



РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Д.Л. НЕФЕДЬЕВА^{*,**}, Л.И. АБДРАХМАНОВА^{***,****}, Р.А. БОДРОВА^{*,**}

^{*}КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ул. Муштары, 11, г. Казань, 420012, Россия

^{**}Филиал Казанского (Приволжского) федерального университета в г. Джизаке,
ул. Рашидова, 295, г. Джизак, 130000, Узбекистан

^{***}Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская детская поликлиника №7»,
ул. Чуйкова, 23, г. Казань, 420094, Россия

^{****}ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ул. Бутлерова, 49, г. Казань, 420012, Россия

Аннотация. Введение. Определение реабилитационного статуса и постановка реабилитационного диагноза – ключевые этапы планирования реабилитации ребёнка с детским церебральным параличом. Для оценки состояния используется *Международная классификация функционирования* (МКФ), ограничений жизнедеятельности и здоровья. Она охватывает домены структур, функций, активности, участия и факторов окружающей среды. **Цель исследования** – поиск инструментов, облегчающих применение отдельных категорий МКФ и формулирование реабилитационного диагноза у пациентов с ДЦП. **Основные положения.** В статье представлен клинический случай ребёнка с детским церебральным параличом, поступившего на курс реабилитации в амбулаторное отделение. Описан алгоритм постановки реабилитационного диагноза, а также инструменты, используемые для кодирования категорий по единой шкале Международной классификации функционирования. Определены цели, прогноз и технологии реабилитации, соответствующие диагнозу. В ходе терапии у ребёнка отмечена положительная динамика. Улучшились речь, эмоциональный статус и моторные функции. Расширились двигательные возможности, появились новые навыки самообслуживания. **Заключение.** формулирование реабилитационного диагноза позволяет описать текущее состояние ребёнка, определить цели и задачи реабилитации, выбрать специалистов мультидисциплинарной команды, обосновать методы терапии и оценить её эффективность.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, реабилитационный диагноз, Международная классификация функционирования.

REHABILITATION DIAGNOSIS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

D.L. NEFEDYEVA^{*,**}, L.I. ABDRAKHMANOVA^{***,****}, R.A. BODROVA^{*,**}

^{*} Kazan State Medical Academy – Branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 11 Mushtari St., Kazan, 420012, Russia

^{**} Branch of Kazan (Volga Region) Federal University in Jizzakh,
295 Rashidov St., Jizzakh, 130000, Uzbekistan

^{***} State Autonomous Healthcare Institution “City Children’s Polyclinic No. 7”,
23 Chuikova St., Kazan, 420094, Russia

^{****} Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kazan State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 49 Butlerova St., Kazan, 420012, Russia

Abstract. Introduction. Determination of the rehabilitation status and formulation of a rehabilitation diagnosis are key stages in planning the rehabilitation of a child with cerebral palsy. *The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) is used to assess the condition. It covers the domains of body structures, functions, activity, participation, and environmental factors. **The aim of the study** is to identify tools that facilitate the application of specific ICF categories and the formulation of a rehabilitation diagnosis in patients with cerebral palsy. **Main Points.** The article presents a clinical case of a child with cerebral palsy admitted for a rehabilitation course in an outpatient department. The algorithm for formulating a rehabilitation diagnosis and the tools used for coding categories according to the unified scale of the International Classification of Functioning are described. Rehabilitation goals, prognosis, and technologies corresponding to the diagnosis are defined. During therapy, the child showed positive dynamics. Speech, emotional status, and motor functions improved. Motor capabilities expanded, and new self-care skills appeared. **Conclusion.** Formulation of a rehabil-

itation diagnosis allows description of the child's current condition, determination of rehabilitation goals and objectives, selection of specialists for the multidisciplinary team, justification of therapy methods, and assessment of its effectiveness.

Keywords: cerebral palsy, rehabilitation diagnosis, International Classification of Functioning.

Введение. *Детский церебральный паралич* (ДЦП) является хроническим заболеванием нервной системы, прогрессирование которого обычно связано с развитием вторичных ортопедических осложнений. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2019 г. № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», описание состояния здоровья ребенка с ДЦП необходимо для правильного составления реабилитационной программы и выставления целей реабилитации, определения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза и должно осуществляться на основе *Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья* (МКФ) [5, 6, 8]. Кроме того, использование МКФ позволяет выявить риск осложнений, определить реабилитационный маршрут, обеспечить коммуникацию членов *мультидисциплинарной реабилитационной команды* (МДРК) и, главное, обосновать объем реабилитационных мероприятий. В современной практике создаются базовые наборы МКФ (или карты определения значимых категорий) для детей с ДЦП, т.е. по нозологическому принципу [9]. Такие наборы МКФ существенно упрощают процесс планирования реабилитации. В то же время поиск определителя в категории имеет определенные трудности, поскольку в основу единой шкалы МКФ должны быть положены результаты тестов и шкал, доказавших свою валидность, или результаты биомедицинских, лабораторных, инструментальных, антропометрических и других исследований [5]. Возможно использование МКФ без кодирования доменов, в этом случае реабилитационный диагноз носит описательный характер.

Цель исследования – поиск инструментов, облегчающих применение отдельных категорий МКФ и формулирование реабилитационного диагноза у пациентов с ДЦП.

Основные положения. Морфологическим субстратом ДЦП являются различные варианты дизонтогенеза, а также последствия внутриутробного и постнатального повреждения головного мозга, чаще всего в виде *перивентрикулярной лейкомаляции* (ПВЛ) или селективного некроза нейронов [3, 7, 8]. В клинической картине ДЦП на первый план выходят двигательные расстройства, и в большинстве случаев именно они являются первоочередной целью реабилитации. Двигательные нарушения связаны как с первичным поражением нервной системы, приводящим к развитию парезов и параличей, мышечной спастичности, патологической двигательной активности, так и со вторичными нарушениями, возникающими со временем вследствие первичных проблем, роста ребенка и защитных механизмов, которые носят условно адаптивный характер. Вторичные нарушения включают в себя контрактуры, подвывихи и вывихи суставов, прогрессирующие деформации скелета, изменение походки, нарушения функциональной адаптации, компенсаторные установки и др. [7]. В то же время, при ДЦП часто диагностируются сенсорные, речевые, когнитивные, соматические нарушения, боль, эпилептические приступы, коммуникативные и поведенческие расстройства, дисфагия и проблемы нутритивного статуса [8]. Сопутствующие проблемы иногда более негативно влияют на адаптацию ребенка, чем собственно двигательные расстройства. Например, нарушение нутритивного статуса у ребенка с псевдобульбарными нарушениями и тяжелой дисфагией или синдромом мальабсорбции, может приводить к усугублению двигательных и когнитивных проблем за счет дефицита энергетических субстратов. Кроме того, соматические нарушения могут включать в себя изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в связи с повышенной потребностью в кислороде спастически измененных мышц, респираторные проблемы за счет слабости дыхательной мускулатуры, дисфункции тазовых органов. Соответственно, оценка ситуации ребенка с ДЦП должна учитывать, с одной стороны, весь спектр проблем, а с другой стороны, быть ориентирована на функциональные качества, связанные с активностью и участием ребенка в жизненных ситуациях, т.е. на компетентность, возможность реализации реабилитационного потенциала, при учете онтогенетических аспектов развития.

Для оценки здоровья пациента с ДЦП на основе МКФ, необходимо клиническо-инструментальное обследование, применение различных тестов и шкал [3, 7].

Описание клинического случая. В качестве примера приведем случай использования МКФ для описания статуса ребенка М., поступившего повторно в амбулаторное отделение реабилитации. Для формулирования реабилитационного диагноза были рассмотрены не только актуальные проблемы пациента, но и его функциональные качества, связанные с участием, что определило отбор информации, ориентированной на дефициты – для понимания проблем ребенка и ориентированной на компетентность – для составления плана реабилитации.

Возраст ребенка на момент поступления в амбулаторное отделение реабилитации 13 лет. Он предъявляет жалобы на ограничения в ходьбе, нарушение походки и нечеткость речи.

Анамнез заболевания: До года ребенок наблюдался у невролога по месту жительства. В 12 месяцев выставлен диагноз ДЦП. Регулярно получает курсы нейрореабилитации. В возрасте 7 лет была проведена фибротомия аддукторов бедер по Ульзибату.

Анамнез жизни: Ребенок рожден от I беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды преждевременные, на сроке 33-34 недели, самостоятельные. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар составила 3-4 балла, масса тела при рождении 2160 г. Пациент находился в отделении патологии новорожденных с диагнозом: Внутриутробная инфекция. Церебральная ишемия II – III степени с исходом в ПВЛ.

У ребенка отмечается задержка развития двигательных функций с рождения. Он удерживает голову с 4 месяцев жизни, переворачивается с 8 месяцев, ползает на животе с 18 месяцев. Сидеть на полу при поддержке таза начал с 2 лет, ходить, используя ручные приспособления – с 5 лет, фразовая речь появилась с 3 лет.

Ребенок учится в общеобразовательной школе. Живет в полной семье, собственная квартира на 1 этаже, условия проживания удовлетворительные. Участвует в адаптивных видах спорта, занимается следж-хоккеем.

На момент поступления на реабилитацию соматический статус без патологии.

В неврологическом статусе выявлено: ясное сознание, ребенок активно инициирует контакт и вступает в коммуникацию. Речь сформирована, но нечеткая. Отмечается сходящееся альтернирующее косоглазие справа и слева. Легкая девиация языка вправо.

Амплитуда движений ограничена в голеностопных суставах. Мышечная сила в конечностях снижена. Проприоцептивные рефлексы высокие, равные, с расширенных зон. Патологические рефлексы вызываются с нижних конечностей. Мышечный тонус спастический в аддукторах бедер, сгибателях голени, стоп. Выявлена динамическая контрактура в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Затруднено выполнение точных движений руками. В позе Ромберга неустойчив.

Ребенок ходит, либо используя ручные приспособления (переднеопорные ходунки), либо ему требуется физическая помощь другого человека. Может сесть из положения лежа, встать из положения сидя с незначительной посторонней помощью. Может подняться по лестнице с существенной помощью взрослого, держась за перила. При мытье и при одевании также требуется значительная помощь взрослого.

По результатам оценочных шкал при поступлении в отделение получены следующие данные: шкала коммуникативных функций (CFCS) показала I уровень [3]. Оценка эмоционального состояния по шкале экспертной оценки выявила по субшкале агрессивность/миролюбие 7 баллов, конформизм/лидерство 7 баллов, безучастность/увлеченность 6 баллов, индивидуализм/сотрудничество 6 баллов, неэмоциональность/эмоциональность 5 баллов, возбудимость/спокойствие 5 баллов, плохое настроение/хорошее настроение 6 баллов, мрачность/жизнерадостность 7 баллов, грусть/веселье 6 баллов, несчастье/счастье 6 баллов [1]. Шкала оценки дизартрии составила 15 баллов (6-19 баллов – легкая степень) [4]. Шкала оценки глотания (EDACS) показала I уровень [3]. Система классификации больших моторных функций (GMFSC) выявила III уровень двигательного развития [3, 4, 7]. Шкала измерения больших моторных функций (GMFM-66) оценила уровень двигательных навыков в 89 баллов [4]. Шкала Комитета медицинских исследований оценила мышечную силу, которая по мышечным группам составила в руках 4 балла, в ногах 3 балла [2]. Модифицированная шкала спастичности Ашворта оценила мышечный тонус в руке справа 2 балла, слева – 1 балл, в ноге справа – 3 балла, слева – 2 балла [2]. Система классификации мануальных способностей (MACS) выявила II уровень нарушений, когда ребенок может манипулировать большинством объектов с незначительным ограничением силы или скорости движений [3, 4]. Показатели гониометрии: отведение бедра – 35°, внутренняя ротация бедра – 40°, наружная ротация бедра – 35°, сгибание в коленном суставе – 40°, разгибание в коленном суставе – 180°, сгибание в голеностопном суставе – 135°, разгибание – 65°. Шкала клинического наблюдения ходьбы составила 15 баллов для правой и для левой ноги (максимум – 22 балла) [4]. У ребенка выявлена спастико-паретическая походка, тип II – прыгающая походка [3]. Функциональная оценка состояния равновесия с использованием шкалы баланса Берга выявила средний риск падений – 36 баллов (норма 43–56 баллов) [2]. Индекс ходьбы Хаузера показал 5 баллов (ходьба с двусторонней поддержкой) [2]. Индекс мобильности Ривермид оценил способность ходить в 7 баллов (при максимуме в 15 баллов) [2]. Функциональная шкала двигательной активности (FMS) определила возможность ходьбы на расстояния 5, 50 и 500 метров в 3, 2, 1 балл соответственно [3]. Шкала функциональной независимости (FIM) составила по двигательным функциям 53 балла, по когнитивным – 25 баллов, всего – 78 баллов (при максимуме 126 баллов) [7].

По данным рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) было выявлено расширение боковых желудочков.

Клинический диагноз по МКБ-10: G 80.1 Детский церебральный паралич. Спастическая диплегия.

При поступлении были выставлены цели реабилитации. Краткосрочная цель состояла в том, что к концу лечения пациент сможет пройти 8 метров быстрее чем за 25 секунд, с односторонней поддержкой. Долгосрочные цели включали достижение максимальной независимости при передвижении и при самообслуживании, улучшение и поддержка двигательной функции и сохранение возможности занятий адаптивными видами спорта.

Реабилитационный диагноз, учитывающий степень нарушения структур, функций, активности и участия, факторов контекста, описан в категориях МКФ. Исследование структур включило оценку структур головного мозга. Возможные инструменты оценки, на основе которых определяется категория по МКФ, динамика изменений со стороны структур головного мозга приведены в табл. 1.

Таблица 1

Оценка структур в реабилитационном диагнозе

Код категории МКФ	Степень нарушения		Специалист МДРК / технология реабилитации
	До реабилитации	После реабилитации	
Структуры: при определении структур используется три определителя. Первый определитель характеризует выраженность нарушений, второй – характер нарушения и третий – локализацию нарушений.			
<i>s110</i> Структуры головного мозга	<i>s110.373</i>	<i>s110.373</i>	Врач физической и реабилитационной медицины / медикаментозная терапия
Возможные инструменты: нейросонография (с рождения ребенка до 1 года); РКТ, магнитно-резонансная томография (с рождения). По данным РКТ головного мозга у пациента наблюдается расширение боковых желудочков с обеих сторон (.373), характеризующих выраженность нарушений (3 – тяжелые нарушения), характер нарушения (7 – качественные изменения структуры, включая задержку жидкости) и локализацию нарушений (3 – с обеих сторон).			

Как видно из табл. 1, существенной динамики со стороны структур головного мозга не наблюдалось.

Исследование функций включало оценку нейромышечных и связанных с движением функций, речевых и эмоциональных нарушений, вестибулярных функций в динамике (табл. 2).

Таблица 2

Оценка функций в реабилитационном диагнозе

Код категории МКФ	Степень нарушения		Специалист МДРК / технология реабилитации
	До реабилитации	После реабилитации	
Функции: при определении функций используется один определитель, характеризующий выраженность нарушений			
<i>b152</i> Функции эмоций	<i>b152.2</i>	<i>b152.1</i>	Медицинский психолог / методы реабилитации регуляторных функций
Возможные инструменты: шкала оценки нервно-психического развития И. А. Скворцова (с рождения), тест М-СНАТ (аутистический спектр) (с 1 года), метод экспертной оценки (с 6 лет). У пациента выявлены умеренные нарушения эмоциональной регуляции (45% по МКФ) (средний балл – 5,5 по шкале от 0 (положительные эмоции) до 10 (отрицательные эмоции)). После психологической реабилитации наблюдалась положительная динамика. К моменту выписки выявлены легкие нарушения по МКФ.			
<i>b320</i> Функции артикуляции речи	<i>b320.1</i>	<i>b320.1</i>	Медицинский логопед / логопедический массаж, дыхательная и артикуляционная гимнастика, голосовые упражнения. Медицинский психолог / оказание психологической поддержки пациенту и его семье.

Возможные инструменты: шкала оценки дизартрии (с 3 лет). При определении четкости речи у пациента выявлены легкие нарушения – 19% по МКФ (15 баллов из 76 по шкале оценки дизартрии). После логопедической реабилитации наблюдалась положительная динамика – 11 баллов по шкале оценки дизартрии, что также соответствовало легким нарушениям (14% по МКФ).			
b7353 Мышечный тонус нижней половины тела	b7353.3	b7353.2	Врач физической и реабилитационной медицины / ботулинотерапия следующих мышц: тонких, полусухожильных, полуперепончатых, икроножных. Физический терапевт / кинезитерапия, массаж
Возможные инструменты: модифицированная шкала спастичности Ашворта, шкала спастичности Тардье, шкала оценки мышечного гипертонуса у детей, шкала оценки дистонии Барии-Олбрайта. У пациента выявлено значительное увеличение мышечного тонуса (3 балла из 4 по Модифицированной шкале спастичности Ашворта), что соответствовало тяжелым нарушениям по МКФ. После применения реабилитационных технологий наблюдалось улучшение – 2 балла из 4 по модифицированной шкале спастичности Ашворта), что соответствовало умеренным нарушениям по МКФ.			
b7303 Мышечная сила нижней половины тела	b7303.2	b7303.2	Физический терапевт / тренировки на увеличение мышечной силы, механотерапия на роботизированном комплексе <i>Walkbot</i>)
Возможные инструменты: шкала комитета медицинских исследований (с рождения). У пациента выявлено умеренное снижение мышечной силы (3 балла из 5 по шкале комитета медицинских исследований), что соответствовало умеренным нарушениям по МКФ (40%). После применения реабилитационных технологий наблюдалось незначительное улучшение, но выраженность нарушений по МКФ не изменилась (30%).			
b235 Вестибулярные функции	b235.2	b235.2	Физический терапевт / тренировки на удержание баланса и координацию, механотерапия на роботизированном комплексе <i>Walkbot</i>)
Используемые инструменты: клинический осмотр, стабилметрия (с 3 лет), шкала баланса Берга (с 5 лет), детская шкала равновесия (с 5 лет). У пациента выявлено умеренное нарушение равновесия – 36% по МКФ (36 баллов из 56 по шкале баланса Берга). При выписке наблюдалось незначительное улучшение – 32% по МКФ (38 баллов из 56 по шкале баланса Берга).			

Как видно из табл. 2, положительная динамика наблюдалась во всех исследуемых категориях, кроме категории *b7303*. Это связано с тяжестью основного патологического процесса, трудностью достижения результатов в данной категории у пациентов с ДЦП и низкой чувствительностью шкал.

Исследование активности и участия включило оценку способностей к передвижению и самообслуживанию с рассмотрением возможных инструментов, которые могут использоваться для поиска определителя в изучаемых категориях МКФ (табл. 3).

Таблица 3

Оценка активности и участия в реабилитационном диагнозе

Код категории МКФ	Степень нарушения		Специалист МДРК / технология реабилитации
	До реабилитации	После реабилитации	
Активность и участие: при оценке активности и участия используется 2 определителя. Первый определитель показывает реализацию (то, как ребенок выполняет действие с посторонней помощью в реальной ситуации), второй определитель описывает потенциальную способность (то, как ребенок выполняет действие без посторонней помощи).			

d4500 Ходьба на короткие расстояния	d4500.03	d4500.02	Физически терапевт / тренировка на удержание баланса и координацию, постуральный менеджмент, механотерапия на роботизированном комплексе <i>Walkbot</i> . Эрготерапевт / подбор технических средств реабилитации.
Используемые инструменты: клинический осмотр, шкала оценки нервно-психического развития И. А. Сквицова (с 1 года), <i>GMFM</i> - 66 (с 3 лет), индекс ходьбы Хаузера (с 5-6 лет), <i>FMS</i> (с 5-6 лет), индекс мобильности Ривермид (с 6 лет). Индекс ходьбы Хаузера показал 5 баллов из 9 (ходьба с двусторонней поддержкой), индекс мобильности Ривермид – 7 баллов из 15, <i>GMFM</i> – 89 баллов, что соответствует тяжелым затруднениям по МКФ (55%). После физической реабилитации наблюдалось улучшение. Индекс ходьбы Хаузера показал 4 балла, что соответствовало умеренным затруднениям по МКФ (44%).			
d 4508 Ходьба другая, уточненная (по лестнице)	d 4508.03	d 4508.02	Физически терапевт / тренировка на удержание баланса и координацию, механотерапия на тренажерах, механотерапия на роботизированном комплексе <i>Walkbot</i> .
Используемые инструменты: <i>FIM</i> (с 5-6 лет), Канадская система оценки выполнения деятельности (с 7-8 лет). При поступлении у пациента наблюдалась умеренная зависимость при подъеме по лестнице по <i>FIM</i> (3 балла из 7 в данной категории), что соответствовало тяжелым затруднениям по МКФ (57%). После курса физической реабилитации наблюдалось улучшение по <i>FIM</i> (4 балла из 7 в данной категории – незначительная зависимость), что соответствовало умеренным затруднениям по МКФ (43%).			
d 540 Одевание	d 540.02	d 540.01	Эрготерапевт / обучение навыкам одевания
Используемые инструменты: <i>FIM</i> (с 5-6 лет), Канадская система оценки выполнения деятельности (с 7-8 лет). При поступлении у пациента наблюдалась незначительная зависимость при одевании по <i>FIM</i> (4 балла из 7 в данной категории), что соответствовало умеренным затруднениям по МКФ (42%). После курса эргореабилитации наблюдалось улучшение по <i>FIM</i> (5 баллов из 7 в данной категории), что соответствовало легким затруднениям по МКФ (28%).			
d 550 Прием пищи	d 550.01	d 550.00	Эрготерапевт / обучение использованию специальных приспособлений (столовых приборов) для приема пищи
Используемые инструменты: <i>FIM</i> (с 5-6 лет), Канадская система оценки выполнения деятельности (с 7-8 лет). При поступлении у пациента наблюдалась ограниченная зависимость при приеме пищи по <i>FIM</i> (6 баллов из 7 в данной категории), что соответствовало легким затруднениям по МКФ (14%). После курса эргореабилитации наблюдалось улучшение по <i>FIM</i> (7 баллов из 7 в данной категории), что соответствовало отсутствию затруднений по МКФ (0%).			

Как следует из таблицы 3, после курса реабилитации наблюдалась положительная динамика во всех категориях активности и участия в определители потенциальной способности ребенка справляться с поставленной задачей или действием без внешней помощи и поддержки. Определитель реализации не менялся в динамике, поскольку с посторонней помощью или при использовании дополнительных приспособлений ребенок мог осуществлять активность без существенных ограничений.

Оценка факторов среды приведена в табл. 4.

Как следует из табл. 4, у ребенка наблюдалась положительная динамика во всех исследуемых категориях.

Таким образом, в результате реабилитации были достигнуты реабилитационные цели, что определило относительно благоприятный реабилитационный прогноз.

Оценка факторов среды в реабилитационном диагнозе

Код категории МКФ	Степень нарушения		Специалист МДРК / технология реабилитации
	До реабилитации	После реабилитации	
Факторы среды: определитель указывает на степень выраженности, которую представляет исследуемый фактор в виде барьера или облегчающего фактора. Разделительная точка указывает на барьеры, а знак + указывает на облегчающие факторы.			
e1151 Вспомогательные изделия и технологии	e1151.0	e1151+1	Эрготерапевт / обучение использованию специальных приспособлений для приема пищи, для передвижения (трость, ходунки)
Используемые инструменты: Оценка наличия барьеров и облегчающих факторов. После курса эргореабилитации ребенок научился использовать трость при ходьбе на короткие расстояния и ходунки при ходьбе на длинные расстояния и специальные приспособления при приеме пищи, что стало облегчающим фактором.			
e310 Семья и ближайшие родственники	e310+1	e310+2	Медицинский психолог, эрготерапевт / обучение семьи оказывать правильную помощь, обучение повседневным действиям
В семье наблюдался высокая приверженность лечению. После работы с медицинским психологом и эрготерапевтом снизился контроль действий ребенка со стороны родственников, они стали вмешиваться только при необходимости.			

Заключение. Исследование реабилитационного статуса при выписке выявило снижение спастичности в нижних конечностях, улучшение паттерна ходьбы. Также улучшился поструральный контроль, уменьшился риск падений. Ребенок смог пройти 8 метров быстрее чем за 25 секунд, используя трость, смог пройти от дома до школы с использованием ходунков, без инвалидной коляски и подняться по лестнице с минимальной помощью. Укрепились навыки самообслуживания: в первую очередь самостоятельное одевание и прием пищи. Существенно улучшилось настроение пациента, повысилась мотивация к достижениям. Кроме того, работа с семьей позволила уменьшить гиперопеку над ребенком, в связи с чем он получил больше самостоятельности.

Таким образом, формулирование реабилитационного диагноза на основе МКФ позволяет выставить цели реабилитации, конкретизировать используемые реабилитационные технологии и оценить эффективность реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Башкирова Е.Н. Методики диагностики эмоционального сферы младших школьников: психологический практикум. Москва: МПГУ, 2022. 252 с.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: руководство для врачей и научных работников. М., 2004. 434 с.
3. Ключкова О.А., Куренков А.Л. Ботулинотерапия при детском церебральном параличе. Москва: МЕДпресс-информ, 2020. 248 с.
4. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учеб. пособие / А. А. Баранов [и др.] Москва: ПедиатрЪ, 2014. 84 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике детского реабилитолога: учеб. пособие / Т.Т. Батышева [и др.]. Москва: РУДН, 2021. 120 с.
6. Применение международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья детей и подростков в оценке реабилитационных мероприятий у пациентов с детским церебральным параличом / Г.Е. Шейко, А.Н. Белова, А.Н. Кузнецов [и др.] // Вестник восстановительной медицины. 2020. № 5 (99). С. 38–45.
7. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семенова [и др.]. Москва: Лепта Книга, 2018. 584 с.
8. Физическая и реабилитационная медицина при церебральном параличе у детей: национальное руководство. Часть I. / под ред. Т.Т. Батышевой. Москва, 2021. 260 с.
9. Физическая и реабилитационная медицина при церебральном параличе у детей: национальное руководство. Часть II. / под ред. Т.Т. Батышевой. Москва, 2021. 308 с.

References

1. Bashkirova EN Metodiki diagnostiki emocional'nogo sfery mladshih shkol'nikov: psihologicheskij praktikum [Methods of diagnosing the emotional sphere of younger schoolchildren: a psychological workshop]. Moskva: MPGU, 2022. Russian.
2. Belova AN Shkaly, testy i oprosniki v nevrologii i nejrohirurgii: rukovodstvo dlya vrachej i nauchnyh rabotnikov [Scales, tests and questionnaires in neurology and neurosurgery: a guide for doctors and researchers]. M., 2004. Russian.
3. Klochkova OA, Kurenkov A L. Botulinoterapiya pri detskom cerebral'nom paraliche [Botulinum therapy for cerebral palsy]. Moskva: MEDpress-inform, 2020. Russian.
4. Kompleksnaya ocenka dvigatel'nyh funkcij u pacientov s detskim cerebral'nym paralichom. Uchebnoe posobie [Comprehensive assessment of motor functions in patients with cerebral palsy] / AA Baranov [i dr.] Moskva: Pediatr", 2014. Russian.
5. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v praktike detskogo rehabilitologa: ucheb. Posobie [International classification of functioning, disability and health in the practice of a pediatric rehabilitologist] / TT Batysheva [i dr.]. Moskva: RUDN, 2021. Russian.
6. Primenenie mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya detej i podrostkov v ocenke reabilitacionnyh meropriyatij u pacientov s detskim cerebral'nym paralichom [Application of the international classification of functioning, disability and health of children and adolescents in the assessment of rehabilitation measures in patients with cerebral palsy] / GE Shejko, AN Belova, AN Kuznecov [i dr.]. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2020;5 (99):38-45. Russian.
7. Reabilitaciya detej s DCP: obzor sovremennyh podhodov v pomoshch' reabilitacionnym centram [Rehabilitation of children with cerebral palsy: an overview of modern approaches to help rehabilitation centers] / EV Semenova [i dr.]. Moskva: Lepta Kniga, 2018. Russian.
8. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina pri cerebral'nom paraliche u detej: nacional'noe rukovodstvo Chast' I. [Physical and rehabilitation medicine for cerebral palsy in children: national guidelines. Part 1]. / pod red. TT Batyshevoj. Moskva, 2021. Russian.
9. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina pri cerebral'nom paraliche u detej: nacional'noe rukovodstvo Chast' II. [Physical and rehabilitation medicine for cerebral palsy in children: national guidelines. Part 2]. / pod red. TT Batyshevoj. Moskva, 2021. Russian.

Библиографическая ссылка:

Нефедьева Д.Л., Абдрахманова Л.И., Бодрова Р.А. Реабилитационный диагноз при детском церебральном параличе на основе международной классификации функционирования // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2026. №1. Публикация 1-11. URL: <http://www.vnmt.ru/Bulletin/E2026-1/1-11.pdf> (дата обращения: 05.02.2026). DOI: 10.24412/2075-4094-2026-1-1-11. EDN YAUXVS*

Bibliographic reference:

Nefedyeva DL, Abdrakhmanova LI, Bodrova RA. Reabilitacionnyj diagnost pri detskom cerebral'nom paraliche na osnove mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya [Rehabilitation diagnosis in children with cerebral palsy based on the international classification of functioning]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2026 [cited 2026 Feb 05];1 [about 8 p.]. Russian. Available from: <http://www.vnmt.ru/Bulletin/E2026-1/1-11.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2026-1-1-11. EDN YAUXVS

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://www.vnmt.ru/Bulletin/E2026-1/e2026-1.pdf>

**идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после загрузки полной версии журнала в eLIBRARY