**
Занятие в любых формах сложных экономических отношений, включающих обмен капиталом и собственности, создание прибыли или получение экономической выгоды, например, приобретение дела, фабрики или оборудования, поддержание счета в банке, торговля товарами.
- d 870** **Экономическая самостоятельность**
Распоряжение экономическими ресурсами из частных или общественных источников, призванных гарантировать экономическую обеспеченность для удовлетворения настоящих и будущих потребностей.
Включено: личные экономические ресурсы и общественные экономические фонды
- d 879** **Экономическая жизнь, другая уточненная и не уточненная**
- d 898** **Главные сферы жизни, другие уточненные**
- d 899** **Главные сферы жизни, не уточненные**

Раздел 9

Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь

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.

- d 910** **Жизнь в сообществах**
Включение во все аспекты социальной жизни сообществ, например, в деятельность благотворительных организаций, клубов или профессиональных общественных организаций.

Включено: неформальные объединения, формальные ассоциации; церемонии

Исключено: неоплачиваемая работа (d855); отдых и досуг (d920); религия и духовная практика (d930); политическая жизнь и гражданство (d950)

d 920**Отдых и досуг**

Включение в любые формы игр, отдыха или досуга, например, неофициально или официально организованные игры и спортивные состязания, оздоровительные программы, программы отдыха и развлечения или переключения; посещение художественных галерей, музеев, кино и театров; включение в рукоделие или хобби, чтение для удовольствия, игру на музыкальных инструментах, экскурсии, туризм и путешествия для удовольствия.

Включено: игры, спортивные состязания, искусство и культура, рукоделие, хобби, неформальное общение

Исключено: езда верхом (d480); оплачиваемая и неоплачиваемая работа (d850 и d855); религия и духовная практика (d930); политическая жизнь и гражданство (d950)

d 930**Религия и духовная практика**

Включение в религиозные или духовные действия, организации и мероприятия для самореализации, поиска смысла, религиозных и духовных ценностей, единения с другими в признании божественной силы, например, посещение церкви, храма, мечети, синагоги; молитвы и религиозные песнопения, духовное созерцание.

Включено: традиционная религия и духовная практика

d 940**Права человека**

Получение удовлетворения от реализации общепризнанных на национальном и международном уровнях прав, предоставляемых только из принципа гуманности, таких как «Декларация прав человека» Организации Объединенных Наций (1948) и «Стандартные правила по созданию равных возможностей людям с ограничениями жизнедеятельности» (1993); право на самоопределение и автономию; право распоряжаться своей судьбой.

Исключено: политическая жизнь и гражданство (d950)

d 950 **Политическая жизнь и гражданство**

Включение в социальную, политическую жизнь общества и управление, использование юридического статуса гражданина, реализация и получение связанных с этим прав, привилегий и обязанностей, например, право выбирать и быть избранным, право вступать в политические организации; реализация прав и свобод, связанных с гражданством (например, права свободы слова, организаций, совести, защиты от необоснованного обыска и ареста, права на защиту, суд и другие юридические права, на защиту против дискриминации); использование юридического положения гражданина.

Исключено: права человека (d940)

d 998 **Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, другая уточненная**

d 999 **Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, не уточненная**

ГЛАВА 4. МКФ-НАБОРЫ КОДОВ И КАТЕГОРИЙ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В оригинальном издании МКФ рекомендуется использовать как сокращенный вариант классификации (двухуровневую классификацию), так и многоуровневый вариант классификации (детализированная классификация с определениями). Кроме того, на сегодняшний день рабочими группами международных центров, сотрудничающими с ВОЗ в разработке МКФ, подготовлен и утвержден полный и сокращенный вариант МКФ-кодов и категорий при отдельных заболеваниях.

В данной главе приводятся наборы МКФ-кодов и категорий как результат совместного проекта филиала ICF исследований, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Международного общества физической медицины и реабилитации (ISPRM), ведущих институтов и учреждений-партнеров по всему миру.

4.1. Основной МКФ-набор кодов и категорий при мозговом инсульте

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 110	Функции сознания
b 114	Функции ориентированности
b 117	Интеллектуальные функции
b 126	Темперамент и личностные функции
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 140	Функции внимания
b 144	Функции памяти
b 152	Функции эмоций
b 156	Функции восприятия
b 164	Познавательные функции высокого уровня
b 167	Умственные функции речи
b 172	Функции вычисления

- b 176 Умственные функции последовательных сложных движений
- b 180 Функции самоощущения и ощущения времени
- b 210 Функции зрения
- b 215 Функции структур, примыкающих к глазу
- b 260 Проприоцептивная функция
- b 265 Функция осязания
- b 270 Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
- b 280 Ощущение боли
- b 310 Функции голоса
- b 320 Функция артикуляции
- b 330 Функции беглости и ритма речи
- b 410 Функции сердца
- b 415 Функции кровеносных сосудов
- b 420 Функции артериального давления
- b 455 Функции толерантности к физической нагрузке
- b 510 Функции приема нутриентов
- b 525 Функции дефекации
- b 620 Функции мочеиспускания
- b 640 Сексуальные функции
- b 710 Функции подвижности сустава
- b 715 Функции стабильности сустава
- b 730 Функции мышечной силы
- b 735 Функции мышечного тонуса
- b 740 Функции мышечной выносливости
- b 750 Моторно-рефлекторные функции
- b 755 Функции произвольной двигательной реакции
- b 760 Контроль произвольных двигательных функций
- b 770 Функции стереотипа походки

Структуры организма

- s 110 Структура головного мозга
- s 410 Структура сердечно-сосудистой системы
- s 720 Структура области плеча
- s 730 Структура верхней конечности
- s 750 Структура нижней конечности

Активность у частие

- d 115 Использовани слуха
- d 155 Приобретение практических навыков
- d 160 Концентрация внимания
- d 166 Чтение
- d170 Письмо
- d 172 Вычисление
- d 175 Решение проблем
- d 210 Выполнение отдельных задач
- d 220 Выполнение многоплановых задач
- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 310 Восприятие устных сообщений при общении
- d 315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения
- d 325 Восприятие письменных сообщений при общении
- d 330 Речь
- d 335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме
- d 345 Письменные сообщения
- d 350 Разговор
- d 360 Использование средств связи и техник общения
- d 410 Изменение позы тела
- d 415 Поддержание положения тела

d 420	Перемещение тела
d 430	Поднятие и перенос объектов
d 440	Перемещение объектов ногами
d 445	Использование кисти и руки
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 460	Передвижение в различных местах
d 465	Передвижение с использованием технических средств
d 470	Использование пассажирского транспорта
d 475	Управление транспортом
d 510	Мытье
d 520	Уход за частями тела
d 530	Физиологические отправления
d 540	Одевание
d 550	Прием пищи
d 570	Забота о своем здоровье
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 630	Приготовление пищи
d 640	Выполнение работы по дому
d 710	Базисные межличностные взаимодействия
d 750	Неформальные социальные отношения
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 845	Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
d 850	Оплачиваемая работа
d 855	Неоплачиваемая работа
d 860	Базисные экономические отношения
d 870	Экономическая самостоятельность

d 910 Жизнь в сообществах

d 920 Отдых и досуг

Факторы окружающей среды

e 110 Продукты или вещества для персонального потребления

e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования

e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

e 125 Средства и технологии коммуникации

e 135 Изделия и технологии для труда и занятости

e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования

e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования

e 165 Собственность и капитал

e 210 Физическая география

e 310 Семья и ближайшие родственники

e 315 Отдаленные родственники

e 320 Друзья

e 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества

e 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь

e 355 Профессиональные медицинские работники

e 360 Работники других профессиональных сфер

e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников

e 420 Индивидуальные установки друзей

e 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества

e 440 Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь

e 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников

е 455	Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
е 460	Общественные установки
е 515	Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства
е 525	Жилищные службы, административные системы и политика
е 535	Службы, административные системы и политика связи
е 540	Транспортные службы, административные системы и политика
е 550	Службы, административные системы и политика правосудия
е 555	Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций
е 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
е 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
е 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
е 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.2. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при мозговом инсульте

**МКФ
код**

МКФ-категория

Функции организма

b 110	Функции сознания
b 114	Функции ориентированности
b 167	Умственные функции речи
b 730	Функции мышечной силы

Структуры организма

s 110	Структура головного мозга
-------	---------------------------

Активность у частие

d 330	Речь
d 450	Ходьба
d 530	Физиологические отправления
d 550	Прием пищи

Факторы окружающей среды

e 310	Семья и ближайшие родственники
-------	--------------------------------

4.3. Основной МКФ-набор кодов и категорий при черепно-мозговой травме

МКФ код	МКФ-категория
----------------	----------------------

Функции организма

b 110	Функции сознания
b 114	Функции ориентированности
b 126	Темперамент и личностные функции
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 140	Функции внимания
b 144	Функции памяти
b 147	Психомоторные функции
b 152	Функции эмоций
b 156	Функции восприятия
b 160	Функции мышления
b 164	Познавательные функции высокого уровня
b 167	Умственные функции речи
b 210	Функции зрения
b 215	Функции структур, примыкающих к глазу

b 235	Вестибулярные функции
b 240	Ощущения, связанные со слухом и вестибулярными функциями
b 255	Функция обоняния
b 260	Проприоцептивная функция
b 280	Ощущение боли
b 310	Функции голоса
b 320	Функция артикуляции
b 330	Функции беглости и ритма речи
b 420	Функции артериального давления
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 510	Функции приема нутриентов
b 525	Функции дефекации
b 555	Функции эндокринных желез
b 620	Функции мочеиспускания
b 640	Сексуальные функции
b 710	Функции подвижности сустава
b 730	Функции мышечной силы
b 735	Функции мышечного тонуса
b 755	Функции непроизвольной двигательной реакции
b 760	Контроль произвольных двигательных функций
b 765	Непроизвольные двигательные функции
b 770	Функции стереотипа походки

Структуры организма

s 110	Структура головного мозга
s 710	Структура головы и области шеи

Активность у части

d 110	Функции сознания
d 115	Использование слуха

- d 155 Приобретение практических навыков
- d 160 Концентрация внимания
- d 163 Мышление
- d 166 Чтение
- d170 Письмо
- d 175 Решение проблем
- d 177 Принятие решений
- d 210 Выполнение отдельных задач
- d 220 Выполнение многоплановых задач
- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 310 Восприятие устных сообщений при общении
- d 315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения
- d 330 Речь
- d 335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме
- d 345 Письменные сообщения
- d 350 Разговор
- d 360 Использование средств связи и техник общения
- d 410 Изменение позы тела
- d 415 Поддержание положения тела
- d 420 Перемещение тела
- d 430 Поднятие и перенос объектов
- d 440 Перемещение объектов ногами
- d 445 Использование кисти и руки
- d 450 Ходьба
- d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
- d 465 Передвижение с использованием технических средств

d 470	Использование пассажирского транспорта
d 475	Управление транспортом
d 510	Мытье
d 520	Уход за частями тела
d 530	Физиологические отправления
d 540	Одевание
d 550	Прием пищи
d 560	Питье
d 570	Забота о своем здоровье
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 630	Приготовление пищи
d 640	Выполнение работы по дому
d 660	Помощь другим
d 710	Базисные межличностные взаимодействия
d 720	Сложные межличностные взаимодействия
d 730	Отношения с незнакомыми людьми
d 740	Формальные отношения
d 750	Неформальные социальные отношения
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 825	Профессиональное обучение
d 830	Высшее образование
d 840	Ученичество (подготовка к профессиональной деятельности)
d 845	Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
d 850	Оплачиваемая работа
d 855	Неоплачиваемая работа
d 860	Базисные экономические отношения
d 865	Сложные экономические отношения
d 870	Экономическая самостоятельность

- d 910 Жизнь в сообществах
- d 920 Отдых и досуг
- d 930 Религия и духовная практика

Факторы окружающей среды

- e 1100 Продовольствие
- e 1101 Лекарственные вещества
- e 1108 Продукты или вещества для персонального потребления, другие уточненные
- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
- e 125 Средства и технологии коммуникации
- e 135 Изделия и технологии для труда и занятости
- e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- e 160 Продукция и технологии землепользования
- e 165 Собственность и капитал
- e 210 Физическая география
- e 250 Звук
- e 310 Семья и ближайшие родственники
- e 315 Отдаленные родственники
- e 320 Друзья
- e 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
- e 330 Лица, обладающие властью и авторитетом
- e 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь
- e 355 Профессиональные медицинские работники
- e 360 Работники других профессиональных сфер
- e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников

e 415	Индивидуальные установки отдаленных родственников
e 420	Индивидуальные установки друзей
e 425	Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
e 440	Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
e 450	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
e 455	Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
e 460	Общественные установки
e 515	Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства
e 525	Жилищные службы, административные системы и политика
e 535	Службы, административные системы и политика связи
e 540	Транспортные службы, административные системы и политика
e 550	Службы, административные системы и политика правосудия
e 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
e 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 585	Службы, административные системы и политика образования и обучения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.4. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при черепно-мозговой травме

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 110	Функции сознания

- b 130 Волевые и побудительные функции
- b 140 Функции внимания
- b 144 Функции памяти
- b 152 Функции эмоций
- b 164 Познавательные функции высокого уровня
- b 280 Ощущение боли
- b 760 Контроль произвольных двигательных функций

Структуры организма

- s 110 Структура головного мозга

Активность и участие

- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 350 Разговор
- d 450 Ходьба
- d 5 Самообслуживание
- d 720 Сложные межличностные взаимодействия
- d 760 Семейные отношения
- d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d 920 Отдых и досуг

Факторы окружающей среды

- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
- e 310 Семья и ближайшие родственники
- e 320 Друзья
- e 570 Службы, административные системы и политика социального страхования
- e 580 Службы, административные системы и политика здравоохранения

4.5. Основной МКФ-набор кодов и категорий при болях в спине

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 126	Темперамент и личностные функции
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 180	Функции самоощущения и ощущения времени
b 260	Проприоцептивная функция
b 280	Ощущение боли
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 620	Функции мочеиспускания
b 640	Сексуальные функции
b 710	Функции подвижности сустава
b 715	Функции стабильности сустава
b 720	Функции подвижности костного аппарата
b 730	Функции мышечной силы
b 735	Функции мышечного тонуса
b 740	Функции мышечной выносливости
b 750	Моторно-рефлекторные функции
b 770	Функции стереотипа походки
b 780	Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями
<i>Структуры организма</i>	
s 120	Спинальный мозг и относящиеся к нему структуры
s 740	Структура тазовой области
s 750	Структура нижней конечности

- s 760 Структура туловища
- s 770 Дополнительные скелетно-мышечные структуры, связанные с движением

Активность у частиц

- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 410 Изменение позы тела
- d 415 Поддержание положения тела
- d 420 Перемещение тела
- d 430 Поднятие и перенос объектов
- d 445 Использование кисти и руки
- d 450 Ходьба
- d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
- d 460 Передвижение в различных местах
- d 465 Передвижение с использованием технических средств
- d 470 Использование пассажирского транспорта
- d 475 Управление транспортом
- d 510 Мытье
- d 530 Физиологические отправления
- d 540 Одевание
- d 570 Забота о своем здоровье
- d 620 Приобретение товаров и услуг
- d 630 Приготовление пищи
- d 640 Выполнение работы по дому
- d 650 Забота о домашнем имуществе
- d 660 Помощь другим
- d 710 Базисные межличностные взаимодействия
- d 760 Семейные отношения
- d 770 Интимные отношения

- d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d 850 Оплачиваемая работа
- d 859 Работа и занятость, другая уточненная и не уточненная
- d 910 Жизнь в сообществах
- d 920 Отдых и досуг

Факторы окружающей среды

- e 110 Продукты или вещества для персонального потребления
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
- e 135 Изделия и технологии для труда и занятости
- e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- e 225 Климат
- e 255 Вибрация
- e 310 Семья и ближайшие родственники
- e 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
- e 330 Лица, обладающие властью и авторитетом
- e 355 Профессиональные медицинские работники
- e 360 Работники других профессиональных сфер
- e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- e 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
- e 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- e 455 Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
- e 460 Общественные установки
- e 465 Социальные нормы, методы и идеологии

e 540	Транспортные службы, административные системы и политика
e 550	Службы, административные системы и политика правосудия
e 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
e 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 585	Службы, административные системы и политика образования и обучения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.6. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при болях в спине

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 280	Ощущение боли
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 710	Функции подвижности сустава
b 715	Функции стабильности сустава
b 730	Функции мышечной силы
b 735	Функции мышечного тонуса
b 740	Функции мышечной выносливости
<i>Структуры организма</i>	
s 120	Спинальный мозг и относящиеся к нему структуры
s 760	Структура туловища
s 770	Дополнительные скелетно-мышечные структуры, связанные с движением

Активность и участие

- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 410 Изменение позы тела
- d 415 Поддержание положения тела
- d 430 Поднятие и перенос объектов
- d 450 Ходьба
- d 530 Физиологические отправления
- d 540 Одевание
- d 640 Выполнение работы по дому
- d 760 Семейные отношения
- d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d 850 Оплачиваемая работа
- d 859 Работа и занятость, другая уточненная и не уточненная

Факторы окружающей среды

- e 110 Продукты или вещества для персонального потребления
- e 135 Изделия и технологии для труда и занятости
- e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- e 310 Семья и ближайшие родственники
- e 355 Профессиональные медицинские работники
- e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- e 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- e 550 Службы, административные системы и политика правосудия
- e 570 Службы, административные системы и политика социального страхования
- e 580 Службы, административные системы и политика здравоохранения

4.7. Основной МКФ-набор кодов и категорий при рассеянном склерозе

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 114	Функции ориентированности
b 126	Темперамент и личностные функции
b 1300	Волевой уровень
b 1301	Мотивация
b 1308	Волевые и побудительные функции, другие уточненные
b 134	Функции сна
b 140	Функции внимания
b 144	Функции памяти
b 152	Функции эмоций
b 156	Функции восприятия
b 164	Познавательные функции высокого уровня
b 210	Функции зрения
b 235	Вестибулярные функции
b 260	Проприоцептивная функция
b 265	Функция осязания
b 270	Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
b 280	Ощущение боли
b 310	Функции голоса
b 320	Функция артикуляции
b 330	Функции беглости и ритма речи
b 445	Функции дыхательных мышц
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке

b 5104	Слюноотделение
b 5105	Глотание
b 525	Функции дефекации
b 5500	Температура тела
b 5508	Функции терморегуляции, другие уточненные
b 620	Функции мочеиспускания
b 640	Сексуальные функции
b 710	Функции подвижности сустава
b 730	Функции мышечной силы
b 735	Функции мышечного тонуса
b 740	Функции мышечной выносливости
b 750	Моторно-рефлекторные функции
b 760	Контроль произвольных двигательных функций
b 7650	Непроизвольные сокращения мышц
b 7651	Тремор
b 770	Функции стереотипа походки
b 780	Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями

Структуры организма

s 110	Структура головного мозга
s 120	Спинальный мозг и относящиеся к нему структуры
s 610	Структура мочевыделительной системы
s 730	Структура верхней конечности
s 750	Структура нижней конечности
s 760	Структура туловища
s 810	Структура кожного покрова

Активность у частие

d 110	Функции сознания
d 155	Приобретение практических навыков
d 160	Концентрация внимания

d 163	Мышление
d 166	Чтение
d170	Письмо
d 175	Решение проблем
d 177	Принятие решений
d 210	Выполнение отдельных задач
d 220	Выполнение многоплановых задач
d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 330	Речь
d 350	Разговор
d 360	Использование средств связи и техник общения
d 410	Изменение позы тела
d 415	Поддержание положения тела
d 420	Перемещение тела
d 430	Поднятие и перенос объектов
d 440	Перемещение объектов ногами
d 445	Использование кисти и руки
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 460	Передвижение в различных местах
d 465	Передвижение с использованием технических средств
d 470	Использование пассажирского транспорта
d 475	Управление транспортом
d 510	Мытье
d 520	Уход за частями тела
d 530	Физиологические отправления
d 540	Одевание

d 550	Прием пищи
d 560	Питье
d 570	Забота о своем здоровье
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 630	Приготовление пищи
d 640	Выполнение работы по дому
d 650	Забота о домашнем имуществе
d 660	Помощь другим
d 710	Базисные межличностные взаимодействия
d 720	Сложные межличностные взаимодействия
d 750	Неформальные социальные отношения
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 825	Профессиональное обучение
d 830	Высшее образование
d 845	Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
d 850	Оплачиваемая работа
d 860	Базисные экономические отношения
d 870	Экономическая самостоятельность
d 910	Жизнь в сообществах
d 920	Отдых и досуг
d 930	Религия и духовная практика

Факторы окружающей среды

e 1101	Лекарственные вещества
e 1108	Продукты или вещества для персонального потребления, другие уточненные
e 115	Изделия и технологии для личного повседневного использования
e 120	Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

- е 125 Средства и технологии коммуникации
- е 135 Изделия и технологии для труда и занятости
- е 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- е 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- е 165 Собственность и капитал
- е 2250 Температура
- е 2251 Влажность
- е 2253 Осадки
- е 310 Семья и ближайшие родственники
- е 315 Отдаленные родственники
- е 320 Друзья
- е 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
- е 330 Лица, обладающие властью и авторитетом
- е 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь
- е 355 Профессиональные медицинские работники
- е 360 Работники других профессиональных сфер
- е 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- е 415 Индивидуальные установки отдаленных родственников
- е 420 Индивидуальные установки друзей
- е 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
- е 430 Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом
- е 440 Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
- е 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- е 460 Общественные установки
- е 515 Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства

e 525	Жилищные службы, административные системы и политика
e 540	Транспортные службы, административные системы и политика
e 550	Службы, административные системы и политика правосудия
e 555	Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций
e 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
e 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 585	Службы, административные системы и политика образования и обучения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.8. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при рассеянном склерозе

МКФ код

МКФ-категория

Функции организма

b 130	Волевые и побудительные функции
b 152	Функции эмоций
b 164	Познавательные функции высокого уровня
b 210	Функции зрения
b 280	Ощущение боли
b 620	Функции мочеиспускания
b 730	Функции мышечной силы
b 770	Функции стереотипа походки

Структуры организма

s 110	Структура головного мозга
s 120	Спинной мозг и относящиеся к нему структуры

Активность и участие

d 175	Решение проблем
-------	-----------------

d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 450	Ходьба
d 760	Семейные отношения
d 850	Оплачиваемая работа

Факторы окружающей среды

e 310	Семья и ближайшие родственники
e 355	Профессиональные медицинские работники
e 410	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения

4.9. Основной МКФ-набор кодов и категорий при травме спинного мозга (ранний восстановительный период)

МКФ код	МКФ-категория
----------------	----------------------

Функции организма

b 126	Темперамент и личностные функции
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 260	Проприоцептивная функция
b 265	Функция осязания
b 270	Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
b 2800	Генерализованная боль
b 28010	Боль в голове и шее
b 28013	Боль в спине
b 28014	Боль в верхней конечности
b 28015	Боль в нижней конечности

б 28016	Боль в суставах
б 2803	Иррадиирующая боль в дерматоме
б 2804	Иррадиирующая боль в сегменте или области
б 310	Функции голоса
б 410	Функции сердца
б 415	Функции кровеносных сосудов
б 4200	Повышение артериального давления
б 4201	Снижение артериального давления
б 4202	Поддержание артериального давления
б 430	Функции системы крови
б 440	Функции дыхания
б 445	Функции дыхательных мышц
б 450	Дополнительные дыхательные функции
б 445	Функции дыхательных мышц
б 455	Функции толерантности к физической нагрузке
б 510	Функции приема нутриентов
б 515	Функции пищеварения
б 5250	Удаление фекалий
б 5251	Консистенция фекалий
б 5252	Частота дефекаций
б 5253	Регуляция дефекации
б 5254	Метеоризм
б 530	Функции сохранение массы тела
б 550	Функции терморегуляции
б 610	Функции мочеобразования
б 6200	Мочеиспускание
б 6201	Частота мочеиспускания
б 6202	Регуляция мочеиспускания
б 630	Ощущения, связанные с функциями мочевыделения

b 640	Сексуальные функции
b 670	Ощущения, связанные с половой и репродуктивной функциями
b 710	Функции подвижности сустава
b 715	Функции стабильности сустава
b 7300	Сила изолированных мышц и мышечных групп
b 7302	Сила мышц одной стороны тела
b 7303	Сила мышц нижней половины тела
b 7304	Сила мышц всех конечностей
b 7305	Сила мышц туловища
b 7353	Тонус мышц нижней половины тела
b 7354	Тонус мышц всех конечностей
b 7355	Тонус мышц туловища
b 740	Функции мышечной выносливости
b 750	Моторно-рефлекторные функции
b 755	Функции произвольной двигательной реакции
b 760	Контроль произвольных двигательных функций
b 765	Непроизвольные двигательные функции
b 770	Функции стереотипа походки
b 780	Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями
b 810	Защитные функции кожи
b 820	Репаративные функции кожи
b 830	Другие функции кожи
b 840	Ощущения, связанные с кожей

Структуры организма

s 12000	Шейный отдел спинного мозга
s 12001	Грудной отдел спинного мозга
s 12002	Пояснично-крестцовый отдел спинного мозга
s 12003	Конский хвост

s 1201	Спинномозговые нервы
s 430	Структура дыхательной системы
s 610	Структура мочевыделительной системы
s 710	Структура головы и области шеи
s 720	Структура области плеча
s 730	Структура верхней конечности
s 740	Структура тазовой области
s 750	Структура нижней конечности
s 760	Структура туловища
s 810	Структура кожного покрова

Активность у частие

d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 360	Использование средств связи и техник общения
d 4100	Изменение позы при положении лежа
d 4103	Изменение позы при положении сидя
d 4104	Изменение позы при положении стоя
d 4105	Наклон
d 4106	Перемещение тяжести тела
d 4153	Нахождение в положении сидя
d 4154	Нахождение в положении стоя
d 420	Перемещение тела
d 430	Поднятие и перенос объектов
d 435	Перемещение объектов ногами
d 4400	Подбирание
d 4401	Захват
d 4402	Манипулирование
d 4403	Отпускание
d 4450	Притягивание

d 4451	Отгалкивание
d 4452	Вытягивание
d 4453	Вращение или сгибание кистями или руками
d 4455	Хватание
d 4500	Ходьба на короткие расстояния
d 4501	Ходьба на дальние расстояния
d 4502	Ходьба по различным поверхностям
d 4503	Ходьба вокруг препятствий
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 4600	Передвижение в пределах жилища
d 4601	Передвижение в пределах других зданий
d 4602	Передвижение вне своего дома и вне других зданий
d 465	Передвижение с использованием технических средств
d 470	Использование пассажирского транспорта
d 475	Управление транспортом
d 510	Мытье
d 520	Уход за частями тела
d 5300	Регуляция мочеиспускания
d 5301	Регуляция дефекации
d 5302	Мероприятия, связанные с менструацией
d 540	Одевание
d 550	Прием пищи
d 560	Питье
d 570	Забота о своем здоровье
d 610	Приобретение жилья
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 630	Приготовление пищи
d 640	Выполнение работы по дому

d 660	Помощь другим
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 850	Оплачиваемая работа
d 870	Экономическая самостоятельность
d 920	Отдых и досуг
d 930	Религия и духовная практика

Факторы окружающей среды

e 110	Продукты или вещества для персонального потребления
e 115	Изделия и технологии для личного повседневного использования
e 120	Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
e 125	Средства и технологии коммуникации
e 130	Изделия и технологии для обучения
e 135	Изделия и технологии для труда и занятости
e 140	Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта
e 150	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
e 155	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
e 165	Собственность и капитал
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 315	Отдаленные родственники
e 320	Друзья
e 325	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
e 330	Лица, обладающие властью и авторитетом
e 340	Персонал, осуществляющий уход и помощь
e 355	Профессиональные медицинские работники
e 360	Работники других профессиональных сфер

e 410	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
e 415	Индивидуальные установки отдаленных родственников
e 420	Индивидуальные установки друзей
e 425	Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
e 440	Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
e 450	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
e 460	Общественные установки
e 515	Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства
e 525	Жилищные службы, административные системы и политика
e 540	Транспортные службы, административные системы и политика
e 555	Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций
e 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
e 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения

4.10. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при травме спинного мозга (ранний восстановительный период)

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 152	Функции эмоций
b 280	Ощущение боли
b 440	Функции дыхания

b 525	Функции дефекации
b 620	Функции мочеиспускания
b 730	Функции мышечной силы
b 735	Функции мышечного тонуса
b 810	Защитные функции кожи

Структуры организма

s 120	Спинальный мозг и относящиеся к нему структуры
s 430	Структура дыхательной системы
s 610	Структура мочевыделительной системы

Активность у частие

d 410	Изменение позы тела
d 420	Перемещение тела
d 445	Использование кисти и руки
d 450	Ходьба
d 510	Мытье
d 530	Физиологические отправления
d 540	Одевание
d 550	Прием пищи
d 560	Питье

Факторы окружающей среды

e 115	Изделия и технологии для личного повседневного использования
e 120	Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 340	Персонал, осуществляющий уход и помощь
e 355	Профессиональные медицинские работники

**4.11. Основной МКФ-набор кодов и категорий
при травме спинного мозга
(период последствий и отдаленных последствий травм
спинного мозга) – хроническая ситуация**

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 126	Темперамент и личностные функции
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 260	Проприоцептивная функция
b 265	Функция осязания
b 270	Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
b 28010	Боль в голове и шее
b 28011	Боль в грудной клетке
b 28012	Боль в желудке или животе
b 28013	Боль в спине
b 28014	Боль в верхней конечности
b 28015	Боль в нижней конечности
b 28016	Боль в суставах
b 2803	Иррадиирующая боль в дерматоме
b 2804	Иррадиирующая боль в сегменте или области
b 420	Функции артериального давления
b 440	Функции дыхания
b 445	Функции дыхательных мышц
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 525	Функции дефекации
b 530	Функции сохранение массы тела

b 550	Функции терморегуляции
b 610	Функции мочеобразования
b 6200	Мочеиспускание
b 6201	Частота мочеиспускания
b 6202	Регуляция мочеиспускания
b 640	Сексуальные функции
b 660	Функции воспроизведения потомства
b 670	Ощущения, связанные с половой и репродуктивной функциями
b 710	Функции подвижности сустава
b 715	Функции стабильности сустава
b 720	Функции подвижности костного аппарата
b 730	Функции мышечной системы
b 735	Функции мышечного тонуса
b 740	Функции мышечной выносливости
b 750	Моторно-рефлекторные функции
b 760	Контроль произвольных двигательных функций
b 770	Функции стереотипа походки
b 780	Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями
b 810	Защитные функции кожи
b 820	Репаративные функции кожи
b 830	Другие функции кожи
b 840	Ощущения, связанные с кожей

Структуры организма

s 12000	Шейный отдел спинного мозга
s 12001	Грудной отдел спинного мозга
s 12002	Пояснично-крестцовый отдел спинного мозга
s 12003	Конский хвост
s 1201	Спинальные нервы

s 430	Структура дыхательной системы
s 610	Структура мочевыделительной системы
s 720	Структура области плеча
s 7300	Структура плеча
s 7301	Структура предплечья
s 7302	Структура кисти
s 7500	Структура бедра
s 7501	Структура голени
s 7502	Структура лодыжки и стопы
s 760	Структура туловища
s 8102	Кожа верхней конечности
s 8103	Кожа тазовой области
s 8104	Кожа нижней конечности
s 8105	Кожа туловища и спины

Активность у частие

d 155	Приобретение практических навыков
d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 345	Письменные сообщения
d 360	Использование средств связи и техник общения
d 4100	Изменение позы при положении лежа
d 4102	Изменение позы при положении на коленях
d 4103	Изменение позы при положении сидя
d 4104	Изменение позы при положении стоя
d 4105	Наклон
d 4106	Перемещение тяжести тела
d 415	Поддержание положения тела
d 420	Перемещение тела

d 430	Поднятие и перенос объектов
d 4400	Подбирание
d 4401	Захват
d 4402	Манипулирование
d 4403	Отпускание
d 4450	Притягивание
d 4451	Отталкивание
d 4452	Вытягивание
d 4453	Вращение или сгибание кистями или руками
d 4454	Бросание
d 4500	Ходьба на короткие расстояния
d 4501	Ходьба на дальние расстояния
d 4502	Ходьба по различным поверхностям
d 4503	Ходьба вокруг препятствий
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 4600	Передвижение в пределах жилища
d 4601	Передвижение в пределах других зданий
d 4602	Передвижение вне своего дома и вне других зданий
d 465	Передвижение с использованием технических средств
d 470	Использование пассажирского транспорта
d 475	Управление транспортом
d 510	Мытье
d 520	Уход за частями тела
d 5300	Регуляция мочеиспускания
d 5301	Регуляция дефекации
d 5302	Мероприятия, связанные с менструацией
d 540	Одевание
d 550	Прием пищи

- d 560 Питье
- d 570 Забота о своем здоровье
- d 610 Приобретение жилья
- d 620 Приобретение товаров и услуг
- d 630 Приготовление пищи
- d 640 Выполнение работы по дому
- d 650 Забота о домашнем имуществе
- d 660 Помощь другим
- d 720 Сложные межличностные взаимодействия
- d 750 Неформальные социальные отношения
- d 760 Семейные отношения
- d 770 Интимные отношения
- d 810 Неформальное образование
- d 820 Школьное образование
- d 825 Профессиональное обучение
- d 830 Высшее образование
- d 840 Ученичество (подготовка к профессиональной деятельности)
- d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d 850 Оплачиваемая работа
- d 870 Экономическая самостоятельность
- d 910 Жизнь в сообществах
- d 920 Отдых и досуг
- d 940 Права человека

Факторы окружающей среды

- e 110 Продукты или вещества для персонального потребления
- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

- е 125 Средства и технологии коммуникации
- е 130 Изделия и технологии для обучения
- е 135 Изделия и технологии для труда и занятости
- е 140 Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта
- е 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- е 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- е 160 Продукция и технологии землепользования
- е 165 Собственность и капитал
- е 310 Семья и ближайшие родственники
- е 315 Отдаленные родственники
- е 320 Друзья
- е 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
- е 330 Лица, обладающие властью и авторитетом
- е 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь
- е 355 Профессиональные медицинские работники
- е 360 Работники других профессиональных сфер
- е 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- е 415 Индивидуальные установки отдаленных родственников
- е 420 Индивидуальные установки друзей
- е 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
- е 440 Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
- е 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- е 455 Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
- е 460 Общественные установки
- е 465 Социальные нормы, методы и идеологии

e 510	Службы, административные системы и политика производства потребительских товаров
e 515	Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства
e 525	Жилищные службы, административные системы и политика
e 530	Службы, административные системы и политика коммунального хозяйства
e 535	Службы, административные системы и политика связи
e 540	Транспортные службы, административные системы и политика
e 550	Службы, административные системы и политика правосудия
e 555	Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций
e 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
e 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 585	Службы, административные системы и политика образования и обучения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

**4.12. Краткий МКФ-набор кодов и категорий
при травме спинного мозга
(период последствий и отдаленных последствий
травм спинного мозга) – хроническая ситуация**

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 152	Функции эмоций
b 280	Ощущение боли
b 525	Функции дефекации
b 620	Функции мочеиспускания
b 640	Сексуальные функции

- b 710 Функции подвижности сустава
- b 730 Функции мышечной силы
- b 735 Функции мышечного тонуса
- b 810 Защитные функции кожи

Структуры организма

- s 120 Спинной мозг и относящиеся к нему структуры
- s 430 Структура дыхательной системы
- s 610 Структура мочевыделительной системы
- s 810 Структура кожного покрова

Активность у частие

- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 410 Изменение позы тела
- d 420 Перемещение тела
- d 445 Использование кисти и руки
- d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
- d 465 Передвижение с использованием технических средств
- d 470 Использование пассажирского транспорта
- d 520 Уход за частями тела
- d 530 Физиологические отправления
- d 550 Прием пищи

Факторы окружающей среды

- e 110 Продукты или вещества для персонального потребления
- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

e 150	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
e 155	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 340	Персонал, осуществляющий уход и помощь
e 355	Профессиональные медицинские работники
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения

4.13. Основной МКФ-набор кодов и категорий при раке молочной железы

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 126	Темперамент и личностные функции
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 180	Функции самоощущения и ощущения времени
b 1801	Образ тела
b 265	Функция осязания
b 280	Ощущение боли
b 2801	Боль в части тела
b 435	Функции иммунной системы
b 4352	Функции лимфатических сосудов
b 4353	Функции лимфатических узлов
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 530	Функции сохранения массы тела
b 640	Сексуальные функции

b 650	Менструальные функции
b 660	Функции воспроизведения потомства
b 670	Ощущения, связанные с половой и репродуктивной функциями
b 710	Функции подвижности сустава
b 720	Функции подвижности костного аппарата
b 730	Функции мышечной силы
b 740	Функции мышечной выносливости
b 780	Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями
b 810	Защитные функции кожи
b 820	Репаративные функции кожи
b 840	Ощущения, связанные с кожей

Структуры организма

s 420	Структура иммунной системы
s 4200	Лимфатические сосуды
s 4201	Лимфатические узлы
s 630	Структура репродуктивной системы
s 6302	Грудь и сосок
s 720	Структура области плеча
s 730	Структура верхней конечности
s 760	Структура туловища
s 810	Структура кожного покрова

Активность у частие

d 177	Принятие решений
d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 430	Поднятие и перенос объектов
d 445	Использование кисти и руки

d 510	Мытье
d 520	Уход за частями тела
d 530	Физиологические отправления
d 540	Одевание
d 550	Прием пищи
d 560	Питье
d 570	Забота о своем здоровье
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 630	Приготовление пищи
d 640	Выполнение работы по дому
d 650	Забота о домашнем имуществе
d 660	Помощь другим
d 720	Сложные межличностные взаимодействия
d 750	Неформальные социальные отношения
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 850	Оплачиваемая работа
d 920	Отдых и досуг

Факторы окружающей среды

e 110	Продукты или вещества для персонального потребления
e 115	Изделия и технологии для личного повседневного использования
e 165	Собственность и капитал
e 225	Климат
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 315	Отдаленные родственники
e 320	Друзья
e 325	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
e 340	Персонал, осуществляющий уход и помощь

е 355	Профессиональные медицинские работники
е 410	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
е 415	Индивидуальные установки отдаленных родственников
е 420	Индивидуальные установки друзей
е 425	Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
е 440	Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
е 450	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
е 465	Социальные нормы, методы и идеологии
е 540	Транспортные службы, административные системы и политика
е 555	Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций
е 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
е 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
е 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
е 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.14. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при раке молочной железы

МКФ код

МКФ-категория

Функции организма

в 130	Волевые и побудительные функции
в 134	Функции сна
в 152	Функции эмоций
в 180	Функции самоощущения и ощущения времени

- b 280 Ощущение боли
- b 435 Функции иммунной системы
- b 640 Сексуальные функции
- b 710 Функции подвижности сустава

Структуры организма

- s 420 Структура иммунной системы
- s 630 Структура репродуктивной системы
- s 720 Структура области плеча

Активность и участие

- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 430 Поднятие и перенос объектов
- d 445 Использование кисти и руки
- d 640 Выполнение работы по дому
- d 760 Семейные отношения
- d 770 Интимные отношения
- d 850 Оплачиваемая работа

Факторы окружающей среды

- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 310 Семья и ближайшие родственники
- e 320 Друзья
- e 355 Профессиональные медицинские работники
- e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- e 420 Индивидуальные установки друзей
- e 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- e 570 Службы, административные системы и политика социального страхования

e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.15. Основной МКФ-набор кодов и категорий при хронической обструктивной болезни легких

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 1522	Диапазон эмоций
b 280	Ощущение боли
b 2801	Боль в части тела
b 310	Функции голоса
b 410	Функции сердца
b 430	Функции системы крови
b 435	Функции иммунной системы
b 440	Функции дыхания
b 445	Функции дыхательных мышц
b 450	Дополнительные дыхательные функции
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 460	Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем
b 530	Функции сохранения массы тела
b 730	Функции мышечной силы
b 740	Функции мышечной выносливости
b 780	Ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями

Структуры организма

- s 410 Структура сердечно-сосудистой системы
- s 430 Структура дыхательной системы
- s 710 Структура головы и области шеи
- s 720 Структура области плеча
- s 760 Структура туловища

Активность у частие

- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 330 Речь
- d 410 Изменение позы тела
- d 430 Поднятие и перенос объектов
- d 450 Ходьба
- d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
- d 460 Передвижение в различных местах
- d 465 Передвижение с использованием технических средств
- d 470 Использование пассажирского транспорта
- d 475 Управление транспортом
- d 4750 Управление транспортом, в котором движущей силой является человек
- d 510 Мытье
- d 540 Одевание
- d 570 Забота о своем здоровье
- d 620 Приобретение товаров и услуг
- d 640 Выполнение работы по дому
- d 650 Забота о домашнем имуществе
- d 660 Помощь другим
- d 770 Интимные отношения

- d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d 850 Оплачиваемая работа
- d 910 Жизнь в сообществах
- d 920 Отдых и досуг

Факторы окружающей среды

- e 110 Продукты или вещества для персонального потребления
- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
- e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
- e 225 Климат
- e 245 Изменения, связанные со временем
- e 2450 Циклы день / ночь
- e 260 Качество воздуха
- e 310 Семья и ближайшие родственники
- e 320 Друзья
- e 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь
- e 355 Профессиональные медицинские работники
- e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- e 420 Индивидуальные установки друзей
- e 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- e 460 Общественные установки
- e 540 Транспортные службы, административные системы и политика
- e 555 Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций

e 575	Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 585	Службы, административные системы и политика образования и обучения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.16. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при хронической обструктивной болезни легких

МКФ код

МКФ-категория

Функции организма

b 440	Функции дыхания
b 450	Дополнительные дыхательные функции
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 460	Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем

Структуры организма

s 410	Структура сердечно-сосудистой системы
s 430	Структура дыхательной системы
s 630	Структура репродуктивной системы
s 720	Структура области плеча

Активность и участие

d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 640	Выполнение работы по дому

Факторы окружающей среды

e 110	Продукты или вещества для персонального потребления
-------	---

- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 260 Качество воздуха

4.17. Основной МКФ-набор кодов и категорий при ишемической болезни сердца

**МКФ
код**

МКФ-категория

Функции организма

- b 130 Волевые и побудительные функции
- b 134 Функции сна
- b 152 Функции эмоций
- b 280 Ощущение боли
- b 410 Функции сердца
- b 415 Функции кровеносных сосудов
- b 420 Функции артериального давления
- b 440 Функции дыхания
- b 455 Функции толерантности к физической нагрузке
- b 460 Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем
- b 530 Функции сохранения массы тела
- b 640 Сексуальные функции
- b 730 Функции мышечной силы
- b 740 Функции мышечной выносливости

Структуры организма

- s 410 Структура сердечно-сосудистой системы

Активность у частие

- d 230 Выполнение повседневного распорядка
- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок

d 430	Поднятие и перенос объектов
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 460	Передвижение в различных местах
d 470	Использование пассажирского транспорта
d 475	Управление транспортом
d 480	Езда верхом
d 570	Забота о своем здоровье
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 630	Приготовление пищи
d 640	Выполнение работы по дому
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 850	Оплачиваемая работа
d 920	Отдых и досуг

Факторы окружающей среды

e 110	Продукты или вещества для персонального потребления
e 115	Изделия и технологии для личного повседневного использования
e 125	Средства и технологии коммуникации
e 135	Изделия и технологии для труда и занятости
e 140	Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта
e 150	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
e 155	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
e 225	Климат
e 260	Качество воздуха
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 315	Отдаленные родственники

е 320	Друзья
е 325	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
е 330	Лица, обладающие властью и авторитетом
е 340	Персонал, осуществляющий уход и помощь
е 355	Профессиональные медицинские работники
е 360	Работники других профессиональных сфер
е 410	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
е 415	Индивидуальные установки отдаленных родственников
е 420	Индивидуальные установки друзей
е 425	Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
е 430	Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом
е 440	Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
е 450	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
е 455	Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
е 460	Общественные установки
е 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
е 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
е 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.18. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при ишемической болезни сердца

МКФ код	МКФ-категория
----------------	----------------------

Функции организма

в 130	Волевые и побудительные функции
-------	---------------------------------

b 152	Функции эмоций
b 280	Ощущение боли
b 410	Функции сердца
b 415	Функции кровеносных сосудов
b 420	Функции артериального давления
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 460	Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем
b 730	Функции мышечной силы
b 740	Функции мышечной выносливости

Структуры организма

s 410	Структура сердечно-сосудистой системы
-------	---------------------------------------

Активность и участие

d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 570	Забота о своем здоровье
d 620	Приобретение товаров и услуг
d 760	Семейные отношения
d 770	Интимные отношения
d 850	Оплачиваемая работа

Факторы окружающей среды

e 110	Продукты или вещества для персонального потребления
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 320	Друзья
e 325	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
e 355	Профессиональные медицинские работники

- e 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- e 570 Службы, административные системы и политика социального страхования

4.19. Основной МКФ-набор кодов и категорий при сахарном диабете

**МКФ
код**

МКФ-категория

Функции организма

- b 110 Функции сознания
- b 130 Волевые и побудительные функции
- b 1300 Волевой уровень
- b 1302 Аппетит
- b 134 Функции сна
- b 140 Функции внимания
- b 152 Функции эмоций
- b 210 Функции зрения
- b 260 Проприоцептивная функция
- b 265 Функция осязания
- b 270 Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
- b 280 Ощущение боли
- b 410 Функции сердца
- b 415 Функции кровеносных сосудов
- b 420 Функции артериального давления
- b 430 Функции системы крови
- b 435 Функции иммунной системы
- b 455 Функции толерантности к физической нагрузке
- b 4550 Общая физическая выносливость
- b 4551 Аэробный резерв
- b 4552 Утомляемость

b 515	Функции пищеварения
b 530	Функции сохранения массы тела
b 540	Общие метаболические функции
b 545	Функции водного, минерального и электролитного баланса
b 555	Функции эндокринных желез
b 610	Функции мочеобразования
b 620	Функции мочеиспускания
b 630	Ощущения, связанные с функциями мочевыделения
b 640	Сексуальные функции
b 660	Функции воспроизведения потомства
b 710	Функции подвижности сустава
b 730	Функции мышечной силы
b 810	Защитные функции кожи
b 820	Репаративные функции кожи
b 840	Ощущения, связанные с кожей

Структуры организма

s140	Структура симпатической нервной системы
s150	Структура парасимпатической нервной системы
s220	Структура глазного яблока
s 410	Структура сердечно-сосудистой системы
s 4100	Сердце
s 4101	Артерии
s 4102	Вены
s 4103	Капилляры
s 550	Структура поджелудочной железы
s 610	Структура мочевыделительной системы
s 6100	Почки
s 630	Структура репродуктивной системы
s 750	Структура нижней конечности
s 7502	Структура лодыжки и стопы

s 810 Структура кожного покрова

s 830 Структура ногтей

Активность у частие

d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок

d 440 Использование точных движений кисти

d 450 Ходьба

d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы

d 475 Управление транспортом

d 520 Уход за частями тела

d 570 Забота о своем здоровье

d 620 Приобретение товаров и услуг

d 630 Приготовление пищи

d 750 Неформальные социальные отношения

d 760 Семейные отношения

d 770 Интимные отношения

d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений

d 850 Оплачиваемая работа

d 920 Отдых и досуг

d 9201 Спортивные состязания

d 9204 Хобби

d 9205 Неформальное общение

Факторы окружающей среды

e 110 Продукты или вещества для персонального потребления

e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования

e 310 Семья и ближайшие родственники

e 315 Отдаленные родственники

e 320 Друзья

- е 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
- е 330 Лица, обладающие властью и авторитетом
- е 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь
- е 355 Профессиональные медицинские работники
- е 360 Работники других профессиональных сфер
- е 410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
- е 415 Индивидуальные установки отдаленных родственников
- е 420 Индивидуальные установки друзей
- е 425 Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества
- е 430 Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом
- е 440 Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь
- е 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
- е 455 Индивидуальные установки профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем
- е 465 Социальные нормы, методы и идеологии
- е 510 Службы, административные системы и политика производства потребительских товаров
- е 550 Службы, административные системы и политика правосудия
- е 555 Службы, административные системы и политика ассоциаций и организаций
- е 560 Службы, административные системы и политика средств массовой информации
- е 570 Службы, административные системы и политика социального страхования
- е 575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки
- е 580 Службы, административные системы и политика здравоохранения
- е 585 Службы, административные системы и политика образования и обучения

- e 590 Службы, административные системы и политика труда и занятости
- e 595 Политические структуры, системы и политика

4.20. Краткий МКФ-набор кодов и категорий при сахарном диабете

МКФ код

МКФ-категория

Функции организма

- b 130 Волевые и побудительные функции
- b 210 Функции зрения
- b 270 Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями
- b 410 Функции сердца
- b 415 Функции кровеносных сосудов
- b 420 Функции артериального давления
- b 455 Функции толерантности к физической нагрузке
- b 530 Функции сохранения массы тела
- b 540 Общие метаболические функции
- b 545 Функции водного, минерального и электролитного баланса
- b 610 Функции мочеобразования

Структуры организма

- s220 Структура глазного яблока
- s 410 Структура сердечно-сосудистой системы
- s 550 Структура поджелудочной железы
- s 610 Структура мочевыделительной системы
- s 750 Структура нижней конечности

Активность и участие

- d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок
- d 450 Ходьба

- d 520 Уход за частями тела
d 570 Забота о своем здоровье

Факторы окружающей среды

- e 110 Продукты или вещества для персонального потребления
e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
e 310 Семья и ближайшие родственники
e 355 Профессиональные медицинские работники
e 465 Социальные нормы, методы и идеологии
e 570 Службы, административные системы и политика социального страхования
e 580 Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 585 Службы, административные системы и политика образования и обучения

4.21. Основной МКФ-набор кодов и категорий для профессиональной реабилитации

МКФ код **МКФ-категория**

Функции организма

- b 117 Интеллектуальные функции
b 126 Темперамент и личностные функции
b 130 Волевые и побудительные функции
b 134 Функции сна
b 140 Функции внимания
b 144 Функции памяти
b 152 Функции эмоций
b 160 Функции мышления
b 164 Познавательные функции высокого уровня
b 210 Функции зрения
b 230 Функции слуха

b 235	Вестибулярные функции
b 280	Ощущение боли
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
b 730	Функции мышечной силы
b 740	Функции мышечной выносливости
b 810	Защитные функции кожи

Активность у частие

d 155	Приобретение практических навыков
d 160	Концентрация внимания
d 163	Мышление
d 166	Чтение
d170	Письмо
d172	Вычисление
d 175	Решение проблем
d 177	Принятие решений
d 210	Выполнение отдельных задач
d 220	Выполнение многоплановых задач
d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 310	Восприятие устных сообщений при общении
d 315	Восприятие сообщений при невербальном способе общения
d 350	Разговор
d 360	Использование средств связи и техник общения
d 410	Изменение позы тела
d 415	Поддержание положения тела
d 430	Поднятие и перенос объектов
d 440	Перемещение объектов ногами
d 445	Использование кисти и руки
d 450	Ходьба

- d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
- d 465 Передвижение с использованием технических средств
- d 470 Использование пассажирского транспорта
- d 475 Управление транспортом
- d 530 Физиологические отправления
- d 540 Одевание
- d 570 Забота о своем здоровье
- d 710 Базисные межличностные взаимодействия
- d 720 Сложные межличностные взаимодействия
- d 740 Формальные отношения
- d 820 Школьное образование
- d 825 Профессиональное обучение
- d 830 Высшее образование
- d 840 Ученичество (подготовка к профессиональной деятельности)
- d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
- d 850 Оплачиваемая работа
- d 855 Неоплачиваемая работа
- d 870 Экономическая самостоятельность

Факторы окружающей среды

- e 1101 Лекарственные вещества
- e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования
- e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений
- e 125 Средства и технологии коммуникации
- e 130 Изделия и технологии для обучения
- e 135 Изделия и технологии для труда и занятости
- e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования
- e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования

е 225	Климат
е 240	Свет
е 250	Звук
е 260	Качество воздуха
е 310	Семья и ближайшие родственники
е 320	Друзья
е 325	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
е 330	Лица, обладающие властью и авторитетом
е 340	Персонал, осуществляющий уход и помощь
е 355	Профессиональные медицинские работники
е 360	Работники других профессиональных сфер
е 430	Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом
е 450	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
е 460	Общественные установки
е 465	Социальные нормы, методы и идеологии
е 525	Жилищные службы, административные системы и политика
е 535	Службы, административные системы и политика связи
е 540	Транспортные службы, административные системы и политика
е 550	Службы, административные системы и политика правосудия
е 555	Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций
е 565	Экономические службы, административные системы и политика
е 570	Службы, административные системы и политика социального страхования
е 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
е 585	Службы, административные системы и политика образования и обучения
е 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.22. Краткий МКФ-набор кодов и категорий для профессиональной реабилитации

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 130	Волевые и побудительные функции
b 164	Познавательные функции высокого уровня
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке
<i>Активность и участие</i>	
d 155	Приобретение практических навыков
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 720	Сложные межличностные взаимодействия
d 845	Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
d 850	Оплачиваемая работа
d 855	Неоплачиваемая работа
<i>Факторы окружающей среды</i>	
e 310	Семья и ближайшие родственники
e 330	Лица, обладающие властью и авторитетом
e 580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
e 590	Службы, административные системы и политика труда и занятости

4.23. Общий МКФ-набор кодов и категорий для медицинской статистики

МКФ код	МКФ-категория
<i>Функции организма</i>	
b 130	Волевые и побудительные функции
b 134	Функции сна
b 152	Функции эмоций
b 280	Ощущение боли
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке

b 640	Сексуальные функции
b 710	Функции подвижности сустава
b 730	Функции мышечной силы
<i>Активность у частие</i>	
d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 470	Использование пассажирского транспорта
d 510	Мытье
d 540	Одевание
d 570	Забота о своем здоровье
d 640	Выполнение работы по дому
d 660	Помощь другим
d 710	Базисные межличностные взаимодействия
d 770	Интимные отношения
d 850	Оплачиваемая работа
d 920	Отдых и досуг

4.24. Краткий МКФ-набор кодов и категорий для медицинской статистики

МКФ код	МКФ-категория
---------	---------------

Функции организма

b 130	Волевые и побудительные функции
b 152	Функции эмоций
b 280	Ощущение боли

Активность и участие

d 230	Выполнение повседневного распорядка
d 450	Ходьба
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d 850	Оплачиваемая работа

ГЛАВА 5. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Инвалидность – важная не только медицинская, но и социальная, профессиональная, экономическая проблема современного общества, всего человечества. Эта проблема имеет место и в Республике Беларусь. Но ее не нужно рассматривать только как следствие тяжелого заболевания или увечья, препятствующего полноценному функционированию индивидуума в обществе. Нужен анализ причин, приводящих человека к ограничению жизнедеятельности и, как следствие, к инвалидности, нужна оценка демографической ситуации в целом, анализ современных подходов к проблеме инвалидности, поиск путей решения ключевых сложных вопросов.

Следует сразу оговориться, что проблема инвалидности существует и будет существовать далее. Необходимо постепенно совершенствовать систему оказания экспертно-реабилитационной помощи, искать новые подходы к определению инвалидности, совершенствовать систему дифференцированной социальной помощи конкретному человеку для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности и его последующей социальной реинтеграции.

5.1. Демографическая ситуация

Несмотря на наметившиеся положительные тенденции в динамике демографических показателей в последние годы (увеличение рождаемости, стабилизация общей смертности, снижение младенческой, детской, материнской смертности), в Республике Беларусь продолжает сокращаться численность населения. Так, на начало 2011 г. численность населения составила 9 481 193 чел., что на 729 210 чел. меньше, чем на начало 1995 г. (10 210 403 чел.). В то же время по статистическим данным в республике отмечается рост заболеваемости населения. С 1995 г. уровень первичной заболеваемости населения Республики Беларусь увеличился на 11,0 % и составил 81 746,1 на 100 тыс. населения (в 1995 г. – 73 642,4 на 100 тыс. населения). Общая заболеваемость выросла на 29,1% и составила в 2010 г. 152 149,3 на 100 тыс. населения (в 1995 г. – 117 876,4 на 100 тыс. населения). Соотношение общей и первичной заболеваемости увеличилось с 1,60 в 1995 г. до 1,86 в 2010 г., что указывает на значительное накопление хронической патологии.

Таким образом, рост заболеваемости, увеличение уровня травматиз-

ма, рост числа хронических заболеваний с прогрессирующим течением – с одной стороны, и применение новых реабилитационных технологий, способствующих увеличению продолжительности жизни лиц с ограничениями жизнедеятельности, с другой стороны приводят к увеличению общего контингента инвалидов.

5.2. Инвалид и инвалидность

С позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного человека, а общества в целом. Интеграция инвалида в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др.

Инвалидность – это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты. (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» 2008г., ст. 1).

Инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» 2008г., ст. 1).

По оперативным данным в органах по труду и социальной защите на учете на 31.12.2011 г. состоит 508 433 инвалида. По сравнению с 1995 г. численность контингента инвалидов в Республике Беларусь увеличилась на 87 363 человека, или на 20,7% (421 070 человек в 1995 г.), в том числе взрослых инвалидов стало больше на 82 169 человек, или на 20,5% (1995 г. – 400 507 человек, 2011 г. – 482 676 человек), число детей инвалидов выросло на 5 194 человека, или на 25,3% (с 20 563 человек в 1995 г. до 25 757 человек в 2011 г.) (таблица 5.1.).

Уровень накопленной инвалидности всего населения Республики Беларусь с 1995 г. вырос на 30,0% (с 412,4 на 10 тыс. населения в 1995 г. до 536,3 на 10 тыс. населения в 2011 г.), взрослого населения – на 16,9% (с 533,1 на 10 тыс. населения в 1995 г. до 623,3 на 10 тыс. населения в 2011 г.), детского населения – на 94,6% (с 76,2 на 10 тыс. населения в 1995 г. до 148,3 на 10 тыс. населения в 2011 г.) (таблица 5.2.).

Численность впервые признанных инвалидами в Республике Беларусь с 1995 г. по 2011 г. уменьшилась на 18 863 человека (или 27,2%)

(1995 г. – 69 257 человек, 2011 г. – 50 394 человека), в том числе среди взрослого населения на 16 536 человек (25,9%) (1995 г. – 63 953 человека, 2011 г. – 47 417 человек), среди лиц трудоспособного возраста – на 9 012 человек (или на 30,0%) (1995 г. – 30 023 человека, 2011 г. – 21 011 человек), среди детей, впервые признанных инвалидами – на 2 327 человек (или на 43,9%) (1995 г. – 5 304 человека, 2011 г. – 2977 чел.) (таблица 5.3). Уровень первичной инвалидности всего населения республики с 1995 г. по 2011 г. снизился на 21,8% (с 67,94 до 53,10 на 10 тыс. населения), взрослого населения – на 28,0% (с 85,04 до 61,24 на 10 тыс. населения), населения трудоспособного возраста – на 32,8% (с 55,89 до 37,58 на 10 тыс. населения), детского населения – на 14,1% (с 19,84 до 17,04 на 10 тыс. населения) (таблица 5.4).

Таблица 5.1. Численность контингента инвалидов в Республике Беларусь

Возрастные группы	1995	2000	2005	2010	2011
Все население	421070	416555	504373	504403	508433
в т.ч. 18 лет и старше	400507	390107	475478	478841	482676
дети (0-17 лет)	20563	26448	28895	25562	25757

Таблица 5.2. Уровень инвалидности в Республике Беларусь (на 10 тыс. населения)

Возрастные группы	1995	2000	2005	2010	2011
Все население	412,4	415,7	514,7	531,0	536,3
в т.ч. 18 лет и старше	533,1	511,8	610,2	618,5	623,3
дети (0-17 лет)	76,2	110,3	143,9	145,4	148,3

Таблица 5.3. Численность впервые признанных инвалидами в Республике Беларусь

Возрастные группы	1995	2000	2005	2010	2011
Все население	69257	59640	55509	46962	50394
в т.ч. 18 лет и старше	63953	55495	52048	43994	47417
трудоспособный возраст	30023	25116	23557	19276	21011
дети (0-17 лет)	5304	4145	3461	2968	2977

Таблица 5.4. Уровень первичной инвалидности в Республике Беларусь (на 10 тыс. населения)

Возрастные группы	1995	2000	2005	2010	2011
Все население	67,94	59,61	56,78	49,48	53,10
в т.ч. 18 лет и старше	85,04	72,64	66,69	56,82	61,24
трудоспособный возраст	55,89	45,62	41,12	34,47	37,58
дети (0-17 лет)	19,84	17,53	17,56	16,98	17,04

Анализ первичной инвалидности взрослого населения показал, что в 2011 году по подавляющему большинству классов болезней имеется существенное снижение показателей в сравнении с 1995 и 2000 гг. (таблица 5.5). Аналогичная ситуация имеет место при анализе показателей первичной инвалидности трудоспособного населения (таблица 5.6) и показателей первичной инвалидности детского (до 18 лет) населения (таблица 5.7).

Таблица 5.5. Показатели первичной инвалидности взрослого населения (18 лет и старше) по классам болезней

Классы болезней	1995	2000	2005	2010	2011
Туберкулез	1,10	1,00	0,81	0,67	0,73
Новообразования	12,94	14,17	14,14	14,30	14,89
Болезни крови	0,14	0,09	0,10	0,05	0,07
Болезни эндокринной системы	2,58	2,42	2,24	1,93	2,26
Психические расстройства	3,60	2,90	2,38	2,18	2,28
Болезни нервной системы	8,95	6,94	4,88	2,39	2,69
Болезни глаза	6,19	4,66	2,33	1,71	2,15
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,37	0,11	0,09	0,11	0,10
Болезни системы кровообращения	37,70	31,16	28,72	23,09	24,66
Болезни органов дыхания	3,16	1,89	1,39	0,75	0,74
Болезни органов пищеварения	1,27	1,14	1,42	1,30	1,39
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5,91	5,12	5,37	4,23	4,49
Травмы	5,59	4,42	4,11	3,18	3,77
Болезни мочеполовой системы	1,10	0,77	0,60	0,52	0,55
Врожденные аномалии	0,45	0,30	0,32	0,18	0,19
Всего	85,05	72,64	66,69	56,82	61,24

Таблица 5.6. Показатели первичной инвалидности трудоспособного населения (18-59(54) лет) по классам болезней

Классы болезней	1995	2000	2005	2010	2011
Туберкулез	1,19	1,20	1,01	0,84	0,96
Новообразования	10,22	10,23	10,07	9,75	10,05
Болезни крови	0,13	0,09	0,10	0,04	0,06
Болезни эндокринной системы	1,88	1,61	1,46	1,23	1,48
Психические расстройства	3,74	2,84	2,20	1,63	1,66
Болезни нервной системы	2,25	1,79	2,11	2,00	2,35
Болезни глаза	4,42	2,99	0,95	0,51	0,95
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,40	0,13	0,11	0,07	0,08
Болезни системы кровообращения	15,26	12,27	11,49	9,58	10,00
Болезни органов дыхания	2,30	1,16	0,87	0,43	0,44
Болезни органов пищеварения	1,30	1,16	1,47	1,34	1,42
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4,51	3,73	3,59	2,69	2,87
Травмы	6,22	5,04	4,57	3,50	4,26
Болезни мочеполовой системы	0,99	0,68	0,52	0,44	0,44
Врожденные аномалии	0,54	0,36	0,37	0,21	0,22
Всего	55,91	45,62	41,12	34,47	37,58

Таблица 5.7. Показатели первичной инвалидности детского населения (до 18 лет) по классам болезней

Классы болезней	1995	2000	2005	2010	2011*
Новообразования	1,49	1,78	1,31	1,33	1,56
Болезни крови	0,22	0,32	0,30	0,21	0,38
Болезни эндокринной системы	1,03	1,02	1,40	1,76	1,80
Психические расстройства	3,25	2,64	2,22	1,23	1,74
Болезни нервной системы	3,28	2,58	2,99	3,86	2,87
Болезни глаза	2,22	1,25	0,63	0,39	0,47
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,54	0,65	0,61	0,70	0,81
Болезни системы кровообращения	0,48	0,14	0,15	0,25	0,24
Болезни органов дыхания	0,64	0,52	0,27	0,11	0,11
Болезни органов пищеварения	0,19	0,20	0,19	0,11	0,21

Продолжение таблицы 5.7.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,81	1,15	1,35	1,02	1,01
Травмы	1,08	0,73	0,57	0,39	0,50
Болезни мочеполовой системы	0,33	0,33	0,28	0,11	0,21
Врожденные аномалии	2,95	3,86	4,99	5,51	4,94
Всего	19,84	17,52	17,54	17,00	17,04

Примечание:* расчет выполнен на среднегодовое население 2011 г.

Вместе с тем уровень первичной инвалидности населения республики в 2011 г. по сравнению с 2010 г. вырос на 7,3% (с 49,90 на 10 тыс. населения в 2010 году до 53,10 на 10 тыс. населения в 2011 году), в т.ч.:

среди взрослого населения – на 7,7% (с 56,82 на 10 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше в 2010 году до 61,24 в 2011 году),

среди лиц трудоспособного возраста – на 9,4% (с 34,47 на 10 тыс. трудоспособного населения в 2010 году до 37,58 в 2011 году),

среди детей – на 0,3% (с 17,00 на 10 тыс. детского населения в 2010 году до 17,04 в 2011 году).

Основные причины первичной инвалидности трудоспособного населения:

- новообразования – 10,05 на 10 тыс. населения, удельный вес в нозологической структуре – 26,8%;

- болезни системы кровообращения – 10,00 на 10 тыс. населения, (26,6%);

- травмы – 4,26 на 10 тыс. населения (11,4%);

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 2,87 на 10 тыс. населения (7,6%).

Тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 61,3% в 2010 г. до 57,3% в 2011 г.

Удельный вес инвалидов первой группы составил 11,0% против 12,0% в 2010 году. Доля инвалидов второй группы снизилась с 49,3% в 2010 г. до 46,3% в 2011 году.

Основные причины первичной инвалидности детского населения:

- врожденные аномалии – 4,94 на 10 тыс. населения, (29,0%);

- болезни нервной системы – 2,87 на 10 тыс. населения, (16,8%);

- болезни эндокринной системы – 1,80 на 10 тыс. населения, (10,6%);

- психические расстройства – 1,74 на 10 тыс. населения, (10,2%);

- новообразования – 1,56 на 10 тыс. населения, (9,1%).

Причины роста первичного выхода на инвалидность:

1. Увеличение заболеваемости населения по:
новообразованиям – первичной заболеваемости на 4,0% и общей заболеваемости на 8,0%;
болезням органов кровообращения – общей заболеваемости на 1,5%;
болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – первичной заболеваемости на 0,9% и общей заболеваемости на 3,3%;
травмам – первичной заболеваемости на 2,7% и общей заболеваемости на 2,8% и т.д.

2. Внесение дополнений в действующую Инструкцию о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья (Постановление Минздрава Республики Беларусь от 08.11.2010 № 142), а именно:

2.1. расширение перечня анатомических дефектов;
2.2. синдром социальной компенсации, при котором наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности приводит к более выраженной степени социальной недостаточности. В таких случаях при вынесении экспертного решения определяется более высокая группа инвалидности. А это в свою очередь приводит к росту первичного выхода на инвалидность или ее тяжести.

3. Увеличение числа пациентов, направляемых ВКК для установления III группы инвалидности и получения права на предоставление государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации: ортезов верхних и нижних конечностей, туловища, ортопедической обуви, слуховых аппаратов, глазных протезов, шприцев инсулиновых или игл одноразовых для шприц-ручек, тест-полосок для определения уровня глюкозы в крови (Указ Президента РБ 14.09.2009 № 458 «Положение о порядке предоставления государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации»);

На сегодняшний день при освидетельствовании взрослых граждан, достигших 18 летнего возраста, устанавливается одна из трех групп инвалидности: I, II, III. У детей устанавливается степень утраты здоровья: 1-я, 2-я, 3-я или 4-я.

5.3. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – область науки и система практической деятельности, которая функционирует в здравоохранении и в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.

Другими словами МСЭ определяет в установленном порядке потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

МСЭ включает в себя два раздела: экспертизу временной нетрудоспособности и экспертизу стойкой инвалидности.

Экспертиза **временной нетрудоспособности (ВН)** вследствие заболевания, травмы, увечья и т.д., проводится лечащим врачом и (или) врачебно-консультационной комиссией (ВКК) в которую входит – лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача организации здравоохранения по медико-социальной экспертизе. При экспертизе временной нетрудоспособности определяется необходимость и сроки временного освобождения пациента или лица, осуществляющего уход за больным членом семьи, от работы, временного или постоянного перевода пациента по состоянию здоровья на другую работу. По результатам экспертизы ВН выдается листок нетрудоспособности или справка о ВН.

Экспертиза инвалидности осуществляется **медико – реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК)**, которые осуществляют:

- освидетельствование граждан в целях проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности граждан (далее – медико-социальная экспертиза) в порядке и сроки, установленные Министерством здравоохранения;

- определение конкретных объемов, видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий гражданам, прошедшим медико-социальную экспертизу, в случаях, предусмотренных законодательством;

- учет и анализ структуры инвалидности.

Организация деятельности и функции комиссий, регламентированы постановлением Совета министров Республики Беларусь от 16 октября 2007 г. № 1341 «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений правительства Республики Беларусь и

отдельных их положений»

В соответствии с этим постановлением МРЭК создается в каждой области и г. Минске и находится соответственно в подчинении управления здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Минского горисполкома. Руководство МРЭК осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается от должности начальником управления здравоохранения облисполкома, председателем комитета по здравоохранению Минского горисполкома.

В структуру МРЭК входят следующие структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы):

- центральные комиссии;
- специализированные (кардиологические, онкологические, ортопедотравматологические, педиатрические, пульмонологические, офтальмологические и иные);
- межрайонные (районные, городские) комиссии (далее – комиссии);
- кабинеты медико-профессиональной реабилитации;
- иные структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы), обеспечивающие деятельность МРЭК.

Формирование сети МРЭК определяется из расчета одна межрайонная (районная, городская) комиссия на 90 тыс. человек, проживающих в районе (городе) обслуживания комиссии, при условии проведения медико-социальной экспертизы 1,8-2 тыс. человек в год. Специализированные комиссии создаются для проведения медико-социальной экспертизы при заболеваниях, наиболее распространенных на данной территории. Специализированные, межрайонные (районные, городские) комиссии осуществляют свою деятельность по территориальному признаку или по профилю заболеваний. Центральная комиссия организуется одна на 4 межрайонные (районные, городские) и (или) специализированные комиссии.

По состоянию на 01.01.2012 г. медико-социальную экспертизу населения осуществляли 14 центральных и 75 первичных МРЭК. Из общего числа первичных МРЭК 30,5 (40,7%) являлись специализированными, 44,5 – имели общий профиль. Кроме того, в состав МРЭК введены кабинеты медико-профессиональной реабилитации, что расширяет диагностические возможности, позволяет проводить медицинскую реабилитацию в сочетании с профессиональной ориентацией и подбором доступных условий труда и видов деятельности для инвалидов.

По штатному расписанию во МРЭК предусмотрено 358,75 должностей врачей-экспертов, врачей-реабилитологов. Фактически уком-

плектовано 337,25 должности. Процент укомплектованности составляет 94,0%.

Наиболее важной проблемой в кадровой политике службы медико-социальной экспертизы, как и в целом здравоохранения, является возрастная диспропорция. Так, в МРЭК практически отсутствуют молодые специалисты, среднее звено (наиболее трудоспособное, опытное) – немногочисленное, в основном работают лица пенсионного и предписанного возраста (50,0%). Вместе с тем вопрос преемственности очень важен.

Для решения проблемы целесообразно осуществлять распределение выпускников медицинских вузов для работы врачами-экспертами в МРЭК.

В целях повышения уровня подготовки лечащих врачей по вопросам медицинской экспертизы целесообразно включить в учебный процесс медицинских вузов программу подготовки студентов по медицинской экспертизе, организовать кафедру основ медицинской экспертизы и медицинской реабилитации в медицинских вузах, прохождение стажировки по медицинской экспертизе выпускниками медицинских вузов, а также разработать учебные программы по специальности врач-эксперт для прохождения стажировки по медицинской экспертизе выпускниками медицинских вузов.

Для повышения правовой и экономической грамотности врачей-экспертов, своевременного доведения до сведения врачей нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы проведения медицинской экспертизы целесообразно организовать подготовку врачей по правовым и экономическим (в частности, расчет стоимости медицинских услуг) вопросам (курсы повышения квалификации на базе экономических и юридических ВУЗов, семинары, создание специализированного интернет-сайта и т.п.).

5.4. Кратко о Концепции последствий болезни

В 90 годы XX века в нашей республике получила развитие новая концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ-9 и -10) в виде «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности».

В результате возникших «нарушений» как следствия заболевания (или травмы) в человеке может меняться и состояние его организма в

целом и способность его к жизнедеятельности, определяющей его развитие как личности. Индивидуум становится ограниченным в сферах деятельности, привязан к определенным средствам жизнеобеспечения. В результате происходит расстройство на уровне личности, возникают, так называемые, «ограничения жизнедеятельности», которые в свою очередь могут привести к «социальной недостаточности» в виде инвалидности.

Нарушение – это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, ведущей возрастной деятельностью (у лиц в возрасте до 18 лет), которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычном для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности.

Категории (или критерии оценки) ограничения жизнедеятельности: способность к самообслуживанию; способность к самостоятельному передвижению; способность к ориентации; способность к общению; способность контролировать свое поведение; способность к обучению; способность к трудовой деятельности (а у лиц до 18 лет - способность к ведущей возрастной деятельности).

Социальная недостаточность – это социальные последствия нарушения здоровья, такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения)

С целью унификации подхода и оценки разных нарушений и ограничения жизнедеятельности (ОЖ) введено понятие **функциональный класс (ФК)**:

- ФК-0 – характеризует нормальное состояние параметра
- ФК-1 – легкое нарушение параметра (до 25%)
- ФК-2 – умеренно-среднее нарушение параметра (от 25% до 50%)
- ФК-3 – значительное нарушение параметра (от 51% до 75%)
- ФК-4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76% до 100%).

Степень выраженности ограничения жизнедеятельности ребенка оценивается через понятие – **степень утраты здоровья (СУЗ)**, суще-

ствует четыре СУЗ у детей 1 – минимальные нарушения и ограничения жизнедеятельности, 4 – самая тяжелая степень утраты здоровья у детей, соответствующая первой группе инвалидности у взрослых, 3 СУЗ – соответствует второй группе инвалидности у взрослых, 2 СУЗ – третьей группе инвалидности у взрослых.

В зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойкими расстройствами функций организма, возникших в результате заболеваний, дефектов или травм, детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья.

5.5. Кратко о Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Международная классификация (номенклатура) нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности МКН не позволяла достаточно полно раскрыть роль социальной и физической окружающей среды, как в формировании последствий заболеваний, так и их преодолении. Поэтому в 2001г. вышла в свет **Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ)**.

МКФ ушла от классификации «последствий болезни» (концептуальной позиции ICDH МКН 1980 г.), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания, (1) используя приемлемые научные методы. Это усиливает подходы, основанные на исследовании детерминант здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторов риска МКФ содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет инвалид.

Термин «ограничения жизнедеятельности» понимается как обобщающий. Он относится по всем нарушениям, ограничениям активности и возможности участия. Данный термин обозначает биосоци-

альное явление, характеризующее взаимодействие между людьми, их физическим и социальным окружением. Другими словами он обозначает негативные аспекты взаимодействия между человеком с измененным здоровьем и его контекстовыми факторами (личностными и окружающей среды).

В МКФ были введены критерии влияния личностных и контекстовых факторов окружающей среды во всех их проявлениях. Было введено определение составляющих здоровья и некоторых связанных со здоровьем составляющих благополучия, таких, например, как образование и труд (WHO: ICF, 2001). Кроме того, перечень факторов окружающей среды и личностных факторов рассматривается во взаимодействии со всеми этими категориями.

Применение Международной классификации функционирования может быть использовано для оценки результатов реабилитации, для оценки профессиональной пригодности, для оценки качества жизни населения, позволит обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Таким образом, можно сделать заключение, что:

1. Переход на МКФ позволяет индивидуализировать экспертное решение и объем реабилитационных мероприятий, в которых нуждается данное лицо, признанное инвалидом, однако необходимо детальное изучение МКФ, отработка стандартов в работе с данным документом.

2. Шифровка кодов по МКФ весьма трудозатратна и долговременна. Необходимо внедрение автоматической системы использования МКФ вначале на МРЭК, затем в других учреждениях.

Однако для успешного использования данного документа необходимо:

1. Разработать научно – обоснованные подходы к переходу на МКФ в рамках ОНТП «Медицинская экспертиза и реабилитация».

2. Обеспечить обучение специалистов МРЭК и врачей-реабилитологов работе с МКФ.

3. Разработать автоматизированную систему использования МКФ.

5.6. О назначении и выполнении индивидуальной программы реабилитации

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 998 от 23.10.2009 г. утверждена форма № 7-мсэ/у-09 «Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациен-

та», которая заполняется организацией здравоохранения в случаях осуществления медицинской реабилитации пациентов с признаками инвалидности (до их направления на медико-социальную экспертизу) или вынесения МРЭК заключения для организации здравоохранения по месту жительства инвалида о формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Кроме того, этим документом утверждены еще 10 различных форм, которые должны заполняться при осуществлении гражданам медицинской экспертизы. В этих формах, в частности в направлении на медико-социальную экспертизу, в отрывном талоне к направлению, в акте освидетельствования пациента в МРЭК, в индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента предусмотрено определение так называемых «нарушений» и «ограничений жизнедеятельности», а также степень их выраженности для принятия правильного экспертного решения. Это соответствует современным требованиям ВОЗ и тем международным документам, которые рекомендуются учитывать при вынесении экспертного решения.

При признании пациента инвалидом на МРЭК составляется «Индивидуальная программа реабилитации инвалида», форма, которая утверждена Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 65 от 01.07.2011 г. по согласованию с Министерством труда и соцзащиты и Министерством образования Республики Беларусь.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мероприятий, виды социальной помощи и является «документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйства».

Индивидуальная программа реабилитации инвалида состоит из трех разделов:

- программа медицинской реабилитации;
- программа профессиональной и трудовой реабилитации;
- программа социальной реабилитации.

В 2011 г. специалистами МРЭК составлено 121 781 ИПР инвалида, что составило 85,5% от числа освидетельствованных. Рекомендации по продолжению медицинской реабилитации получили 114 556 инвалидов (80,4% от числа освидетельствованных). Программы профессиональной и трудовой реабилитации были составлены – 43 685 инвалидам (30,7% от числа освидетельствованных), программы социальной реабилитации – 34 594 инвалидам 24,3% от числа освидетельствованных) (таблица 5.8). Число составленных программ реабилитации на лиц, впер-

вые признанных инвалидами в 2011 году, и признанных инвалидами при переосвидетельствовании представлено в таблицах 5.9 и 5.10.

Кроме того в 2011 году было освидетельствовано 11 061 детей в возрасте до 18 лет. При этом программа реабилитации составлена в 9 487 случаях, что составляет 85,8%. Рекомендации по медицинской реабилитации даны в 9 351 (84,5%) случаях, программа профессиональной реабилитации составлена в 1992 (18,0%) случаях, социальной реабилитации – в 3 771 (34,1%) случаях (таблица 5.11).

В таблицах 5.12, 5.13 приведено число составленных индивидуальных программ реабилитации на детей, впервые признанных инвалидами и признанных инвалидами при переосвидетельствовании.

Однако, одной из основных проблем является **низкое качество составления**, как ИПР пациента, так и ИПР инвалида. Довольно часто – это шаблонный, без учета индивидуальных особенностей человека, перечень тех или иных мероприятий.

Кроме того, имеет место **недостаточный охват всех нуждающихся программами реабилитации**. Ни о каком другом проценте, кроме 100% от числа нуждающихся в различных аспектах реабилитации речь идти не может. Нужен анализ на местах, почему ИПР составляется не всем нуждающимся.

Но самым главным недостатком при составлении ИПР является качество трудовых рекомендаций.

Главным в медико-социальной экспертизе лиц трудоспособного возраста является изучение характера и степени остаточной трудоспособности пациентов и оформление им ИПР, особенно в части профессиональной реабилитации, изучение качества трудовых рекомендаций МРЭК показывает, что врачи-эксперты часто допускают следующие ошибки при их оформлении:

1. Далеко не всегда оформляют трудовые рекомендации инвалидам 2-й группы, это обусловлено не только тяжестью патологии, но и невозможностью создать больным специальные условия труда.

2. Низкое качество оформления трудовых рекомендаций. При установлении 2-й группы инвалидности рекомендация оформляется по определенному стандарту: констатируется, что пациент может выполнять работы в специально созданных условиях или на дому, указывается примерный перечень работ (довольно часто он вообще отсутствует). Инвалидам 3-й группы полная и конкретная трудовая рекомендация оформлена редко. Часто трудовые рекомендации имеют существенные дефекты в оформлении, а именно: не указываются противопоказанные условия труда, перечень рекомендуемых для трудоустройства профессий, не рекомендуется обучение (переобучение)

Таблица 5.8. Число составленных ИПР освидетельствованным гражданам на МРЭК за 2011 год

Области	Число освидетельствованных	Число составленных ИПР	% от числа освидетельствованных	Из них					
				рекомендации по медицинской реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа профессиональной и трудовой реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа социальной реабилитации	% от числа освидетельствованных
Брестская	21288	20142	94,6	17711	83,2	11807	55,5	8060	37,9
Витебская	17685	13277	75,1	12446	70,4	3986	22,5	3595	20,3
Гомельская	18910	16726	88,5	16726	88,5	10886	57,6	3117	16,5
Гродненская	17363	14893	85,8	14347	82,6	6434	37,1	6343	36,5
Минская	21326	14247	66,8	10856	50,9	1596	7,5	1694	7,9
Могилевская	17765	14347	80,8	14321	80,6	1656	9,3	1558	8,8
г. Минск	28149	28149	100,0	28149	100,0	7320	26,0	10227	36,3
Республика Беларусь	142486	121781	85,5	114556	80,4	43685	30,7	34594	24,3

Таблица 5.9. Число составленных ИПР лицам, впервые признанные инвалидами в 2011 году

Области	Число освидетельствованных	Число составленных ИПР	% от числа освидетельствованных	Из них					% от числа освидетельствованных
				реко- менда- ции по меди- цинской реаби- литации	% от числа освиде- тельст- вован- ных	грам- ма про- фесси- ональной и трудо- вой реабили- тации	% от числа освиде- тельст- вован- ных	про- грам- маль- ной реабили- тации	
Брестская	6103	3489	57,2	3140	51,5	2088	34,2	1395	22,9
Витебская	5302	4918	92,8	4737	89,3	1205	22,7	1353	25,5
Гомельская	6966	5076	72,9	5076	72,9	3347	48,0	1027	14,7
Гродненская	5817	5751	98,9	5751	98,9	1519	26,1	2144	36,9
Минская	7535	6073	80,6	4342	57,6	593	7,9	476	6,3
Могилевская	6046	5907	97,7	5907	97,7	509	8,4	696	11,5
г. Минск	13759	13759	100,0	13759	100,0	2516	18,3	4321	31,4
Республика Беларусь	51528	44973	87,3	42712	82,9	11777	22,9	11412	22,1

Таблица 5.10. Число составленных ИПР гражданам, признанным инвалидами при переосвидетельствовании в 2011 году

	Число освидетельствованных	Число составленных ИПР	% от числа освидетельствованных	Из них					% от числа освидетельствованных
				рекомендации по медицинской реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа профессиональной и трудовой реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа социальной реабилитации	
Брестская	8917	7073	79,3	6365	71,4	4243	47,6	2829	31,7
Витебская	9292	8359	90,0	7709	83,0	2781	29,9	2242	24,1
Гомельская	11944	11650	97,5	11650	97,5	7539	63,1	2090	17,5
Гродненская	8616	8596	99,8	8596	99,8	4369	50,7	3653	42,4
Минская	9326	7174	76,9	6514	69,8	1003	10,8	1218	13,1
Могилевская	8613	8440	98,0	8414	97,7	1147	13,3	862	10,0
г. Минск	14390	14390	100,0	14390	100,0	4804	33,4	4906	34,1
Республика Беларусь	71098	65682	92,4	63638	89,5	25886	36,4	17800	25,0

Таблица 5.11. Число составленных ИПР детям при освидетельствовании в МРЭК в 2011 году

	Число освидетельствованных	Число составленных ИПР	% от числа освидетельствованных	Из них					
				реко- менда- ции по меди- цинской реаби- литации	% от числа освиде- тельст- вован- ных	програ- ма про- фесси- ональной и трудо- вой реа- билита- ции	% от числа освиде- тельст- вован- ных	програ- ма социаль- ной реабил- итации	% от числа освиде- тельст- вован- ных
Брестская	1818	731	40,2	657	36,1	356	19,6	291	16,0
Витебская	1304	1304	100,0	1304	100,0	76	5,8	85	6,5
Гомельская	1581	1581	100,0	1581	100,0	557	35,2	468	29,6
Гродненская	1309	1309	100,0	1309	100,0	268	20,5	643	49,1
Минская	1722	1235	71,7	1173	68,1	89	5,2	392	22,8
Могилевская	1300	1300	100,0	1300	100,0	175	13,5	256	19,7
г. Минск	2027	2027	100,0	2027	100,0	471	23,2	1636	80,7
Республика Беларусь	11061	9487	85,8	9351	84,5	1992	18,0	3771	34,1

Таблица 5.12. Число составленных ИПР детям-инвалидам, впервые признанным инвалидами в 2011 году

Области	Число освидетельствованных	Число составленных ИПР	% от числа освидетельствованных	Из них					% от числа освидетельствованных
				рекомендации по медицинской реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа профессиональной и трудовой реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа социальной реабилитации	
Брестская	447	184	41,2	165	36,9	69	15,4	73	16,3
Витебская	289	289	100,0	289	100,0	4	1,4	26	9,0
Гомельская	439	439	100,0	439	100,0	101	23,0	163	37,1
Гродненская	285	285	100,0	285	100,0	58	20,4	170	59,6
Минская	462	334	72,3	332	71,9	7	1,5	54	11,7
Могилевская	304	304	100,0	304	100,0	23	7,6	36	11,8
г. Минск	651	651	100,0	651	100,0	227	34,9	520	79,9
Республика Беларусь	2877	2486	86,4	2465	85,7	489	17,0	1042	36,2

Таблица 5.13. Число составленных ИПР детям-инвалидам, признанным инвалидами при переосвидетельствовании в 2011 году

Области	Число освидетельствованных	Число составленных ИПР	% от числа освидетельствованных	Из них					
				рекомендации по медицинской реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа профессиональной и трудовой реабилитации	% от числа освидетельствованных	программа социальной реабилитации	% от числа освидетельствованных
Брестская	1371	547	39,9	492	35,9	287	20,9	218	15,9
Витебская	1015	1015	100	1015	100,0	72	7,1	59	5,8
Гомельская	1142	1142	100	1142	100,0	456	39,9	305	26,7
Гродненская	1024	1024	100	1024	100,0	210	20,5	473	46,2
Минская	1260	901	71,5	841	66,7	82	6,5	338	26,8
Могилевская	996	996	100	996	100,0	152	15,3	220	22,1
г. Минск	1376	1376	100	1376	100,0	244	17,7	1116	81,1
Республика Беларусь	8184	7001	85,5	6886	84,1	1503	18,4	2729	33,3

В последние годы претерпели серьезные изменения законодательные и другие нормативные документы в сфере образования и трудовой занятости (в частности, стали более взвешенными подходы к получению профессионального образования за счет бюджетных средств, ограничены во времени сроки реализации различных разделов ИПР инвалида, ужесточились критерии допуска по результатам медицинских осмотров работников к работам во вредных и опасных условиях труда, расширился перечень административных процедур). В результате возросли требования к работникам системы здравоохранения (отделения профилактики, врачебно-консультационные комиссии, педиатрические отделения (кабинеты), обслуживающие подростков) по даче профессиональных рекомендаций, профессиональному подбору, выявлению противопоказаний к занятости в профессии (получению профессионального образования). Возникающие споры часто влекут за собой решение вопросов в судебном порядке с последующей выплатой исковых сумм, затраченных на профессиональное обучение, либо недополученных выплат из-за неверных трудовых рекомендаций ответчиком (то есть организациями здравоохранения либо должностными лицами организаций здравоохранения). Это привело к громадному числу обращений в адрес РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Минздрава, управлений здравоохранения (Комитета по здравоохранению), МРЭК по вопросам экспертизы профессиональной пригодности и профессиональному консультированию лиц с нарушениями здоровья и инвалидов. Процедура профессиональной экспертизы очень кропотливая, требует большого числа запросов, переписки, анализа нормативной базы. Только за 2011 год в адрес РНПЦ МЭ и Р поступило 1300 обращений по данным вопросам.

Для решения проблемы необходимо:

1. Совершенствование технологии направления больных на МРЭК и повышение качества оформления медицинской документации.
2. Формирование банка данных рабочих мест для инвалидов с подробной характеристикой условий и режима труда, определенных в результате аттестации рабочих мест.
3. Совершенствование работы кабинетов медико-профессиональной реабилитации, укомплектованность их необходимыми специалистами, которые должны принимать решения совместно с врачами экспертами.
4. Создание полноценной структуры (кабинета или отделения) с соответствующим штатным обеспечением в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации».
5. В связи с реализуемым переходом на МКФ использование

действующей формы бланка становится невозможным, следовательно, необходимо предложить форму бланка ИПР инвалида, соответствующую законодательным нормам и положениям МКФ (с учетом пожеланий МРЭК регионов, смежных ведомств).

6. Разделы бланка ИПР инвалида должны быть дифференцированы для взрослых и детей из-за специфики выдаваемых рекомендаций.

5.7. Совершенствование системы МСЭ

В 2011 г. проведена работа по совершенствованию нормативных документов по вопросам медицинской экспертизы и реабилитации:

Утверждена Инструкция о порядке выдачи и оформлении листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 09.07.2002 № 52/97 (в редакции постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 29.08.2011 № 89/84);

Установлена форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждена инструкция о порядке ее заполнения (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 1 июля 2011 г. № 65 «Об установлении форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждении инструкции о порядке ее заполнения и о признании утратившим силу Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 г. № 10»;

Утверждены приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

«О совершенствовании службы медицинской реабилитации в Республике Беларусь» от 12 марта 2011 г. № 227;

«Об утверждении Инструкции о порядке организации медицинской реабилитации в Республике Беларусь от 21.06.2011 № 666;

Разработаны, утверждены и внедряются в работу организаций здравоохранения протоколы медицинской реабилитации детей (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 172 от 18.02.2011):

протоколы медицинской реабилитации детей с болезнями нервной системы;

протоколы медицинской реабилитации детей с кардиоревматологической патологией;

протоколы медицинской реабилитации детей с болезнями органов дыхания;

протоколы медицинской реабилитации детей с ортопедотравматологической патологией;

протоколы медицинской реабилитации детей с болезнями почек.

Разработаны, утверждены и внедряются в работу организаций здравоохранения:

клинические протоколы медицинской реабилитации пациентов с последствиями политравмы: множественными и изолированными повреждениями верхних, нижних конечностей в сочетании с черепно-мозговой травмой (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 613 от 07.06.2011.);

клинические протоколы ранней медицинской реабилитации пациентов после хирургического (комбинированного) лечения новообразований в стационарных условиях (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 789 от 04.08.2011.).

В целях дальнейшего совершенствования системы медико-социальной экспертизы целесообразно разработать новую модель определения инвалидности, то есть помимо традиционного определения трех групп инвалидности (отражающих тяжесть инвалидности) дополнительно оценивать (определять) у пациентов процент утраты общей трудоспособности.

Это связано с тем, что в современных условиях на первый план в системе организации медицинской экспертизы начинает выходить проблема *дифференцированных выплат* материального возмещения вследствие последствий болезней и травм, вреда здоровью причиненного действиями других лиц и иные случаи. Данная модель определения инвалидности приобретает все большую практическую распространенность в европейских государствах (Германия, Франция, а также в странах постсоветского пространства Россия, Литва, Армения и др.). Концепция современной изменяющейся модели инвалидности связана с двумя позициями.

Первая позиция – это базовый уровень пенсионирования, который осуществляется за счет средств государственного бюджета. Данная модель существует в настоящее время в Республике Беларусь и предусматривает определение гражданам инвалидности (групп инвалидности) медико-реабилитационными комиссиями (МРЭК) и последующую выплату пенсий за счет общих консолидированных средств бюджета.

Вторая позиция – это материальные выплаты вследствие случаев, подлежащих материально-страховому возмещению (это случаи травм на производстве, выплаты вследствие профессиональных забо-

леваний, ущерб, нанесенный здоровью вследствие дорожно-транспортных происшествий, нанесение телесных повреждений потерпевшим в результате противоправных действий других лиц, и др.).

С этой же позицией тесно связан и получивший в последнее десятилетие аспект накопительного страхования, когда гражданин самостоятельно формирует свои пенсионные материальные накопления (параллельно государственным), а в случаях наступления случаев утраты здоровья вследствие заболеваний (любых, а не только травм), снижения способности к выполнению профессионального труда – получает материальные страховые выплаты в определенном размере.

Определение конкретной степени возмещения ущерба (вреда), причиненного здоровью человека, и является проблемным моментом в действующей в настоящее время модели определения инвалидности.

В настоящее время Правительством Российской Федерации (Постановлением от 17 августа 2007 г. №522) определены правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. В обязанности специалистов медицинской экспертизы вменено определение степени утраты профессиональной трудоспособности (то есть возможности выполнения определенного объема и качества работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность); и общей трудоспособности (то есть необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

Развитие системы медицинской экспертизы, унификация законодательства в области медицинской экспертизы в рамках Содружества Независимых Государств (СНГ) и стран Европы требует выработки единых стандартизированных подходов в экспертизе ущерба здоровью граждан, осуществляемого в Республике Беларусь специалистами медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК) в соответствии с современными требованиями медицинской экспертизы.

Вместе с тем, при наличии достаточно хорошо разработанных в последнее десятилетие подходов к общей оценке тяжести инвалидности пациентов с последствиями заболеваний и травм отсутствуют комплексные количественные критерии определения процентов утраты общей трудоспособности в зависимости от степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности. При проведении экспертизы врачи-эксперты вынуждены частично обращаться к норма-

тивными и инструктивными документам, разработанным в 70-е годы Министерством социальной защиты БССР, хотя подходы к экспертизе претерпели существенные изменения (связанные, прежде всего, с внедрением международной трехступенчатой модели оценки последствий заболеваний и травм, регламентированной «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности»).

В последнее десятилетие в Республике Беларусь были предприняты попытки создания инструктивных документов, регламентирующих вопросы определения утраты профессиональной трудоспособности. Однако опыт практического применения инструктивных документов показал, что существует ряд сложностей при определении утраты трудоспособности у длительно неработающих лиц; граждан, не имеющих профессии (специальности) и трудового стажа; в том числе и в случаях, когда речь идет о детях-инвалидах только приступающих (в 18 летнем возрасте) к трудовой деятельности. У ряда пациентов имеется и сочетание нескольких нозологий, синдромов, в совокупности приводящих к большей степени утраты трудоспособности, чем при учете изолированного влияния отдельных синдромов.

В настоящее время сформировалась проблема определения утраты общей трудоспособности и при нозологических формах, которые обуславливают наиболее высокий процент инвалидизации населения в общей структуре инвалидности: болезни системы кровообращения, травмы, болезни нервной системы и др. Однако инструктивных, методических документов по данному вопросу не разработано, как и не определена в принципе сама модель комплексного определения инвалидности (три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности).

Вышеуказанное и обуславливает актуальность проблемы разработки и внедрения системы определения процентов утраты общей трудоспособности, применения усовершенствованной модели определения инвалидности (три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности) в практике медицинской экспертизы.

Таким образом, проблема инвалидности должна находить свое решение в постоянном совершенствовании аспектов к признанию человека неполнофункциональным гражданином в обществе. При этом должны сохраняться и приумножаться все отработанные методические подходы в вопросах проведения медико-социальной экспертизы, которые позволят на качественном и высоком уровне оценивать состояние здоровья и имеющиеся ограничения жизнедеятельности каждого конкретного пациента.

ГЛАВА 6.

«СИНДРОМ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ» КАК ЭЛЕМЕНТ ВНЕДРЕНИЯ МКФ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Осуществление медико-социальной экспертизы в целом и признание пациента инвалидом в частности в Республике Беларусь сегодня осуществляется с использованием современной концепции последствий болезни, основанной на Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Согласно данному документу заболевание, выступающее как внутренняя ситуация организма, может приводить к материализации патологического состояния в виде отклонения от нормы функционирования какого-либо органа или системы органов. То есть, возникает так называемое «нарушение», которое в свою очередь может приводить к различной степени выраженности ограничению какой-либо способности: передвижения, общения, ориентации и т.д., то есть возникает так называемое «ограничение жизнедеятельности». Наконец, наличие различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности приводит к «социальной недостаточности» в виде бытовых, социальных, экономических последствий заболевания, в том числе в виде признания человека инвалидом с соответствующей тяжести инвалидизации, выплате пенсионного пособия и предоставления социальных услуг или технических средств реабилитации.

Согласно утвержденным нормативно-инструктивным документам в Республике Беларусь у взрослого населения определяют третью, вторую или первую группу инвалидности, а у детей первую, вторую, третью или четвертую степень утраты здоровья. При этом у больного выявляется нарушение функций, определяются ограничения жизнедеятельности по наличию ограничений одной или нескольких способностей из семи существующих: способность к передвижению, самообслуживанию, общению, контролю за своим поведением, ориентации, способности к общению, к трудовой деятельности. У детей до 18 лет вместо способности к трудовой деятельности определяется способность к ведущей возрастной деятельности.

На основании определения степени выраженности ограничения жизнедеятельности у больного производится оценка социальной недостаточности, устанавливается группа инвалидности, ее причина, устанавливается срок очередного переосвидетельствования и составляется индивидуальная программа реабилитации (рисунок 6.1)

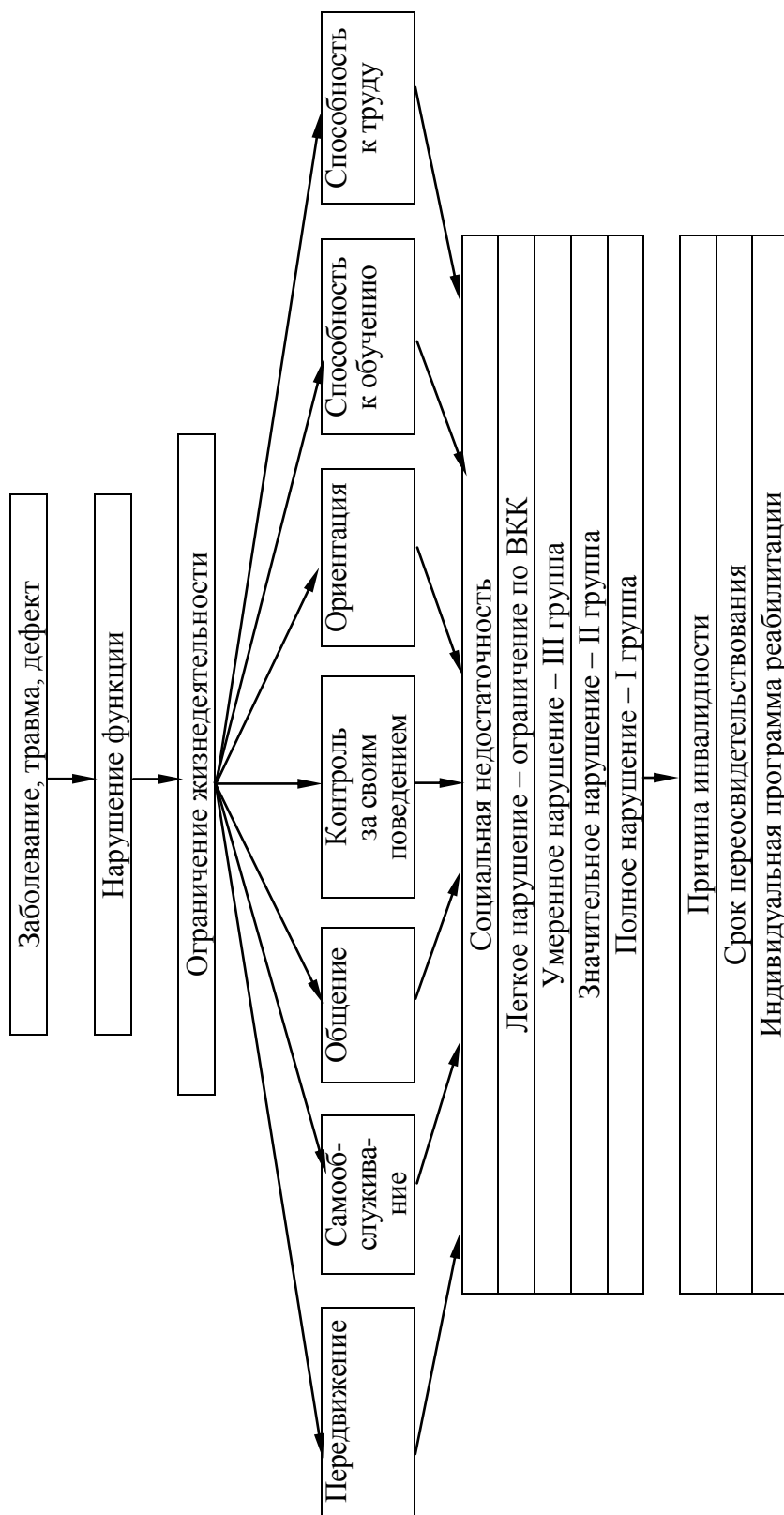


Рисунок 6.1. Схема определение инвалидности исходя из Международной номенклатуры нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности

Оценка степени выраженности того или иного ограничения жизнедеятельности (той или иной степени нарушения какой-либо способности) осуществляется при помощи понятия «**функциональный класс**» (ФК), который ранжируется по 5-бальной шкале, принятой за 100%:

- ФК 0 – характеризует нормальное состояние способности;
- ФК1 – легкое ее нарушение (до 25%);
- ФК2 – умеренно-среднее (от 25 до 50%);
- ФК3 – значительное (от 51 до 75%);
- ФК4 – резко выраженное нарушение или полная утрата способности (от 76 до 100%).

Ограничение жизнедеятельности оцениваются по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных средств, технических или иных вспомогательных средств, а также степень взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий.

В практике медико-социальной экспертизы довольно часто возникает ситуация, когда у одного больного имеется несколько заболеваний с различной степенью выраженности тех или иных нарушений. Эти нарушения (как следствие заболеваний) могут ограничивать разные способности (общение, самообслуживание и др.), а могут избирательно воздействовать только на одну способность (например, передвижение). При этом происходит взаимное отягощение нарушенных функций, ухудшающих состояние больного.

Взаимное отягощение нарушенных функций вследствие разных заболеваний, но в рамках одной из категорий называют «**синдромом взаимного отягощения**». Так, например хроническая легочная недостаточность может ограничивать у больного способность к передвижению. Эту же способность может ограничивать и имеющаяся патология сердечно-сосудистой системы. Если у одного больного имеется и та и другая патология (даже умеренной степени выраженности) в целом они приводят к более выраженному ограничению передвижения, чем в случае, когда данный пациент страдал бы только одним заболеванием.

Применение понятия «функциональный класс» в медицинской экспертизе привело к установлению неких «шаблонов», «констант соответствия» между уровнем ФК и группой инвалидности.

Так, в большинстве случаев резко выраженное ограничение (или полная утрата) какой-либо способности, соответствующее ФК – IV является основанием для признания пациента инвалидом I группы, значительное (ФК – III) – инвалидом II группы, умеренное (ФК – II) – инвалидом III группы.

Легкое ограничение какой-либо способности (ФК – I) является при необходимости основанием для предоставления пациенту ограничений по линии ВКК.

Безусловно, это весьма схематичное соответствие функциональных классов и групп инвалидности и имеется целый ряд ситуаций, когда, экспертное решение не соответствует этой «схеме».

Тем не менее, в общем и целом врачи-эксперты и врачи – реабилитологи ориентируются на такое соответствие вышеуказанных понятий при вынесении экспертного решения.

Таким образом, можно констатировать, что сегодня инвалидность устанавливается не за утрату (полную или частичную) трудоспособности, а за наличие ограничений жизнедеятельности, за наличие каких-либо социальных барьеров, нарушающих качество жизни человека. Другими словами, инвалидность определяется не за наличие заболевания (мозговой инсульт, инфаркт миокарда), а за их последствия. Подобные подходы к определению инвалидности существуют во многих странах мира. При этом практически во всех странах Европы в работе используется обновленная версия вышеуказанной Номенклатуры в виде Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ) (см. главу 1).

С позиций МКФ термин **«ограничение жизнедеятельности»** понимается как обобщающий. Он обозначает системное явление, характеризующее взаимодействие между людьми и их физическим окружением.

Ограничение жизнедеятельности является следствием не только изменения здоровья и нарушений, но и ограничений в результате барьеров окружающей среды. Это положение принципиально важно для трактовки понятия «инвалидность» и в определении направлений профилактики и реабилитации. Наличие барьеров окружающей среды может быть решающим фактором в формировании инвалидности, а снятие барьеров – привести к предупреждению инвалидности или реабилитации при одном и том же изменении здоровья.

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. Как таковой термин «социальная недостаточность» исключен из МКФ вследствие его «уничжительного» значения.

Таким образом, с современных позиций следует оценивать не только (и не столько) последствия заболевания или травмы в виде ограничений жизнедеятельности, а (что более важно!) возможность социальной ком-

пенсации человека с дефектом, возможность устранения барьеров, хотя бы и с помощью социальных выплат в виде пенсии по инвалидности.

Поэтому нами впервые в практике медико-социальной экспертизы предлагается новое понятие, новый термин – **«синдром социальной компенсации»**. Безусловно, это понятие будет не всеми специалистами принято однозначно, но по-нашему мнению оно не только имеет право на жизнь, но и соответствует сегодняшнему дню, современной трактовке последствий болезни.

Термин «синдром» употребляется не только в чисто медицинском значении, как сочетание признаков (симптомов), имеющих общий механизм возникновения и характеризующий определенное болезненное состояние организма. Он еще является признаком чего-либо, в данном случае обозначающий состояние полной социальной компенсации индивида.

Суть термина «синдром социальной компенсации» состоит в следующем. Анализ степени выраженности какого-либо ограничения жизнедеятельности должен производиться не только через функциональный класс и соответствующее ему описание частичной или полной утраты способности, а должен учитывать совокупное снижение адаптивности организма индивидуума, учитывать рамки его социальной дезадаптации и возможности компенсации этой дезадаптации. Как правило, уровень дезадаптации обусловлен снижением не одной какой-либо способности, а нескольких, иногда трех-четырёх и более, которые и должны стать критерием принятия экспертного решения. В настоящее время группа инвалидности определяется по наиболее выраженному ограничению жизнедеятельности, т.е. по наибольшему снижению какой-либо способности.

С экспертной точки зрения это как бы правильно. Однако, если у больного имеется снижение нескольких способностей одинаковой степени выраженности (например, умеренной), то установление третьей группы инвалидности с позиций социальной компенсации недостаточно. Правомерно, но недостаточно.

Мы считаем, что если у пациента имеется ограничение трех и более способностей, влияющих на разные категории жизнедеятельности, то его социальная дезадаптация соответствует более выраженной степени, чем при наличии снижения двух (а тем более одной) способностей. Разносторонность и разноплановость сниженных способностей требует значительно больших усилий по социальной адаптации человека. Кроме того, принятие экспертного решения на основании анализа возможности человека пройти то или иное расстояние (при ограничении передвижения) или на основании имеющейся необходимости использования слухового аппарата (при нарушении общения) представляется все-таки недостаточно

правомерным без учета особенностей деятельности (жизнедеятельности) человека в целом. Это утверждается и МКФ, в которой дается характеристика таким новым понятиям, как «**активность**» – данный термин предполагает выполнение индивидом задачи или действия и «**участие**» – термин предполагает вовлечение индивида в жизненную ситуацию. И, как следствие, у человека должны определяться не просто ограничения жизнедеятельности, а **ограничения активности** – т.е. трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид и **ограничение возможности участия** – т.е. проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Поэтому, при вынесении экспертного решения при наличии трех и более ограничений жизнедеятельности с участием «синдрома социальной компенсации» группа инвалидности должна устанавливаться на один ранг выше, чем при наличии одного-двух ограничений жизнедеятельности и отсутствии «синдрома социальной компенсации».

Например, если у больного имеется умеренное ограничение передвижения и самообслуживания, то пациенту устанавливается третья группа инвалидности. Если же у больного имеется умеренное ограничение передвижения, умеренное ограничение общения и умеренное ограничение ориентации – то в совокупности это приводит к необходимости применения понятия «синдром социальной компенсации», т.е. установлению второй группы инвалидности как средства социальной защиты вследствие наличия многих сниженных способностей умеренной степени.

Количественно оценка «синдрома социальной компенсации» может быть произведена по степени выраженности ее недостаточности:

1. Умеренная степень недостаточности социальной компенсации: наличие снижения трех и более способностей в рамках ФК-1 (3 гр.)
2. Выраженная степень недостаточности социальной компенсации: наличие снижения трех и более способностей в рамках ФК-2 (2 гр.)
3. Резко выраженная степень недостаточности социальной компенсации: наличие снижения трех и более способностей в рамках ФК-3 (1 гр.)

Аналогично можно применять «синдром социальной компенсации» и у детей. При этом вместо способности к трудовой деятельности учитывается способность в возрастной игровой деятельности и вместо группы инвалидности устанавливается степень утраты здоровья ребенка.

При этом предлагается учитывать следующие особенности при принятии экспертного решения:

1. «Синдром социальной компенсации» подразумевает наличие у одного пациента снижение трех и более способностей: способности к передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, самообслуживанию.

2. В подавляющем большинстве случаев снижение какой-либо одной или двух способностей опосредованно влияют на ограничение участия в трудовой деятельности (или в обучении). Поэтому, эти «базовые», «основные» категории жизнедеятельности, учитывается при использовании термина «синдром социальной компенсации» сверх трех-четырех других.

3. Если у пациента имеются ограничения двух способностей одной степени выраженности (умеренной или выраженной), а одно – более легкой – «синдром социальной компенсации» не применяется.

4. Если у пациента имеются ограничения четырех способностей, две из которых более высокой степени выраженности и две – более легкой – «синдром социальной компенсации» применяется.

5. Следует помнить, что хотя «синдром социальной компенсации» применяется при наличии снижения 3-4 способностей, фактически у пациента имеет место снижение большего числа способностей с учетом снижения также способности к участию в трудовой деятельности, обучению.

Примерная схема применения «синдрома социальной компенсации» при наличии у пациента ограничений жизнедеятельности умеренной степени выраженности (ФК-2) представлена в таблице 6.1.

Аналогичный подход сохраняется при наличии у пациентов ограничений легкой степени (ФК-1) (когда наличие «синдрома социальной компенсации позволяет принять экспертное решение об установлении третьей группы инвалидности») и выраженной степени (ФК-3), когда аналогичная ситуация позволяет установить пациенту первую группу инвалидности.

Применение «синдрома социальной компенсации» имеет существенное значение не только при определении инвалидности у лиц трудоспособного возраста, но и у граждан пенсионного возраста. Ведь не секрет, что медицинская экспертиза лиц пожилого и старческого возраста разработана недостаточно, а одной из существенных особенностей здоровья пожилых является наличие у них множественной сочетанной патологии различных органов и систем. Нередко у больного пациента имеется патология сердечно-сосудистой системы в сочетании с сахарным диабетом, различной степени выраженности проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии, наличием деформирующего артроза крупных суставов конечностей, различной патологией органа зрения и слуха и др.

Считаем, что применение «синдрома социальной компенсации» поможет как врачу-эксперту в принятии правильного решения, так и пациенту в плане индивидуальной социальной компенсации и частичном повышении качества жизни.

Таблица 6.1. «Синдром социальной компенсации» у лиц с умеренными ограничениями жизнедеятельности (ФК-2)

Категории жизнедеятельности								Степень недостаточности социальной компенсации	Корреляция с группой инвалидности
Способность к передвижению	Способность к самообслуживанию	Способность к ориентации	Способность к общению	Способность к передвижению	Способность к труду	Способность к обучению			
+	+				(+)	(+)	умеренная	3 группа	
+	+	+			(+)	(+)	выраженная	2 группа	
+	+		+		(+)	(+)	выраженная	2 группа	
+	+			+	(+)	(+)	выраженная	2 группа	
		+	+		(+)	(+)	умеренная	3 группа	
		+	+	+	(+)	(+)	выраженная	2 группа	
		+		+	(+)	(+)	умеренная	3 группа	
			+	+	(+)	(+)	умеренная	3 группа	

Примечание: (+) – предполагаемое снижение способности кроме «основных», отмеченных знаком «+»

ГЛАВА 7. ВСЕМИРНЫЙ ДОКЛАД ОБ ИНВАЛИДНОСТИ*

Резюме

Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать всё большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются в зависимости от конкретных условий.

Цель «Конвенции о правах инвалидов» (КПИ), принятой Организацией Объединенных Наций в 2006 году, состоит «в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства». Конвенция отражает основной сдвиг в глобальном понимании проблемы инвалидности и мер реагирования на нее.

Во «Всемирном докладе об инвалидности» собрана вся доступная информация об инвалидности с тем, чтобы способствовать улучшению жизни инвалидов и содействовать реализации КПИ. Цели Доклада:

- Обеспечить органы государственной власти и гражданское общество всеобъемлющим анализом значения инвалидности и осуществляемых ответных мер на основе наилучшего имеющегося опыта.
- Рекомендовать действия на национальном и международном уровне.

«Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья», принятая в качестве концептуальных рамок данного Доклада, определяет инвалидность как «зонтичный термин для обозначения нарушений, ограничений в действиях и ограничений в участии». Инвалидность охватывает отрицательные аспекты взаимодействия между индивидами, имеющими то или иное состояние здоровья (например, детский церебральный паралич, синдром Дауна, депрессивный синдром), и личными факторами и факторами окружающей среды (такими как негативное отношение, недоступность

* Цитируется по изданию «Всемирный доклад об инвалидности». Всемирная организация здравоохранения, 2011

транспортных средств и общественных зданий и ограниченность социальной поддержки)

Что мы знаем об инвалидности?

Более высокие оценки распространенности

По оценкам, более миллиарда человек, или около 15% населения мира (согласно оценке глобальной численности населения 2010 года), живут с какой-либо формой инвалидности. Это более высокий показатель, чем предыдущая оценка, выполненная Всемирной организацией здравоохранения в 1970-х годах и составлявшая 10%.

Согласно «Всемирному обзору в области здравоохранения», около 785 миллионов человек в возрасте 15 лет и старше (15,6%) живут с инвалидностью, в то время как в «Докладе о глобальном бремени болезней» приведена оценка, составляющая около 975 миллионов человек (19,4%). В рамках этих оценок, согласно «Всемирному обзору в области здравоохранения», 110 миллионов человек (2,2%) имеют весьма значительные трудности с функционированием, в то время как, по оценкам «Доклада о глобальном бремени болезней», 190 миллионов человек (3,8%) имеют «тяжелую форму инвалидности», что эквивалентно инвалидности, вызванной такими состояниями, как квадриплегия, тяжелая форма депрессии или полная слепота. Измерение детской инвалидности (0-14 лет) проводится только в «Докладе о глобальном бремени болезней»; по его оценкам, она составляет 95 миллионов (5,1%) детей, из которых 13 миллионов (0,7%), имеют «тяжелую форму инвалидности».

Растущие цифры

Численность инвалидов растет. Это происходит в связи со старением населения – пожилые люди в повышенной степени подвержены риску инвалидности, – а также из-за глобального роста хронических состояний, таких как диабет, сердечно-сосудистые болезни и психические заболевания. В странах с низким и средним уровнем дохода на долю хронических болезней приходится, по оценкам, 66,5% общего числа лет, прожитых с инвалидностью [1]. На модели инвалидности в отдельно взятой стране влияют тенденции развития патологических состояний, а также тенденции развития факторов окружающей среды и других факторов, таких как дорожно-транспортные происшествия, природные катастрофы, конфликты, питание и злоупотребление наркотическими веществами.

Разнообразный опыт

В стереотипных представлениях об инвалидности основной акцент делается на инвалидах-колясочниках и ряде других «классических» групп, таких как невидящие и неслышащие люди. Несмотря на это, практический опыт инвалидности, являющийся результатом взаимодействия состояний здоровья, личных факторов и факторов окружающей среды, варьируется в широких пределах. Инвалидность коррелируется с социальной недостаточностью, которая, однако, не проявляется в равной мере у всех инвалидов. Женщины-инвалиды, наряду с воздействием барьеров, связанных с потерей трудоспособности, подвергаются также гендерной дискриминации. Показатели охвата школьным образованием различаются в зависимости от характера нарушений, причем дети с физическими нарушениями находятся в целом в более благоприятном положении, чем дети с нарушениями умственного развития или сенсорными нарушениями. В наибольшей степени исключенными на рынке труда чаще являются те, кто испытывает трудности с психическим здоровьем или страдают нарушениями умственного развития. Как показывают данные, представленные в широком диапазоне – от сельских районов Гватемалы [2] до Европы [3], – зачастую от социальной недостаточности в наибольшей степени страдают люди с самыми тяжелыми нарушениями.

Уязвимые группы населения

Инвалидность непропорционально широко затрагивает уязвимые группы населения. Результаты «Всемирного обзора в области здравоохранения» свидетельствуют о более высокой распространенности инвалидности в странах с низким доходом, чем в странах с более высоким доходом. Шире распространена инвалидность также среди представителей беднейшей квинтили по показателю благосостояния, а также среди женщин и пожилых людей [4]. Лица с низким доходом, безработные, или с низким уровнем образования подвергаются повышенному риску инвалидности. Данные из «Обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки» по отдельным странам показывают, что дети из беднейших домохозяйств и этнических меньшинств имеют значительно более высокий риск инвалидности, чем другие дети [5].

Что такое барьеры, связанные с инвалидностью?

Как КПИ, так и МКФ подчеркивают роль окружающей среды в облегчении или затруднении участия инвалидов в социальной жизни.

В настоящем Докладе представлены обширные данные о барьерах, к числу которых относятся следующие.

- **Неадекватные меры политики и стандарты.** При разработке политики не всегда учитываются потребности инвалидов, или не применяются на практике существующие меры политики и стандарты. Например, в отношении мер политики, направленных на обеспечение инклюзивного образования, обзор по 28 странам – участникам партнерства «Инициатива ускоренного достижения цели образования для всех», показал, что 18 стран почти не предоставляют подробной информации о предлагавшихся ими стратегиях охвата детей-инвалидов школьным образованием либо вообще не касаются вопросов инвалидности или инклюзии [6]. К числу наиболее распространенных недостатков в образовательной политике относятся отсутствие финансовых и других адресных стимулов для посещения школы детьми-инвалидами, а также дефицит услуг в области социальной защиты и поддержки детей-инвалидов и членов их семей.

- **Негативное отношение.** Предубеждения и предрассудки способствуют созданию барьеров на пути к образованию, занятости, медико-санитарной помощи и участию в социальной жизни. Например, отношение, проявляемое учителями, школьной администрацией, другими детьми и даже членами семьи ребенка-инвалида влияет на инклюзию детей-инвалидов в государственных массовых школах. Ложное представление работодателей о том, что люди с инвалидностью якобы работают менее эффективно, чем их коллеги – не инвалиды, и неосведомленность о доступных мерах по совершенствованию режимов труда и отдыха ограничивают возможности занятости.

- **Недостаток услуг.** Инвалиды значительно более уязвимы перед дефицитом таких услуг, как медико-санитарное обслуживание, реабилитация, а также поддержка и помощь. Данные по четырем странам региона Южной Африки показывают, что только 26-55% людей получают необходимую им медицинскую реабилитацию; 17-37% имеют необходимые вспомогательные устройства; 5-23% получают профессиональное обучение, в котором они нуждаются, и 5-24% – необходимые социальные услуги [7-10]. Исследование, проведенное в индийских штатах Уттар-Прадеш и Тамилнад, показало, что недостаток услуг в регионе занимал второе место (после стоимости услуг) среди причин, по которым инвалиды не посещали медицинские учреждения [11].

- **Проблемы с предоставлением услуг.** Слабая координация услуг, недостаточное кадровое обеспечение и низкий уровень профессиональной подготовки персонала могут отразиться на качестве, доступности и адекватности услуг для инвалидов. Данные по 51 стране,

приведенные во «Всемирном обзоре в области здравоохранения», показывают, что для людей с инвалидностью вероятность сообщения о несоответствии знаний и навыков поставщиков медицинских услуг потребностям больного в два раза выше, вероятность невнимательного отношения к больному – в четыре раза выше, а вероятность отказа в предоставлении медико-санитарной помощи – примерно в три раза выше, чем для других пациентов. Многие социальные работники имеют низкую зарплату и недостаточную подготовку. Исследование, проведенное в США, показало, что более 80% социальных работников не имеют формального образования или профессиональной подготовки [12].

- **Недостаточное финансирование.** Ресурсы, выделяемые на осуществление мер политики или планов часто недостаточны. Дефицит финансирования является основной преградой для устойчивого предоставления услуг в странах и регионах, относящихся к различным группам по уровню дохода. Например, в странах с высоким доходом в общей сложности у 20-40% инвалидов не удовлетворяются потребности в помощи при осуществлении повседневной деятельности [13-18]. Во многих странах с низким или средним доходом государство не может обеспечить предоставление надлежащих услуг, а коммерческие поставщики услуг физически или экономически недоступны большинству домохозяйств. Анализ по 51 стране, приведенный во «Всемирном обзоре в области здравоохранения» за 2002-2004 годы, показывает, что люди с инвалидностью испытывают намного больше трудностей, чем не инвалиды, при получении права на бесплатную или льготную медико-санитарную помощь.

- **Отсутствие доступности.** Многие здания (в том числе места общественного пользования) и транспортные системы и информация не являются доступными для всех. Отсутствие доступа к транспорту является для инвалидов распространенной причиной отказа от поисков работы или фактором, ограничивающим доступность здравоохранения. Доклады стран, где были приняты, даже 20-40 лет назад, законы в отношении доступности, подтверждают низкий уровень их соблюдения [19-22].

- **Неадекватные информация и коммуникация.** В доступных форматах имеется мало информации, а многие потребности инвалидов в области коммуникации не удовлетворяются. Неслышащие люди часто испытывают неудобства с доступом к сурдопереводу: исследование по 93 странам показало, что в 31 стране нет услуг сурдоперевода; только в 30 странах численность квалифицированных сурдопереводчиков составляет 20 человек или менее [23]. Люди с инвалидностью

значительно меньше используют информационно-коммуникационные технологии, чем не инвалиды. В некоторых случаях у них может не быть доступа даже к базовым продуктам и услугам, таким как телефония, телевидение и Интернет.

- **Отсутствие консультирования и включенности в общественную жизнь.** Большинство инвалидов не принимают участия в процессах принятия решений по вопросам, непосредственно влияющим на их жизнь. Например, там, где у инвалидов, получающих поддержку на дому, нет возможности выбирать услуги или контролировать их оказание.

- **Отсутствие данных и опыта.** Недостаток точных и сопоставимых данных об инвалидности, а также опыта осуществления эффективных программ может препятствовать пониманию проблем и практическим действиям. Осведомленность об общей численности и условиях жизни инвалидов может способствовать повышению эффективности усилий, направленных на устранение барьеров, связанных с инвалидностью, и предоставление услуг, что позволит инвалидам участвовать в общественной жизни. Например, чтобы облегчить выявление экономически эффективных мер вмешательства необходимо разработать более совершенные индикаторы окружающей среды и ее воздействия на различные аспекты инвалидности.

Какое влияние оказывает инвалидность на жизнь людей?

Барьеры, связанные с инвалидностью, усиливают социальную недостаточность, испытываемую людьми с инвалидностью.

Более низкие результаты в отношении здоровья

Все больше данных позволяет сделать вывод, что уровень здоровья инвалидов ниже, чем у населения в целом. В зависимости от группы населения и конкретных условий инвалиды могут оказаться более уязвимы перед предотвратимыми вторичными патологическими состояниями, коморбидностью и возрастными заболеваниями. Некоторые исследования также показывают, что среди инвалидов выше показатели рискованного поведения – например, курения, неправильного рациона питания и малоподвижного образа жизни. Кроме того, у инвалидов выше риск подвергнуться насилию.

Неудовлетворение потребностей инвалидов в реабилитации (включая потребность во вспомогательных устройствах) может привести к неудовлетворительным исходам, включая общее ухудшение состояния здоровья, ограничения в действиях, ограничения в участии и ухудшение качества жизни.

Более низкие достижения в области образования

У детей с инвалидностью ниже вероятность поступления в школу, чем у их сверстников – не инвалидов; кроме того, у них более низкие показатели продолжения обучения и перехода в следующий класс. Разрыв в показателях получения законченного образования обнаруживаются во всех возрастных группах, как в странах с низким доходом, так и в странах с высоким доходом, причем данная модель более четко выражена в относительно бедных странах. Разность между процентными долями инвалидизированных и неинвалидизированных детей, посещающих начальную школу, варьируется от 10% в Индии до 60% в Индонезии. В области среднего образования разница в посещаемости колеблется от 15% в Камбодже до 58% в Индонезии [24]. Даже в странах с высокими показателями охвата населения начальным образованием, например, в Восточной Европе, многие дети-инвалиды не посещают школу.

Менее высокая экономическая активность

У людей с инвалидностью выше вероятность быть безработными и, в целом, зарабатывать меньше, чем не инвалиды. Глобальные данные «Всемирного обзора в области здравоохранения» показывают, что занятость среди мужчин-инвалидов (35%) и женщин-инвалидов (20%) ниже, чем среди неинвалидизированных мужчин (65%) и женщин (30%). Недавнее исследование, проведенное Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) [25] показывает, что в 27 странах инвалиды трудоспособного возраста испытывают значительные неудобства на рынке труда и достигают на нем худших результатов, чем неинвалидизированные лица трудоспособного возраста. В среднем, показатель занятости среди инвалидов (44%) был почти вдвое ниже, чем среди не инвалидов (75%). Среди последних показатель экономической пассивности был примерно в 2,5 раза выше, чем среди инвалидов (49% и 20% соответственно).

Высокие показатели бедности

Таким образом, у людей с инвалидностью наблюдается более высокий уровень бедности, чем у не инвалидов. В среднем, инвалиды и домохозяйства, имеющие в своем составе инвалидов, сталкиваются с более высоким уровнем обездоленности, включая отсутствие продовольственной безопасности, плохие жилищные условия, неудовлетворительный доступ к безопасным системам водоснабжения и канализации, к медико-санитарной помощи, а также обладают меньшими активами, чем неинвалидизированные лица и семьи без инвалидов.

Люди с инвалидностью могут нести дополнительные расходы на персональную поддержку, медицинский уход или вспомогательные устройства. Из-за этих расходов инвалиды и их семьи оказываются беднее, чем не инвалиды с аналогичным доходом. В странах с низким доходом у инвалидов на 50% выше вероятность катастрофических расходов на медицинское обслуживание, чем у не инвалидов [4].

Увеличение зависимости и ограничение участия

Опора на институциональные решения, отсутствие возможностей для жизни в общине и неудовлетворительное качество услуг приводят к изоляции инвалидов и делают их зависимыми от других людей. Как показало обследование, проведенное в США среди 1 505 инвалидов, не достигших пожилого возраста, 42% из них сообщили, что не могут выбраться из кровати (лечь в кровать) или сесть на стул без посторонней помощи [26]. Отмечается, что интернаты для инвалидов несут ответственность за недостаточную самостоятельность людей с инвалидностью, их оторванность от широкой общественности и другие нарушения прав человека.

В большинстве случаев поддержка, предоставляемая инвалидам, исходит от членов их семей или от систем социальной защиты. Но исключительная опора на неформальную поддержку может повлечь за собой для лиц, осуществляющих уход, серьезные последствия, включая стресс, изоляцию и упущенные социально-экономические возможности. Эти трудности возрастают по мере старения членов семьи. В США члены семей с детьми, имеющими ограничения жизнедеятельности, связанные с развитием, имеют меньшую продолжительность рабочего времени, чем члены других семей, с большей вероятностью прекращают трудовую деятельность, сталкиваются с более серьезными финансовыми проблемами и с меньшей вероятностью устраиваются на новую работу.

Устранение барьеров и неравенства

В настоящем Докладе обобщается наилучший имеющийся научный опыт преодоления барьеров, с которыми инвалиды сталкиваются в сферах здравоохранения, реабилитации, поддержки и помощи, внешней среды, образования и занятости. В нашем обзоре представлены основные направления улучшения жизни людей с инвалидностью в соответствии с требованиями «Конвенции о правах инвалидов» (КПИ). Более подробная информация содержится в полном тексте Доклада.

Устранение барьеров, препятствующих получению медико-санитарной помощи

Повышение инклюзивности существующих систем медико-санитарной помощи на всех уровнях и расширение экономической доступности для инвалидов программ общественного здравоохранения будет способствовать сокращению диспропорций в области здоровья и ограничению неудовлетворенных потребностей. Для преодоления физических и информационно-коммуникационных барьеров в условиях массовых медицинских учреждений применяется ряд подходов, таких как структурное преобразование объектов здравоохранения, использование оборудования с универсальным дизайном, передача информации в наиболее удобных форматах, корректировка системы записи пациентов к врачам и использование альтернативных моделей предоставления услуг. Реабилитация на базе общин дает положительный результат в условиях ограниченности ресурсов, содействуя расширению доступа инвалидов к имеющимся услугам, а также улучшению ассортимента и повышению доступности профилактических медико-санитарных услуг. В странах с высоким доходом доступ инвалидов к услугам и стандарты качества этих услуг регулируются контрактами с государственными, частными и добровольными поставщиками услуг. Такие меры, как адресное оказание услуг, разработка индивидуальных планов помощи и определение координатора медицинского обслуживания могут обеспечить доступ к больным с комплексными потребностями в отношении здоровья, а также к контингентам, доступ которых к медико-санитарной помощи затруднен. Инвалиды должны обслуживаться бригадами первичной медико-санитарной помощи, однако в случае необходимости должны быть доступны специализированные услуги, организации и учреждения для обеспечения всеобъемлющей охраны здоровья.

В целях улучшения подходов к профессиональной деятельности, а также знаний и навыков поставщиков услуг здравоохранения, обучение медицинских специалистов должно включать в себя необходимую информацию, касающуюся инвалидности. Привлечение инвалидов в качестве поставщиков обучения и повышения квалификации может улучшить знания и подходы к профессиональной деятельности. Расширение прав и возможностей инвалидов, позволяющее им лучше управлять своим здоровьем, благодаря обучению на курсах самопомощи, наставничеству и предоставлению информации, является эффективным средством улучшения исходов в отношении здоровья и может сократить затраты на оказание медико-санитарной помощи.

Ряд альтернатив в области финансирования обладают положительным потенциалом в плане расширения охвата и повышения экономической доступности услуг здравоохранения. Они включают в себя обеспечение того, чтобы страхование и совместная оплата медико-санитарных услуг были экономически доступны для людей с инвалидностью. Для инвалидов, не имеющих других средств для оплаты услуг здравоохранения, доступ к этим услугам и пользование ими могут быть улучшены путем ограничения прямых платежей из личных средств пациента и предоставления поддержки доходов для покрытия косвенных затрат на обеспечение доступа к медико-санитарной помощи. Финансовые стимулы способны подтолкнуть поставщиков медико-санитарных услуг к улучшению обслуживания. В развивающихся странах с эффективными механизмами первичной медико-санитарной помощи и расходования средств оказание услуг может быть улучшено благодаря целевым обусловленным денежным трансфертам, увязанным с использованием медицинскими услугами.

Устранение барьеров, препятствующих реабилитации

Реабилитация является хорошим вложением средств, так как способствует формированию кадрового потенциала. Она должна быть инкорпорирована в общее законодательство по вопросам здоровья, занятости, образования и социального обслуживания, а также в специальное законодательство, касающееся инвалидов. В области политического реагирования акцент должен быть сделан на мерах раннего вмешательства и преимуществах реабилитации с целью содействия обеспечению функционирования людей с широким диапазоном патологических состояний и предоставлению услуг, по возможности, как можно ближе к месту жительства больных.

При оказании уже существующих услуг должен быть сделан акцент на повышение эффективности и экономичности путем расширения охвата, улучшения качества и повышения экономической доступности услуг. В условиях ограниченности ресурсов упор следует делать на ускорение предложения услуг путем осуществления реабилитации на базе общины, дополненного выдачей направлений на оказание вторичной медицинской помощи. Интегрирование реабилитации в учреждениях первичной и вторичной медико-санитарной помощи может привести к улучшению доступа к услугам здравоохранения. Системы направления к специалистам, связывающие между собой различные способы (стационарное, амбулаторное и надомное лечение) и различные уровни предоставления медико-санитарных услуг (в учреждениях первичной, вторичной и третичной медицинской помощи) способны

повысить их физическую доступность. Внедрение реабилитационных мероприятий на уровне общин является важной частью процесса оказания помощи.

Облегчение доступа к вспомогательным устройствам и технологиям повышает независимость инвалидов, расширяет возможности их участия в жизни и способно сократить затраты на поддержку и лечение. Чтобы обеспечить правильное использование вспомогательных устройств, они должны быть гармонизированы с внешней средой и пользователем, а их применение должно сопровождаться необходимыми последующими действиями. Доступ к вспомогательным устройствам и технологиям может быть улучшен за счет эффекта масштаба, производства и сборки изделий на местах, а также сокращения налогов на импорт.

Учитывая повсеместную нехватку специалистов по реабилитации, необходимо повысить потенциал в области обучения. Могут потребоваться дифференцированные или ступенчатые уровни профессиональной подготовки. Сложность работы в условиях ограниченности ресурсов требует наличия диплома об университетском или серьезном техническом образовании. Первым шагом к тому, чтобы заполнить пробелы в рядах специалистов по реабилитации в развивающихся странах или компенсировать трудности с наймом высококвалифицированных профессионалов в развитых странах, могут стать программы повышения квалификации кадров среднего звена. Обучение работников на уровне общины поможет решить проблему территориальной доступности и станет ответом на нехватку и географический разброс рабочей силы. Использование механизмов и стимулов для стабилизации кадров способно обеспечить непрерывность трудового стажа.

Стратегии финансирования, в дополнение к стратегиям преодоления барьеров в области здравоохранения, включают в себя перераспределение или реорганизацию существующих услуг (например, их передачу из больницы службам на базе общины), международное сотрудничество (включение реабилитации в программы помощи при гуманитарных кризисах), государственно-частные партнерства, а также адресное субсидирование бедняков с инвалидностью.

Устранение барьеров, препятствующих услугам поддержки и помощи

Переход к жизни в общине, предоставление ряда услуг по поддержке и помощи и оказание поддержки лицам, осуществляющим уход на неформальной основе, будут содействовать независимости и позволят инвалидам и их семьям принимать участие в экономической и социальной жизни.

Предоставление инвалидам возможности проживания в общине требует, чтобы они покинули соответствующие лечебные учреждения и получали широкий спектр услуг в области помощи и поддержки – включая дневной уход, патронаж и помощь на дому – в своих общинах. Странам следует надлежащим образом спланировать переход к модели обслуживания на базе общин, располагая достаточными источниками финансирования и кадровыми ресурсами. Если услуги на уровне общины тщательно спланированы и обеспечены ресурсами, то они дадут более высокий результат, хотя, возможно, и не будут более дешевыми. Государство может рассмотреть ряд мер по финансированию, в том числе заключение договоров подряда с частными поставщиками услуг, внедрение налоговых стимулов и выделение средств инвалидам и их семьям для непосредственной закупки услуг.

Перспективные государственные стратегии включают в себя разработку справедливых процедур оценки инвалидности и ясных критериев предоставления права на пользование льготами, регулирование оказания услуг, включая установление стандартов и их принудительное применение, финансирование услуг для инвалидов, которые не имеют средств для приобретения услуг, а также, в случае необходимости, прямое предоставление услуг. Координация мероприятий в секторе здравоохранения, социальном и жилищно-коммунальном секторах позволит обеспечить должную поддержку и уменьшить уязвимость людей. Результаты обслуживания могут быть улучшены, если поставщики подотчетны потребителям, а отношения между ними регулируются формальным механизмом предоставления услуг, при котором потребители вовлечены в принятие решений о типе поддержки, а услуги индивидуализированы, а не являются контролируемыми услугами на базе одного агентства, когда всех клиентов «стригут под одну гребенку». Обучение работников служб поддержки и получателей услуг способно улучшить качество обслуживания и расширить опыт пользователей.

В странах с низким и средним доходом поддержка предоставления услуг благодаря деятельности организаций гражданского общества может способствовать расширению охвата пользователей и диапазона услуг. Программы реабилитации на базе общин доказали свою эффективность при предоставлении услуг в крайне бедных и недостаточно обслуживаемых районах. Предоставление информации, финансовая поддержка и временная подмена лиц, постоянно осуществляющих уход, профессиональным медицинским работником (так называемая *respite care*) принесут пользу лицам, осуществляющим уход на неформальной основе – тем, кто оказывает большую часть услуг людям с инвалидностью в странах мира.

Создание благоприятной окружающей среды

Устранение барьеров для установления разумных приспособлений в общественных местах, на транспорте, в информационной и коммуникативной сферах позволит инвалидам участвовать в образовании, занятости и социальной жизни, уменьшая их изолированность и зависимость. Во всех доменах ключевыми требованиями при улучшении доступности и преодолении отрицательного отношения к инвалидам являются введение стандартов доступности; сотрудничество между частным и государственным секторами; наличие головной организации, ответственной за внедрение мероприятий; обучение в области доступности; применение универсального дизайна проектировщиками, архитекторами и конструкторами; участие потребителей услуг и просветительские мероприятия для широкой общественности.

Опыт показывает, что для устранения барьеров внутри зданий необходимы обязательные минимальные стандарты, применение которых предписывается законодательством. Необходим систематический и основанный на доказательствах подход к стандартам, соответствующий различным условиям и включающий в себя участие людей с инвалидностью. Оценка доступности, проводимая организациями инвалидов, может стимулировать соблюдение норм. Стратегический план, предусматривающий приоритетные задачи и все более честолюбивые цели, поможет извлечь максимальную пользу из ограниченных ресурсов. Например, первоначальная постановка задачи обеспечения доступности в новых общественных зданиях – увеличение затрат на 1% для удовлетворения требований доступности – обойдется дешевле, чем реконструкция уже существующих зданий. Следующим шагом должно стать расширение сферы применения законов и стандартов с тем, чтобы предусмотреть повышение доступности в существующих общественных зданиях.

На транспорте цель непрерывного обеспечения доступности на протяжении всей транспортной цепочки может быть достигнута благодаря определению первоначальных приоритетов путем консультирования с инвалидами и поставщиками услуг, применения вспомогательных устройств в проектах регулярного технического обслуживания и совершенствования, а также разработки недорогих технических решений в области универсального дизайна, внедрение которых принесет ощутимую выгоду широкому кругу пассажиров. В развивающихся странах все шире применяются доступные для инвалидов системы скоростного автобусного сообщения. Важной частью единой, доступной для инвалидов транспортной системы является доступное такси, поскольку оно быстро реагирует на запросы потребителей. Необходи-

мо также обучение работников транспорта в сочетании с государственным субсидированием льготного или бесплатного проезда на транспорте для инвалидов. Тротуары, скошенные бордюры и пешеходные переходы повышают безопасность и гарантируют доступность.

Возможными направлениями действий в сфере информационно-коммуникационных технологий являются повышение осведомленности населения, принятие законов и нормативных актов, установление стандартов и расширение предложения учебных мероприятий. Такие услуги, как телефонное реле, телевидение с субтитрами и сурдоперевод, наряду с доступными форматами передачи информации, облегчат участие людей с инвалидностью. Увеличение доступности информационно-коммуникационных технологий может быть достигнуто благодаря увязке рыночного регулирования с антидискриминационными подходами, наряду с соответствующими перспективами в области защиты потребителя и проведения государственных закупок. Страны со строгим законодательством и механизмами контроля за исполнением правовых норм достигают более высокого уровня доступности в информационно-коммуникационной сфере, однако регулирование не должно отставать от технологических инноваций.

Устранение барьеров в сфере образования

Прием детей-инвалидов в государственные массовые школы обеспечивают универсальное начальное образование, они рентабельны и вносят свой вклад в устранение дискриминации.

Включение детей с инвалидностью в образовательный процесс требует изменения систем и школ. Успех инклюзивных систем образования в значительной мере зависит от готовности государства принять надлежащие законы, четко определить направление политики, разработать национальный план действий, создать инфраструктуру и потенциал внедрения и извлечь выгоду из долгосрочного финансирования. Обеспечение одинакового образовательного стандарта для детей-инвалидов и их сверстников нередко требует увеличения объемов финансирования.

Создание инклюзивной учебной среды поможет всем детям в обучении и реализации их потенциала. В образовательных системах должны шире применяться подходы, ориентированные на ученика и предусматривающие изменения в учебных программах, методах преподавания и методических материалах, а также в системах оценки знаний и приема экзаменов. Во многих странах используются индивидуальные учебные планы как инструмент поддержки включения детей с инвалидностью в учебную среду. Многие физические барье-

ры, с которыми сталкиваются дети-инвалиды, могут быть легко преодолены путем использования простейших мер, таких как изменение планировки классных комнат. Некоторым детям потребуется доступ к дополнительным вспомогательным услугам, включая специально подготовленных учителей, классных помощников и медицинские услуги.

Надлежащее обучение учителей массовых государственных школ может укрепить их уверенность в своих силах и улучшить навыки обучения детей-инвалидов. Принципы инклюзии должны быть интегрированы в программы подготовки учителей и сочетаться с другими инициативами, дающими возможность учителям обмениваться опытом и профессиональными знаниями в области инклюзивного образования.

Устранение барьеров в сфере занятости

Законы против дискриминации служат предпосылкой для содействия инклюзии инвалидов в сферу занятости. Там, где законодательство требует от работодателей использования разумных приспособлений – таких как обеспечение доступности для инвалидов процедур найма и отбора кадров, адаптация рабочей среды, изменение графиков работы и предоставление «помогающих» технологий, – они могут способствовать снижению дискриминации при найме на работу, улучшению доступа к рабочему месту и изменению представлений о способности инвалидов быть продуктивными работниками. Ряд финансовых мер, таких как налоговые льготы и финансирование создания специальных условий, могут рассматриваться как ведущие к сокращению дополнительных расходов, которые бы в противном случае несли работодатели и работники.

В дополнение к массовой профессиональной подготовке, многообещающими методами улучшения навыков людей с инвалидностью представляются взаимное обучение, наставничество и раннее вмешательство. Реабилитация на базе общины способна улучшать навыки и подходы, оказывать поддержку обучению на рабочем месте и служить руководством для работодателей. В ряде стран обучению и занятости инвалидов содействуют контролируемые пользователем услуги по трудоустройству инвалидов.

Для лиц, инвалидизированных после трудоустройства, программы управления инвалидностью – такие как индивидуальное ведение болезни, обучение руководителей, адаптация на рабочем месте, раннее возвращение к работе с необходимой поддержкой – содействуют улучшению показателей возврата к трудовой деятельности. Для некоторых людей с инвалидностью, особенно для тех, кто

испытывают значительные трудности в функционировании, программы поддержки занятости способны облегчить развитие навыков и устройство на работу. Такие программы могут включать в себя индивидуальное сопровождение трудоустройства, специализированное профессиональное обучение, индивидуализированное руководство, транспорт и использование помогающих технологий. Там, где преобладает неформальная экономика, важно содействовать самозанятости инвалидов и облегчать им доступ к микрокредитам путем улучшения агитационных мероприятий, повышения доступности информации и применения индивидуальных условий кредитования.

Массовые программы социальной защиты должны охватывать людей с инвалидностью, одновременно поддерживая их возвращение к трудовой деятельности. Возможности политики включают в себя отделение поддержки дохода от компенсации дополнительных затрат инвалидов, таких как стоимость проезда к месту работы и приобретения оборудования, использование временных льгот и обеспечение условий, при которых занятость была бы выгодна инвалиду.

Рекомендации

Хотя многие страны уже начали осуществлять меры по улучшению жизни людей с инвалидностью, многое в этой области еще предстоит сделать. Данные настоящего Доклада свидетельствуют о том, что многих барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды, можно избежать, и что неудобства, связанные с инвалидностью, могут быть преодолены. Приводимые ниже девять рекомендаций носят обобщающий характер и исходят из более конкретных рекомендаций, приводимых в конце каждой главы.

Внедрение этих рекомендаций требует привлечения к сотрудничеству различных секторов – здравоохранения, образования, социальной защиты, труда, транспорта жилищно-коммунальной сферы, – и различных игроков – государства, организаций гражданского общества (включая организации инвалидов), специалистов, частного сектора, инвалидов и их семей, широкой общественности и средств массовой информации.

Важно, чтобы мероприятия, осуществляемые в странах, были разработаны с учетом конкретных условий. Там, где страны имеют ресурсные ограничения, некоторые приоритетные мероприятия, особенно те, что требуют технической помощи и формирования потенциала, могут быть включены в контекст международного сотрудничества.

Рекомендация 1. Обеспечить доступ ко всем универсальным системам и услугам

Инвалиды обладают теми же потребностями, что и все другие люди: в здоровье и благополучии, в экономической и социальной безопасности, в обучении и развитии своих навыков. Эти потребности могут и должны быть удовлетворены путем использования универсальных программ и услуг.

Универсализация – это процесс, посредством которого правительства и другие заинтересованные лица борются с барьерами, которые мешают равному участию людей с инвалидностью в любом виде деятельности и услуг, предназначенном для широкой общественности – в образовании, здравоохранении, занятости и социальном обслуживании. Чтобы достичь этого, необходимо наметить изменения законов, политических мер, институтов и внешней среды. Универсализация не только реализует на практике права человека применительно к людям с инвалидностью, но также может стать более рентабельной.

Универсализация требует принятия обязательств на всех уровнях. Необходимо, чтобы эти обязательства учитывались во всех секторах и были интегрированы в новые и существующие законодательные акты, стандарты, политические мероприятия, стратегии и планы. Двумя важнейшими стратегиями являются применение универсального дизайна решений и использование разумных приспособлений. Универсализация требует также эффективного планирования, необходимых кадровых ресурсов и достаточных финансовых вложений в сочетании с конкретными мерами, такими как адресные программы и услуги (см. Рекомендацию 2), – для обеспечения того, чтобы разнообразные потребности людей с инвалидностью должным образом удовлетворялись.

Рекомендация 2. Инвестировать средства в специальные программы и услуги для инвалидов

Помимо универсальных услуг, некоторые инвалиды нуждаются в доступе к конкретным мероприятиям, таким как реабилитация, поддерживающие услуги или обучение. Реабилитация – включая «помогающие» технологии, такие как инвалидные коляски или слуховые аппараты – улучшают функционирование и повышают независимость. Ряд тщательно отрегулированных услуг и мер поддержки и помощи на уровне общин может удовлетворить потребность в уходе, позволяя людям жить независимо и участвовать в экономической, социальной

и культурной жизни своих общин. Профессиональная реабилитация и обучение способны открыть для них возможности на рынке труда.

Наряду с потребностью в большем количестве услуг, существует также потребность в более высококачественных, доступных, гибких, интегрированных и тщательно скоординированных мультидисциплинарных услугах, особенно в периоды перехода – например, от услуг для детей к услугам для взрослых. Существующие программы и услуги нуждаются в пересмотре для оценки их производительности и внесения изменений, направленных на улучшение охвата услугами, повышение их эффективности и экономичности. Эти изменения должны быть основаны на разумной практике, соответствовать культурному и другим локальным контекстам и пройти проверку на месте.

Рекомендация 3. Принять национальную стратегию и план действий в области инвалидности

Национальная стратегия в области инвалидности предусматривает консолидированную и всеобъемлющую долгосрочную концепцию повышения благополучия инвалидов и должна включать в себя как общие сферы политики и программ, так и конкретные услуги для инвалидов. Разработка, внедрение и мониторинг национальной стратегии призваны охватить широкий диапазон секторов и вовлеченных сторон.

План действий конкретизирует стратегию в краткосрочной и среднесрочной перспективе, предусматривая конкретные мероприятия и графики их осуществления, определяя цели, назначая специализированные организации, ответственные за их достижение, а также осуществляя планирование и распределение необходимых ресурсов. Стратегия и план действий должны быть сформированы на основе ситуационного анализа, с учетом таких факторов, как распространенность инвалидности, потребность в услугах, социально-экономический статус, результаты и недостатки текущей практики обслуживания, а также экологические и социальные барьеры. Необходимы механизмы, позволяющие определить, на ком лежит ответственность за координацию, принятие решений, регулярные мониторинг и отчетность, а также за контроль ресурсов.

Рекомендация 4. Привлекать инвалидов к работе

Часто сами инвалиды способны, как никто другой, глубоко оценить проблемы инвалидности и свое положение. Необходимо консультироваться с инвалидами и активно привлекать их к разработке и осуществлению политики и законодательных актов, оказанию услуг. Что-

бы расширять права и возможности инвалидов и выступать в защиту их потребностей, организациям инвалидов могут понадобиться поддержка и укрепление потенциала.

Инвалиды имеют право контролировать свою жизнь, и поэтому необходимо консультироваться с ними по вопросам, которые их непосредственно касаются, связанным, в частности, со здоровьем, образованием, реабилитацией или проживанием в общине. Чтобы дать возможность некоторым людям открыто выразить свои потребности и предпочтения, возможно, потребуется поддержка процесса принятия решений.

Рекомендация 5. Совершенствовать кадровый потенциал

Кадровый потенциал можно улучшить путем повышения эффективности образования, профессионального обучения и трудоустройства. Исходным пунктом для разработки соответствующих мероприятий, направленных на повышение кадрового потенциала, может стать обзор знаний и компетенции кадров в соответствующих областях деятельности. Учебными планами и программами сертификации кадров должно быть предусмотрено соответствующее обучение по проблемам инвалидности, включающее в себя правозащитную тематику. Специалисты-практики, предоставляющие услуги и управляющие предоставлением услуг, должны пройти обучение без отрыва от работы. Повышению эффективности и финансовой доступности медико-санитарной помощи, предоставляемой инвалидам, способствует, например, укрепление потенциала служб первичной медицинской помощи, и, при необходимости, обеспечение доступности услуг специалистов.

Во многих странах наблюдается дефицит кадров в таких сферах, как реабилитация и специальное образование. Преодолению разрыва в ресурсном обеспечении может способствовать разработка стандартов повышения квалификации для различных типов и уровней персонала.

Рекомендация 6. Обеспечивать необходимое финансирование и повышать экономическую доступность

Для того чтобы услуги, предоставляемые государством, доходили до всех, кому они предназначены, а их качество было высоким, необходимо достаточное и устойчивое финансирование. Повышению качества предоставления услуг могут способствовать заключение договоров подряда с частными поставщиками услуг, содействие созданию

государственно-частных партнерств и выделение целевых средств инвалидам для оплаты помощи. При разработке национальной стратегии в области инвалидности и соответствующих планов действий следует обращать внимание на финансовую доступность и устойчивость предлагаемых мероприятий и обеспечивать достаточное финансирование.

Чтобы повысить экономическую доступность товаров и услуг, предназначенных для инвалидов, и избежать дополнительных затрат, связанных с инвалидностью, необходимо обратить внимание на расширение охвата медицинским и социальным страхованием. При этом следует обеспечивать, чтобы бедные и уязвимые люди с инвалидностью пользовались адресными программами социальной помощи, направленными на сокращение бедности; освобождать их от платы за услуги; предусматривать льготы на проезд на транспорте и снижение налогов и сборов на импорт медицинских товаров длительного пользования, а также «помогающих» технологий.

Рекомендация 7. Повышать информированность общества и осведомленность о проблемах инвалидности

Взаимное уважение и взаимопонимание способствуют формированию инклюзивного общества. Следовательно, необходимо повышать информированность общества о проблемах инвалидности, бороться с негативным ее восприятием и создавать правдивую картину инвалидности. Сбор информации о знаниях, предрассудках и отношении к инвалидам поможет выявить пробелы в осведомленности общества, которые можно преодолеть путем просвещения и информирования широкой общественности. Государственным органам, добровольным организациям и профессиональным ассоциациям следует рассмотреть целесообразность проведения кампаний социального маркетинга, направленных на изменение стереотипов восприятия проблем, подвергшихся «стигматизации», таких как ВИЧ/СПИД, психические заболевания и лепра. Чтобы добиться успеха при проведении этих кампаний и обеспечить распространение положительной информации об инвалидах и их семьях, необходимо привлечь к этой работе СМИ.

Рекомендация 8. Улучшать сбор данных об инвалидах

На международном уровне следует разрабатывать, проверять в межкультурном аспекте и последовательно применять методологии сбора данных об инвалидах. Данные должны быть стандартизированными и международно-сопоставимыми с тем, чтобы проводить срав-

нение с нормативными показателями и осуществлять мониторинг прогресса политических мер в области инвалидности, а также применения КПИ на национальном и международном уровнях.

На национальном уровне необходимо предусмотреть сбор данных об инвалидности. Использование единых определений инвалидности, основанных на МКФ, позволяет получать международно-сопоставимые данные. В качестве первого шага, можно осуществлять сбор данных национальных переписей населения в соответствии с рекомендациями Вашингтонской группы ООН по статистическому измерению инвалидности и Статистической комиссии ООН. Рентабельным и экономичным подходом является включение вопросов об инвалидности – или специального модуля «инвалидность» – в проводимые выборочные обследования. Кроме того, необходимо дезагрегировать данные по отдельным характеристикам популяций с тем, чтобы выявлять модели, тенденции и информацию о подгруппах лиц с инвалидностью.

В рамках тематических обследований по проблемам инвалидности можно также собирать больше всеобъемлющей информации о характеристиках инвалидности, таких как распространенность, патологические состояния, связанные с инвалидностью, использование и необходимость услуг, качество жизни, возможности, а также потребность в реабилитации.

Рекомендация 9. Укреплять и поддерживать научные исследования по проблемам инвалидности

Научные исследования играют важнейшую роль в повышении информированности общества по вопросам инвалидности, формировании политики и программ в области инвалидности и эффективном размещении ресурсов.

В настоящем Докладе рекомендуются области научных исследований по проблемам инвалидности, включая воздействие факторов окружающей среды (политические меры, физическая среда, стереотипы поведения) на инвалидность и методы измерения этих факторов; качество жизни и уровень благополучия инвалидов; пути преодоления барьеров в различных условиях; эффективность и результаты услуг и программ для инвалидов. Необходимо формировать критическую массу научных работников, занимающихся проблемами инвалидности. Следует повышать квалификацию научных работников в целом ряде дисциплин, включая эпидемиологию, изучение инвалидности, здравоохранение, реабилитацию, специальную педагогику, экономику, со-

циологию и государственную политику. Полезными также могут быть создание условий для осуществления международных образовательных и научно-исследовательских программ и установление связей между университетами в развивающихся странах и странах с высоким и средним доходом.

Претворение рекомендаций в жизнь

Для внедрения рекомендаций необходимы настойчивая приверженность и практические действия со стороны широкого круга заинтересованных сторон. Хотя наиболее значительная роль при этом принадлежит государственным органам, большое значение имеют также и другие игроки. Ниже перечисляются некоторые практические действия, которые могли бы осуществить вовлеченные стороны.

Государственные органы могут:

- Провести обзор и пересмотр действующих правовых норм и политических мер для обеспечения их соответствия КПИ; провести обзор и пересмотр механизмов их соблюдения и правоприменения.
- Провести обзор политических мер, систем и услуг – общего характера и адресно ориентированных на инвалидов – для выявления недостатков и барьеров и разработать мероприятия для их преодоления.
- Разработать национальную стратегию в области инвалидности и план действий, предусмотрев четкое распределение ответственности и механизмы координации, мониторинга и отчетности по секторам.
- Регулировать предоставление услуг путем введения стандартов на услуги, осуществления их мониторинга и принудительного применения.
- Распределять достаточные средства между существующими услугами, финансируемыми из государственных источников, и надлежащим образом финансировать осуществление национальной стратегии в области инвалидности и плана действий.
- Принять национальные стандарты в отношении доступа инвалидов и обеспечить их соблюдение в новых зданиях, на транспорте и в информационно-коммуникационной сфере.
- Осуществлять меры по обеспечению того, чтобы инвалиды были защищены от бедности и надлежащим образом пользовались преимуществами массовых программ, направленных на сокращение бедности.
- Включить показатели инвалидности в национальные системы сбора данных и, при необходимости, предоставлять дезагрегированные данные об инвалидности.

- Проводить информационные кампании для повышения информированности общества и более глубокого понимания проблем инвалидности.
- Создавать каналы, позволяющие инвалидам и третьим сторонам подавать жалобы в отношении прав человека или правовых норм, которые не осуществляются или не применяются принудительно.

Специализированные учреждения Организации Объединенных Наций и организации в области развития могут:

- Включить тематику инвалидности в программы помощи развитию, используя концепцию двуединого подхода (twin-track approach).
- Осуществлять обмен информацией и координацию действий для согласования приоритетных целей и задач программ, что позволит извлекать уроки из проделанной работы и избегать дублирования.
- Предоставлять странам техническую поддержку для развития потенциала и усиления применяемых политических мер, систем и услуг, например, путем обмена передовым и перспективным опытом.
- Содействовать разработке международно-сопоставимых методологий научных исследований.
- Регулярно включать соответствующие данные об инвалидности в статистические публикации.

Организации инвалидов могут:

- Поддерживать инвалидов в их стремлении осознать свои права, жить самостоятельно и совершенствовать знания и навыки.
- Поддерживать детей с инвалидностью и их семьи для обеспечения инклюзивности образования.
- Доводить взгляды своих членов до сведения лиц, принимающих решения, на международном, национальном и местном уровне и поставщиков услуг, и выступать в защиту прав своих членов.
- Содействовать проведению оценки и мониторинга услуг и сотрудничать с учеными для поддержки прикладных исследований, которые могут способствовать совершенствованию услуг.
- Содействовать росту информированности общества и более глубокому осознанию прав инвалидов – например, путем проведения информационных кампаний и выступления с лекциями о проблемах инвалидов.
- Проводить аудит внешней среды, транспортных и других систем и услуг для содействия устранению барьеров.

Поставщики услуг могут:

- Проводить оценку доступности внешней среды для инвалидов в партнерстве с местными группами инвалидов для выявления физических и информационных барьеров, которые могут приводить к исключенности инвалидов.
- Обеспечивать, чтобы персонал проходил необходимое обучение по проблемам инвалидности, должным образом применяя такое обучение и привлекая пользователей услуг к разработке и проведению учебных мероприятий.
- При необходимости разрабатывать планы индивидуального обслуживания совместно с инвалидами и их семьями.
- В целях координации и интеграции процессов предоставления услуг внедрять методы ведения больных, системы выдачи направлений к специалистам и электронную отчетность.
- Обеспечивать, чтобы инвалиды были осведомлены о своих правах и механизмах подачи жалоб.

Учебные заведения и научно-исследовательские организации могут:

- Устранять препятствия для приема и трудоустройства учащихся и сотрудников с инвалидностью.
- Обеспечивать, чтобы программы повышения квалификации включали в себя надлежащую информацию о проблемах инвалидности на основе правозащитного подхода.
- Проводить научные исследования о жизни инвалидов и барьерах, связанных с инвалидностью, – совместно с организациями инвалидов.

Частный сектор может:

- Содействовать занятости инвалидов, обеспечивая, чтобы трудоустройство было справедливым, чтобы использовались необходимые вспомогательные устройства, а работникам, которые стали инвалидами, оказывалась помощь в возвращении к трудовой деятельности.
- Устранять барьеры в доступе к микрофинансированию, чтобы инвалиды могли заниматься предпринимательской деятельностью.
- Развивать ряд высококачественных поддерживающих услуг для инвалидов и членов их семей на различных этапах жизненного цикла.
- Обеспечивать, чтобы строительные проекты, такие как общественные здания, конторские помещения и жилые дома, предусматривали возможность доступа для инвалидов.

- Обеспечивать, чтобы продукты, системы и услуги в области информационно-коммуникационных технологий были доступны для инвалидов.

Местные общины могут:

- Вести борьбу против невежества и предрассудков.
- Содействовать инклюзии и участию инвалидов в жизни общин.
- Обеспечивать, чтобы внешняя среда общины была доступна для инвалидов, включая школы, рекреационные зоны и культурные учреждения.
- Бороться с насилием и издевательствами в отношении инвалидов.

Инвалиды и члены их семей могут:

- Оказывать поддержку другим инвалидам путем наставничества, обучения, информирования и консультирования.
- Содействовать осуществлению прав инвалидов в своих местных общинах.
- Участвовать в мероприятиях по повышению информированности и кампаниях социального маркетинга.
- Участвовать в форумах (на международном, национальном, местном уровнях) с целью определения приоритетных направлений перемен, оказания влияния на политику и формирование услуг.
- Участвовать в научно-исследовательских проектах.

Заключение

КПИ сформировала комплекс задач, направленных на осуществление перемен. В настоящем «Всемирном докладе об инвалидности» наглядно представлено положение, в котором сегодня находятся инвалиды. В нем освещается разрыв в знаниях и подчеркивается необходимость дальнейшего совершенствования научных исследований и политических мероприятий. Представленные в Докладе рекомендации могут способствовать формированию инклюзивного общества, содействующего расширению прав и возможностей людей с инвалидностью и создающего условия для их процветания.

Литература

1. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 2008, 7(2)T (http://www.ijdc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml, accessed 4 August 2010).
3. Grammenos S. *Illness, disability and social inclusion*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003 (<http://www.eurofound.europa.eu/pub-docs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf>, accessed 6 August 2010).
4. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002-2004 (<http://www.who.int/health-info/survey/en/>, accessed 9 December 2009)
5. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. *Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys*. New York, United Nations Children's Fund, 2008.
6. Bines H, Lei P, eds. *Education's missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans*. Milton Keynes, World Vision UK, 2007 (http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_-_Main_Report.pdf, accessed 22 October 2009).
7. Eide AH et al. *Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey*. Oslo, SINTEF, 2003a (<http://www.safod.org/Images/LCZimbabwe.pdf>, accessed 9 November 2009).
8. Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. *Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative, national study*. Oslo, SINTEF, 2003b (<http://www.safod.org/Images/LCNamibia.pdf>, accessed 9 November 2009).
9. Loeb ME, Eide AH, eds. *Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study*. Oslo, SINTEF, 2004 (<http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf>, accessed 9 November 2009).
10. Eide A, Loeb M. *Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study*. Oslo, SINTEF, 2006 (<http://www.sintef.no/upload/Helse/Levek%C3%A5r%20og%20tjenester/ZambiaLCweb.pdf>, accessed 15 February 2011).
11. *People with disabilities in India: from commitments to outcomes*. Washington, DC, World Bank, 2009.
12. McFarlane L, McLean J. Education and training for direct care workers. *Social Work Education*, 2003,22:385-399. doi:10.1080/02615470309140
13. *Testing a disability question for the census*. Canberra, Family and Community Statistics Section, Australian Bureau of Statistics, 2003.

14. Disability, ageing and carers: summary of findings, 2003 (No. 4430.0). Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2004 (<http://tinyurl.com/ydr4pbh>, accessed 9 December 2009).
15. Disability supports in Canada, 2001: participation and activity limitation survey. Ottawa, Statistics Canada, 2001 (<http://www.statcan.ca/english/freepub/89-580-XIE/help.htm>, accessed 30 August 2007).
16. Supports and services for adults and children aged 5–14 with disabilities in Canada: an analysis of data on needs and gaps. Ottawa, Canadian Council on Social Development, 2004 (<http://www.socialunion.ca/pwd/title.html>, accessed 30 August 2007).
17. Living with disability in New Zealand: a descriptive analysis of results from the 2001 Household Disability Survey and the 2001 Disability Survey of Residential Facilities. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2004 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/8fd2a69286cd6715cc256f33007aade4?OpenDocument>, accessed 30 August 2007).
18. Kennedy J. Unmet and under met need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys. *Medical Care*, 2001,39:1305-1312. doi:10.1097/00005650-200112000-00006 PMID:11717572
19. Regional report of the Americas 2004. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2004 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, accessed 9 February 2010).
20. Regional report of Asia 2005. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2005 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, accessed 9 February 2010).
21. Regional report of Europe 2007. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2007 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, accessed 9 February 2010).
22. Michailakis D. Government action on disability policy: a global survey. Stockholm, Institute on Independent Living, 1997 (http://www.independentliving.org/standardrules/UN_Answers/UN.pdf, accessed 10 February 2010).
23. Hauland H, Allen C. Deaf people and human rights. Helsinki, World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf, 2009.
24. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021
25. Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
26. Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003.

Перечень условных сокращений

ISCD – Международная классификация стандартов образования
ВКК – врачебная консультационная комиссия
ВН – временная нетрудоспособность
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ДН – дыхательная недостаточность
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИПР – индивидуальная программа реабилитации
КПИ – Концепция о правах инвалидов
МКБ-10 – Международная классификация болезней десятого пере-
смотра
МКН – Международная классификация нарушений, ограничений жиз-
недеятельности и социальной недостаточности
МКН-2 – номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и
социальной недостаточности
МКФ – Международная классификация функционирования ограниче-
ний жизнедеятельности и здоровья
МРЭК – медико-реабилитационная экспертная комиссия
МСЭ – медико-социальная экспертиза
ОЖ – ограничения жизнедеятельности
ОНТП – отраслевая научно-техническая программа
ООН – Организация Объединенных Наций
ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития
РНПЦ МЭ и Р – Республиканский научно-практический центр меди-
цинской экспертизы и реабилитации
СУЗ – степень утраты здоровья
ФК – функциональный класс
ХАН – хроническая артериальная недостаточность
ХПН – хроническая почечная недостаточность



ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» является единственным специализированным центром в Республике Беларусь, осуществляющим медицинскую реабилитацию **на платной основе гражданам ближнего и дальнего зарубежья** после завершения радикального лечения злокачественных опухолей молочной железы, женских половых органов и других онкологических заболеваний, а также с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы, ЛОР-органов, сердечно-сосудистой системы, нарушением обмена веществ.

Программа реабилитации включает комплекс мероприятий, важнейшей составляющей частью, которой является психотерапевтическая и психологическая помощь, лечебная физкультура и физиотерапия. Физические факторы применяются в зависимости от локализации, характера патологического процесса, особенностей его течения, индивидуальных особенностей реабилитанта.

Реабилитацию пациентов проводят высококвалифицированные специалисты, обладающие многолетним опытом и знаниями в данной области.

Центр оснащен современным медицинским специальным реабилитационным оборудованием (аппарат общей низкочастотной и низкоинтенсивной импульсной магнитотерапии «Магнитотурботрон», аппарат «Магнитомед», аппараты: «Лимфамат», «Pressomed»).

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации расположен в живописном лесном массиве на берегу искусственного озера, в 10 км от городской черты (пос. Городище). Умеренный климат средней полосы, красивый пейзаж, смешанный лес, чистый воздух создают благоприятные условия для проведения реабилитации.

В Центре работают кабинеты:

- психотерапевтический
- психологической помощи,
- гинекологический,
- стоматологический,
- логопедический,
- УЗИ диагностики,
- функциональной диагностики.

Курс медицинской реабилитации – 14 дней.

**223027, Республика Беларусь, Минская область,
Минский район, пос. Городище
Тел. кабинета платных услуг (+375 17) 507-03-93
Факс: (+375 17) 507-03-99
e-mail: ontimr@mail.ru, niimser@belcmt.by**

www.gorodische.by



«The National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation» State Institution

The National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation is the only specialized centre in Belarus that provides medical rehabilitation services on the commercial bases, including for citizens of far-abroad and neighboring countries, after radical treatment of malignant tumors of mamma, feminine genital organs and other neoplasm related diseases, as well as rehabilitation of patients with nervous and osteo-muscular system diseases, of otorinolaryngological patients, of patients with cardiovascular system diseases and with metabolic disorders.

The rehabilitation programme includes a wide range of rehabilitation measures. The most important components of medical rehabilitation are psychotherapy and psychological advice, exercise therapy and physiotherapy. The particular types of physical curative impacts are selected depending on the localization and nature of pathological process and individual features of the patient.

The rehabilitation of patients is managed by highly qualified experts, with considerable knowledge and many years of experience in the field.

The Center is equipped with the state of the art equipment for rehabilitation including apparatus for low frequency and low intensity magnetotherapy «*Magnetoturbo-tron*», apparatus «*Magnetomed*», apparatus «*Lymphamat*», apparatus «*Pressomed*» and other instruments.

The National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation is located 10 km away from the edge of the town, in a picturesque forest, on the bank of an artificial lake, near the settlement of Gorodische. The combination of moderate climate of the mid-European geographical area, beautiful landscape, mixed forest and clean air provides the most favorable conditions for rehabilitation activities.

The Center has cabinets of:

- psychotherapy,
- psychological advice,
- gynecology,
- stomatology,
- logopedia,
- ultrasound diagnosis,
- functional diagnosis.

The rehabilitation course lasts 14 days.

Settlement Gorodische, Minsk distric, Minsk region, 223027, Belarus.

Phone: (+375 17) 507-03-93, Fax: (+375 17) 507-03-99

e-mail: niimser@belcmt.by, ontimr@mail.ru

www.gorodische.by

Научное издание

Смычѣк Василий Борисович

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Ответственный за выпуск *А.П. Лукьянчик*
Редактор *В.Б. Смычѣк*
Компьютерная верстка *А.П. Лукьянчик*

Подписано в печать 16.04.2012 г. Формат 70×100¹/₁₆.
Бумага офсетная. Ризография.
Усл. печ. л. 21,61. Уч.-изд. л. 12,18. Тираж 150 экз. Заказ 348.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный аграрный технический университет»
ЛИ № 02330/0552984 от 14.04.2010.
ЛП № 02330/0552743 от 02.02.2010.
Пр. Независимости, 99-2, 220023, Минск.



Смычек Василий Борисович – доктор медицинских наук с 1999 г., профессор с 2000 г.

С 1989 г. работает в государственном учреждении «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» (с 2010 г. – ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»). С 1999 г. по настоящее время является директором данного учреждения.

Научный руководитель многих государственных и научно-технических программ по медицинской реабилитации и экспертизе. Член Республиканского межведомственного совета по проблемам инвалидов при Совете Министров Республики Беларусь. Имеет высшую аттестационную категорию по специальностям: «врач-реабилитолог», «врач-эксперт», «врач-организатор здравоохранения». Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения по медицинской экспертизе. Под его научным руководством защищено 13 кандидатских диссертаций, выполняется 4 кандидатских и 2 докторские диссертации.

Автор 605 научных работ, в том числе 11 монографий, 20 руководств и пособий для врачей, 50 инструкций и методических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения.

