

НОВЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

УДК 612

Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Казань, Россия

A NEW METHODOLOGICAL APPROACH TO THE REHABILITATION OF PATIENTS ON THE BASIS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

Aukhadeev E.I., Bodrova R.A.

Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

Введение

Научно-методологические изыскания в практике медицинской помощи и социальной реабилитации больных и инвалидов, которые ведутся за рубежом и в нашей стране, в последние десятилетия привели к становлению и определили пути развития реабилитологии, как стройной научно-практической дисциплины в ее совокупном медико-социальном значении [1]. Огромное значение в этом имел выход в свет документа ВОЗ [15] – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Это Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), дополнившая Международную классификацию болезней (МКБ-10). В названном документе сформулировано понятие последствий заболеваний как основного предмета науки и практики реабилитации. Это – а) нарушения структур и функций организма человека, б) ограничения его жизнедеятельности как индивидуума и в) социальная недостаточность человека как личности. Концепции ICIDH (МКН) легли в основу создания современного технологического инструмента, обеспечивающего эффективное государственное регулирование решения самого широкого круга проблем, связанных со здоровьем и качеством жизни людей, социально-экономическим благополучием общества.

По мнению многих специалистов, самих экспертов ВОЗ [17] Международная классификация ICIDH, рекомендованная ВОЗ мировому сообществу и опубликованная в 1980 году нуждалась в дополнениях. Прежде всего, это связано с тем, что в ней не раскрыта достаточно полно роль социальной и физической окружающей среды, как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении, рассматривается преобладание медицинского подхода к проблеме выведения из строя – «medicalization of disablement». Необходимо детальное определение всех внешних по отношению к организму и личности человека природных и культурных (социальных, хозяйственно-экономических) условий возникновения и развития, одновременно и преодоления всей совокупности последствий заболевания для более эффективного решения проблем медицинской реабилитации на популяционном уровне [3].

Кроме того, ICIDH 1980 года отражает и оценивает, главным образом, последствия болезни, всегда име-

ющие характер разрушений и «выведения из строя». Однако, при оценке состояния больного и его реабилитационного потенциала важно раскрыть сохранившиеся резервы восстановления или компенсации возникших нарушений и ограничений, как можно более глубоко оценить и раскрыть все индивидуальные достоинства человека-личности. Это важно для статистики и принятия мер в решении проблем здоровья и их последствий на индивидуальном уровне, в первую очередь в организации медико-социальной экспертизы и в формировании индивидуальных программ реабилитации.

Дополнения к ICIDH (МКН), сделанные специалистами многих стран, нашли свое отражение в новом документе ВОЗ, предложенном мировому сообществу и опубликованном в 2001 году – International Classification of Functioning, Disability and Health. Это Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ, заменившая МКН [6, 15, 16, 17].

В нашей стране медико-социальная экспертиза и построенная на ее основе медицинская реабилитация больных и инвалидов претерпевает период своего научно-методологического и технологического становления. Особое значение в этом имеет адекватное восприятие, освоение новых научных, теоретических сторон этой чрезвычайно сложной и перестраивающейся в последние годы в нашей стране сферы государственной деятельности [5, 7, 8, 9, 10, 13, 14].

Для понимания сущности научно-теоретических, методологических основ медико-социальной экспертизы и реабилитации важно объединение двух концептуальных взглядов на здоровье и его нарушения, изложенных в МКФ. Это отражено в научной полемике «медицинской модели» против «социальной модели» [11, 12].

Медицинская модель сосредотачивает внимание на персональной стороне нарушения здоровья, вызванного непосредственно болезнетворным фактором. Изменения здоровья при этом требуют медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого профессионалами – врачами. Медицинская помощь рассматривается как основной выход из положения.

Социальная модель сосредотачивает внимание на сторонах нарушения здоровья, выходящих за рамки индивидуальной проблемы. Изменения здоровья при этом нуждаются в помощи со стороны социального

окружения. Это требует социальных решений и во многом предполагает коллективную ответственность общества. Поэтому результатом данной позиции будут социальные изменения.

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

«Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ) имеет своей целью обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем [18,19]. Она вводит определения «составляющих здоровья» и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд). В конкретизации «общеупотребляемого» определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения, МКФ дает стандартные, необходимые для практического применения, определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем». Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов и условий, определяющих здоровье или болезнь; это практический и значимый для характеристики здоровья набор: а) взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур; б) действий, задач и сфер жизнедеятельности; в) внешних природных и культурных условий; г) внутренних, индивидуально-психологических особенностей.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройства, травмы и т.п.) изначально классифицированы в МКБ-10, 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.

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 года), 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, используя приемлемые научные методы. Этот подход усиливает подходы, основанные не 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 индивид.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья имеет представленную ниже структуру (см. таблицу).

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

Классы «составляющих здоровья» – факторов характеризующих и определяющих здоровье			
Функционирование и жизнедеятельность		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 или 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.

Как видно из таблицы в МКФ в отличие от МКН введены существенные дополнения. В первую очередь, МКФ отличается наличием второго класса факторов, определяющих состояние здоровья – «Факторы контекста». Контекстные факторы представляют собой полную обстановку, в которой живет и существует индивид. Они включают 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 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 и 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.

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

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоит из черт индивида, не являющихся частью изменений здоровья или показателей здоровья. Они могут

включать: пол, расу, возраст; социальное окружение, образование, профессию; стиль жизни, привычки, воспитание; прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и настоящем); тип личности и характер, склонности; тренированность по отношению к физическим и психическим нагрузкам; другие (сопутствующие основным) изменения здоровья и другие характеристики, из которых все, или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне.

К сожалению, 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.

Отсутствие расшифровки личностного фактора не позволяет достаточно полно осуществить аспект оценки состояния здоровья в его триединой характеристике: биологической, личностной (психологической) и социальной. Данный аспект чрезвычайно важен, поскольку он определяет ценностные ориентации личности, влияющие на здоровье, активность самой личности в сохранении и восстановлении здоровья – что является внутренним, основным потенциалом здоровья человека. Нарушения функционирования, ограничения активности и участия (социальная недостаточность) сказываются на свойствах человека, в первую очередь, как развивающейся личности – персоны [4], приводя в этом отношении к «деперсонализации», и проблема реабилитации встает как проблема возвращения личности на путь ее развития – «реперсонализации» [2].

В Международной классификации функционирования (МКФ) термины «нарушения», «ограничения жизнедеятельности» и «социальной недостаточности», используемые в Международной классификации нарушений (МКН) 1980 года, имеют несколько иную интерпретацию и к ним имеются дополнения.

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

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенные отклонения или утрата. Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание термина «нарушения» является основой концепции МКФ, которая рассматривает статус индивида с позиций здоровья, а не болезни, в интересах ориентации на потенциал здоровья.

Термином «ограничения жизнедеятельности», наоборот обозначается более широкое понятие, включающее в себя понятия, обозначаемые терминами «активность» и «участие».

Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения

структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать 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 – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Здесь имеют значение внешние контекстные факторы здоровья. 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 заболеваний (МКН), обозначалось термином «социальная недостаточность».

Таким образом, МКН преимущественно сосредотачивала внимание на том, какие негативные изменения произошли в свойствах и жизнедеятельности индивида-личности. МКФ, в интересах активного преодоления негативных изменений, сосредотачивает внимание на том положительном, что осталось и содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и в окружающей его социально-культурной и природной среде.

Освоение МКФ является необходимым условием на пути обновления, совершенствования медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации больных и инвалидов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аухадеев, Э.И. Становление и развитие методологических основ медико-социальной реабилитации больных и инвалидов / Э.И. Аухадеев // Вертеброневрология. – 2005. – № 1–2. – С. 55–62.
2. Аухадеев, Э.И. Актуальные проблемы медицинской реабилитации инвалидов в Республике Татарстан / Э.И. Аухадеев // Развитие региональной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: материалы научно-практической конф. «Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан», посвящ. пятилетию создания в Республике Татарстан Государственной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, 18–19 дек. 2003 г. – Москва-Казань, 2004. – С. 47–60.
3. Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС. // Практическая медицина. – 2013. – №1 (66). – С. 100–102.
4. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А.Н. Леонтьев. – Москва: Политиздат, 1975. – 304 с.
5. 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. 45–57.
6. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм / РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, Московский центр ВОЗ по МКБ. Под ред. В.К. Овчарова. – Москва 1998. – 66 с.
7. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб: ЭЛБИ, 1999. – 112 с.
8. Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации: Материалы 2-го Российского конгресса, Москва, 2004 г. – 155 с.
9. Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации: Сборник научных трудов 1-го российского конгресса, Москва, 2003 г. – 344 с.
10. 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.
11. 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. 24–27.
12. Юнусов, Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф.А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус. – М.: Общероссийский общественный Фонд «Социальное развитие России», 2004. – 310 с.
13. Disler, P.B. Rehabilitation medicine / P.B. Disler, I.D. Cameron, S.F. Wilson // Med. J. Aus. – 2002. – Vol. 177. – №7. – P. 385–386.
14. Hunt, S.M. The problem of quality of life / S.M. Hunt // Quality of Life Research. – 1997. – Vol. 6. – P. 205–210.
15. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), Geneva, WHO, 1980.
16. International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO, 2001.
17. Internet: Jamal Mazrui, National Council on Disability, Email: 74444.1076@compuserve.com
18. 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.
19. Stucki, G. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine / G. Stucki, T. Ewert, A. Cieza // Disabil. Rehabil. – 2002. – Vol. 24. – №17. – P. 932–938.

REFERENCES:

1. Aukhadeev, E.I. [Formation and development of methodological foundations of medical and social rehabilitation for handicapped and challenged persons] / E.I. Aukhadeev // Verthebronevrologiya. – 2005. – № 1–2. – pages 55–62.
2. Aukhadeev, E.I. [Actual medical rehabilitation problems of challenged people in the Republic of Tatarstan / Aukhadeev, E.I. // Development of regional service of medical and social expertise and rehabilitation of challenged people: Scientific conference proceedings «Topical issues of medical and social expertise and rehabilitation of challenged people in the Republic of Tatarstan», 18–19 of december 2003 – Moscow-Kazan, 2004. – pages 47–60.
3. Bodrova R.A., Aukhadeev, E.I., Tihonov I.V. [Experience of international classification of functioning in efficiency estimation of rehabilitation of patients with consequences of central nervous system.//] Prakticheskaya Meditsina. - 2013. -№1 (66). - pages 100-102.
4. Leont'ev, A.N. [Activity. Consciousness. Personality.] / A.N. Leont'ev. – Moscow: Politizdat, 1975. – 304 pages.
5. Lavrova, D.I. [Evaluation criteria of life activity limits for institutes of medical and social expertise: methodic recommendations for employees of institutes of medical and social expertise and rehabilitation] / D.I. Lavrova, E.S. Libman, S.N. Puzin [and others] // Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitatsiya. – 2004. – №2. – pages 45–57.
6. [International nomenclature of defects, life activity limits and social insufficiency: manual classification of states, related to the consequences of injuries] / RAMS, Scientific-Research Institute of social hygiene, economics and health management of N.A. Semashko, Moskoskiy centr VOZ po MKB. Edited by V.K. Ovcharova. – Moscow 1998. – 66 pages.
7. Novik, A.A. [Conception research of life quality in medicine] / A.A. Novik, T.I. Ionova, P. Kaynd. – Saint-Petersburg: ELBI, 1999. – 112 p.
8. Rehabilitation assistance for the people of the Russian Federation: Materials of the 2nd Russian Congress, Moscow, 2004 – 155 p.
9. Rehabilitation assistance for the people of the Russian Federation: Collection of research papers of the 1st Russian Congress, Moscow, 2003 – 344 p.
10. Svistunova, E.G. [Conceptual terms of medical and social rehabilitation for challenged people in Russia] / E.G. Svistunova // Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitatsiya. [Medical and social expertise and rehabilitation] – 2003. – №3. – p. 3-6.
11. Elanskiy, YU.G. [Rehabilitation problems of challenged people in terms of fundamental principles of conception of social independence] / YU.G. Elanskiy, S.P. Peshkov // Zdravoohranenie Rossiyskoy Federatsii. [Healthcare of the Russian Federation] – 1997. – №3. – p. 24–27.

12. Yunusov, F.A. [Management of medical and social rehabilitation in foreign countries] / F.A. Yunusov, G. Gayger, E. Mikus. – M.: All-Russian public Fund «Social development of Russia», 2004. – 310 p.
13. Disler, P.B. Rehabilitation medicine / P.B. Disler, I.D. Cameron, S.F. Wilson // Med. J. Aus. – 2002. – Vol. 177. – №7. – P. 385-386.
14. Hunt, S.M. The problem of quality of life / S.M. Hunt // Quality of Life Research. – 1997. – Vol. 6. – P. 205-210.
15. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), Geneva, WHO, 1980.
16. International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO, 2001.
17. Internet: Jamal Mazrui, National Council on Disability, Email: 74444.1076@compuserve.com
18. 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.
19. Stucki, G. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine / G. Stucki, T. Ewert, A. Cieza // Disabil. Rehabil. – 2002. – Vol. 24. – №17. – P. 932-938.

РЕЗЮМЕ

Новый этап методологического развития науки и практики в реабилитации пациентов нашло свое отражение в замене Международной классификации нарушений (МКН) Международной классификацией функционирования (МКФ). МКФ ушла от классификации «последствий болезней», чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». Она дает стандартные, необходимые для практического применения определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем».

Ключевые слова: реабилитация, Международная классификация функционирования.

ABSTRACT

A new stage of methodological development of the science and practice of rehabilitation reflected in the replacement of the International Classification of Impairments (ICI) of the International Classification of Functioning (ICF). ICF left on the classification of «consequences of disease» to be rated «determinants of health». It gives the standard required for the practical application of the definition of «health domains» and «domains of health-related».

Key words: rehabilitation, International Classification of Functioning.

Контакты:

Аухадеев Э. И. E-mail: Auhadeevkgma@rambler.ru.

Бодрова Р.А. E-mail: Rezeda.Bodrova@tatar.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ

УДК 616-08

¹Воловец С.А., ²Сергеев Е.Ю.

¹Центр медико-социальной реабилитации инвалидов Департамента социальной защиты населения города Москвы, г. Москва, Россия

²ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

MODERN APPROACHES TO MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF YOUNG DISABLED PEOPLE

Volovets S.A., Sergienko E.Yu.

¹Tsentrf of medical and social rehabilitation of the Moscow City Department of Social Protection, Moscow, Russia

²GBOU VPO «Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov» Russian Ministry of Healthcare, Moscow, Russia

Введение

Проблема комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации в последние годы постепенно из категории «социальной» перешла в категорию «национальной безопасности» [1]. Это связано с тем, что на

фоне устойчивой и долговременной убыли населения быстро увеличивается численность инвалидов в стране. Если в 1992 году в России было 3,98 млн. инвалидов, то сегодня их численность составляет 13,1 млн. человек. Ежегодно в учреждениях медико-социальной экспер-