

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет»  
(национальный исследовательский университет)  
Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, заведующий  
психосоматическим отделением  
МБУЗ ГКБ № 1 г. Челябинска

\_\_\_\_\_ В.М. Шевельков  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой  
Клинической психологии

\_\_\_\_\_ М.А. Березин  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Критерии взаимного соответствия клинических, клинико-  
психологических и медико-социальных аспектов нарушения  
психического здоровья

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–370401.2018.095.ПЗ ВКР

Руководитель работы, к.м.н.  
доцент, заведующий кафедрой  
клинической психологии

\_\_\_\_\_ М.А. Березин  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Автор работы  
студент группы МБЗ–327

\_\_\_\_\_ А.В. Прохорова  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Нормоконтролер,  
старший преподаватель кафедры  
клинической психологии

\_\_\_\_\_ А.В. Новохацки  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

Челябинск 2018

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет»  
(национальный исследовательский университет)  
Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ М.А. Бербин  
\_\_\_\_\_ 2018 г.

**ЗАДАНИЕ**  
на выпускную квалификационную работу студента  
Прохорова Анна Валерьевна

Группа МБ–327

1 Тема работы

Критерии взаимного соответствия клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья утверждена приказом по университету от 25.12.2017 г. № 2438

2 Срок сдачи студентом законченной работы 17.01.2018 г.

3 Исходные данные к работе

Необходимость соотнесения клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психического расстройства для постановки обоснованного клинико-экспертного-реабилитационного диагноза в целях МСЭ

4 Перечень вопросов, подлежащих разработке:

1) Изучить теоретические основы современной медико-социальной экспертизы;

2) Анализ ключевых понятий МСЭ;

3) Определить профессиональную специфику и должностные обязанности клинического психолога в соответствии с современной методологией МСЭ в составе МСЭК;

4) Рассмотреть диагностические критерии ЛКР;

5) Рассмотреть область применения, структуру и кодификатор МКФ;

6) Оценить эффективность применения МКФ на примере единичного клинического случая.

5 Иллюстративный материал (плакаты, альбомы, раздаточный материал, макеты, электронные носители и др.)

Альбом иллюстраций.

Общее количество иллюстраций: 1

6 Дата выдачи задания: 16.06. 2017 г.

Руководитель \_\_\_\_\_ М.А. Беребин  
(подпись)

Задание принял к исполнению \_\_\_\_\_ А.В. Прохорова  
(подпись студента)

## КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН

Наименование этапов выпускной квалификационной работы	Срок выполнения этапов работы	Отметка о выполнении руководителя
Литературный обзор	16.06 – 23.07.2017г.	
Построение дизайна исследования	24.07 – 10.08.2017г.	
Анализ ключевых понятий МСЭ	11.08 – 27.08.2017г.	
Рассмотреть область применения, структуру и кодификатор МКФ.	28.08 – 01.09.2017г.	
Оформление теоретической части работы.	02.09 – 18.09.2017г.	
Проведение эмпирического исследования	19.09 – 13.10.2017г.	
Обработка полученных данных	14.10 – 27.10.2017г.	
Проведение прикладного исследования	28.10 – 02.11.2017г.	
Обработка полученных данных	03.11 – 09.11.2017г.	
Оформление дипломной работы	10.11 – 16.01.2018г.	
Сдача законченной работы	17.01.2018г.	

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_ /М.А. Беребин/  
(подпись)

Руководитель работы \_\_\_\_\_ /М.А. Беребин/  
(подпись)

Студент \_\_\_\_\_ /А.В. Прохорова/  
(подпись)

## АННОТАЦИЯ

Прохорова А.В. Критерии взаимного соответствия клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья.– Челябинск: ЮУрГУ, МБЗ–327, 70 с., 4 ил., 6 табл., библиогр. список – 24 наим., 4 прил.

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью определения критериев взаимного соответствия клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья.

Работа состоит из трех разделов. В первом разделе рассматриваются теоретические и методологические основы медико-социальной экспертизы, особенности проведения экспертизы при психических расстройствах, специфика профессиональной деятельности и должностной ответственности психолога-эксперта в составе МСЭК. Во втором разделе проводится анализ основных понятий и критериев в международных классификациях, используемых при МСЭ, обзор МКФ, цели и концепции. В третьем разделе работы рассматривается нозологическая единица – Легкое когнитивное расстройство F 06.7 по МКБ-10, методы диагностики. Представлено эмпирическое и прикладное исследование на примере единичного клинического случая, описание хода исследования, интерпретация результатов. Результатом работы является «Индивидуальный профиль ОЖД», созданный с применением международных классификаций МКБ-10 и МКФ и показывающий взаимное соответствие клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	11
1 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....	17
1.1 Определение болезни как нарушения биосоциопсихологического гомеостаза человека.....	17
1.2 Особенности проведения медико-социальной экспертизы при психических расстройствах.....	19
1.3 Определение профессиональной специфики и должностной ответственности клинического психолога в составе МСЭ .....	27
2 АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ И КРИТЕРИЕВ В МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ МСЭ.....	32
2.1 МКБ и МКФ – цель, концепции.....	32
3 ЭМПИРИЧЕСКОЕ И ПРИКЛАДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ПРИМЕРЕ ЕДИНИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	39
3.1 Легкое когнитивное расстройство.....	39
3.2 Проведение и анализ эмпирического исследования на примере единичного клинического случая.....	43
3.3 Обсуждение результатов прикладного исследования на примере единичного клинического случая в целях соотнесения клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев.....	51
ВЫВОДЫ.....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	60
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	61
ПРИЛОЖЕНИЯ	64
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	64
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ С.....	66



## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ ПО ТЕКСТУ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ

АД – артериальное давление

ВКК – врачебно – контрольная комиссия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИПР – индивидуальная программа реабилитации

ЛКР – легкое когнитивное расстройство

МКБ-10 – международная классификация болезней (10-го пересмотра)

МКФ – международная классификация функционирования и ограничения жизнедеятельности

МСЭ – медико – социальная экспертиза

МСЭК – медико – социальная экспертная комиссия

ОЖД – ограничение жизнедеятельности

УКР – умеренное когнитивное расстройство



## ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПО ТЕКСТУ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Агравация – преувеличение симптомов заболевания, которое протекает в действительности.

Диссимуляция и дистравация – попытка скрыть, уменьшить признаки имеющегося заболевания.

Домен – набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач или областей жизни. Домен является основным элементом, формирующим разделы и блоки классификации, определяя второй уровень классификации составляющих МКФ.

Здоровье – является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов (ВОЗ).

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Метасимуляция – предъявление симптомов имевшего место в прошлом заболевания или его обострения.

– тип экзацербации – предъявление симптомов заболевания, которым свидетельствуемый в настоящее время не страдает, но перенес ранее.

– тип пролонгирования – продолжает предъявлять симптомы заболевания, которые закончились.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.(МКФ)

ОЖД – Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

«Поиск симптомов» – предъявление симптомов различных заболеваний, не укладывающихся синдром, с целью утяжеления общего состояния.

Симуляция – предъявление симптомов несуществующего в настоящее время и не существовавшего ранее заболевания.

Структуры организма – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.(МФК)

Суперсимуляция – предъявление больным человеком симптомов иного заболевания, которого в реальности нет.

Установочное поведение – осознанное, целенаправленное предъявление свидетелем заведомо ложной информации состоянии своего здоровья, т.е. осознанное, целенаправленное предъявление симптомов несуществующего заболевания (симуляция, метасимуляция, суперсимуляция), усиление симптомов имеющегося заболевания (агравация), предъявление симптомов, утяжеляющих общее состояние организма («поиск симптомов»). К установочному поведению относят также попытку скрыть (преуменьшить) симптомы имеющегося заболевания (диссимуляция, дисгравация).

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).(МФК)

Экспертиза (от лат. expertus – опытный, сведущий) – это специальная форма анализа данных, проводимая по установленной форме и соответствующая выработанным требованиям. Экспертиза производится по вопросам, возникающим в правоотношениях между субъектами права, с целью разрешения спорных ситуаций, установления интересующих фактов. Экспертиза проводится специально привлекаемым для этого лицом — экспертом, обладающим специальными знаниями, которыми её инициаторы не обладают.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Расстройство психического здоровья изменяет положение больного в обществе. Во многих случаях больной не отдает себе отчет в своем состоянии, утрачивает способность выполнять социальные обязанности, перестает нести ответственность за совершенные поступки. Психическое расстройство может привести и к утрате трудоспособности.

В связи с нарушением психического здоровья возникает ряд социальных и производственных проблем, рассмотрение которых невозможно без участия медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК).

Лечащим врачом и врачебно-контрольной комиссией (ВКК) осуществляется экспертиза временной нетрудоспособности больных. В обязанности ВКК входят определение временной нетрудоспособности пациента, вынесение рекомендаций перевода на более легкую работу и изменение условий работы.

При стойкой утрате трудоспособности переводятся на инвалидность больные, страдающие психическими заболеваниями, которые приняли затянувшееся или хроническое течение, или болезнью с переходом, в какой-либо тип стойкого дефекта или в слабоумие. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности и перевод на инвалидность таких пациентов осуществляется специализированными психиатрическими МСЭК [21].

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 3.04.1996. № 392 «О государственной службе медико-социальной экспертизы» и постановлению Правительства Российской Федерации от 13.08.1996. № 965 «О порядке признания граждан инвалидами» были утверждены примерные положение об учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ) и правила признания лица инвалидом.

Постановлением Правительства РФ от 16.12.2004. № 805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико – социальной экспертизы» и распоряжением Правительства РФ от 16.12.2004. № 1646-р была утверждена новая структура учреждений МСЭ.

Федеральные государственные учреждения МСЭ начали функционировать с 01.01.2005 года. В настоящее время МСЭК устанавливает не только наличие и степень инвалидности, потерю трудоспособности, но и больше внимания уделяет реабилитации инвалидов.

Специалисты МСЭ занимаются вопросами социальной стороны жизни инвалида, которая включает в себя благосостояние инвалида, в каких жилищных условиях проживает, социальное окружение, сколько имеет иждивенцев, какова реальная возможность выполнения какой либо работы, трудоустройства. Вполне логично, что в штате МЭС появились психолог, реабилитолог и специалист по социальной работе.

В помощь специалистам МСЭ вышел Приказ Минтруда России от 17.12.2015. № 1024н. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико – социальной экспертизы» [23].

Следует выделить общие положения:

1. Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

2. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основания установления групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид»).

Ценность данного Федерального закона заключается в том, что он указывает на виды ограничений жизнедеятельности (ОЖД), как важного аспекта в поведении человека в различных социально-психологических ситуациях.

Понятие ограничение жизнедеятельности является широким понятием, с помощью которого осуществляется анализ функциональных возможностей освидетельствуемого в таких жизненных ситуациях, как самообслуживание, общение, передвижение, образование, работа, ориентация и т.д., который требует новых подходов к формированию клинко-экспертного диагноза.

Требуется перенести методологию врачебно-трудовой экспертизы на современную медико-социальную экспертизу, но методология врачебно-трудовой экспертизы ведет к сужению экспертного подхода в МСЭ. Переход от принципов врачебно-трудовой к медико-социальной экспертизе начался в нашей стране с 1996 года.

Разработка теоретических и практических аспектов МСЭ продолжается до настоящего времени и далека от завершения [20].

Значительные трудности при решении реабилитационных и экспертных задач при психических расстройствах вызывает отсутствие серьезных исследований и научно-методических разработок для МСЭ. По-прежнему не наработаны достаточные навыки у специалистов МСЭК в формулировании интегративного клинко-функционального реабилитационного диагноза, который зачастую ограничивается диагнозом по МКБ.

При проведении МСЭК, решаются важные для освидетельствуемого социальные задачи, что является предпосылкой для вероятного установочного поведения. Клинко-психологические аспекты и подходы к выявлению возможного установочного поведения проработаны в МСЭ недостаточно, несмотря на актуальность и экспертную значимость.

Выше представлено что, основное понятие в МСЭ – понятие ограничения жизнедеятельности. Изучение ограничений жизнедеятельности не сводится к медико-биологическому аспекту. Необходим анализ физических, психологических и социальных составляющих психического расстройства, как единого целого, что связано с современным пониманием болезни как сложного многоуровневого процесса, представленного не только медико-биологическими,

но и личностно-средовыми составляющими. Исходя из этого, необходимо рассматривать методологию МСЭ по трём аспектам:

1. Медико-биологический аспект;
2. Психологический аспект;
3. Социальный аспект.

Комплексный подход позволит оценить человека, имеющего психическое расстройство, во всех проявлениях его жизни и деятельности, что требует от экспертов МСЭ специальных знаний и навыков и необходима взаимная ориентация в смежных областях профессиональной компетенции.

Разработка методических подходов психологического аспекта экспертизы представляется актуальной и насущной задачей, так как при комплексном подходе, основным действующим началом в процессе освидетельствования и последующей реабилитации, является личность освидетельствуемого [20].

Анализ, создавшейся ситуации в МСЭ при психических расстройствах показывает, что существует возврат к принципам и методологии врачебно-трудовой экспертизы. Причины в недостаточной проработке концептуальных основ современной медико-социальной экспертизы, методов объективизации ограничений жизнедеятельности и вопросов разграничения профессиональной и должностной компетенции специалистов МСЭ.

Изучение клинических особенностей психических нарушений у освидетельствуемого, их динамики, нозологической оценки, а также анализ социальных факторов имеют научное и практическое значение, и необходимы для формирования, и обоснованности экспертного заключения. В контексте указанных проблем, представляет интерес определение взаимосответствия клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психических расстройств для формирования клинико-экспертно-реабилитационного диагноза в целях МСЭ с применением МКФ.

**Объект исследования:** клинические, клинико-психологические и медико-социальные аспекты психических расстройств

**Предмет исследования:** клинические и клинико-психологические критерии психических расстройств, представленные в классификациях МКБ-10 и МКФ, и медико-социальные критерии, используемые при проведении МСЭ.

**Цель исследования:** в теоретическом исследовании определить соотнесенность клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психических расстройств (на примере легкого когнитивного расстройства) в классификаторах МКБ и МКФ и проверить их на материале клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования единичного клинического случая.

**Гипотеза:** МКФ, включает в себя клинические, клинико-психологические и медико-социальные критерии болезни, является инструментом для постановки обоснованного клинико-экспертного-реабилитационного диагноза в целях МСЭ.

**Задачи исследования:**

1. Изучить теоретические основы современной медико-социальной экспертизы;
2. Анализ ключевых понятий МСЭ;
3. Определение профессиональной специфики клинического психолога в составе МСЭК;
4. Рассмотреть область применения, структуру и кодификатор МКФ;
5. Оценить эффективность применения МКФ на примере единичного клинического случая.

**Методы и методики используемые в исследовании**

Для решения поставленных задач были использованы теоретические, прикладные и эмпирические методы исследования.

В теоретическом исследовании использовались сбор и анализ научного материала (научных статей, методических разработок, законопроектов и др.)

В эмпирическом исследовании были использованы методики:

1. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE);

2. Методика «Заучивание 10 слов»;
3. Методика «Отыскивание чисел по таблицам Шульте»;
4. Методика «Корректирующая проба Бурдона»;
5. Методика «Счет по Крепелину».

В прикладном исследовании были использованы классификации:

1. МКБ-10;
2. МКФ;
3. Классификации и критерии для проведения МСЭ.

#### **Экспериментальная база исследования**

Исследования проводились на примере единственного клинического случая.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования**  
**обеспечивалась:**

1. Применением стандартных методик, обеспеченных валидностью, надежностью и стандартизованностью.

#### **Научная новизна исследования:**

Анализ, создавшейся ситуации в МСЭ при психических расстройствах показывает, что существует возврат к принципам и методологии врачебно-трудовой экспертизы. В контексте указанных проблем представляет интерес определение взаимосответствия клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психических расстройств для формирования клинико-экспертно-реабилитационного диагноза в целях МСЭ с применением Международной классификации функционирования и ограничения жизнедеятельности.



# 1 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

## 1.1 Определение болезни как нарушения биосоциопсихологического гомеостаза человека

Современная психиатрия разделена на клиническую и социальную психиатрию. Задачей клинической психиатрии является снятие острых психотических состояний, формирование диагноза с последующим медикаментозным лечением.

Больной выступает не как субъект, а как объект врачебной деятельности, болезнь и патологический процесс являются синонимами. Социальные и психологические аспекты болезни практически не значимы.

В настоящее время появилась необходимость в оценке реабилитационного потенциала больного и построении развернутой индивидуальной программы реабилитации, учитывает социальные и психологические аспекты болезни. Предметом социальной психиатрии является индивид, который находится в ситуации «болезнь».

Жизнь больного в этой ситуации предполагает наличие в разной степени биологической, психологической и социальной недостаточности. Человек в ситуации «болезнь», выполняет социальные, психологические и биологические аспекты своей деятельности, испытывая при этом дезадаптацию по названным аспектам.

Возникает необходимость сотрудничества больного с социальным психиатром, который разрабатывает способы реабилитации людей с психическими расстройствами в условиях общества.

Задачей социальной психиатрии является сохранение и расширение сферы жизнедеятельности больного в различных жизненных ситуациях.

Болезнь есть расстройство социобиопсихологического гомеостаза индивида, вследствие патологического процесса, с типовой сменой синдромов, их

совокупностью, специфической типологией и синдромокинезом, ведущее к ограничению жизнедеятельности индивида. [1,10 с]

Под болезнью в социальной психиатрии понимается сложный симптомокомплекс, который включает в себя и компенсаторные личностные механизмы.

В современной социальной психиатрии, произошло возрастание интереса к системе «личность – болезнь», центральным объектом реабилитации которого, является личности больного

В системе «личность-болезнь» возникают сложные взаимодействия, прямые и обратные связи, формируются различные компенсаторные механизмы.

Возрастающий интерес к системе «личность – болезнь» в настоящее время обусловлен и расширением прав душевнобольных. Поэтому в социальной психиатрии стала актуальной необходимостью углубленного изучения психологии, в частности психологии личности.

В современной социальной психиатрии ОЖД является основным понятием, которое включает в себя физиологические, психические функции человека и его социальные роли.

ОЖД отражает системное представление о болезни в виде «нарушения гомеостаза вследствие патологического процесса». Система «человек-болезнь» требует анализа процесса болезни в рамках многоуровневого континуума: патологический процесс (биологический «полом») – защитные образования – индивид (организм и личность) – среда (биологическая и социальная). Определение болезни как нарушения биосоциопсихологического гомеостаза человека (индивида) вследствие патологического процесса, приводящего к ограничению жизнедеятельности, требует анализа не только медико-биологических, но и социально-психологических аспектов механизмов «полома» и «защиты» [1].

## **1.2 Особенности проведения медико-социальной экспертизы при психических расстройствах**

Теоретические основы медико-социальной экспертизы базировались на концепции последствий болезни и разработанной Всемирной организацией здравоохранения Международной номенклатуре нарушений, снижения способностей и социальной недостаточности, адаптированной в нашей стране в 1994 году.

Принятый в 1995 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дал определения таких понятий, как «инвалид», «ограничение жизнедеятельности» и «медико-социальная экспертиза».

В помощь специалистам МСЭ вышел Приказ Минтруда России № 1024н от 17.12.2015. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [28].

Общие положения:

1. Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий;

2. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основания установления групп инвалидности.

В основу современного определения такого понятия как «инвалид», данного Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ» положены ограничения жизнедеятельности, обусловленные нарушением здоровья со

стойким расстройством функций организма. Таким образом, главной задачей современной МСЭ является определение наличия и степени ограничения жизнедеятельности и объема его патологической обусловленности у освидетельствуемого [20].

В экспертной практике известно, что имеющиеся ОЖД могут быть не связаны напрямую с нарушением функций организма и не нести в себе патологической обусловленности.

ОЖД может развиваться и вследствие социальных или психологических факторов. например, у длительно безработных, у лиц без определенного места жительства и в этом случае не могут быть основанием для определения мер социальной защиты в системе МСЭ. Для этого необходимо экспертное подтверждение наличия, динамических особенностей, таких как стойкость и степени выраженности факторов патологического процесса, т.е. синдрома нарушенных функций.

Представление об этом медико-биологическом аспекте и прогнозе в совокупности с социальными и психологическими факторами, даёт такое основополагающее понятие как, клинико-функциональный диагноз.

Ключевое понятие в медико-социальной экспертизе – понятие ограничения жизнедеятельности. В концепции болезни, категории жизнедеятельности это сложные интегрированные виды деятельности, такие как, способности выполнение заданий, владение навыками, поведение. Основная ценность определения ОЖД, данного Федеральным законом, в указании на конкретные виды ОЖД, как наиболее значимые аспекты в поведении человека в различных социально-психологических ситуациях.

При такой экспертной логике совершенно недостаточно применять методы и приёмы, направленные только на объективизацию нарушенных функций и должны подвергаться экспертной оценке все перечисленные в Законе категории жизнедеятельности, и те, которые представляются лечебным учреждением и предъявляются свидетельствуемым.

В начале экспертизы ОЖД рассматриваются как предварительные и проходят верификацию на факт наличия и степени выраженности, а затем – на полноту патологической обусловленности.

Часто не анализируются случаи, где не удалось найти достаточной патологической обусловленности предъявленных ОЖД, а они присутствуют. В этом случае логическая цепочка клинико-экспертного анализа выстраивается на приоритете симптоматики и её нозологической обусловленности. ОЖД, не нашедшие патологической обусловленности отбрасываются как несуществующие, без достаточной проверки. Этот подход, сводит человека к совокупности его органов, предполагает возможность клинических ошибок, связанных с недостаточным обследованием [20].

Совсем другая логика клинико-экспертного анализа заложена в определении медико-социальной экспертизы, данным Федеральным законом. Определена иная последовательность клинико-экспертного анализа и обоснования экспертного решения: от потребностей самого свидетельствуемого, о которых заявлено субъективно, далее к оценке ограничений жизнедеятельности, предъявление которых на начальном этапе освидетельствования тоже носит субъективный характер.

Поэтому в процессе освидетельствования, во-первых, окончательно объективизируются наличие и степень выраженности ОЖД, во-вторых, формируется суждение о патологической обусловленности обнаруженных ограничений жизнедеятельности. Такая последовательность сводит к минимуму возможность клинической ошибки из-за недостаточного обследования и позволяет обратиться гражданина к мерам социальной защиты вне рамок МСЭ [21].

Современная экспертная логика, идущая от имеющихся ОЖД к их патологической обусловленности позволяет обосновать экспертные выводы о степени нуждаемости в мерах социальной защиты и психологической помощи. Из выше представленного ясно, что целесообразно рассматривать методологию МСЭ по трём аспектам:

1. Медико-биологический аспект;
2. Психологический аспект;
3. Социальный аспект.

Этот интегративный подход позволяет оценить человека, имеющего болезнь, во всех проявлениях его жизни и деятельности.

Интегративный подход требует от экспертов суммы специальных знаний и навыков. В современной модели МСЭ заложен уровень комплексности всех специалистов.

В процессе формирования единого экспертного решения взаимодействует широкий спектр специалистов, обладающих различающимися знаниями и специальными методиками объективизации данных. На практике нередко наблюдается, как врачи – эксперты и руководители бюро МСЭ опираются лишь на привычные узкие медико-биологические подходы к формированию экспертного заключения. Проблема в том, что врачи недостаточно ориентируются в методиках, не относящихся к их врачебной компетенции, в таких обследованиях как психологическое и социальное.

Специалисты по социальной работе, по реабилитации и психологи часто выведены за рамки процедуры экспертного освидетельствования, а материалы их работы не используются при формировании экспертного заключения [20].

Таким образом, не обеспечивается законодательно закреплённый комплексный подход МСЭ. Для всех специалистов МСЭК необходима взаимная ориентация в смежных областях профессиональной компетенции.

Для врача – эксперта – знание основных принципов психологического обследования, социальной работы, для психолога – некоторые врачебные представления, для специалистов по социальной работе – знания классификаций и критериев МСЭ. Вот в этом случае возможно адекватное решение вопросов разграничения профессиональной и должностной компетенции работников бюро МСЭ и последующая комплексная экспертная работа.

От цели экспертной задачи зависит и этапность МСЭ. Экспертное решение напрямую зависит от степени выраженности ОЖД, значит и этапность обработки объективных данных приобретает несвойственный клиническому обследованию характер. Сбор информации и объективизация данных МСЭ относится не только к дефекту или к имеющейся патологии, но и к человеку в целом, включая данные о его поведении, данные экспериментально-психологического и социального обследования.

Данные об ОЖД и их патологической обусловленности можно выстроить по четырем направлениям методов объективизации [20].

1. Поведение человека это совокупность его действий, доступных объективному наблюдению.

В МСЭ анализируется поведение человека во всех жизненных ситуациях. Закреплено законодательно и следует из критериев установления инвалидности, определённых Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении МСЭ граждан ФГУ МСЭ, утверждёнными Приказом Минтруда России № 1024н. от 17.12.2015 года.

Способность к общению и передвижению – действия, поведенческие акты в определённых жизненных ситуациях. На указанных особенностях поведения и строится экспертная оценка ОЖД. Основной метод анализа поведения человека – наблюдение, что сочетается с анализом предъявленной симптоматики. Результаты наблюдения оцениваются как непосредственно, так и по объективным описаниям: в ситуациях «работа», «семья», «быт» и т.д.

Начиная с формирования самых первых суждений и в самом процессе освидетельствования врачи – эксперты сверяют данные с материалами психолога, специалиста по социальной работе и так до формирования экспертного решения. Такой интегративный подход к анализу поведения свидетельствуемого в различных социально-психологических ситуациях позволяет сделать вывод о степени ОЖД.

Оценка характера поведения свидетельствуемого делается по степени снижения адаптивности. При резком выраженном снижении уровня адаптивности больной ограничен в своей деятельности пределами квартиры, а при лёгкой степени, адаптивность близка к уровню здорового человека, за счёт физических и психологических ресурсов.

Умеренная, выраженная и резко выраженная степени снижения адаптивности при одном или нескольких ограничениях способностей соотносятся с группами инвалидности. Через уровень адаптивности объективизация степени ОЖД позволяет сопоставлять этот параметр со степенью выраженности клинической симптоматики, что даёт представление о патологической её обусловленности. Завершается анализ характера поведения с оценки ситуационной адекватности – неадекватности поведения и однородности уровня адаптивности в ситуациях.

При таком подходе легче решаются и вопросы вероятного установочного поведения. Однородность снижения адаптивности вне и внутри экспертизы, позволяет сделать вывод об отсутствии установочного поведения.

На основе изучения социально-психологических причин поведения свидетельствуемого в типовых жизненных ситуациях – «учёба», «работа», «неформальное общение», «болезнь», «инвалидность» составляется психологический портрет личности. При необходимости параметры личности уточняются по данным ЭПО (экспериментальное психологическое обследование).

Так выстраиваются экспертные действия в реализации метода наблюдения и анализа фактов поведения свидетельствуемого в конкретных жизненных ситуациях.

2. Экспериментальное психологическое обследование (ЭПО) – методика объективизации данных. В современной МСЭ психологический диагноз формируется по направлениям – психологический портрет и патопсихологический диагноз.

Психологический портрет личности важен при обосновании группы инвалидности и при оценке реабилитационного прогноза и формировании



индивидуальной программы реабилитации. Анализ вероятного установочного поведения всегда проводится в сравнении с имеющейся симптоматикой.

Анализ личности состоит из анализа темперамента, характера, интеллекта, мотивационной и волевой сфер, а также и анализа внутренней картины болезни, отношения к болезни и реабилитационного потенциала, который включает в себя эмоционально-волевой, интеллектуальный и мотивационный аспекты.

3. Данные параклинического и физикального обследования объективизируют данные и факты, относящиеся к медико-биологическому уровню. Они не обеспечивают достаточную объективизацию ОЖД и не достаточны для обоснования решения о нуждаемости в мерах социальной защиты.

4. Самоотчёт при расспросе.

В первую очередь у освидетельствуемого необходимо уточнить мотивировку просьб на различные меры социальной защиты, подкрепляя их описаниями ограничений жизнедеятельности.

Во вторую очередь – описанием анамнеза заболевания. ОЖД анализируются в рамках проверки их патологической обусловленности – через сравнение с известными синдромами и нарушениями функций, которые могут таким образом ограничивать жизнедеятельность. Подобная логика изложения должна учитываться и использоваться при проведении МСЭ.

Окончательная верификация всех полученных результатов происходит при коллегиальном обсуждении, где формируется и обосновывается экспертное заключение.

Существуют методы объективизации для отдельных категорий ОЖД, таких как самообслуживание, способность контролировать своё поведение, способность к самостоятельному передвижению, способность к общению, способность к обучению, способность к ориентации, способность к трудовой деятельности.

Наиболее сильное влияние на развитие социальной дезадаптации оказывают нарушения способности к самообслуживанию, передвижению и ориентации.

Ограничение одной из этих категорий в зависимости от степени тяжести может быть основанием для определения инвалидности [21].

Все методы объективизации этих категорий жизнедеятельности взаимосвязаны и взаимообусловлены и подробно описаны в соответствующих методических изданиях для специалистов МСЭК

В последнее десятилетие международным сообществом был принят целый ряд документов, направленный на обеспечение полного и равного осуществления инвалидами всех прав и основных свобод человека.

Конвенция о правах инвалидов принята Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006 году и подписана Российской Федерацией 24.09.2008 года.

В России вступил в силу Федеральный закон от 3.05.2012. № 46–ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Конвенция о правах инвалидов провозгласила своей целью поощрение, защиту и обеспечение полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также поощрение уважения присущего им достоинства.

В соответствии с Конвенцией к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их эффективному участию в жизни общества наравне с другими [14].

С учетом этого определения в разных странах официально признают инвалидами следующие категории лиц: слепых, слабовидящих, глухих, маломобильных, с нарушениями умственного развития.

К сожалению, несмотря на предпринимаемые меры остается трудно осуществляемой важная социальная задача - создание равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни общества путем обеспечения доступности физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, информации и связи.

Эти проблемы пытается решить Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятая ВОЗ в 2001 году. МКФ является независимой классификацией. МКФ и МКБ-10 дополняют друг друга и образуют единую семью классификаций ВОЗ, обслуживающих понятие «здоровье» [15].

### **1.3 Определение профессиональной специфики и должностной ответственности клинического психолога среди специалистов МСЭК.**

Психолог принимает участие в работе комиссии с целью определения психо-эмоционального состояния человека, насколько человек, переболевший определенной болезнью сохранен в психическом плане, насколько сильно болезнь или травма оставила след в психике [2].

Участвует в составлении психологического портрета, в оценке поведения и вероятного установочного поведения, верифицирует патопсихологический диагноз.

Значение психологического аспекта трудовой экспертизы постоянно возрастает.

- в связи с увеличением числа лиц, проходящих этот вид экспертизы,
- в связи с участием этого вида экспертизы как этапа в социально-трудовой реабилитации.

Важна роль психолога и при проведении экспертизы трудоспособности лиц, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях (высокогорье, авиация, отдаленные районы и т.д.).

Учитываются психофизиологические характеристики, оцениваются выносливость в труде, быстрота утомляемости, лабильности волевого усилия.

В настоящее время, используются специализированные тесты для профессиональной пригодности в экстремальных условиях, психологи дополняют данными о стрессовой и фрустрационной устойчивости обследуемого.

Для обследуемого важна возможность компенсации дефекта (если дефект обнаружится в ходе обследования на трудоспособность) в условиях выполнения

прежней работы и какая из психических функций наиболее значима в профессиональной деятельности у лиц выполняющих профессиональную деятельность в экстремальных условиях.

В связи с расширением обязанностей возложенных на МСЭ, возросла и потребность участия в МСЭК клинических психологов. Клинический психолог принимает участие в постановке функционального диагноза, который является частью экспертного заключения.

При постановке функционального диагноза учитывается:

1. Стадия течения заболевания;
2. Наличие или отсутствие дефекта;

При наличии дефекта учитываются тяжесть, клинические особенности и сохранившиеся качества личности.

3. Отношение больного к своему заболеванию.
4. Возможность компенсации проявлений дефекта.
5. Отношение больного к профессиональному труду.

Существенными факторами социального восстановления являются верное определение профессиональных возможностей, адекватно ориентированное профессиональное обучение и рациональное трудоустройство. В ходе функциональной диагностики клинический психолог обращает внимание на сохранные функции с точки зрения возможностей компенсации дефекта в трудовой деятельности.

Заключение психолога, участвующего в экспертизе трудоспособности, должно содержать данные о нарушенных и сохранных функциях, с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной степени в условиях выполнения прежней работы или при переобучении.

Еще одним фактором является психофизиологическая оценка характера предстоящей деятельности. Важную роль играет оценка выносливости в труде, лабильности волевого усилия, быстроты и характера утомляемости.

Важное место занимает изучение индивидуальных склонностей и социально-трудовых установок больного. Принимается во внимание отношение больного к различным профессиям, личную социально-трудовую направленность и возможность ее коррекции.

Необходимо учитывать отношение больного к своему заболеванию, его субъективную оценку степени своих трудовых возможностей.

При вынесении экспертного заключения и вынесении трудовых рекомендаций, клиническому психологу необходим психологический контакт с больным.

Признание или непризнание больного себя инвалидом может повлечь за собой различные психологические стрессовые факторы, которые могут приводить к состоянию фрустрации, потере перспективы, изменению самооценки и уровня притязаний личности.

Перед больным возникает совокупность социально – психологических проблем и требует от психолога, участвующего в МСЭК тщательного анализа особенностей личности обследуемого, мотивов поведения, ценностных ориентаций и идеалов. Это позволяет распознать неосознаваемое поведение, например «бегство в болезнь» или вполне осознаваемое установочное поведение такие как аггравация, симуляция, диссимуляция.

Важнейшей задачей деятельности психолога в составе МСЭК является проблема выявления вероятного установочного поведения освидетельствуемого. Отграничение установочного поведения от его психологического и патопсихологического уровней реагирования на болезнь [1].

Психологу необходимо учитывать и особенность имеющейся патологии, и индивидуальные особенности личности, и мотивационную сферу, и интеллектуальный потенциал, и социальную ситуацию индивида [7].

Заключение МСЭК об установочном поведении освидетельствуемого должно опираться на два аспекта:

- особенности заболевания (дефекта);
- индивидуально-психологические особенности личности.

Любой факт наличия установочного поведения должен быть обоснован и является коллегиальным мнением, зафиксирован в документации и включается в экспертный диагноз.

Также от психолога, участвующего в МСЭК требуется анализ медико-биологических (диагноз, форма, тип течения, прогноз заболевания) и социальных (образование, профессия, специальность, вид и условия труда) факторов. Только в совокупности названных факторов, экспертное заключение носит психотерапевтический характер и становится важной формой реабилитационного воздействия.

Подводя итоги выше изложенного, следует сказать, что для квалифицированного заключения клинического психолога, участвующего в МСЭК необходим комплексный анализ нозологического (содержащего название болезни в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезни) и функционального диагнозов.

При постановки функционального диагноза учитываются психофизиологические, медико-биологические, клинико-психологические и социальные факторы.

Инструментами для такого комплексного подхода в экспертной практике психолога являются Международная классификация функционирования (МКФ) и Международная классификация болезней (10 редакция) (МКБ-10). Квалифицированное проведение МСЭ клиническим психологом, в рамках своих должностных обязанностей, возможно только при применении двух классификаций совместно [15].

Таким образом, выше представлено, что в системе «личность – болезнь» возникают сложные взаимодействия, прямые и обратные связи, формируются различные компенсаторные механизмы. Эти представления нашли свое отражение в современных представлениях о болезни, как сложном, стойком симптомокомплексе.

Поэтому целесообразно рассматривать методологию МСЭ по трём аспектам:

1. Медико-биологический аспект;
2. Психологический аспект;
3. Социальный аспект.

Комплексный подход требует тесного междисциплинарного сотрудничества. В процессе формирования единого экспертного решения взаимодействует широкий спектр специалистов, обладающих различающимися знаниями и специальными методиками.

Психолог принимает участие в работе комиссии с целью определения психо-эмоционального состояния человека, насколько человек, переболевший определенной болезнью сохранен в психическом плане, насколько сильно болезнь или травма оставила след в психике. Участвует в составлении психологического портрета, в оценке поведения и вероятного установочного поведения, верифицирует патопсихологический диагноз.

Возрастающий интерес к системе «личность – болезнь» и определение болезни как нарушения биосоциопсихологического гомеостаза человека и построена вся дальнейшая работа, а именно поиск и применение уникального инструмента, который содержал бы в себе клинические, клинико-психологические и медико-социальные критерии психического нарушения. Инструментами для такого комплексного подхода являются Международная классификация функционирования (МКФ).

## 2 АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ И КРИТЕРИЕВ В МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ МСЭ

### 2.1 МКБ и МКФ – цель, концепции

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), МКБ и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – международные классификации, разработанные Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ).

МКБ – документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. Периодически (раз в десять лет) пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов [13].

В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10).

В России органы и учреждения здравоохранения осуществили переход статистического учёта на МКБ -10 в 1999 году.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 170 от 27.05.1997 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра».

МКБ-10 состоит из 21-го раздела (класса), каждый из которых содержит подразделы с кодами заболеваний и состояний.

Цель МКБ – создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем,



связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22.05.2001 г. [8].

МКФ стала классификацией компонентов составляющих здоровье человека. Она не рассматривает последствия болезней, в ней используется подход к функционированию человека. Применяя МКФ возможно исследовать ОЖД на трех уровнях:

- организма;
- личности;
- общества.

Использует унифицированный язык, который позволяет общаться по различным проблемам, которые связаны со здоровьем в различных дисциплинах и отраслях науки, способствует взаимопониманию между работниками здравоохранения, администраторами, исследователями и обществом [10].

МКФ дает биопсихосоциальную модель состояния здоровья, которая показывает сложные отношения между ограничениями функции, изменениями структуры, ОЖД и личностными факторами совместно с факторами социальной среды при изменении здоровья человека («рисунок 1»).

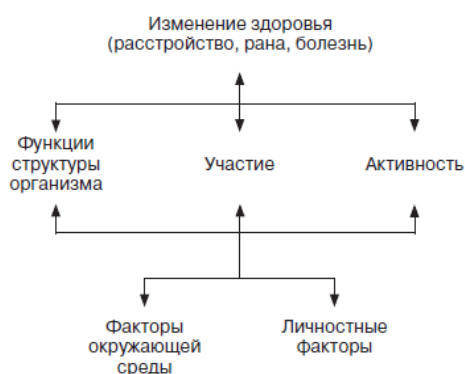


Рисунок 1 – Взаимодействия составляющих МКФ

В классификацию введены критерии влияния личностных факторов и факторов окружающей среды.

В основе концепции данной классификации лежат принципы:

1. Универсальность. Может быть применена ко всем людям, независимо от состояния здоровья, наличия заболевания и социального статуса. МКФ не требует выделения инвалидов в определенную группу.

2. Равенство. Не разделяет пациентов по этиологии развития патологического состояния, уровню физических и психических показателей.

3. Нейтральность. МКФ отражает как положительные, так и отрицательные аспекты сохранившихся функциональных способностей.

4. Учет факторов окружающей среды. Отражает физические явления, такие как климат, местность, также межличностные отношения, законы, учреждения.

5. Интерактивность. Все элементы модели подвержены изменениям и динамичному воздействию друг на друга. Любое вмешательство может изменить общее состояние конкретного индивида.

МКФ дает описание клинических ситуаций в двух частях:

– функционирование и ограничение жизнедеятельности организма по трем составляющим: функции и структуры организма, активность, участие;

– факторы окружающей среды и личностные факторы.

МКФ подразумевает под термином «функциональное здоровье» функционирование индивида при учете личностных факторов и факторов окружающей среды. Это дает полное представление об обстановке в которой живет индивид. Эти факторы могут влиять на индивида с изменением здоровья. Поэтому одним из главных условий построения адекватной реабилитационной программы является правильная оценка степени повреждения, нарушения функции и анализ возможных социальных и общественных последствий этого повреждения для индивида.

Структурные повреждения позволяют изучить инструментальные и лабораторные методы, а нарушения функций – методы клинического и функционального обследования, клинические шкалы, тесты, опросники [9].

Степени ограничений активности и участия пациентов выявляются при их тестировании. Препятствующие и облегчающие факторы определяются при психолого-социальном обследовании.

Только комплексная работа всех специалистов позволит дать всестороннюю оценку состояния здоровья человека.

МКФ использует буквенно-цифровую систему. Описаны домены, практические и значимые наборы взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур и сфер жизнедеятельности [15].

Классификация системно группирует различные домены индивида с определенным изменением здоровья, указывая, что индивид с заболеванием или расстройством делает или способен делать.

Составляющая «Активность и участие» охватывает полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций [11].

Затем следует информация о разделе, детализирующем домены (1-я цифра после буквы). Единицей классификации считается категория внутри каждого из доменов. За номером раздела (1-й цифры) следует обозначение второго уровня (две последующих цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый).

Категории МКФ сгруппированы таким образом, что общие категории включают более детализированные родственные подкатегории.

Любой индивид может иметь ряд кодов на каждом уровне. Они могут быть независимыми или взаимосвязанными. Коды приобретают законченный вид только тогда, когда присутствует определитель, который отмечает величину здоровья. (Приложение А, таблицы А 1, А 2, А 3)

Определители кодируются после разделительной точки одной, двумя или большим количеством цифр. Использование любого кода должно сопровождаться применением хотя бы одного определителя. Коды теряют смысл, если они используются без определителей.

Все составляющие классифицируемые в МКФ измеряются с помощью единой шкалы и характеризуются как:

- отсутствие нарушений – от 0 до 4 %,
- легкие нарушения – от 5 до 24 %,
- умеренные – от 25 до 49 %,
- тяжелые – от 50 до 95 %,
- абсолютные – от 96 до 100 %.

Если информации недостаточно для указания полноты нарушения, то степень нарушений указывается как «не определено», а если конкретный параметр не может быть применен к человеку, то обозначается «неприменимо».

В домене «Функции организма» фиксируются нарушенные физиологические и психические функции, в домене «Структуры организма» – участвующие системы организма: нервная система, голосовой и речевой аппарат, сердечнососудистая система и т.д.

При оценке активности определяется, в какой мере личность может исполнять определенную деятельность, в том числе бытовую и трудовую. Типичным критерием оценки активности является способность пациента подняться по лестнице или выполнить работу по домашнему хозяйству.

Оценка участия, напротив, не имеет целью определения способности к какой-либо деятельности – она оценивает, в какой мере личность ограничена в участии в общественной жизни. Наиболее типичными критериями являются возможность общения с друзьями, проведение досуга.

Во второй части МКФ отражены контекстовые факторы, включающие факторы окружающей среды. Характеристики типичных или стандартных

условий окружающей среды могут быть закодированы в факторах окружающей среде, представленных в МКФ.

Семейные отношения, жилищные условия, наличие транспортных средств могут играть облегчающую или блокирующую роль.

Личностные факторы, хотя и являются составляющей контекстовых факторов, не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных вариаций. Но при работе с МКФ пользователи могут их включать. К личностным факторам относят возраст, пол, стиль жизни, личный опыт, тип личности и характера, склонности, то есть все качества, присущие личности, но не относящиеся непосредственно к ее функционированию.

Описание доменов здоровья и доменов, с ним связанных, относятся к конкретному моменту, т.е. это моментальная фиксация увиденного. Однако их многократное использование дает возможность характеризовать динамику процесса.

МКФ используют [15]:

1) статистический инструмент для сбора информации при популяционных исследованиях и эпидемиологическом мониторинге,

2) инструмент научных исследований для оценки результатов вмешательств, качества жизни или факторов окружающей среды,

3) клинический инструмент для оценки потребностей, функционального состояния организма, сравнения вариантов терапии, оценки профессиональной пригодности,

4) инструмент социальной политики для планирования и осуществления мер социальной защиты, компенсационных систем, определение критериев для установления групп инвалидности.

## ВЫВОД

1. В настоящее время реабилитация рассматривается с позиций мультидисциплинарного и межотраслевого управления функциональным

здоровьем личности. В основе методологии постановки целей и задач реабилитации для конкретного человека лежит МКФ.

2. МКФ была официально одобрена всеми странами членами ВОЗ на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22.05.2001 года.

3. МКФ позволяет дать характеристику показателей здоровья и связанных с ним составляющих благополучия с помощью унифицированного стандартного языка.

4. МКФ разработана для использования в различных дисциплинах и областях и является многоцелевой классификацией.

5. Изменение состояния здоровья человека следует рассматривать как на уровне организма человека, так и на социальном уровне. МКФ основана на биопсихосоциальной модели здоровья, совмещающей медицинский, психологический и социальный аспекты.

## 3 ЭМПИРИЧЕСКОЕ И ПРИКЛАДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЕДИНИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

### 3.1 Легкое когнитивное расстройство

Расстройство когнитивных функций в последние годы все больше привлекают внимание круга клинических исследователей и нейрофизиологов.

Категория «Легкого когнитивного расстройства» в рамках МКБ-10 под кодом F 06.7 представлена как самостоятельная клиническая форма, но ее автономное существование вне связи с психовегетативными, субаффективными и иными расстройствами порождает споры и проблемы среди специалистов.

МКБ-10. Легкое когнитивное расстройство (F06.7)

Нарушение, характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Часто имеет место выраженное ощущение психической усталости при попытке решить умственную задачу; обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно. Ни один из этих симптомов не является настолько выраженным, чтобы можно было диагностировать деменцию (F00-F03) или делирий (F05). Этот диагноз должен ставиться только в связи с уточненным соматическим нарушением, он не должен основываться только на наличии каких-либо психических или поведенческих расстройств, классифицированных в рубриках F 10–F 99. Расстройство может предшествовать широкому спектру инфекционных и соматических болезней (как церебральных, так и системных), сопровождать их или следовать за ними, но при этом не обязательно должны присутствовать непосредственные признаки вовлечения в процесс головного мозга. Данное расстройство может быть дифференцировано от постэнцефалитного синдрома (F07.1) и постконтузионного синдрома (F07.2) по его отличной от них этиологии, более ограниченному спектру преимущественно слабо выраженных симптомов и обычно непродолжительному течению [13].

Легкое когнитивное расстройство (ЛКР) – это снижение когнитивных способностей по сравнению с более высоким преморбидным уровнем индивидуума, которое остается в пределах среднестатистической возрастной нормы или незначительно отклоняется от нее [3].

Это расстройство находит свое отражение в жалобах больного, но не обращает внимания окружающих на себя, не вызывают социальной дезадаптации и не достигают характерного уровня деменции.

Нарушения носят преимущественно нейродинамический характер и не выявляются обычными скрининговыми шкалами деменции [22].

Легкое когнитивное расстройство не имеет определенных количественных параметров нарушений когнитивных функций, отсутствуют стандартизованные наборы нейропсихологических методик, фиксирующих выраженность додементных интеллектуально – мнестических нарушений [16].

Допускается возможность формирования ЛКР при «нормальном» старении [3]. Встречаются у 10–15 % пожилых людей, при этом частота трансформации этого расстройства в деменцию альгеймеровского типа – 10 % в год. По данными исследования R. Petersen, которое проводилось в течении 6 лет около 80 % пациентов с диагнозом «легкое когнитивное расстройство» заболевают деменцией. O.L. Lopez и соавторы описывают легкое когнитивное расстройство у 19 % людей старше 75 лет, при этом ежегодная регистрация этого расстройства у населения этого возраста составляет 1–1,5 % [17].

По данным Канадского исследования состояния здоровья у пожилых людей, додементные когнитивные расстройства встречаются у 14,9 % пожилых людей [17].

Результаты многолетнего (в течении 6 лет) обследования показали, что трансформация легкого когнитивного расстройства в деменцию составила около 60–65 % (по данным исследования A. Busse и соавторов) В исследовании участвовало 1045 человек старше 75 лет, имеющие диагностические критерии легкого когнитивного расстройства [17].



В статье «Легкое когнитивное расстройство в структуре психоорганического синдрома» изданной в журнале «Социальная и клиническая психиатрия» » (т .27, № 2, 2017 г.), Э.Ф. Самедова предлагает использовать для оценки регуляторных функций, включающих в себя произвольное внимание, инициацию, планирование действий, контроль за их выполнением, когнитивную гибкость с возможностью подавления интерферирующих влияний, а также рабочую память, следующие зарубежные методики [17].

1. Поведенческая шкала дизрегуляторного синдрома (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome – BADS), содержащая в себе 7 заданий для оценки способности инициации и планирования действий, когнитивной гибкости и активного внимания.

2. Trail Making Test-B, предлагающий последовательное соединение букв и цифр.

3. Тест Струпа, Stroop Color-Word Interference Test, содержащий цветные карточки с написанными на них названиями цветов(например, слово «красный» написано синим цветом на зеленой карточке; обследуемому требуется вначале назвать слово, затем назвать цвет, которым оно написано).

4. Висконский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test – WCST).

5. Benton Judgment of Line Orientation Test (тест расположения линий). Используют в западных странах для оценки легких нарушений зрительно-пространственного гнозиса [17].

Подобные исследования по трансформации когнитивного расстройства в деменцию проводились и в нашей стране. К исследованию привлекались пациенты, имеющие диагностические критерии умеренного когнитивного расстройства (УКР). По наблюдениям В.В. Захарова и соавт. следует, что пациенты, имеющие диагностические критерии УКР, действительно имеют повышенный риск развития болезни Альцгеймера. Заболеваемость болезнью Альцгеймера у пациентов с УКР составляет 10–15 % в год, в то время как

среднестатистический риск этого заболевания среди пожилых людей – 1–2 % в год [24].

Наблюдения показали, что болезнь Альцгеймера не является неизбежной судьбой пациентов с УКР. Так, у части из них развивались другие нозологические формы деменции, а у других симптоматика оставалась стабильной на протяжении многих лет.

По мнению Н.Н. Яхно, В.В. Захарова, А.Б. Локшина, которое базируется на данных исследований, проведенных в клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, возможна ещё более ранняя диагностика когнитивных расстройств на «стадии» – легкое когнитивное расстройство [3].

Лёгкие когнитивные расстройства носят преимущественно нейродинамический характер. Страдают такие характеристики когнитивных процессов как скорость обработки информации, способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, оперативная память. В.В Захаров и соавторы предлагают использовать для диагностики ЛКР:

1. Краткую шкалу оценки психического статуса (англ. Mini-mental State Examination, MMSE, M.F. Folstein, S.E. Folstein);

2. Стандартные нейропсихологические тесты на отдельные функции – память, внимание, праксис и т.д. [24].

Важный критерий, по мнению В.В Захарова и соавторов, – это критерий, который позволяющий классифицировать когнитивные нарушения по тяжести, – влияние имеющихся расстройств на повседневную жизнь, т.е. функциональную активность. Чтобы оценить функциональную активность пациента нужно расспросить его самого и окружающих о его профессиональной деятельности, роли в семье, общественной деятельности и хобби, ориентировании на местности, взаимодействия с другими лицами, пользовании бытовой техникой и самообслуживании.

Деменция характеризуется утратой независимости и самостоятельности хотя бы в одной из указанных сфер [24].

При УКР пациент сохраняет независимость и самостоятельность, не нуждается в посторонней помощи, но все же может испытывать более значительные затруднения в той или иной деятельности по сравнению с прошлым.

ЛКР не оказывают какого-либо влияния на повседневную жизнь [16].

### **3.2 Проведение и анализ эмпирического исследования на примере одного клинического случая**

#### Клиническая беседа

Больная Т., 63 года. Образование высшее. Основная профессия: старшая операционная сестра, сейчас находится на пенсии. Наследственность психопатологически не отягощена. Ранее развитие без особенностей. Около 10 лет страдает гипертонической болезнью. У отца была 3 степень гипертонии, частые гипертонические кризы, инфаркт сердца, умер в возрасте 65 лет. После 55 лет у больной АД (артериальное давление): систолическое АД 160–170 мм рт. ст.; диастолическое АД 100–105 мм рт. ст. Бывают головные боли в висках и затылке, звон в ушах, онемение пальцев, чаще на левой руке. При подъеме по лестнице появляется отдышка, тахикардия и «давящая» боль в груди. При пропуске приема назначенных медикаментов также появляется тахикардия, что является сигналом к принятию препарата, прописанного врачом. При эмоциональном напряжении также может появляться тахикардия, «давящая» боль в груди и нарушения сна в стадии засыпания. При ультразвуковом обследовании обнаружены умеренные нарушения структуры артерий и легкие нарушения структуры поджелудочной железы. Принимает препарат «Беталок–Зок» в дозировке 100 мг в сутки и «Верошпирон» 25 мг в сутки. Придерживается диеты для диабетиков 2-го типа.

Проживает с мужем. От этого брака родились сын и дочь, проживают отдельно. Имеет внуков, много времени проводит с внуком 6-ти лет, ходит на прогулки, водит в спортивную секцию, занимается с ним по подготовительной программе к школе.

Обследуемая ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. В беседу с психологом вступает охотно. На вопросы отвечает по существу. Проявляет интерес к исследованию. Примерно 6 месяцев назад стала замечать за собой забывчивость, рассеянность и быстро наступающую усталость от занятий с внуком.

Из беседы: «Я последнее время стала какая-то растерянная, могу забыть, зачем пришла в магазин, не помню что хотела сегодня сделать, не могу сосредоточиться на чем то одном, а очень стараюсь, но как говорится «мысли в разброс». Я раньше могла с внуком целый день разгадывать ребусы и загадки, решать задачки, а сейчас устаю от этого нашего любимого занятия, это стало отнимать много сил. Мое состояние меня очень напрягает и даже немного пугает, посмотрела по телевизору рекламу про деменцию и теперь думаю об этом, даже иногда заснуть не могу от этих мыслей».

Клинический диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2-й ст., риск сердечно – сосудистых осложнений 3 степени.

Сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2-го типа, компенсирован соответствующей диетой; ожирение II степени.

Факторы риска:

- 1) возраст (более 55-ти лет);
- 2) наследственность (заболевание сердечно – сосудистой системы в семье);
- 3) сахарный диабет 2-го типа;
- 4) ожирение II степени.

Симптомы:

- 1) наличие у больной повышенного уровня артериального давления: систолическое АД 160–170 мм рт. ст.; диастолическое АД 100–105 мм рт. ст.;
- 2) звон в ушах;
- 3) головные боли в висках и затылке;
- 4) тахикардия;
- 5) нарушение сна;

- б) отдышка при физической нагрузке;
- 7) онемение пальцев, чаще на левой руке.
- 8) нарушение концентрации внимания и ухудшения памяти;
- 9) снижение трудоспособности.

Обследуемой были предложены: Тест «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-mental State Examination, MMSE) и стандартные тесты на обследование нейродинамических характеристик когнитивных процессов – скорость обработки информации, способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, оперативную и долговременную память.

Тест «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-mental State Examination, MMSE) обследуемая набрала 28 баллов – нет нарушений когнитивных функций.

В первом и во втором субтестах оценивается ориентировка во времени и ориентировка в месте.

Обследуемая ориентирована в месте, времени и собственной личности верно.

В третьем субтесте «восприятие» при первом воспроизведении предъявляемых слов, обследуемая пропустила слово «дверь», это говорит о расстройстве оперативной памяти.

В четвертом субтесте «концентрация внимания» обследуемая допустила арифметическую ошибку на пятом вычитании, это дает нам представление о расстройствах активного внимания у испытуемой.

В пятом субтесте «память» обследуемая вспомнила все слова, которые заучивались в третьем субтесте. У обследуемой сохранна функция перевода информации из краткосрочного сохранения в долгосрочную память.

В шестом субтесте «речь» обследуемая показала хорошую способность понимать обращенную речь, воспринимать речь на слух и в письменном виде, узнавать предметы, правильно их называть. Расстройства праксиса не выявлено.

Обследуемой были предложены стандартные тесты на дополнительное обследование отдельных функций: памяти, внимания [7].

### *1 Методика «Счет по Крепелину»*

Обследуемая в первой половине эксперимента (задание первое) за первую минуту посчитала 42 суммы без ошибок, во вторую минуту 35 сумм с 1-й ошибкой, за третью минуту 28 сумм и было допущено 2-е ошибки, за четвертую минуту 26 сумм с 2-я ошибками, за пятую минуту выполнено 23 сложения с 3-я ошибками, за последние пятнадцать секунд эксперимента выполнено 8 сложений с 2-я ошибками. Всего допущено 10 ошибок.

Заметно постепенное увеличение числа ошибок, замедленность темпа работы и постепенное снижение продуктивности, наблюдается тенденция к истощению, которая явно выражена еще на начальном этапе эксперимента.

Продуктивность колеблется, но неравномерность выполнения сочетается с тенденцией к истощению. Видно, что испытуемая прилагала волевые усилия, но первоначальных хороших показателей, которые были на первой минуте, испытуемой достичь к концу эксперимента не удалось. Необходимость переключения с одного знака арифметического действия на другой (задание второе), действовала тормозящим образом. Обследуемая допустила всего восемь ошибок из них четыре при переключении одного знака действия на другой.

Считает предложенное задание не трудным, но утомительным, жалуется на побочные отвлекающие факты (шум проезжающей машины под окном), которые мешали ей сосредоточиться.

График работоспособности имеет зазагообразный характер «рисунок 2» Внимание неустойчивое, с трудностями сосредоточения и распределения, сочетается с тенденцией к истощению.

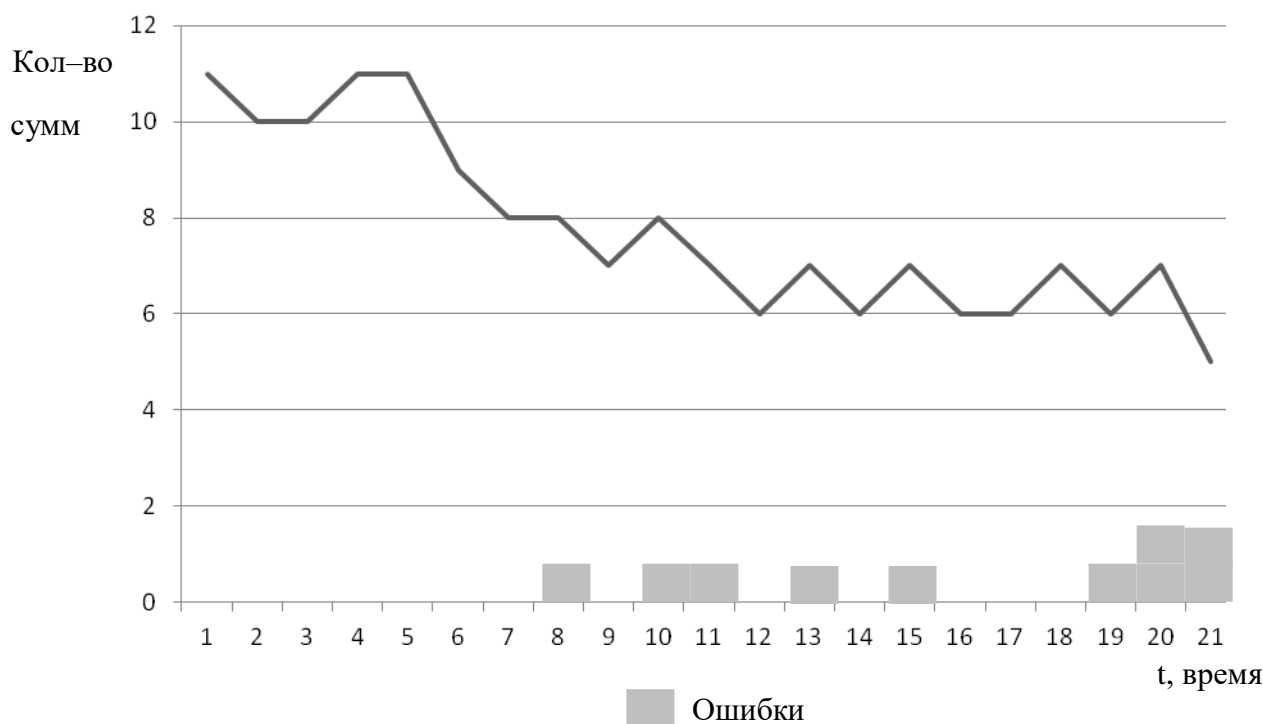


Рисунок 2 –График работоспособности

*2 Методика «Запоминание 10 слов»*

В пяти первых пробах испытуемой было воспроизведено 6, 8, 9, 7, 6 слов. При отсроченном повторении 8 слов «рисунок 3». Наблюдается снижение числа воспроизводимых слов к четвертому повторению, что указывает на сниженность непосредственного кратковременного произвольное запоминание, наблюдается истощаемость мнестической деятельности. Долговременная память не нарушена, через 60 минут, испытуемая воспроизвела 8 слов.

Таблица 3 –Бланк «Воспроизведение слов»

Количество повторений	Лес	Хлеб	Окно	Стул	Вода	Брат	Конь	Гриб	Игла	Мед	Количество слов
1	+		+	+	+	+			+		6
2	+		+	+	+	+	+	+	+		8
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+		9
4	+	+	+	+		+			+	+	7
5	+	+			+	+		+	+		6
Спустя час	+	+	+	+		+		+	+	+	8

Кривая запоминания «рисунок 4» от третьего предъявления до отсроченного воспроизведения имеет резкий спуск вниз, что указывает на ослабление и неустойчивость активного внимания, на утомляемость. Это соответствует и жалобам испытуемой на забывчивость и рассеянность.

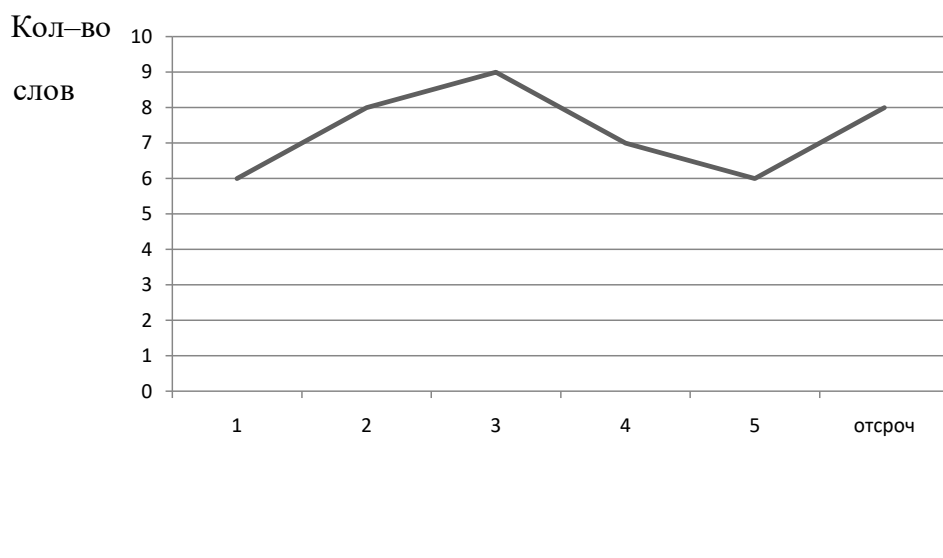


Рисунок 4 – Кривая запоминания

### 3 «Корректирующая проба (тест Бурдона)»

За 10 минут эксперимента просмотрено 1706 знаков, сделано 19 ошибок (из них 2 – неправильно вычеркнутые буквы).

При общем снижении скорости выполнения к концу эксперимента, происходит снижения точности выполнения. На 9, 10 минуте наибольшее количество ошибок.

В середине эксперимента на 7 минуте выполнение без ошибок, но общая тенденция к понижению точности выполнения сохраняется. На 8 минуте произошел скачек скорости выполнения задания, также при общей тенденции к снижению скорости выполнения. Наблюдением установлено, что испытуемая прилагала волевые усилия, но дальнейшего улучшения результатов деятельности не произошло, скорость выполнения задания снизилась, и было допущено максимальное количество ошибок (5 ошибок) на 10 минуте эксперимента. По графикам изменения скорости работы и изменения точности работы «рисунок 5»



прослеживаются снижения скорости работы и увеличение количества ошибок к концу эксперимента, что говорит о неустойчивости и истощаемости внимания.

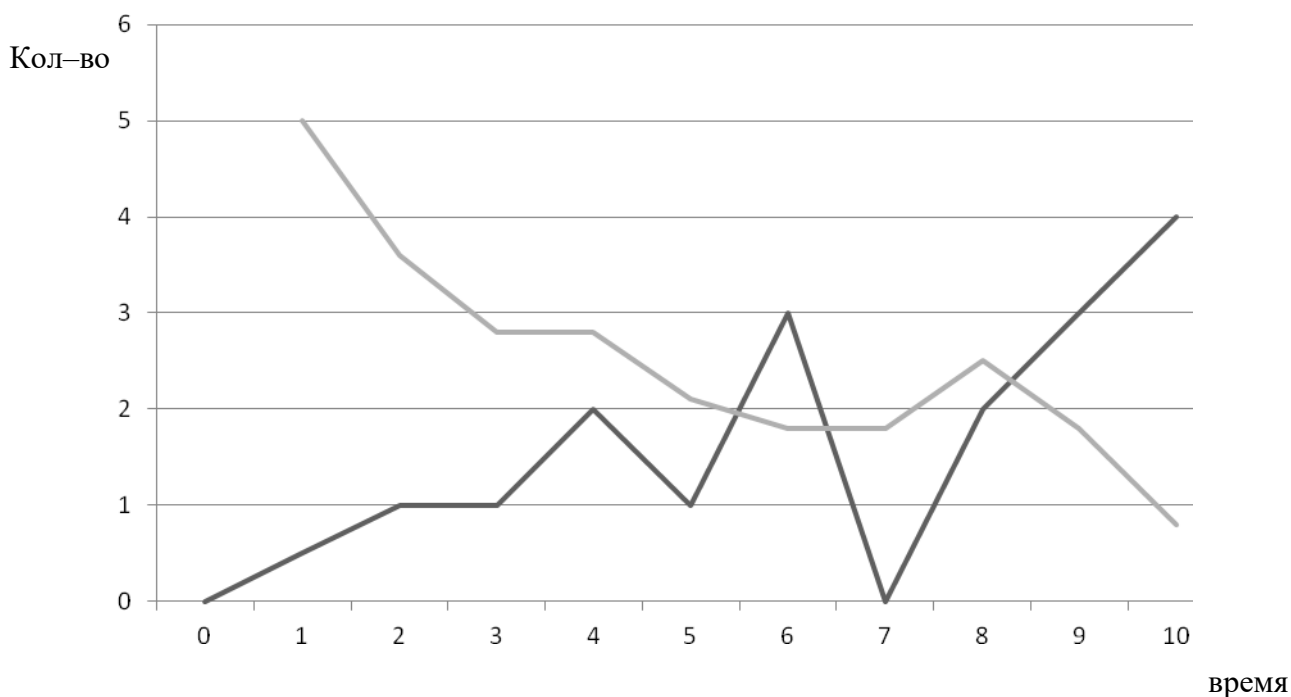


Рисунок 5 –Графики изменения скорости и точности работы

— График изменения скорости работы

— График изменения точности работы

#### 4 Методика «Отыскивание чисел (таблицы Шульте)»

Испытуемая на работу с первой таблицей потратила 48 секунд. На вторую – пятую таблицу потратила 52, 58, 90 и 100 секунд соответственно. На четвертой таблице остановилась и не могла найти цифру 5, после продолжительного поиска указала на цифру 3. На пятой таблице остановилась и не могла найти цифру 20, после 40 секундной задержки указала верно. При переходе от таблицы к таблице время поиска увеличивается, что говорит о наличии истощаемости внимания. На 4 и 5 таблице испытуемая сделала паузы. Их наличие дают основание делать вывод о неравномерности темпа психической деятельности, свойственной сосудистым больным. Пропуск отдельного числа и замена другим говорит о расстройствах активного внимания.

Расчет статистических характеристик по пробе:

Эффективность работоспособности: время выполнения задания по всем таблицам делят на 5.

Степень вработываемости: время выполнения задания по 1-й таблице делят на эффективность работоспособности (в норме – до 1).

Показатель психической устойчивости: время выполнения задания по 4-й таблице делят на эффективность работоспособности (в норме – до 1).

Эффективность работоспособности: 49.

Степень вработываемости: 0,9.

Показатель психической устойчивости: 1,84 [12].

Полученный показатель психической устойчивости выше нормы, что указывает на истощение психической деятельности.

Заключение психологического обследования на испытуемую Т., 63 года

Контакту доступна. Внешне выглядит опрятно. В поведении проявляет инициативу, внутренне спокойна. На вопросы отвечает охотно. В собственной личности, месте ориентирована, следит за текущим временем и датой. Мотивация к деятельности сильная, проявляет волевые усилия при выполнении заданий. Темп деятельности снижается по мере увеличения времени выполнения заданий. Интеллектуального напряжения не избегает. Критика к своему поведению и состоянию адекватна. Симптомов депрессии не обнаружено.

Внимание неустойчивое, с трудностями сосредоточения и распределения, истощаемое в условиях функциональных нагрузок. Тенденция к истощению, явно выражена еще на начальном этапе эксперимента. Продуктивность колеблется, но неравномерность выполнения сочетается с тенденцией к истощению и снижению работоспособности. Непосредственное кратковременное произвольное запоминание сужено, наблюдается истощаемость мнестической деятельности. Долговременная память не нарушена. Наблюдаются неравномерности темпа психической деятельности, свойственной сосудистым больным, которые подтверждаются жалобами испытуемой и наличием соматического заболевания

сосудистого характера в анамнезе, что в комплексе указывают на наличие когнитивных нарушений.

В целом по результатам обнаруживается легкое снижение психических функций. Личностные особенности характеризуются зрелостью, устойчивостью эмоциональных проявлений и волевых установок. Что в совокупности не снижает адаптивные возможности испытуемой.

### **3.3 Обсуждение результатов прикладного исследования на примере единичного клинического случая в целях соотнесения клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев**

#### *1 Критериальная база МКБ-10*

По данным обследования стандартными методиками на нейродинамические характеристики внимания и памяти выявлено: неустойчивость внимания, с трудностями сосредоточения и распределения, истощаемое в условиях функциональных нагрузок; снижение работоспособности; сужение непосредственного кратковременного произвольного запоминания; истощаемость мнестической деятельности.

В ходе клинической беседы установлены жалобы испытуемой на когнитивный дефицит: забывчивость, рассеянность, потерю сосредоточенности, утомляемость в ходе интеллектуального напряжения, снижение работоспособности (снижены по сравнению с предыдущим состоянием психической деятельности), хорошо заметными ей, но не достаточно выражены для того чтобы быть заметными для окружающих людей. Симптомов депрессии не обнаружено.

В анамнезе обследуемой Т., имеется заболевание, находящееся в классе Болезни системы кровообращения (I 00-I 99); Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I 10-I 15); Эссенциальная (первичная) гипертензия (I 10), согласно МКБ-10 [13].

Клинический диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2-й ст., риск сердечно – сосудистых осложнений 3 степени.

Сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2-го типа, компенсирован соответствующей диетой; ожирение II степени.

Выше представленные симптомы и наличие уточненного соматического нарушения, позволили обосновать клинический статус испытуемой как пациентки с легким когнитивным расстройством.

Критерии Легкого когнитивного расстройства (F06.7) по МКБ-10

Нарушение, характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Часто имеет место выраженное ощущение психической усталости при попытке решить умственную задачу; обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно. Ни один из этих симптомов не является настолько выраженным, чтобы можно было диагностировать деменцию (F00-F03) или делирий (F05). Этот диагноз должен ставиться только в связи с уточненным соматическим нарушением, он не должен основываться только на наличии каких-либо психических или поведенческих расстройств, классифицированных в рубриках F 10–F 99. Расстройство может предшествовать широкому спектру инфекционных и соматических болезней (как церебральных, так и системных), сопровождать их или следовать за ними, но при этом не обязательно должны присутствовать непосредственные признаки вовлечения в процесс головного мозга. Данное расстройство может быть дифференцировано от постэнцефалитного синдрома (F07.1) и постконтузионного синдрома (F07.2) по его отличной от них этиологии, более ограниченному спектру преимущественно слабо выраженных симптомов и обычно непродолжительному течению.[13]

*2 Критериальная база МКФ*

Структура кодификатора.

Структурно кодификатор состоит из независимых записей (кодов), объединенных в цепочки, основанные на категориях доменов МКФ с соответствующими определителями, ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002)

«Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» и классификаторе реабилитационных услуг (Приложение Д).

Выделяют пять уровней Кодификатора:

- первый уровень – категория инвалидности;
- второй уровень – функции организма + определить нарушения;
- третий уровень – структуры организма + определитель нарушения;
- четвертый уровень – активность и участие + соответствующие определители;
- пятый уровень – технические средства реабилитации и реабилитационные

услуги.

Структура кодификатора представляет собой набор (цепочку) кодов, выстроенную в соответствии с перечисленными выше уровнями:

$x/bxxxxx.x/sxxxxx.x/ dxxx.x/xx \quad xx \quad xx_1/.../xx \quad xx \quad xx_{n1}/xx.xx.xx.xx_1 \quad /... /xx.xx.xx.xx_{n2},$

где  $x$  – код категории инвалидности;

$bxxxxx.x$  – код функций организма с определителем по МКФ;

$sxxxxx.x$  – код структур организма с определителем по МКФ;

$dxxx.x$  – код активности и участия с определителем по МКФ;

$xx \quad xx \quad xx$  – коды технических средств реабилитации, определяемые по ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация».

$xx.xx.xx.xx$  – коды реабилитационных услуг, определяемые по соответствующему классификатору;

$n_1$  – количество технических средств реабилитации, соответствующее выбранным функции организма с определителем, структуре организма с определителем, вариантам активности и участия;

$n_2$  – количество реабилитационных услуг, соответствующее выбранным функции организма с определителем, структуре организма с определителем, категории инвалидности, варианту активности и участия.

Уникальным является сочетание функция + определитель «см. таблица А1, приложение А», структура + определитель «см. таблица А2, приложение А», категория инвалидности, категория активности + соответствующие определители, категория участия + соответствующие определители «см. таблица А3, приложение А», набор технических средств реабилитации и реабилитационных услуг.

В цепочке необязательными являются категория структуры, категория активности, категория участия, набор технических средств реабилитации и реабилитационных услуг. Любая из этих категорий с соответствующим определителем может отсутствовать.

В процессе апробации МКФ была разделена на «зоны ответственности» по кодированию нарушений функций организма. В общем виде распределение «зон ответственности» представлены в на примере одноуровневой классификации (Приложение Б)

В экспертно-реабилитационной психодиагностической практике, с применением МКФ, психодиагностические данные могут быть использованы при кодировке разделов: раздел 2 – «общие задачи и требования», раздел 3 – «общение», раздел 7 – «межличностные взаимодействия и отношения».

Большинство параметров данных разделов в формулировке, приведенной в русскоязычном варианте МКФ, могут быть оценены врачом – специалистом, без привлечения специалиста – психолога, а на основании наблюдения, а также самоотчетов обследуемого.

Диагностика психологических качеств (категорий), представленных в разделах МКФ, определение которых входит в прерогативу психолога, может осуществляться рядом психодиагностических методик. Однозначность в жесткой предписанности использования конкретного метода в достижении психодиагностической задачи отсутствует. Применение и выбор психодиагностического инструментария обуславливаются: информативностью методики (в отношении оценки наличия и степени выраженности нарушения

конкретной психической функции, психологических особенностей обследуемого); ее стандартизованностью, валидностью и надежностью методик; квалификацией психолога.

Корректная квалификация степени выраженности нарушения, указанного в разделе 2 – «общие задачи и требования», разделе 3 – «общение», разделе 7 – «межличностные взаимодействия и отношения» МКФ, не может базироваться исключительно на оценочных результатах психодиагностических методов и методик, профильных для конкретной категории, а предполагает комплексный подход.

Необходим учет базовых функций, приводимых в 1-м разделе Международной классификации «функции и структуры организма», с оценкой результативности обследуемого в конкретных условиях непосредственной практической деятельности, что позволит обоснованно сформировать результативный комплекс реабилитационных мероприятий.

Протокол кодировки с применением МКФ может оформляться в виде текстового заключения с указанием кодов категорий или только в виде набора кодов, или в виде таблицы. (Приложение С)

Выписка из индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности больной Т.

«Умственные функции» – 1 раздел МКФ

- (b 1400.1) легкое снижение устойчивости внимания – 5–24 %
- (b 1401.1) легкое нарушение переключения внимания – 5–24 %
- (b 1440.1) легкое нарушение кратковременной памяти – 5–24 %

«Общие задачи и требования» – 2 раздел МКФ

- (d 160.1) легкие нарушения концентрации внимания – 5–24 %

Оценка некоторых категорий активности и участия согласно положениям МКФ

- Самообслуживание (d 510–d 570) – нет нарушений

– Бытовая жизнь (d 610–d 660) – нет нарушений

– Межличностные взаимодействия и отношения (d 710–d 770) – нет нарушений

– Общение (d 310–d 360) – нет нарушений

Используя индивидуальный профиль ограничения жизнедеятельности, возможно составление индивидуальной реабилитационной программы (ИПР), согласно классификатору реабилитационных мероприятий и услуг для инвалидов.

Реабилитационные мероприятия:

1) 1 Медицинская реабилитация;

2) 1.1 Восстановительная терапия;

3) 1.1.1 Медикаментозное лечение;

4) 1.1.8 Диетотерапия;

5) 2.4 Психологическое консультирование;

6) 8.3.1 Разработка физкультурно-оздоровительных программ.

*3 Медико – социальная экспертиза*

Приложение к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015. № 1024н [28].

В данном приложении дана количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека).

По выше данному приложению можно оценить степень выраженности стойких нарушений функций организма испытуемой Т., отраженных в диагнозе «Легкое когнитивное расстройство F 06.7», обусловленных сопутствующими



заболеваниями: Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2-й ст., риск сердечно – сосудистых осложнений 3 степени.

Незначительная или умеренная астеническая симптоматика, нестойкие незначительные когнитивные нарушения, незначительные неврозоподобные, аффективные расстройства, не затрудняющие адаптацию в основных сферах жизнедеятельности – 10–20 % [23].

Незначительная степень нарушения психических функций характеризуется клинической и социальной компенсацией, адекватным поведением, способностью приспособления на прежнем уровне в основных сферах жизнедеятельности при сохранности социальной направленности установок и в зависимости от влияния на адаптацию оценивается: 10 % – незначительно выраженные нарушения психических функций, не сказывающиеся на адаптации в основных сферах жизни; 20 % – незначительно выраженные нарушения психических функций, проявляющиеся кратковременными нарушениями адаптации в какой-либо из основных сфер жизни при дополнительных психических и /или физических нагрузках [23].

МСЭК не отмечено высоких степеней выраженности ограничений жизнедеятельности, что отразилось на доменах активности и участия (присутствовали только легкие нарушения). Это позволяет экспертной комиссии обратить обследуемую Т. к мерам социальной защиты вне рамок МСЭ.

Необходимо: ежегодно проводить оценку познавательной деятельности пациентки.

Рекомендовано:

- занятия по методикам развития памяти и внимания, например по методике О.В. Козловского «19 простых упражнений на развитие внимания»;
- физкультурно – оздоровительные мероприятия.

Показано, что умственная и физическая активность снижают риск развития деменции и ЛКР. У физически активных людей выявлены большие объемы мозга в старости [26].

Однако эффект физической активности или умственной деятельности (как фактор влияния на познавательную деятельность) требует дальнейшего изучения [16].

Не существует единого мнения об эффективности фармакологического или немедикаментозного лечения при ЛКР. Препараты гингко билоба также не продемонстрировали эффективности в предотвращении слабоумия в популяционных исследованиях [16].

## ВЫВОДЫ

1. В теоретическом исследовании определена соотнесенность клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психических расстройств (на примере легкого когнитивного расстройства).

2. В классификаторах МКБ и МКФ проверена соотнесенность клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психических расстройств (на примере легкого когнитивного расстройства), на материале клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования единичного клинического случая.

3. В результате прикладного исследования на примере единичного клинического случая в целях соотнесения клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев, составлен индивидуальный профиль ограничения жизнедеятельности, по результатам которого составлена индивидуальная реабилитационная программа, согласно классификатору реабилитационных мероприятий и услуг для инвалидов.

4. При легком когнитивном расстройстве у обследуемой, МСЭК не отметила высоких степеней выраженности ограничений жизнедеятельности и нарушения адаптации. Это позволяет экспертной комиссии обратить обследуемую к мерам социальной защиты вне рамок МСЭ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенной работы определены: теоретические основы современной медико-социальной экспертизы; проведен анализ ключевых понятий МСЭ (ОЖД, ИПР, инвалид, клинико-экспертный анализ); определена соотнесенность клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев психических расстройств (на примере легкого когнитивного расстройства); определена профессиональная специфика клинического психолога в составе МСЭК; рассмотрена область применения, структура и кодификатор МКФ.

В результате прикладного (МКБ-10, МКФ) исследования на примере единичного клинического случая в целях соотнесения клинических, клинико-психологических и медико-социальных критериев, составлен индивидуальный профиль ограничения жизнедеятельности, по результатам которого составлена индивидуальная реабилитационная программа, согласно классификатору реабилитационных мероприятий и услуг для инвалидов.

Таким образом, цель работы достигнута, задачи – решены.

Результаты работы рекомендуется использовать при составлении индивидуального профиля ограничения жизнедеятельности с применением классификаций МКБ-10 и МКФ. Составлять индивидуальную реабилитационную программу, согласно классификатору реабилитационных мероприятий и услуг для инвалидов.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Войтенко, Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко – СПб.: Фолиант, 2011. – 192 с
- 2 Ганзин, И.В. Психологическая экспертиза. Методические рекомендации для студентов психологических вузов / сост. Ганзин И.В. – Симферополь: Изд-во Таврия, 2013. – 32 с.
- 3 Захаров, В.В., Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. – М. Изд-во МГУ, 2005. – 71 с
- 4 Зейгарник, Б.В. Основы патопсихологии / Б.В. Зейгарник – М.: МГУ, 1973. – 148 с
- 5 Зейгарник, Б.В. Введение в патопсихологию / Б.В. Зейгарник – М.: Изд-во Московского ун-та, 1996. – 287 с
- 6 Зейгарник, Б.В. Патология мышления. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1962. – 380 с.
- 7 Карташова, К.С. Основы патопсихологии / К.С. Карташова. – Красноярск: Изд-во СФУ, 2012. – 248 с
- 8 Коробов, М.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: учебно-методическое пособие / М.В. Коробов. – СПб: СПБИУВЭК, 2011. – 35 с.
- 9 Коробов, М.В. МКФ. Классификация функций и структур организма: учебно-методическое пособие / М.В. Коробов. – СПб.: СПБИУВЭК, 2011. – 34 с.
- 10 Коробов, М.В. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности как основа медико-социальной экспертизы больных терапевтического профиля / М.В. Коробов, М.В. Сергеева, И.А. Дубинина // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 1. – С. 13–16.

11 Коробов, М.В. МКФ. Классификация категорий активности и участия: учебно-методическое пособие / сост. М.В. Коробов. – СПб: СПбИУВЭК, 2011. – 31 с.

12 Клиническая психология: Учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского – СПб: Питер, 2015. – 896 с.

13 Международный классификатор болезней. 10-й пересмотр / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб: Речь, 1994. – 303 с.

14 Методологические основы медико-социальной экспертизы с учетом основных положений МКФ и в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов: Учебно-метод. пособие /сост. Дымочка М.А., Лаврова Д.И., Талалаева Н.Д., Либман Е.С., и др. – М.: ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», 2012. – 178 с

15 Методика применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при принятии экспертного решения в федеральных учреждениях МСЭ: Метод. пособие /сост. Н.Н. Лебедева, А.А. Гальянова, И.С. Ишутина – СПб: НЦЭПР им. Альбрехта ФМБА России, 2012. – 157 с.

16 Легкие когнитивные нарушения для врачей общей практики – [https://www.researchgate.net/publication/280598770\\_Legkie\\_kognitivnye\\_narusenia\\_lekcia\\_dla\\_vrachej\\_obsej\\_praktiki](https://www.researchgate.net/publication/280598770_Legkie_kognitivnye_narusenia_lekcia_dla_vrachej_obsej_praktiki).

17 ЛКР в структуре психоорганического синдрома – <https://cyberleninka.ru/article/n/legkoe-kognitivnoe-rastroystvo-v-strukture-psihoorganicheskogo-sindroma>.

18 МКФ, рекомендуемая ВОЗ, – новый этап в развитии реабилитологии. – <https://cyberleninka.ru/article/v/mezhdunarodnaya-klassifikatsiya-nktsionirovaniya-ogranicheniy-zhiznedeyatelности-i-zdorovya-rekomendovannaya-voz-novyy-etap-v>.

19 МКФ в практике МСЭ при внутренних болезнях – <https://www.mediasphera.ru/issues/terapevticheskij-arkhiv/2013/4/030040-3660201348>.

20 МСЭ теоретические и методологический основы МСЭ –  
<http://www.invalidnost.com/forum/11-1418-1>.

21 МСЭ психологическое обследование психически больных –  
<http://www.invalidnost.com/forum/11-1689-1>.

22 Неврология легкие когнитивные нарушения – <https://laesus-deliro.livejournal.com/76775.html>.

23 Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12. 2015. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» ГАРАНТ.РУ:–  
<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71209914/#ixzz55Cfz8fkG>.

24 Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения – <https://cyberleninka.ru/article/v/evolyutsiya-kognitivnogo-defitsita-legkie-i-umerennye-kognitivnye-narusheniya>

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### ПРИЛОЖЕНИЕ А – Определители оценки степени нарушений

Таблица А1 – Общий определитель с единой шкалой оценки (МФК)

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	

Таблица А2 – Общий определитель для оценки факторов окружающей среды (МКФ)

xxx.0	нет барьеров (никаких, отсутствуют, ничтожные)	0 – 4%
xxx.1	незначительные барьеры (легкие, небольшие, слабые)	5 – 24%
xxx.2	умеренные барьеры (средние)	25 – 49%
xxx.3	выраженные барьеры (резко выраженные, тяжелые)	50 – 95%
xxx.4	абсолютные барьеры (полные)	96 – 100%
xxx+0	нет облегчающих факторов (отсутствуют, ничтожные)	0 – 4%
xxx+1	незначительные облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые)	5 – 24%
xxx+2	умеренные облегчающие факторы (средние)	25 – 49%
xxx+3	выраженные облегчающие факторы (резко выраженные, значимые)	50 – 95%
xxx+4	абсолютные облегчающие факторы (полные)	96 – 100%

Таблица А3 – Определители структур организма (МФК)

Второй определитель	Третий определитель
0 – нет изменений структуры	1. справа
1 – полное отсутствие	2. слева
2 – частичное отсутствие	3. с обеих сторон
3 – добавочная часть	4. спереди
4 – абберрантные 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	



## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Зоны ответственности специалистов(МФК)

Таблица Б1 – Зоны ответственности специалистов (МФК)

Раздел МКФ	Специалисты
Раздел 1 Умственные функции	Психолог, психиатр, невропатолог
Раздел 2 Сенсорные функции и боль	Невропатолог, окулист, оториноларинголог,(все специалисты по подразделу «Боль»)
Раздел 3 Функции голоса и речи	Логопед, оториноларинголог, невропатолог
Раздел 4 Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем	Терапевт (кардиолог, пульмонолог, гематолог, иммунолог, специалисты функциональной диагностики, инструментальным методам диагностики)
Раздел 5 Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма	Терапевт (гастроэнтеролог, эндокринолог)
Раздел 6 Урогенитальные и репродуктивные функции	Хирург, акушер-гинеколог (уролог, нефролог)
Раздел 7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	Хирург, ортопед-травматолог, невропатолог, терапевт (кардиоревматолог)
Раздел 8 Функции кожи и связанных с ней структур	Дерматолог

## ПРИЛОЖЕНИЕ С

ПРИЛОЖЕНИЕ С – Индивидуальный профиль ОЖД больной Т.,63 года (МФК)

Таблица С1 –Индивидуальный профиль ОЖД больной Т.,63 года (МФК)

Оценка нарушенных функций с помощью МКФ		
Умственные функции находятся в 1-ом разделе МКФ		
глобальные умственные функции (b110-b139)	специфические умственные функции (b140-b189)	
Кодирование функции внимания (b140)		
	устойчивость внимания (b1400)	(b1400.1)легкое снижения устойчивости внимания,
	переключение внимания (b1401)	(b1401.1)легкое нарушение переключения внимания.
Кодирование функции памяти (b144)		
(b1440.1) легкое нарушение кратковременной памяти		
Кодирование эмоций (b152)		
(b1520.1) легкое нарушение адекватности эмоций		
Кодирование функции сна (b134)		
	начало сна (b1341)	(b1314.1) легкое нарушения начало сна.
Функции сердечно-сосудистой системы, крови, иммунной и дыхательной систем представлены в разделе 4 МКФ.		
	функции артерий (b4150)	(b4150.2) умеренное нарушение функции артерий
	повышенние артериального давления(b4200)	(b4200.2) умеренное повышение артериального давления
Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечнососудистой и дыхательной систем (b450 – b469)		
		умеренное нарушение общей физической выносливости (b4550.2) умеренная утомляемость(b4552.2)
Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (b 510-b 555) находятся в 5 разделе МКФ		
		легкое нарушение углеводного обмена (b5401.1)
		умеренное нарушение обмена жиров (b 5403.2)
Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (s 410-s 430)		
		(s4101.2) умеренные нарушения структуры артерий

Продолжение приложения С  
Продолжение таблицы С

Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе (s510-s 580)		
		(s550.1) легкие нарушения структуры поджелудочной железы
Оценка основных категорий активности и участия согласно положениям МКФ.		
Обучение и применение знаний (d110-d177)		
		(d160.1) легкие нарушения концентрации внимания
Общие задачи и требования (d210-d240)		
	преодоление стресса	(d2401.1) легкие затруднения
		(d2402.1) легкие затруднения при преодолении кризисных ситуаций
Общение (d 310-d 360)		
Мобильность (d 410-d 480)		
		(d4552.1) легкие затруднения при беге
		(d4553.1) легкие затруднения при прыжках
Самообслуживание (d 510-d 570)		
Бытовая жизнь (d 610-d 660)		
Межличностные взаимодействия и отношения (d710-d770)		
Главные сферы жизни (d810-d870)		
		(d201.1) легкие затруднения при участии в спортивных состязаниях
Оценка факторов окружающей среды, которые непосредственно оказывают влияние на состояние индивида		
Продукция и технологии (e110-e165)		
	Лекарственные вещества (e1101)	(1101+3) значительное облегчение при помощи лекарственных веществ
	Основные изделия и технологии для личного повседневного использования (e 1150)	(e1150+3) значительное облегчение при использовании основных изделий и технологий
Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществляемые человеком (e 210-e 260)		
	Атмосферное давление (e 2252)	(2252.1) незначительный барьер в виде колебания атмосферного давления
Поддержка и взаимосвязи (e 310-e 360)		
	Семья и ближайшие родственники ( e 310)	(e310+3) значительный облегчающий

Окончание приложения С  
Окончание таблицы С

	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи(е 325))	(е325+3) значительный облегчающий фактор
	Профессиональные медицинские работники (е355)	(е355+3) значительный облегчающий фактор в виде помощи профессиональных медицинских работников
	Установки (е 410-е 465)	
	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников (е410)	(е410+3) значительный облегчающий фактор в виде индивидуальных
	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников (е 450)	(е 450+3) значительный облегчающий фактор в виде индивидуальных установок профессиональных медицинских работников
Службы, административные системы и политика (е 510-е 595)		
	Службы здравоохранения (е5800) Административные системы здравоохранения (е5801)	(е5800+2) умеренный облегчающий фактор (е5801+2) умеренный облегчающий фактор в виде административных систем здравоохранения
	Политика здравоохранения (е5802)	(5802+2) умеренный облегчающий фактор в виде политики здравоохранения

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### **Классификатор реабилитационных мероприятий и услуг для инвалидов (МФК) (раздел 1, 2, 8)**

1. Медицинская реабилитация
  - 1.1. Восстановительная терапия
    - 1.1.1. Медикаментозное лечение
    - 1.1.2. Физиотерапия
    - 1.1.3. Массаж
    - 1.1.4. ЛФК
    - 1.1.5. Иглорефлексотерапия
    - 1.1.6. Механотерапия
    - 1.1.7. Кинезотерапия
    - 1.1.8. Диетотерапия
    - 1.1.9. Фитотерапия
    - 1.1.10. Психотерапия
    - 1.1.11. Галотерапия
    - 1.1.12. Трудотерапия
    - 1.1.13. Бальнеотерапия
    - 1.1.14. Санаторно-курортное лечение
    - 1.1.15. Прочее
2. Общие задачи и требования
  - 2.1. Формирование навыков выполнения отдельных задач, многоплановых задач и повседневного распорядка
  - 2.2. Формирование навыков общения, в т.ч. с помощью технических средств
  - 2.3. Психологическая профилактика
  - 2.4. Психологическое консультирование
  - 2.5. Психотерапевтическая помощь (социально-психологический аспект)
  - 2.6. Психологическая коррекция
  - 2.7. Прочее

## 8 Отдых и досуг

### 8.1 Помощь и организация активного досуга

техническими видами творчества

### 8.3 Физкультурно-оздоровительная работа и спорт

#### 8.3.1 Разработка физкультурно-оздоровительных программ

#### 8.3.2 Обучение адаптивной физической рекреации

#### 8.3.3 Организация участия в спортивных мероприятиях для инвалидов

### 8.4 Прочее

