

[DOI:10.26104/NNTIK.2023.72.95.009](https://doi.org/10.26104/NNTIK.2023.72.95.009)

Турузбекова Б.Д., Усенбаев Н.У.

**ИНСУЛЬТКА КАБЫЛГАН ПАЦИЕНТКЕ ЭЛ АРАЛЫК
ИШТӨӨ КЛАССИФИКАЦИЯСЫН КОЛДОНУУ МЕНЕН
РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫК ДИАГНОЗДУ ТУЗУУ
(клиникалык учурдун мисалында)**

Турузбекова Б.Д., Усенбаев Н.У.

**ФОРМИРОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА
С ПОМОЩЬЮ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТУ, ПЕРЕНЕСШЕМО ИНСУЛЬТ
(на примере клинического случая)**

B. Turuzbekova, N. Usenbaev

**FORMATION OF A REHABILITATION DIAGNOSIS BY USING
THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING
FOR A PATIENT WHO HAS SUFFERED A STROKE
(by using the example of a clinical case)**

УДК: 616.831-005.1-08

Кыргызстанда реабилитация жаңыдан өнүгүп жана күч ала баштады. Кадрларды кайра даярдоо жана реабилитациялык дарылоо системасын кайра уюштуруу иштери жүрүп жатат. Адистер дарылоонун жаңы ыкмаларын колдонууга аракет кылып жатышат. Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму реабилитацияга муктаж бейтаптар үчүн жекече дарылоо планын түзүү үчүн Эл аралык иштөө классификациясы (ЭИК) колдонууну сунуштайт. ЭИК колдонуу мүмкүнчүлүгү чектелген бейтаптын көйгөйлөрү жөнүндө реабилитациялык адистин пикирин өзгөртүүгө мүмкүндүк берет. Адистин көңүлү функцияларга эмес, иштөөгө өтөт, бул иш-аракет тушунгун, башкача айтканда, активдүүлүк жана катышуу, жеке факторлор жана экологиялык факторлорду жакшыраак кабыл алуу менен көрүнөт. Бул ыкма пациенттин көйгөйлөрүн кененирээк көрүүгө жана ага жеткиликтүү ресурстарды натыйжалуу пайдаланууга мүмкүндүк берет. Макалада инсультка кабылган бейтаптын клиникалык окуясынын мисалында реабилитациялык диагноз коюунун жана реабилитация планын түзүүнүн мисалы келтирилген.

Негизги сөздөр: Эл аралык иштөө классификациясы, реабилитациялык диагноз, реабилитация, инсульт, мисал, клиникалык жагдай, Кыргызстан.

Становление реабилитации в Кыргызстане только начинает набирать обороты. Идет переподготовка кадров и реорганизация системы восстановительного лечения. Специалисты стараются использовать новые методы лечения. Всемирная организация здравоохранения рекомендует использование Международной классификации функционирования (МКФ), для составления индивидуального плана лечения для больных, нуждающихся в реабилитации. Применение МКФ позволяет изменить мнение специалиста-реабилитолога о проблемах пациента с инвалидностью. Фокус внимания специалиста смещается на функционирование, а не на функции, что проявляется лучшим восприятием понятий деятельности, то есть активности и участия, персональных факторов и факторов окружающей среды. Такой подход позволяет шире видеть проблемы пациента и более эффективно использовать имеющиеся у него ресурсы. В статье дан пример постановки реабилитационного диагноза и составления плана реабилитации на примере клинического случая больного, перенесшего инсульт.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, реабилитационный диагноз, реабилитация, инсульт, пример, клинический случай, Кыргызстан.

The development of rehabilitation in Kyrgyzstan is just beginning to gain momentum. Personnel retraining and reorganization of the rehabilitation treatment system are underway. Experts are trying to use new treatment methods. The World Health Organization recommends the use of the International Classification of Functioning (ICF) to create an individual treatment plan for patients in need of rehabilitation. The use of the ICF allows you to change the opinion of a rehabilitation specialist about the problems of a patient with a disability. The specialist's focus shifts to functioning rather than to functions, which is manifested by a better perception of the concepts of activity, that is, activity and participation, personal factors and environmental factors. This approach allows you to see the patient's problems more broadly and use the resources available to him more effectively. The article gives an example of making a rehabilitation diagnosis and drawing up a rehabilitation plan using the example of a clinical case of a patient who suffered a stroke.

Key words: International classification of functioning, rehabilitation diagnosis, rehabilitation, stroke, example, clinical case, Kyrgyzstan.

Становление реабилитации в Кыргызстане только начинает набирать обороты. К реабилитации начинается проявление интереса со стороны населения и государства, она стала занимать определенную нишу в сфере здравоохранения. Это обусловлено высоким спросом в восстановительном лечении при заболеваниях, которые ведут к инвалидизации. Основные проблемы связаны с недостаточным оснащением и недостатком кадров.

В 2001 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала использовать Международную классификацию функционирования (МКФ) в восстановительном лечении больных [1,2].

МКФ – это классификация, которая используется во всем мире в восстановительном лечении, в которой указаны основные факторы, связанные со здоровьем.

[3]. МКФ позволяет специалисту-реабилитологу взглянуть на проблему пациента под другим углом. Таким образом реабилитолог фокусируется не на функциях, а на функционировании, что позволяет оценить все проблемы больного и направить его ресурсы на эффективное восстановление [4, 5].

Концепция МКФ состоит из следующих пунктов:

- функции организма;
- структуры организма;
- активность и участие;
- факторы окружающей среды [6].

В использовании МКФ нужно придерживаться следующих правил:

- реабилитационный диагноз (РД) необходимо составлять при поступлении больного в стационар, в процессе восстановительного лечения и при выписке;
- при формировании РД учитывается функционирование актуальных проблем (доменов) больного;
- индивидуальный план восстановительного лечения составляется для каждого пациента. В этой индивидуальной программе, для каждой проблемы (домена) МКФ назначается ответственный специалист, который должен решить данную проблему, указывая технологию, которую будет применять в реабилитации данного больного;
- категорически нельзя использовать МКФ вместо шкал, так как она не является шкалой;
- все участники мультидисциплинарной бригады, участвующие в реабилитации больного, должны обладать знаниями владения МКФ.

Исходя из вышеизложенного, правильное владение МКФ при постановке реабилитационного диагноза позволяет зафиксировать все актуальные проблемы пациента, связанные с его состоянием здоровья. Далее эти проблемы будут закреплены за определенным специалистом, что позволит специалисту сконцентрироваться на определенной проблеме и выстроить тактику реабилитационного процесса, а больным увидеть эффективность реабилитационных мероприятий [7,8].

При формулировке проблемы (домена), необходимо выявить степень выраженности нарушения или ограничения, а также выяснить какие факторы окружающей среды оказывают влияние на процесс реабилитации.

Для постановки реабилитационного диагноза используется ICF- Browser. Где мы видим основные составляющие:

- функции организма, определяем по следующей форме (рис. 1);
- структуры организма, определяем по следующей форме (рис. 2);
- активность и участие, определяем по формуле (рис. 3);

- факторы окружающей среды, определяем по формуле (рис. 4).

Кодирование функции по МКФ
ICF-код=префикс+шифр домена+оценка



Рис. 1. Кодирование функций по МКФ.

КОДИРОВАНИЕ СТРУКТУР ПО МКФ

ICF-код=Префикс+шифр домена+оценка(определитель)



Рис. 2. Кодирование структуры организма по МКФ.

кодирование активности и участия по МКФ

ICF-код=префикс+шифр домена+оценка



Рис. 3. Кодирование активности и участия по МКФ.

кодирование факторов окружающей среды по МКФ

ICF-код=префикс+шифр домена+оценка



Рис. 4. Кодирование факторов окружающей среды.

Правильное формирование реабилитационного диагноза позволяет реабилитологам правильно сформулировать цели и задачи восстановительного лечения и подобрать индивидуальный план реабилитации для конкретного больного, что помогает в дальнейшем оценить эффективность восстановительного лечения, что является немаловажным как для специалиста, так и для пациента и его родственников.

Клинический пример. В реабилитационном диагнозе важно проверять функциональный статус больного и формулировать основные проблемы пациента.

И так, в реабилитационный центр поступила пациентка К.Т., 65 лет, с диагнозом: I63.3 Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева с правосторонним гемипарезом, КБС, Атеросклероз мозговых, коронарных сосудов, Гипертоническая болезнь III степени, очень высокого риска.

При поступлении в реабилитационный центр пациентка предъявляла жалобы на слабость в правой руке и ноге, невозможность ходьбы без поддержки, трудности в выполнении бытовых задач.

Из анамнеза: пациентка ночью ощутила слабость в правых конечностях, головную боль, родственниками была вызвана скорая медицинская помощь, была доставлена в приемный покой территориальной больницы с диагнозом «Ишемический инсульт». Страдает гипертонической болезнью III стадии. Гипотензивные препараты принимала не регулярно. В стационаре проведено исследование и лечение по стандарту. Далее обратились в реабилитационный центр.

Из анамнеза жизни выявлено, что условия проживания пациентки удовлетворительные, проживает в селе Таласской области, доме со всеми условиями проживания, живет с сыном и его семьей. Является пенсионеркой.

При поступлении у пациентки выявлено повышенное артериальное давление – 160/80 мм. рт. ст. В неврологическом статусе: при поступлении сознание пациентки ясное, глазные щели симметричные, движения глазных яблок в полном объеме, носо-губная складка сглажена справа, язык по средней линии, сухожильные рефлексы повышены справа, мышечная сила в проксимальных отделах верхней и нижней конечностях справа – 4 балла, в дистальном отделе верхней конечности справа – 3 балла, патологические рефлексы: верхний и нижний рефлекс Россолимо, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи, стопный рефлекс Бабинского справа положительные, тонус мышц повышен по спастическому типу справа, чувствительных расстройств нет, менингеальных знаков нет.

В реабилитационном центре были проведены следующие исследования:

- шкала оценки мышечной силы – 4 балла справа;
- шкала комитета медицинских исследований (Medical Research Council Scale) – движения при внешнем противодействии руки справа в проксимальном отделе 4 балла, в дистальном – 3 балла, проксимальном и дистальном отделах ноги справа 4 балла;

- шкала тяжести инсульта национальных институтов США (NIHSS) – 10 баллов (средняя степень тяжести);

- госпитальная шкала тревоги и депрессии – 11 баллов (субклинически выраженная тревога / депрессия);

- индекс ходьбы Хаузера – 4 балла, что определяется как ходьба с односторонней поддержкой;

- шкала равновесия Берга – 39 баллов (средний риск падения);

- шкала Рэнкина – 3 балла (умеренное нарушение жизнедеятельности);

- индекс мобильности Ривермид - 10 баллов;

- шкала оценки качества жизни при инсульте (SS-QOL) – 65 баллов (качество жизни снижено).

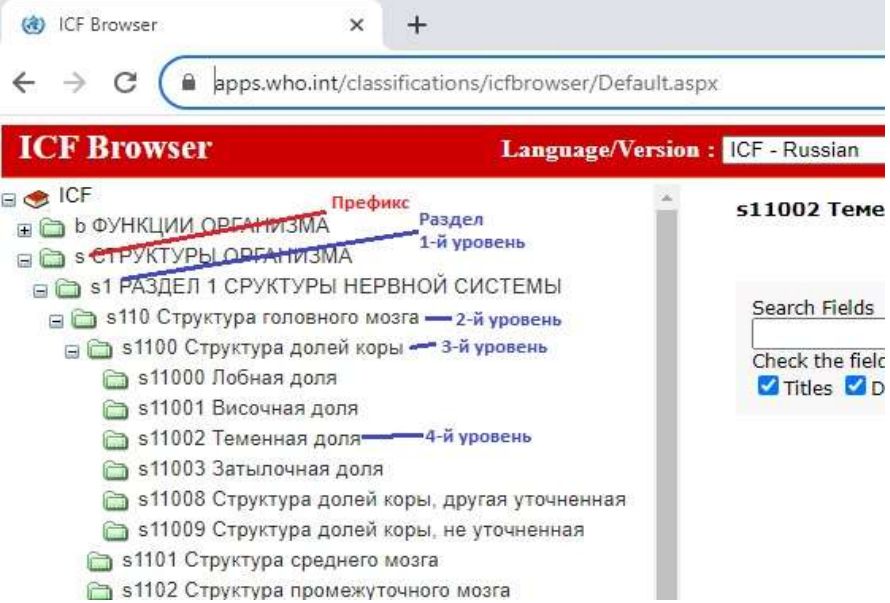
Физикальная диагностика. Была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, где выявлен очаг ишемии в бассейне средней мозговой артерии слева.

Клинический диагноз. I63.3 Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева с правосторонним гемипарезом, КБС, Атеросклероз мозговых, коронарных сосудов, Гипертоническая болезнь III степени, очень высокого риска.

При выявлении основных доменов пациента по МКФ, выясняется, что пациентка по ровной поверхности передвигается с опорой на трость, при любой возможности придерживается за выступы, поручни кровати, или же опирается к стене; постоянно зовет на помощь сына или же внука. Не способна ходить на длинные дистанции и по не ровной поверхности. Требуется помощь при вставании со стула. При поднимании и спускании по ступеням лестницы, просит помощи сына или же внука, которые помогают ей в поднятии парализованной ноги на ступень, сама же пациентка держится двумя руками за поручни. Дома и в палате пациентка не в состоянии себя обслуживать самостоятельно, так как испытывает трудности в выполнении некоторых бытовых действий (умывание, чистка зубов, прием пищи и напитков, надеть одежду), требует помощи в выполнении данных действий у родных. Постоянно требует к себе внимания близких.

Для правильной постановки реабилитационного диагноза необходимо определить, насколько нарушена структура организма, как нарушено его функционирование, насколько активен пациент и как влияют факторы окружающей среды на больного. Далее по таблице 1, мы видим, как сформулировать реабилитационный диагноз, по вышеперечисленным кодам.

Реабилитационный диагноз по клиническому примеру (образец постановки)

Реабилитационный диагноз по МКФ, код	Пояснение																																				
S11002.222	 <p>Рис. 1. Порядок определения нарушения структуры.</p> <p>На сайте Всемирной организации здравоохранения находим классификатор Международной классификации функционирования. По рисунку 1 виден порядок определения нарушения структуры. У данной пациентки нарушена структура головного мозга, точнее теменная доля. Далее определяем выраженность нарушений по таблице 1.</p> <p style="text-align: right;"><i>Таблица 1</i></p> <p style="text-align: center;">Выраженность нарушений</p> <table border="1" data-bbox="507 1254 1369 1451"> <tr> <td>xxx. 0</td> <td>НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные) - 0-4%</td> </tr> <tr> <td>xxx. 1</td> <td>ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые) - 5-24%</td> </tr> <tr> <td>xxx. 2</td> <td>УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые) - 25-49%</td> </tr> <tr> <td>xxx. 3</td> <td>ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные) - 50-95%</td> </tr> <tr> <td>xxx. 4</td> <td>АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные) - 96-100%</td> </tr> <tr> <td>xxx. 8</td> <td>не определено</td> </tr> <tr> <td>xxx. 9</td> <td>не применимо</td> </tr> </table> <p>Далее определяем характер и локализацию нарушений по таблице 2.</p> <p style="text-align: right;"><i>Таблица 2</i></p> <p style="text-align: center;">Характер и локализация нарушений</p> <table border="1" data-bbox="475 1563 1401 1899"> <thead> <tr> <th>Второй определитель (характер нарушений)</th> <th>Третий определитель (локализация нарушений)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 нет изменений структуры</td> <td>1. справа</td> </tr> <tr> <td>1 - полное отсутствие</td> <td>2. слева</td> </tr> <tr> <td>2 - частичное отсутствие</td> <td>3. с обеих сторон</td> </tr> <tr> <td>3 - добавочная часть</td> <td>4. спереди</td> </tr> <tr> <td>4 - aberrантные отклонения</td> <td>5. сзади</td> </tr> <tr> <td>5 - нарушение целостности</td> <td>6. проксимально</td> </tr> <tr> <td>6 - изменение позиции</td> <td>7. дистально</td> </tr> <tr> <td>7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости</td> <td>8. не определено</td> </tr> <tr> <td>8 - не определено</td> <td>9. не применимо</td> </tr> <tr> <td>9 - не применимо</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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	Второй определитель (характер нарушений)	Третий определитель (локализация нарушений)	0 нет изменений структуры	1. справа	1 - полное отсутствие	2. слева	2 - частичное отсутствие	3. с обеих сторон	3 - добавочная часть	4. спереди	4 - aberrантные отклонения	5. сзади	5 - нарушение целостности	6. проксимально	6 - изменение позиции	7. дистально	7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости	8. не определено	8 - не определено	9. не применимо	9 - не применимо	
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																																				
Второй определитель (характер нарушений)	Третий определитель (локализация нарушений)																																				
0 нет изменений структуры	1. справа																																				
1 - полное отсутствие	2. слева																																				
2 - частичное отсутствие	3. с обеих сторон																																				
3 - добавочная часть	4. спереди																																				
4 - aberrантные отклонения	5. сзади																																				
5 - нарушение целостности	6. проксимально																																				
6 - изменение позиции	7. дистально																																				
7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости	8. не определено																																				
8 - не определено	9. не применимо																																				
9 - не применимо																																					
b7302.2	<p>Затем находим нарушения функций организма, в данном случае у пациентки имеется слабость силы мышц в конечностях, выбираем как показано на рисунке 2.</p>																																				

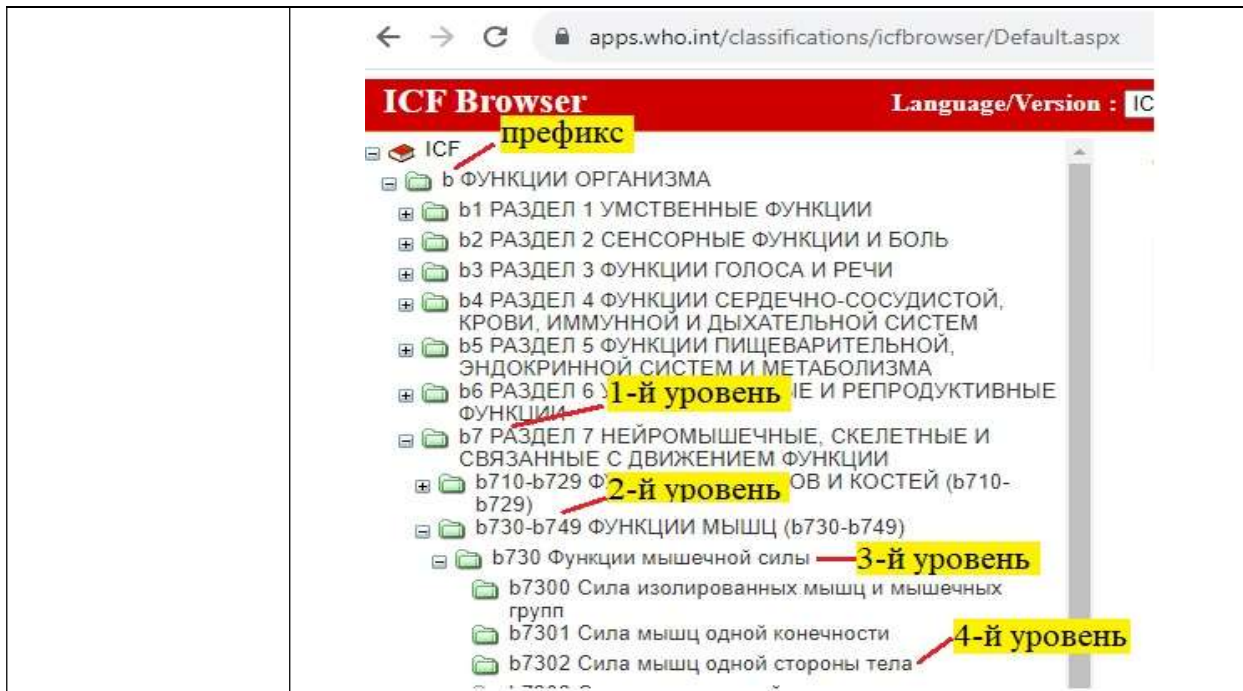


Рис. 2. Определение функций организма.

Далее определяем степень нарушения, по таблице 1. У пациентки сила в конечностях 3 балла, что соответствует умеренной степени нарушения.

e 310.3

Определяем какие факторы влияют на процесс восстановления. Пациентке активно помогают сын и внук. По нижеследующему рисунку выбираем поддержку семьи и ближайших родственников (рис. 3).

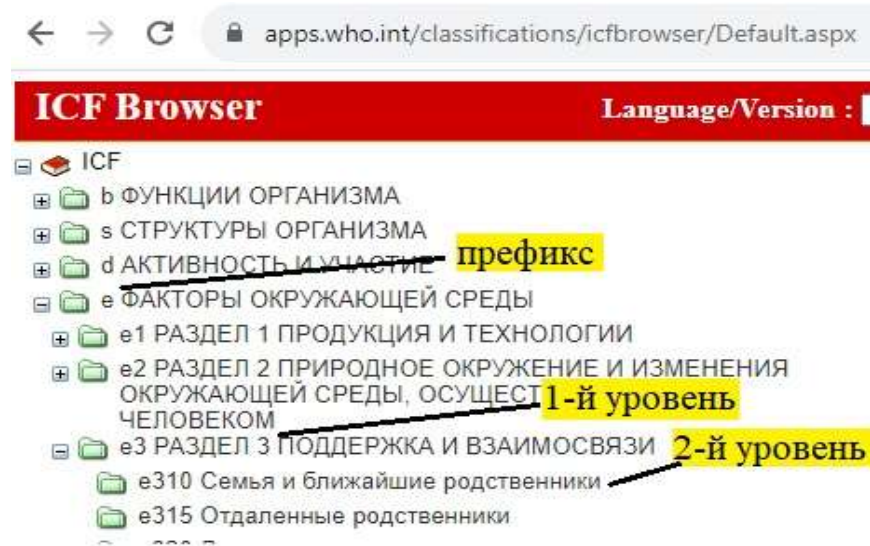


Рис. 3. Факторы окружающей среды.

Далее определяем степень барьера по таблице 1. У пациентки выраженные барьеры, так как пациентка постоянно находится в сопровождении сына или же внука и большую часть бытовых действий выполняют они.

В связи с чем, пациентке требуется помощь психотерапевта, для преодоления данного барьера.

У пациентки имеется вполне благоприятный прогноз в восстановлении, так как по данным РД у больной был установлен средний реабилитационный потенциал. Далее определяем краткосрочную и долгосрочную цели по SMART (Specific, measurable, achievable, realistic, time-framed goals). Краткосрочная цель на первую неделю реабилитации - обучение самостоятельной ходьбе по ровной поверхности на 20 м. Через неделю усиленных тренировок цель была достигнута. Так как пациентка запланировала пребывание в реабилитационном центре две недели, цель к окончанию восстановительного лечения состояла в самостоятельной ходьбе на 50 м без поддержки. Цель в результате успешных тренировок была достигнута.

В индивидуальном плане восстановительного лечения, который подобрал реабилитолог, были использованы следующие методы:

- стандартное медикаментозное лечение;
- работа с эрготерапевтом для решения проблемы апраксии;
- работа с психотерапевтом для преодоления психологического барьера;
- индивидуальные занятия ЛФК: ходьба, с постепенным усложнением (нарисованные дорожки, ходьба по одной линии) и преодолением барьеров, таких как лестница, пороги и т.д., специальные упражнения на увеличение силы в мышцах правой конечности, упражнения на балансировочной доске, упражнения на координацию, обучение ходьбе со скандинавскими палками.

Исходя из результатов реабилитации, мы можем сделать вывод, что проведенная медицинская реабилитация по индивидуально составленному плану восстановительного лечения дала положительный результат.

Обсуждение. Таким образом, мы видим, что МКФ позволяет оценить все аспекты здоровья, правильно сформулировать реабилитационный диагноз, что помогает нам составить индивидуальную программу реабилитации для конкретного больного.

МКФ позволяет реабилитологам правильно формулировать краткосрочные и долгосрочные цели, исходя из которых, составляется индивидуальный план реабилитации, а также подключать к реабилитации смежных специалистов, для решения проблем (доменов). Далее составлять рекомендации по дальнейшей

реабилитации.

Наш опыт в реабилитации пациентов, которые перенесли инсульт, показал, что применение МКФ в формировании реабилитационного диагноза и целей, позволяет не только специалисту, но и пациенту увидеть эффективность восстановительного лечения.

Выводы. МКФ дает возможность:

- сформулировать правильный реабилитационный диагноз;
- сформировать команду нужных врачей для реабилитации конкретного больного;
- видеть прогресс восстановления;
- видеть какие барьеры мешают пациенту на пути его восстановления.

Литература:

1. Аухадеев Э.И. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе Международной классификации функционирования / Э.И. Аухадеев, Р.А. Бодрова // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – №1 (59). – С. 6-10.
2. Бодрова Р.А. Опыт применения Международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС. / Р.А. Бодрова, Э.И. Аухадеев, И.В. Тихонов. // Практическая медицина. – 2013. – №1 (66). – С. 98-100.
3. Буйлова Т.В. Международная классификации функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации. // Меди Аль. – 2013. – №1 (6). – С. 26-31.
4. Голик В.А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике. / В.А.Голик, Е.Н. Мороз, С.А. Погорелова. / Международный неврологический журнал. – 2011. – №5 (43). – С. 104-110.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия). / Под редакцией Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. – СПб: СПбИУВЭК, 2003. – 342 с.
6. Шмонин А.А. Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом принимающих участие 24 в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в России». / А.А. Шмонин, В.М. Касаткина, М.Н. Мальцева. // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2017. – №2(62), Т. 16. – С. 17-24.
7. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. – Geneva: WHO, 2013. – 127 p.
8. Geyh S. ICF Core Sets for stroke /S. Geyh, A. Cieza, J. Schouten / J. Rehabil. Med. – 2004. – V. 44. – P. 135-141.