

УДК 615.828+613.6:005
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-2-86-97>

© А. Ф. Беляев, 2021

Остеопатия и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (часть 2)

А. Ф. Беляев^{1,2}

- ¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет
690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2
² Приморский институт вертеброневрологии и мануальной медицины
690041, Владивосток, ул. Маковского, д. 53а



На клинических примерах показано использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в практической деятельности врача-osteopata. Изучение соматических дисфункций (структурно-функциональных нарушений), переведенных на язык МКФ в виде нарушения «структуры» и «функции», позволяет решать многие вопросы клинической и научной остеопатии. Этот опыт интересен для остеопатов и всех специалистов, занимающихся реабилитацией.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, остеопатия, мультидисциплинарная команда, соматическая дисфункция

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Статья поступила: 17.03.2021

Статья принята в печать: 01.04.2021

Статья опубликована: 25.06.2021

UDC 615.828+613.6:005
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-2-86-97>

© Anatoly F. Belyaev, 2021

Osteopathy and International classification of functioning, disability and health (part 2)

Anatoly F. Belyaev^{1,2}

- ¹ Pacific State Medical University
bld. 2 pr. Ostryakova, Vladivostok, Russia 690002
² Primorsky Institute of Vertebro-neurology and Manual Medicine
bld. 53a ul. Makovskogo, Vladivostok, Russia 690041

Для корреспонденции:

Анатолий Федорович Беляев

Адрес: 690041 Владивосток,
ул. Маковского, д. 53а, Приморский институт
вертеброневрологии и мануальной медицины
E-mail: inmanmed@mail.ru

For correspondence:

Anatoly F. Belyaev

Address: Primorsky Institute of Vertebro-neurology and
Manual Medicine, bld. 53a ul. Makovskogo,
Vladivostok, Russia 690041
E-mail: inmanmed@mail.ru

Для цитирования: Беляев А. Ф. Остеопатия и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (часть 2). Российский остеопатический журнал. 2021; (2): 86–97. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-2-86-97>

For citation: Belyaev A. F. Osteopathy and International classification of functioning, disability and health (part 2). Russian Osteopathic Journal. 2021; (2): 86–97. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-2-86-97>

Using clinical examples, the article shows the use of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) in the practice of an osteopathic doctor. Somatic dysfunctions (structural and functional disorders) research, recorded according to the international classification of functioning in the form of a violation of «structure» and «function», make it possible to solve many issues of clinical and scientific osteopathy. This experience is useful for all rehabilitation professionals.

Key words: *International Classification of Functioning, osteopathy, multidisciplinary team, somatic dysfunction*

Funding. The study was not funded by any source.

Conflict of interest. The author declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 17.03.2021

The article was accepted for publication 01.04.2021

The article was published 25.06.2021

В первой части лекции [1] мы рассмотрели основные положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), понятия функционирования организма и ограничений его жизнедеятельности (включая функции и структуры организма, активность и участие), а также влияния факторов окружающей среды и особенности личности пациента (так называемые контекстовые факторы), домены здоровья и домены, связанные со здоровьем. Определили, что является нарушением, возникающим в функциях или структурах организма, активностью и участием, ограничением активности и возможностью участия. Отметим, что 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), факторов окружающей среды (e). За этими буквами следует числовой код, который начинается с номера раздела, за которым следует обозначение уровней. Далее следует определитель, который отмечает величину уровня здоровья (выраженность проблемы) [2, 3]. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение возможности, препятствие.

Наиболее полно и доступно применение МКФ в практике могут раскрыть клинические примеры.

Клинический пример 1. Пациент К., 77 лет, обратился в медицинскую клинику к врачу-остеопату с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (подъеме на 1-й этаж) и боль в грудной клетке, слабость, быструю утомляемость. В настоящее время не работает, находится на пенсии, пенсию получает на почте. Но из-за проблем со здоровьем и неблагоприятных условий погоды (гололед) не может самостоятельно ходить на почту, так как она находится далеко от дома. Проживает дома один в благоустроенной квартире, есть родственники, которые помогают в настоящее время. У пациента есть желание самостоятельно ходить на почту.

Пациент 2 нед назад был выписан из инфекционного госпиталя с диагнозом коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19 (подтвержденная), среднетяжелая форма. МКБ: U07/1/J12. Осложнение: внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, среднетяжелое течение. Компьютерная томография органов грудной полости — общий процент поражения легочной паренхимы составляет 20 %.

При осмотре было выявлено: общее состояние удовлетворительное, сатурация SpO_2 — 97 % (в норме — 95 % и более), пульс 72 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Оценка функции внешнего дыхания: жизненная ёмкость легких (ЖЁЛ) — 3,2 л (76,09 %), форсированная ЖЁЛ (ФЖЁЛ) — 3,12 л (73,6 %). Правильного телосложения, лордотическая форма спины, деформаций не выявлено, мышечная система развита нормально, поражений периферических суставов не наблюдается. Обхват грудной клетки — 115,5 см.

Для оценки уровня сатурации использовали пульсоксиметр «Армед YX200» медицинский, за нормальные значения принимали показатели от 95 % и более [4]. Для оценки функции внешнего дыхания использовали спирограф медицинский «СМП 21-01 РД», за нормальные значения принимали: ЖЁЛ для мужчин — 3,5–4,5 л, ФЖЁЛ в норме составляет 70–80 % от ЖЁЛ [5].

Врач-остеопат провел комплексное остеопатическое обследование пациента [6], в результате чего были выявлены следующие локальные соматические дисфункции (СД): передний подвывих головки IV ребра, дисфункция V ребра слева на вдохе, дисфункция грудобрюшной диафрагмы (левый купол), дисфункция ERS влево Th_{IV} и ERS Th_V вправо. Данные дисфункции могут изменять подвижность грудной клетки и за счет этого ухудшать показатели функции внешнего дыхания.

Для диагностики функционального состояния пациента использовали следующие шкалы и опросники.

1. *Шкала одышки mMRC (Modified Medical Research Council)* позволяет оценить выраженность одышки: 0 баллов (нет тяжести) — одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки; 1 балл (легкая степень) — одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение; 2 балла (средняя степень) — одышка заставляет больного идти медленнее по сравнению с другими людьми того же возраста или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности; 3 балла (тяжелая степень) — одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности; 4 балла (очень тяжелая степень) — одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома или одышка появляется при одевании и раздевании [4].

2. *Тест 6-минутной ходьбы* — это наиболее распространенный в мире нагрузочный тест, используемый для определения функционального статуса пациентов с патологией органов дыхания, оценки прогноза заболевания и эффективности терапии. При проведении теста ставится задача пройти как можно большую дистанцию за 6 мин в собственном темпе, после чего пройденное расстояние регистрируется. Обследуемому разрешено замедлять темп и останавливаться во время теста, но при наличии возможности следует сразу возобновлять ходьбу, поскольку секундомер при этом не останавливается! По истечении 6 мин определяется, сколько метров пройдено, и по этой цифре устанавливается функциональный класс, необходимый для определения степени тяжести заболевания и отслеживания ее динамики. Результат теста у здоровых людей зависит от возраста и составляет примерно 600 м у мужчин и 500 м у женщин [7].

3. *Шкала Борга для оценки переносимости физических нагрузок (модифицированная)*. Врач ставит оценку на основании имеющихся жалоб пациента по результатам выполняемой пробы с нагрузкой. Пациенту необходимо выбрать одно из чисел, отражающее степень одышки, которую он испытывает после выполнения теста ходьбы в течение 6 мин: 0 — состояние покоя; 1 — очень легко; 2 — легко; 3 — умеренная нагрузка; 4 — довольно тяжело; 5 — тяжело; 6 — тяжело; 7 — очень тяжело; 8 — очень тяжело; 9 — очень-очень тяжело; 10 — максимальная нагрузка [8].

4. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale A. S. Zigmond, R. P. Snaith)* разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Оценка результатов: 0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия [9].

5. *Европейский опросник качества жизни EQ*. Для определения качества жизни существует множество инструментов, одним из наиболее распространенных является опросник EQ-5D (EuroQoL группа) — анкета, состоящая из пяти вопросов о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека. Более высокий балл по данной шкале (максимально — 20 баллов) отражает большую степень нарушения качества жизни. Опросник используют для измерения состояния здоровья пациентов, предоставления доказательств эффективности затрат и опросов популяции для изучения здоровья населения [10].

Была произведена оценка функционального состояния пациента по вышеуказанным шкалам и опросникам: оценка выраженности одышки по шкале mMRC — 2 балла (соответствует средней степени тяжести); тест 6-минутной ходьбы — 360 м (70,3 % от нормы для данной возрастной группы); оценка переносимости физической нагрузки по шкале Борга — 3 балла (соответствует умеренной нагрузке); оценка интенсивности тревоги и депрессии по HADS — 6 баллов (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); оценка качества жизни по EQ-5 — 8 баллов.

Данные, приведенные ниже, отражают список наиболее распространенных проблем пациента с пневмонией, сформулированных в категориях и кодах МКФ. Использование любого кода должно сопровождаться применением хотя бы одного определителя, который отмечает величину уровня здоровья (например, выраженность проблемы). Определители кодируются одной, двумя или большим количеством цифр после разделительной точки [11–13].

Нарушение структуры. Для кодирования нарушений структур организма в МКФ имеется три определителя: выраженность, характер и локализация (табл. 1) [3].

Таблица 1

Определители нарушений структур организма

Table 1

Determinants of disorders of body structures

Выраженность	Характер	Локализация
0 — нет нарушений (никаких, отсутствуют, ничтожные) — 0–4 %	0 — нет изменений структуры	0 — более чем один регион
1 — легкие нарушения (незначительные, слабые) — 5–24 %	1 — полное отсутствие	1 — справа
2 — умеренные нарушения (средние, значимые) — 25–49 %	2 — частичное отсутствие	2 — слева
3 — тяжелые нарушения (высокие, интенсивные) — 50–95 %	3 — добавочная часть	3 — с обеих сторон
4 — абсолютные нарушения (полные) — 96–100 %	4 — аберрантные отклонения	4 — спереди
	5 — нарушение целостности	5 — сзади
	6 — изменение позиции	6 — проксимально
	7 — качественные изменения структуры, включая задержку жидкости	7 — дистально
	8 — не определено	8 — не определено
	9 — не применимо	9 — не применимо

В разделе «Структура» для пациента с пневмонией находим подраздел s4 «Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем», в этом подразделе находим следующий подраздел s430 «Структура дыхательной системы», а в нем s4301 «Легкие», s4302 «Грудная клетка» и s4303 «Дыхательная мускулатура». Кодирование структурных нарушений у данного пациента будет выглядеть следующим образом: s4301.373 умеренное качественное изменение легких с обеих сторон (25–49 %), s4302.161 незначительные изменения позиции ребер справа (смещение ребер), s4303.162 незначительные изменения позиции диафрагмы слева. В разделе s7 «Структуры, связанные с движением» находим подраздел s760 «Структура туловища» и далее s76001 «Грудной отдел позвоночника». Продолжение кодирования структурных нарушений у пациента будет выглядеть следующим образом: s76001.163 незначительные изменения позиции грудных позвонков с обеих сторон.

Нарушение функции. По такому же принципу находим нарушение функции. Первая нарушенная функция: b28011.2 боль в грудной клетке при кашле, умеренная. Следующее нарушение функций: b4301.1 кислородные функции крови (сатурация 97 %), снижение сатурации (сатурация 95 %) после физической нагрузки. Далее нарушение функции дыхания (b440): b4402.2 глубина дыхания: поверхностное дыхание; функции дыхательной мышцы (b445): b4450.2 умеренные нарушения функции

мышц, участвующих в дыхании; функции грудных дыхательных мышц, функции диафрагмы — ощущение, что не может сделать полный вдох, диафрагма практически не участвует в акте дыхания. Снижение толерантности к нагрузкам, слабость b455.2 (определено по шкале Борга и тесту 6-минутной ходьбы). Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b460) — b460.2 обычная физическая нагрузка вызывает через некоторое время слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, потливость. Нарушение функции силы мышц (b730): b7300.2 слабость мелких мышц ног и рук (по тесту 6-минутной ходьбы), функции мышечной выносливости (b740.1), функции произвольной двигательной реакции (b755.1), контроль произвольных двигательных функций (b760.1), ощущение мышечной скованности (b7800.1); темперамент и функции личности (b126): b1263.1 легкие нарушения психической устойчивости (тревожность).

Активность и участие. Передвижение в различных местах (d460): d4602.22 умеренные затруднения в реализации и потенциальной способности без посторонней помощи в «передвижении вне своего дома и вне других зданий (не может ходить на длительные расстояния, так как появляется слабость, одышка и страх, необходимо сопровождение)»; базисные экономические отношения (d860): d860.21 умеренные затруднения в реализации и легкие затруднения потенциальной способности без посторонней помощи в «участии в любых формах простых экономических транзакций».

Окружающая среда. Отрицательное воздействие: e225 климат (из-за непогоды и гололеда не может самостоятельно передвигаться по улице).

Положительное воздействие: e310 семья и ближайшие родственники — у пациента есть родственники, которые ему помогают (табл. 2).

На основании перечисленных нарушений в критериях МКФ выставляется реабилитационный диагноз, который является списком проблем пациента, описывающим все компоненты здоровья, оценивающим медицинские проблемы и жизненные проблемы, включающим, помимо нарушений и ограничений, возможности и действия пациента [6, 13, 14].

Реабилитационный диагноз у нашего пациента будет выглядеть следующим образом (см. табл. 2): b28011.2, b4301.1, b4402.2, b4450.1, b455.2, b460.2, b7300.2, b740.1, b755.1, b760.1, b7800.1, b1263.1, s4301.373, s4302.161, s4303.162, s76001.163, d4602.2, d860.2.1, e225–3, e310+4.

Непосредственно к компетенции остеопата из этого диагноза относятся со стороны нарушения структуры: s4302.161 незначительные изменения позиции ребер справа (смещение ребер), s4303.162 незначительные изменения позиции диафрагмы слева и s76001.163 незначительные изменения позиции грудных позвонков с обеих сторон; со стороны нарушения функции: 4450.2 умеренные нарушения функции мышц, участвующих в дыхании, — что соответствует соматическим дисфункциям ребер, диафрагмы, грудного отдела позвоночника.

С пациентом была проведена беседа, объяснены этапы и сроки реабилитации, определены цели лечения. В задачу врача-osteopata в данном случае входила коррекция выявленных СД. Для осуществления данных целей остеопат провел коррекцию выявленных дисфункций, мультидисциплинарная реабилитационная команда выполняла свою задачу. Через 14 дней после завершения курса реабилитации был проведен анализ полученных результатов: оценка выраженности одышки по шкале MRC снизилась до 1 балла, возросла переносимость физической нагрузки (по Шкале Борга), нормализовался уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), оценка качества жизни по результатам Европейского опросника качества жизни EQ-5 стала в пределах нормы. К моменту выписки пациент самостоятельно доехал до центра реабилитации (остановка транспорта в 200 м от дома, проехал пять остановок на общественном транспорте), поднялся на 3-й этаж к кабинету врача-osteopata без одышки и остановок.

Реабилитационный диагноз после выписки выглядел следующим образом (см. табл. 2): b28011.0, b4301.0, b4402.1, b4450.0, b455.0, b460.0, b7300.0, b740.0, b755.0, b760.0, b7800.0, s4301.273, s4303.0, s76001.0, d4602.1, d860.0, e225–3, e310+4.

Таблица 2

Оценка нарушений у пациента по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Table 2

Assessment of disorders in a patient according to the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF)

Наименование и номер раздела	Код и домен МКФ	Степень нарушения	
		при поступлении	при выписке
Раздел b2 Сенсорные функции и боль	b28011 боль в грудной клетке при кашле	b28011.2 умеренное нарушение	b28011.0 нет нарушений
Раздел b4 Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем	b4301 кислородные функции крови	b4301.1 легкое нарушение	b4301.0 нет нарушений
	b4402 поверхностное дыхание	b4402.2 умеренное нарушение	b4402.1 легкое нарушение
	b4450 нарушение функции мышц, участвующих в дыхании	b4450.2 умеренное нарушение	b4450.0 нет нарушений
	b455 снижение толерантности к нагрузкам, слабость	b455.2 умеренное нарушение	b455.0 нет нарушений
	b460 ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем	b460.2 умеренное нарушение	b460.0 нет нарушений
Раздел b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	b7101 нарушение подвижности нескольких суставов	b7101.1 легкие нарушения	b7101.0 нет нарушений
	b7300 слабость мелких мышц ног и рук	b7300.2 умеренное нарушение	b7300.0 нет нарушений
	b740 функции мышечной выносливости	b740.1 легкое нарушение	b740.0 нет нарушений
	b755 функции непроизвольной двигательной реакции	b755.1 легкое нарушение	b755.0 нет нарушений
	b760 контроль произвольных двигательных функций	b760.1 легкое нарушение	b760.0 нет нарушений
	b7800 ощущение мышечной скованности	b7800.1 легкое нарушение	b7800.0 нет нарушений
Раздел s4 Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем	s4302 изменение позиции ребер справа	s4302.161 легкие нарушения	s4302.0 нет нарушений
	s4301 изменение легких с обеих сторон	s4301.373 тяжелое нарушение	s4301.273 умеренное нарушение
	s4303 изменение позиции диафрагмы слева	s4303.162 легкие нарушения	s4303.0 нет нарушений
Раздел s7 Структуры, связанные с движением	s76001 изменение позиции грудных позвонков с обеих сторон	s76001.163 легкие нарушения	s76001.0 нет нарушений
Раздел d4 Мобильность	d4602 передвижение вне своего дома и вне других зданий	d4602.2.2 умеренное ограничение активности и участия	d4602.1 легкое ограничение активности и участия

Окончание табл. 2

Наименование и номер раздела	Код и домен МКФ	Степень нарушения	
		при поступлении	при выписке
Раздел d8 Главные сферы жизни	d860 базисные экономические отношения	d860.2.1 умеренное ограничение активности и участия	d860.0 нет ограничений
Раздел e2 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком	e225 климат	e225–3 выраженный отрицательный фактор	e225–3 выраженный отрицательный фактор
Раздел e3 Поддержка и взаимосвязи	e310 семья и ближайшие родственники	e310+4 выраженный положительный фактор	e310+4 выраженный положительный фактор

Таким образом, проведенная реабилитация привела к улучшению состояния пациента, снижению или устранению ряда нарушений, что наглядно продемонстрировано с помощью использования МКФ.

Клинический пример 2. Приводим краткую выписку из истории болезни, акцентируя внимание на позициях, имеющих значение для врача-osteopata. Пациентка А., 58 лет, клинический диагноз — ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, кардиоэмболический подтип, ранний восстановительный период; правосторонняя гемиплегия с мышечным гипертонусом, гемигипестезия справа, моторная афазия, правосторонний плечелопаточный болевой синдром («замороженное плечо»).

Проживает одна, квартира на 3-м этаже пятиэтажного дома, самостоятельно не ходит, передвигается с помощью инвалидной коляски, пересаживается в инвалидное кресло с посторонней помощью, ест самостоятельно левой рукой, еду не готовит, моется с помощью дочери, домашнюю работу не выполняет, обращенную речь понимает, писать не может. Пациентка хочет быть самостоятельной и не зависеть от родственников.

Неврологический статус при поступлении. Сознание ясное. В правых конечностях активные движения отсутствуют, пассивные — в полном объеме. Тонус в правых конечностях повышен, сухожильные рефлексы высокие, патологический симптом Бабинского справа, гемигипестезия справа. Моторная афазия, выраженная оральная апраксия. Мочеиспускание самостоятельное.

Для оценки реабилитационного потенциала у данной пациентки были использованы следующие инструменты.

1. **Шкала Рэнкина** позволяет оценить степень инвалидизации после инсульта и включает пять степеней инвалидизации после инсульта: 0 — нет симптомов; I — отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов (способен выполнять все повседневные обязанности); II — легкое нарушение жизнедеятельности (неспособен выполнять некоторые прежние обязанности, однако справляется с собственными делами без посторонней помощи); III — умеренное нарушение жизнедеятельности (требуется некоторая помощь, однако способен ходить без посторонней помощи); IV — выраженное нарушение жизнедеятельности (неспособен ходить без посторонней помощи, неспособен справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи); V — тяжелое нарушение жизнедеятельности (прикован к постели, недержание мочи и кала, требует постоянной помощи и присмотра персонала) [15].

2. **Шкала реабилитационной маршрутизации:** 0 баллов — отсутствие нарушений функций, структур, жизнедеятельность сохранена полностью; 1 балл — отсутствие проявлений нарушений

функций, структур, процессов жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания; 2 балла — легкое нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности; 3 балла — умеренное нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности; 4 балла — выраженное нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности; 5 баллов — грубое нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности; 6 баллов — нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести.

3. *Шкала спастичности Ашфорта* используется для измерения спастичности и эффекта ее лечения, а также для измерения степени тяжести и частоты сопротивления пассивным движениям по пятибальной оценке (от 0 до 4): 0 — тонус не повышен; 1 — легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся в начальном напряжении и быстром последующем облегчении; 2 — умеренное повышение тонуса по всему объему движения, однако конечность сгибается или разгибается достаточно легко; 3 — значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены; 4 — невозможность полностью согнуть или разогнуть паретичную часть конечности [16].

4. *Тест для руки Френчай* является одним из наиболее новых среди всех унифицированных тестов в реабилитации и предназначен для оценки двигательных навыков верхней конечности при центральном парезе [17]. Тест представляет собой пять последовательных моторных задания для пациента. За каждое успешно выполненное задание больной получает 1 балл, за невыполненное — 0 баллов. Максимально возможное число баллов по данной шкале — 5, что соответствует норме.

5. *Шкала функциональной независимости (Functional Independence Measure, FIM)* состоит из 18 пунктов, отражающих состояние двигательных (пункты 1–13) и интеллектуальных (пункты 14–18) функций. Каждая из ниже приведенных двигательных и интеллектуальных функций оценивается наблюдателем в баллах — от 1 до 7. Суммарная оценка может составлять 18–126 баллов: чем выше суммарная оценка, тем полнее независимость больного в повседневной жизни [18].

По вышеуказанным инструментам была произведена оценка состояния пациентки: шкала Ренкина — 4 балла (выраженное нарушение жизнедеятельности); шкала реабилитационной маршрутизации — 4 балла (выраженное нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности); шкала Ашфорта — 3 балла (значительное повышение мышечного тонуса); тест для руки Френчай — 0 баллов (функциональная несостоятельность верхней конечности); шкала функциональной независимости — 18 баллов (большая зависимость от окружающих в повседневной жизни).

В ходе общего остеопатического осмотра врачом-osteопатом выявлены следующие локальные соматические функциональные нарушения. СД позвонков: $ERS Th_{VI}$ влево и $FRS Th_{IV}$ вправо, которые соответствуют категориям МКФ в виде нарушения «структуры»: s76001.163 легкие нарушения изменения позиции грудных позвонков с обеих сторон — и в виде нарушения «функции»: b7101.3 тяжелые нарушения подвижности нескольких суставов. СД таза в виде торсии крестца, что соответствуют категориям МКФ в виде нарушения «структуры»: s7401.162 легкие нарушения изменения позиции суставов тазового пояса слева — и в виде нарушения «функции»: b7201.1 легкие нарушения подвижности таза. СД лопатки в виде ее смещения и ограничения подвижности, которые соответствуют категориям МКФ в виде нарушения «структуры»: s7200.161 легкие нарушения изменения позиции лопатки справа — и в виде нарушения «функции»: b7200.1 легкие нарушения подвижности лопатки. СД плечевого сустава в виде патологического увеличения объема его подвижности, которые соответствуют категориям МКФ в виде нарушения «структуры»: s7203.161 легкие нарушения изменения позиции связок и фасций плечевого пояса справа — и в виде нарушения «функции»: b7150.1 легкие нарушения функции стабильности одного сустава (плечелопаточного).

Реабилитационный диагноз (табл. 3): b7101.3; b7150.1; b7200.1; b7201.1; s76001.163; s7401.162; s7200.161; s7203.161. Определены цели и сроки реабилитации. Пациентке была проведена остеопатическая коррекция выявленных дисфункций, и в течение 3 нед она получала реабилитационные мероприятия согласно поставленным целям. *Реабилитационный диагноз*

Таблица 3

Реабилитационный диагноз у пациентки по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) до и после медицинской реабилитации

Table 3

Rehabilitation diagnosis in a patient according to the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) before and after medical rehabilitation

Наименование и номер раздела		Код и домен МКФ	Степень нарушения	
			при поступлении	при выписке
Раздел b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	Функции суставов и костей (b710–b729)	b7101 нарушение подвижности нескольких суставов	b7101.3 тяжелые нарушения	b7101.2 умеренные нарушения
		b7150 функции, стабильность одного сустава (плечевой)	b7150.1 легкие нарушения	b7150.0 нет нарушения
		b7200 подвижность лопатки	b7200.1 легкие нарушения	b7200.0 нет нарушения
		b7201 подвижность таза	b7201.1 легкие нарушения	b7201.0 нет нарушения
Раздел s7 Структуры, связанные с движением	Структура туловища s760	s76001 грудной отдел позвоночника	s76001.163 легкие нарушения, изменения позиции с обеих сторон	s76001.0 нет нарушений
	Структура тазовой области s740	s7401 суставы тазового пояса	s7401.162 легкие нарушения, изменения позиции слева	s7401 нет нарушений
	Строение плечевой области s720	s7200 кости плечевой области (лопатки)	s7200.161 легкие нарушения, изменения позиции лопатки справа	s7200.0 нет нарушений
		s7203 связки и фасции плечевого пояса	s7203.161 легкие нарушения, изменения позиции справа	s7203.0 нет нарушений

после реабилитации (см. табл. 3): b7101.2; b7150.0; b7200.0; b7201.0; s76001.0; s7401.0, s7200.161; s7203.0. В табл. 3 наглядно показано, как изменился реабилитационный диагноз после восстановления.

Встает закономерный вопрос: в какой степени эта классификация нужна и необходима врачу-osteопату? На наш взгляд, есть различные варианты организации работы врача-osteопата. Один вариант — когда остеопат работает в своем кабинете и решает локальные задачи коррекции СД, он может не являться лечащим врачом этого пациента и в его компетенцию не входит оценка эффективности реабилитации пациента; другой — когда остеопат работает в многопрофильной клинике реабилитационного направления и входит в мультидисциплинарную реабилитационную команду. В данном случае он работает под руководством врача-реабилитолога (врача ФРМ) и в его обязательную задачу входит формулирование проблем пациента исходя из концепции МКФ. Есть и еще один вариант работы врача-osteопата, апробируемый в нашей клинике Института вертеброневрологии и мануальной медицины (ИБММ). Согласно Порядку оказания помощи по остеопатии,

клиника ИВММ является Центром остеопатии, где остеопаты работают вместе с реабилитологами, к тому же пять наших остеопатов получили дипломы врачей ФРМ (подготовка в объеме 1008 ч). В данном случае врач-osteопат в силу своих компетенций может выступать как руководитель мультидисциплинарной реабилитационной команды. Это обосновано и эффективно особенно тогда, когда СД являются ведущими в клинической картине заболевания; такую модель работы мы в течение многих лет успешно апробируем при реабилитации новорожденных. Подготовка по физической и реабилитационной медицине значительно расширяет компетенции врача-osteопата, позволяя решать сложные комплексные вопросы реабилитации пациентов с СД.

В любом случае, применение МКФ в остеопатии востребовано как методология понимания проблем пациента, расширяющая клинический кругозор врача, повышающая степень его проникновения в проблемы пациента, а значит, повышающая качество остеопатического лечения.

Перед остеопатией всегда остро стоит вопрос классификации СД, поиск их места в современных классификациях, если шире — вопрос роли остеопатии в современной медицине. Одной из попыток остеопатии «вписаться» в международные классификации является использование в МКБ-10 классификатора М.99 Биомеханические нарушения, не классифицированные в других рубриках. Но в применении этого классификатора сказано, что его не следует использовать, если состояние может быть отнесено к какой-либо другой рубрике, и применять его можно только до того времени, пока не будет выставлен нозологический диагноз. Да и расширение М99.0 Сегментарная или соматическая дисфункция — не говорит о конкретных СД, приведенных в клинических рекомендациях «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций» [6, 19].

На базе МКФ впервые появляется возможность найти корректный эквивалент СД в виде нарушения «структуры» и «функции» (структурно-функциональные нарушения). Например, такая СД, как задний подвывих головки V ребра справа и его фиксации в этом положении (ограничение подвижности в объеме до 49%), будет кодирована как s4302.261 умеренные изменения позиции ребер справа (смещение ребер). В данном случае появляется возможность оценить не только качественные, но и количественные параметры СД («умеренные изменения, до 49%»), объективно определить эффективность остеопатической коррекции: после лечения «умеренные изменения» перешли в «незначительные изменения, до 24%», снижение степени СД на 25%.

Мы отдаем себе отчет в том, что многие вопросы, поставленные нами, носят дискуссионный, порой спорный характер и поэтому будем рады услышать от врачей-osteопатов любые замечания и предложения.

Описание функций и структур в категориях МКФ позволяет наглядно представить и оценить эффективность лечения или реабилитации и может стать неотъемлемой частью в работе врача-osteопата. Вначале этот процесс может показаться для врача трудным, но с опытом принцип кодирования становится понятным и приемлемым.

Важным является и тот факт, что МКФ может быть использована для описания СД. Структурно-функциональные нарушения, переведенные на язык МКФ в виде нарушения «структуры» и «функции», позволяют решать многие вопросы клинической и научной остеопатии. С применением МКФ у врача-osteопата появляется уникальная возможность объективно оценить клиническую эффективность своей работы, дать не только качественную, но и количественную характеристику структурно-функциональным нарушениям. Использование МКФ в научной работе позволяет убедительно проводить верификацию новых методов остеопатической терапии. Ведь не секрет, что одна из основных «претензий» к остеопатам у мирового научного сообщества (исходя из критериев Хельсинского протокола) — это недостаточная верификация проведенной клинической работы, оценка результатов.

В клинической практике врача-osteопата, оказывающего первичную медико-социальную помощь, рекомендуется применять МКБ-10 и МКФ (дополняющие друг друга), а также национальные классификации СД. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более

широкую и значимую картину здоровья, расширяет компетенции врача, способствует творческому подходу в работе с пациентами. В конечном итоге, применение МКФ в остеопатии может оказывать прямое воздействие на результаты остеопатического лечения и реабилитации.

Вклад автора:

А. Ф. Беляев — является автором идеи и текста данной статьи

Author's contributions:

Anatoly F. Belyaev — conceived and wrote the paper

Литература/References

1. Беляев А. Ф. Остеопатия и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (часть 1). Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 99–108.
[Belyaev A. F. Osteopathy and International classification of functioning, disability and health (part 1). Russian Osteopathic Journal. 2021; (1): 99–108 (in russ.).] <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-99-108>
2. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. Ссылка активна на 16.03.2021.
[International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Accessed March 16, 2021]. <http://www.mkb10.ru>
3. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF: short version, Short version. World Health Organization. Accessed December 2, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42417>
4. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). 2. Версия 9 (26.10.2020). М.: МЗ РФ; 236 с. Ссылка активна на 16.03.2021.
[Temporary guidelines. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). 2. Version 9 (10/26/2020). M.: Ministry of Health of the Russian Federation; 236 p. Accessed March 16, 2021]. https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/052/550/original/%D0%9C%D0%A0_COVID-19_%28v9%29.pdf?1603788097
5. Лунина М. Д., Никифоров В. С., Яковлева Н. Г., Балясина Н. С. Актуальные вопросы клинического применения спирометрии. Архивъ внутренней мед. 2016; 6 (6): 19–24.
[Lunina M. D., Nikiforov V. S., Yakovleva N. G., Baliasina N. S. Topical issues of clinical application of spirometry. Russ. Archiv. Intern. Med. 2016; 6 (6): 19–24 (in russ.).] <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-6-19-24>
6. Мохов Д. Е., Белаш В. О. Методология клинического остеопатического обследования: Учеб. пособие. СПб: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова; 2019; 80 с.
[Mokhov D. E., Belash V. O. Methodology of clinical osteopathic examination: Study guide. St. Petersburg: Izd-vo SZGMU im. I. I. Mechnikova; 2019; 80 p. (in russ.).]
7. Чикина С. Ю. Роль теста с 6-минутной ходьбой в ведении больных с бронхолегочными заболеваниями. Практич. пульмонол. 2015; (4): 34–38.
[Chikina S. Yu. The role of the 6-minute walk test in the management of patients with bronchopulmonary diseases. Pract. Pulmonol. 2015; (4): 34–38 (in russ.).]
8. Borg G. A. V. Psychophysical bases of perceived exertion. Med. Sci. Sports Exerc. 1982; 14 (5): 377–381. <https://doi.org/10.1249/00005768-198205000-00012>
9. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983; 67 (6): 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
10. Александрова Е. А., Герри Д. К., Кайнд П., Хабибуллина А. Р. Популяционные показатели качества жизни, связанного со здоровьем, по опроснику EQ-5D. Здравоохран. РФ. 2018; 62 (6): 295–303.
[Aleksandrova E. A., Gerry J. C., Kind P., Khabibullina A. R. Health-related quality of life population indicators using EQ-5D questionnaire. Hlth Care RF. 2018; 62 (6): 295–303 (in russ.).] <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-6-295-303>
11. Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Иванова Г. Е. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план. Вестн. восстановительной мед. 2017; (2): 16–22.
[Shmonin A. A., Maltseva M. N., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in the ICF categories and rehabilitation plan. Bull. Rehab. Med. 2017; (2): 16–22 (in russ.).]
12. Лорер В. В., Жукова Т. Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов. Clin. Psychol. Spec. Educ. 2017; 6 (3): 116–134.
[Lorer V. V., Zhukova T. N. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment of integrated rehabilitation of disabled people. Clin. Psychol. Spec. Educ. 2017; 6 (3): 116–134 (in russ.).] <https://doi.org/10.17759/psycljn.2017060307>

13. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование Международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: Инструкция для специалистов. Вестн. восстановительной мед. 2017; 6 (82): 1219–1228.
[Melnikova E.V., Builova T.V., Bodrova R.A., Shmonin A.A., Maltseva M.N., Ivanova G.E. Use of the International classification of functioning (ICF) in outpatient and inpatient medical rehabilitation: instructions for specialists. Bull. Rehab. Med. 2017; 6 (82): 1219–1228 (in russ.)].
14. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Вербицкая Е.В., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мишина И.Е., Нестерин К.В., Никифоров В.В., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А., Яшков А.В. Применение Международной классификации функционирования в процессе медицинской реабилитации. Вестн. восстановительной мед. 2018; 6 (88): 2–77.
[Ivanova G.E., Melnikova E.V., Shmonin A.A., Verbitskaya E.V., Aronov D.M., Belkin A.A., Belyaev A.F., Bodrova R.A., Bubnova M.G., Builova T.V., Maltseva M.N., Mishina I.E., Nesterin K.V., Nikiforov V.V., Prokopenko S.V., Sarana A.M., Stakhovskaya L.V., Suvorov A.Yu., Khasanova D.R., Tsykunov M.B., Shamalov N.A., Yashkov A.V. Application of the international classification of functioning in the process of medical rehabilitation. Bull. Rehab. Med. 2018; 6 (88): 2–77 (in russ.)].
15. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. Scott. Med. J. 1957; 2 (5): 200–215. <https://doi.org/10.1177/003693305700200504>.
16. Святская Е.Ф., Бийкузиева А.А., Ахмедова Д.Ш. Роль роботизированной механотерапии в восстановлении мобильности у пациентов, перенёвших острое нарушение мозгового кровообращения. Вестн. восстановительной мед. 2020; (1): 31–35.
[Svyatskaya E.F., Biykuzieva A.A., Akhmedova D.Sh. The role of robotic mechanotherapy in mobility restoration in patients with acute cerebrovascular accident. Bull. Rehab. Med. 2020; (1): 31–35 (in russ.)].
17. Baude M., Mardale V., Loche C.-M., Hutin E., Gracies J.-M., Bayle N. Intra- and inter-rater reliability of the Modified Frenchay Scale to measure active upper limb function in hemiparetic patients. Ann. Phys. Rehab. Med. 2016; 59: e59–e60. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.07.138>
18. Королев А.А., Суслова Г.А. Реабилитационное обследование пациентов, перенесших мозговой инсульт, на различных этапах медицинской реабилитации. Современные наукоемкие технологии. 2010; (2): 96–97. Ссылка активна на 16.03.2021.
[Korolev A.A., Suslova G.A. Rehabilitation examination of patients with cerebral stroke at various stages of medical rehabilitation. Modern High Technol. 2010; (2): 96–97. Accessed March 16, 2021 (in russ.)]. <http://top-technologies.ru/ru/article/view?id=24491>
19. Новиков Ю.О., Сафин Ш.М., Акопян А.П., Могельницкий А.С., Кантюкова Г.А., Кинзерский А.А., Мусина Г.М., Тихомиров А.Ю., Шаяхметов А.Р., Кутузов И.А., Литвинов И.А., Новиков А.Ю., Салахов И.Э., Тезиков Д.В. Шейные болевые синдромы. Уфа: Верас; 2020; 224 с.
[Novikov Yu.O., Safin Sh.M., Akopyan A.P., Mogelnitskiy A.S., Kanyukova G.A., Kinzersky A.A., Musina G.M., Tikhomirov A.Yu., Shayakhmetov A.R., Kutuzov I.A., Litvinov I.A., Novikov A.Yu., Salakhov I.E., Tezikov D.V. Cervical pain syndromes. Ufa: Veras; 2020; 224 p. (in russ.)].

Сведения об авторе:

Анатолий Федорович Беляев, профессор, докт. мед. наук, заслуженный врач Российской Федерации, Тихоокеанский государственный медицинский университет, профессор Института клинической медицины и реабилитационной медицины; Институт вертеброневрологии и мануальной медицины, директор eLibrary SPIN: 7144-4831 ORCID ID: 0000-0003-0696-9966

Information about author:

Anatoly F. Belyaev, Professor, Dr. Sci. (Med.), Honored doctor of the Russian Federation, Pacific State Medical University, professor of Institute of Clinical Neurology and Rehabilitation Medicine; Primorsky Institute of Vertebro-neurology and Manual Medicine, Director eLibrary SPIN: 7144-4831 ORCID ID: 0000-0003-0696-9966