

## **КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ОСНОВЕ МКФ**

**Золотарева А.А.<sup>1</sup>, Лорер В.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Золотарева Анастасия Анатольевна

студентка; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Л. Толстого, 6-8, Санкт-Петербург, 197022, Россия. Тел.: 8 (812) 338-78-75.

E-mail: Anazol\_97@mail.ru

<sup>2</sup> Лорер Виктория Валерьевна

клинический психолог, кандидат психологических наук, руководитель отдела ранней помощи; федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ул. Бестужевская, 50, Санкт-Петербург, 195067, Россия, Тел.: 8 (812) 448-87-78.

E-mail: lorer@list.ru

**Аннотация.** Комплексная оценка функционирования должна включать в себя не только констатацию нарушений функций организма, но и отражать ограничения активности и возможности участия в повседневных ситуациях. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет рассматривать функционирование как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма, уровне адаптивного поведения и участия в повседневных ситуациях при учете влияния контекста. Цель исследования: оценка функционирования ребенка с позиции МКФ. Объект: ребенок, 6 лет, спастический церебральный паралич — тетрапарез с преимущественным поражением правых конечностей, эпилептоформная активность, задержка психического развития. При обследовании функций организма собирался полный анамнез развития, применялись методы классической нейропсихологической диагностики. Для оценки ограничений активности и участия и влияния факторов окружающей среды использовался метод наблюдения, проводились функциональные пробы и беседа с родителями с использованием опросника для оценки активности и участия. Оценка функций организма показала умеренные нарушения мышления (b160.2), легкие нарушения контроля произвольных двигательных функций (b760.1). Оценка категорий активности и участия показала легкие нарушения при выполнении повседневного распорядка (d230.1); умеренные нарушения изменения позы тела (d410.2), легкие нарушения поддержания положения тела (d415.1), выраженные нарушения перемещения тела (d420.3), умеренные нарушения поднятия и переноса объектов (d430.2), выраженные нарушения перемещения объектов ногами (d435.3), умеренные нарушения использования точных движений кисти (d440.2), легкие ограничения использования кисти и руки (d445.1); выраженные ограничения в мытье (d510.3), управлении физиологическими отправлениями (d530.3); одевании (d540.3), приеме пищи (d550.3), питье (d560.3). Выявлены специфические ограничивающие и облегчающие факторы окружающей среды. Вывод: комплексная оценка состояния здоровья детей с церебральными параличами должна быть направлена на оценку способностей ребенка в повседневной деятельности с учетом нарушений функций организма и влияния социального окружения.

**Ключевые слова:** МКФ; детский церебральный паралич; описание случая; функции организма; активность и участие; нейропсихологическая диагностика; комплексная диагностика; функциональный профиль.

УДК 616.831-009.11-053.2-072.87

### **Библиографическая ссылка**

Золотарева А.А., Лорер В.В. Комплексная оценка здоровья ребенка с церебральным параличом на основе МКФ // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-6

Поступила в редакцию: 10.11.2019 Прошла рецензирование: 04.07.2020 Опубликована: 01.09.2020

## Введение

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является стандартным инструментом для описания и измерения показателей степени нарушения здоровья. В соответствии с МКФ функционирование рассматривается как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма (состояние его структуры и функций), на уровне адаптивного поведения (активности) и участия в социальных ситуациях при учете влияния контекста (факторов внешней среды и личностных факторов). МКФ концептуализирует уровень функционирования человека как динамическое взаимодействие между его состоянием здоровья, факторами окружающей среды и личными факторами [8]. В настоящее время в практике реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов функционирование людей с ограничениями жизнедеятельности является отправной точкой в разработке и реализации индивидуальных реабилитационных и абилитационных маршрутов.

Для стандартизации описания функциональных способностей, здоровья и ограничений жизнедеятельности детей с церебральным параличом Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) были разработаны инструменты, основанные на МКФ, так называемые базовые наборы МКФ для детей с последствиями церебральных параличей (БН МКФ) [15]. БН МКФ — это краткий перечень категорий МКФ, который рассматривается как наиболее соответствующий для описания функционирования людей с определенным состоянием здоровья или в определенных ситуациях, в которых живет человек [16]. БН МКФ являются основой разработки инструментов оценки и унифицированных форм для реабилитационного цикла, а также позволяют рассмотреть проблему у индивида с позиции комплексного подхода. Комплексная оценка функционирования людей с ограничениями жизнедеятельности осуществляется междисциплинарной командой специалистов, в состав которой могут входить врачи разного профиля, медицинские психологи, логопеды, специалисты по социальной работе, педагоги и другие. Считается, что базовые наборы МКФ помогают изменить подход к разработке индивидуального реабилитационного или абилитационного маршрута при конкретной нозологической форме, сделав его максимально индивидуализирующим. Описание всех составляющих здоровья человека помогают выявить наиболее уязвимые места, требующие особого внимания, и ресурсные стороны, которые в будущем могут стать мишенями для проведения соответствующих мероприятий.

Детский церебральный паралич (ДЦП) — сложное заболевание центральной нервной системы вследствие ее поражения, возникшего во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, или вследствие аномалии головного мозга. Действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие сочетаний двигательных и сенсорных расстройств, а также служит основой нарушений когнитивных функций [2]. По современным данным, этот термин является описательным, а не этиологическим.

К.С. Лебединская отмечала, что детский церебральный паралич является удобной моделью для изучения роли дефицита двигательной сферы в формировании ряда отклонений развития личности. Он говорил о том, что важное место в формировании у этих детей патологических свойств личности по дефицитарному типу, связанному прежде всего с двигательной недостаточностью, принадлежит явлениям депривации и гиперопеки [7]. Говоря о структуре дефекта, стоит сказать, что дети с церебральными параличами очень отличаются между собой по уровню развития, сенсорно-перцептивным и когнитивным нарушениям. Многие авторы отмечают значительные различия в показателях при различных формах ДЦП [4].

Нарушения двигательных функций у детей с церебральными тесно связаны с сенсорными расстройствами и могут серьезно задерживать психомоторное развитие ребенка. Основными проявлениями ДЦП являются замедленность и несформирован-

ность двигательных навыков и умений. У некоторых детей отмечаются явления апраксии [13]. Часто отмечаются объективные расстройства схемы тела, связанные с повреждением центральной нервной системы, в том числе при дисфункции теменной доли [9]:

1. Мануальная или постуральная диспраксия, связанная с перенесенной перинатальной энцефалопатией.
2. Более специфические синдромы, такие как гемисоматоагнозия, гемианозогнозия и гемиигнорирование, выраженные поражением правого полушария.

В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, связанная с поражением теменных отделов мозга и в определенной мере обусловленная нарушениями зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами (недостаточность фиксации взора, конвергенции и т.д.). В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков — счета, письма и чтения [7].

По данным литературных источников, у детей с церебральными параличами наблюдается не только широкий спектр двигательных и когнитивных расстройств, но и специфическое развитие эмоциональной и личностной сферы [10; 14]. Часто имеет место и формирование патологических свойств личности, когда на тяжелую патологию наслаивается воздействие социальных факторов, обусловленных инвалидизацией детей, и оказывающих психотравмирующее действие [5]. К числу таких факторов относятся: переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих; явления госпитализма, т.к. больные часто находятся в больницах и санаториях длительный период, изоляция от общества и сверстников; разлука с матерью или неполная семья (в 25—30% случаев); психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации; затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений; сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха; неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости).

Эмоционально-волевые и личностные особенности тесно связаны и нарушениями функций организма, например, В.Н. Лебедев отмечает, что в происхождении страхов у детей с ДЦП существенную роль играют нарушения вестибулярного аппарата [6].

**Целью** данной работы является оценка функционирования ребенка с церебральным параличом с позиции МКФ.

### **Материалы и методы исследования**

При обследовании функций организма собирался полный анамнез развития, включающий в себя характер протекания беременности, родов, подробное описание раннего развития ребенка, характер развития основного и сопутствующих заболеваний. Данные собирались на основании заключений педиатра, невролога и ортопеда. Для оценки состояния высших психических функций и регуляторного поведения проводилось нейропсихологическое обследование, проведенное согласно алгоритму, предложенному Ж.М. Глозман [3]:

1. Общая ориентировка.
2. Оценка внимания (корректирующая проба, шифровка).
3. Память (запоминание 7 слов; запоминание пар слов, запоминание цифр, зрительная память (картинки), слухоречевая память).

4. Зрительный гнозис (называние реальных изображений, узнавание картинок по слову-наименованию, называние низкочастотных слов, показ пар картинок по инструкции, узнавание наложенных изображений).
5. Пространственный гнозис: разрезные картинки, доски Сегена.
6. Копирование: скопировать круг, квадрат, ромб, треугольник.
7. Оральный праксис: надуть щеки, надуть одну щеку, поцокать, упереть язык в щеку.
8. Динамический праксис: проба — «кулак–ребро–ладонь» («кулак–ладонь»), реципрокная координация.
9. Праксис позы: праксис позы пальцев — вытянуть второй, пятый, второй и третий, второй и пятый пальцы; сложить пальцы в кольцо; положить пальцы друг на друга.
10. Оценка восприятия ритмических структур: копирование и по инструкции.
11. Счет: порядковый, обратный.
12. Мышление: четвертый лишний, составление рассказа по картинке, составление рассказа по серии картинок, понимание логико-грамматических конструкций, простые аналогии (невербальный вариант).
13. Эмоциональный и лицевой гнозис: проба на идентификацию эмоций и узнавание лиц.
14. Конструктивный праксис: кубики Косса.

Использовались методы «слеящей диагностики» («нейропсихологические очки») [1]. Тестовая диагностика позволяет выдвинуть предположение о механизмах трудностей ребенка; это предположение сопоставляется с результатами анализа поведения ребенка, выполнения им творческих и учебных задач, т.е. с результатами «слеящей диагностики» [11].

При обследовании все симптомы отдельно оценивались и заносились в таблицу с качественными данными. Для количественной оценки нейропсихологических нарушений использовалась градация, предложенная А.В. Семенович [12]:

«0» — выставляется в тех случаях, когда ребенок без дополнительных разъяснений выполняет предложенную экспериментальную программу.

«1» — если отмечается ряд мелких погрешностей, исправляемых самим ребенком практически без участия экспериментатора; по сути, «1» — это нижняя нормативная граница.

«2» — ребенок в состоянии выполнить задание после нескольких попыток, развернутых подсказок и наводящих вопросов.

«3» — задание недоступно даже после подробного многократного разъяснения со стороны экспериментатора.

Результаты, полученные по нейропсихологическим пробам, были переведены в шкалу МКФ: 0 — нет проблем, 1 — легкие затруднения (нарушения), 2 — умеренные затруднения (нарушения), 3 — тяжелые затруднения (нарушения), 4 — абсолютные (полные) затруднения.

Для оценки ограничений активности и участия использовался метод наблюдения, проводились функциональные пробы (ребенка просили выполнить определенные действия для оценки категорий) и беседа с родителями с использованием опросника для оценки активности и участия. Проводилась беседа с родителями с целью сбора

семейного анамнеза, предоставляющего информацию о характере воспитания и оказываемой поддержки, а также с целью уточнения влияния факторов окружающей среды на функционирование ребенка.

### Результаты исследования

Мальчик, 6 лет. *Диагноз:* G80. Спастический церебральный паралич — тетрапарез с преимущественным поражением правых конечностей. Децентрация головок бедренных костей в пределах вертлужных впадин выраженной степени. Легкие приводящие установки бедер, плоско-вальгусная установка стоп. Сопутствующий диагноз: задержка психоречевого развития, задержка психомоторного развития. Аффективно-респираторные приступы. Эпилептоформная активность.

*Анамнез заболевания:* беременность вторая, протекала на фоне анемии, токсикозов, угроз прерывания. Роды на 33-й неделе путем кесарева сечения. Антропометрия: масса тела 2099 г, по шкале Апгар 6/7 баллов. Выставлен диагноз: ДЦП, получена инвалидность. С рождения на искусственном вскармливании. МРТ головного мозга (2014): картина глиозных изменений больших полушарий ГМ, мастоидит двусторонний. М-ЭХО ГМ: признаки выраженной сосудистой пульсации. ЭЭГ (2018): общемозговые изменения биоэлектрической активности регулярного характера. Регистрируется эпилептоформная активность в виде единичных комплексов в левых височно-теменных отведениях с периодической билатеральной синхронизацией (со слов матери: проявляется в виде абсансов). В анамнезе — затруднение глотания твердой пищи. Состояние дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем в норме, прививки по графику, аллергологический анамнез без особенностей.

*Медицинская история:* диагноз выставлен в возрасте 8 месяцев, инвалидность получена в возрасте 1,5 года. Регулярно проходит курсы медицинской реабилитации. Тенотомия по Ульзибату 2017 и 2018 гг. — со слов матери, динамика положительная. Наблюдается невропатологом. Получал ноотропы, миорелаксанты, актовегин, кортексин, витаминотерапию, электрофорез с эуфиллином, массаж, ЛФК, проводились занятия с логопедом. В настоящее время проводится комплекс мероприятий в институте Альбрехта.

*Психомоторное развитие:* голову держит с 1 г. 11 мес., переворачивается с 3 лет. Сидит с поддержкой в 4 года, самостоятельно — с 6 лет, стоит с поддержкой с 6 лет, самостоятельно не ходит. Реагирует на свет, звук к положенному времени.

*Речевое развитие:* слова — с 9 мес., фразы — с 2 лет 1 мес.

*Анамнез жизни:* состав семьи неполный, образование мамы среднее, 34 года, не работает. Отец в воспитании ребенка участия не принимает. Ребенок обучается на дому. Родственники оказывают качественную, преимущественно эмоциональную поддержку. Со сверстниками мальчик общается часто, трудностей во взаимоотношениях, со слов матери, не испытывает. Установки на лечение положительные, медицинским персоналом и оказываемой помощью довольны. Жалуются на то, что не выдана специализированная коляска. Ребенок проходит систематические курсы реабилитации.

*Опора и передвижение:* с поддержкой, передвигается на коляске с помощью взрослого. Отмечается неустойчивость при ходьбе (с ходунками).

*Самообслуживание:* нуждается в помощи при приеме пищи, питье (пользование столовыми приборами), выполнении гигиенических процедур, пользовании туалетом, акты мочеиспускания и дефекации контролирует частично (дневной энурез и энкопрез).

*Результаты клинико-психологического обследования*

В процессе обследования ребенок охотно идет на контакт, на вопросы отвечает полно. В пространстве, времени, личности ориентирован. Со слов мамы, эмоционально стабилен, спокоен. В процессе диагностики проявляются признаки тревожности, ребенок демонстрирует желание сделать все непременно идеально, из-за чего начинает нервничать, если что-то не получается. Наблюдается заиканность на деталях, некоторая вязкость в суждениях. Высказывает идеи самонаказания в шуточной форме, обращаясь к себе («накажу в палате, если не соберешься и не сделаешь все правильно»), а также комментирует ситуацию обследования («показать, что инвалид должен знать»), что отражает формирующиеся личностные особенности по эпилептоидному типу. Чувство дистанции сформировано. Настроен в целом доброжелательно. Эмоциональные реакции адекватны. Темп деятельности достаточный, вработываемость быстрая. К оценкам взрослого чувствителен, ищет поддержки и одобрения, сам поддерживает себя словами «я самый умный», просит не подсказывать ему, так как он должен «сам найти ответ в Яндексе». В новые задания включается достаточно быстро, демонстрирует активное желание учиться. Ошибки по возможности корригирует после наводящих вопросов.

*Нейродинамика психической деятельности:* внимание характеризуется достаточной концентрацией, распределением и переключением без признаков истощаемости.

*Двигательная сфера:* ведущая рука — левая. Контроль произвольных двигательных функций без особенностей (проба «кулак–ребро–ладонь» не вызвала затруднений, спастичность выше в правой руке; праксис позы пальцев без особенностей), наблюдаются признаки недостаточной сформированности комиссуральных связей (поочередное выполнение в реципрокной координации). Оральный праксис в норме.

*Гностическая сфера:* исследование зрительного восприятия не выявило каких-либо нарушений, предметный гнозис сформирован (успешно справляется с названием реальных изображений, названием низкочастотных слов, показом пар картинок по слову-наименованию, узнаванием наложенных и перечеркнутых изображений). Цветовой гнозис сохранен (легко называет все основные цвета). Основные формы называет. Пространственное восприятие сохранно (располагает правильно фигуры в лото, доски Сегена — без пространственного поиска). Акустический гнозис и акустическое внимание сохранены (с воспроизведением ритмических структур справляется, также выполняет задание по инструкции). Понимание логико-грамматических конструкций сохранно.

*Речь:* понимание обращенной речи сохранно, в полном объеме. Экспрессивная речь с небольшим количеством фонетических замен, темп речи средний, ровный.

*Память:* слухоречевая память характеризуется достаточной продуктивностью процессов запоминания (кривая запоминания 7 слов: 4-5-6-7). Объем слухоречевой памяти и оперативной памяти в норме (повторение цифр в прямом порядке: 5, в обратном: 3 единицы).

*Мышление:* при исследовании динамической стороны мышления наблюдается инертность при решении задач. Операционная сторона характеризуется задержкой формирования процессов обобщения вследствие склонности к излишней детализации и прикованности внимания к незначительным деталям (4-й лишней: не может назвать лишние элементы, классифицирует по несущественным признакам («рыба лишняя, потому что у нее есть точки», «рисунок неаккуратный, поэтому он лишней, с заданием на выведение аналогий справляется»). Понимание причинно-следственных связей доступно (понимает и описывает смысл сюжетной картинки, составляет рассказ). Эмоции по знаку и качеству определяет безошибочно.

Таким образом, выявленные при обследовании особенности состояния высших психических функций указывают на преимущественные изменения мыслительной деятельности и характерологические изменения по эндогенному типу (изменения на фоне эпилептоформной активности), преимущественно затронут левополушарный индекс. Присутствуют признаки недостаточной сформированности комиссуральных связей, что может также проявляться в изменениях эмоционально-волевой регуляции.

### Обсуждение результатов

При переводе полученных результатов в категории МКФ мы можем сделать следующие выводы: результаты показали умеренные нарушения темпераментальных и личностных функций (b126.2): ребенок демонстрирует желание сделать все идеально, наблюдается заикленность на деталях, некоторая вязкость в суждениях, высказывает идеи самонаказания, обращаясь к себе («накажу в палате, если не соберешься и не сделаешь все правильно»), а также комментирует ситуацию обследования («показать, что инвалид должен знать»), что отражает формирующиеся личностные особенности по эпилептоидному типу. Присутствуют умеренные нарушения функций мышления (b160.2): инертность при решении задач, задержка формирования процессов обобщения из-за склонности к детализации. Наблюдаются легкие нарушения контроля произвольных двигательных функций (b760.1).

Оценка категорий активности и участия показала легкие нарушения в категории «Общие задачи и требования», а именно выполнение повседневного распорядка (d230.1); «Мобильность»: умеренные нарушения изменения позы тела (d410.2), легкие нарушения поддержания положения тела (d415.1), выраженные нарушения перемещения тела (d420.3) — ребенок только начинает учиться использовать ходунки, умеренные нарушения поднятия и переноса объектов (d430.2), выраженные нарушения перемещения объектов ногами (d435.3), умеренные нарушения использования точных движений кисти (d440.2), легкие ограничения использования кисти и руки (d445.1); «Самообслуживание»: выраженные ограничения в мытье (d510.3), выраженные нарушения в управлении физиологическими отправлениями (d530.3) — дневной энурез и энкопрез; выраженные ограничения в одевании (d540.3), приеме пищи (d550.3), питье (d560.3).

К факторам окружающей среды, которые являются барьерами и оказывают негативное влияние на функционирование ребенка, относятся семейный фактор (отец не принимает участия в воспитании ребенка, мать не работает), отсутствие специализированной коляски, а также предметов для личного использования (бытовые приборы). К облегчающим факторам, которые оказывают положительное влияние, относятся поддержка родственников, обучение на дому, хорошие взаимоотношения со сверстниками, есть друзья. Установки матери на лечение положительные, медицинским персоналом и оказываемой помощью довольны. Ребенок проходит систематические курсы реабилитации.

Результаты обследования по стандартизированным методикам и шкалам были переведены в категории МКФ и занесены в форму оценки. Наглядно описание проблем и ресурсов клиента представлено в функциональном профиле (рис. 1.), который показывает степень нарушений функций организма, ограничений активности и возможности участия клиента в определенный временной период. Описание контекста дает информацию о позитивном или негативном влиянии окружения на функциональное состояние клиента. В функциональном профиле определены основные категории, в которых отмечаются затруднения и степень выраженности ограничений, цель и задачи программы реабилитации в учреждении. Каждая категория функционального профиля является отдельным мероприятием для достижения поставленной цели.

Функциональный профиль														
Цель	Оценка													
Цель программы: улучшение функционирования в повседневной жизни														
Цель 1 – передвижение														
Цель 2 – самообслуживание														
Цель 3 – психоэмоциональное благополучие														
Функции, структуры организма, активность и участие	Определитель МКФ										Относится к цели №	Результат		
						проблема								
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4				
b126 Темперамент и личностные функции													2	
b117 Интеллектуальные функции													1,2,3	
b152 Функции эмоций													3	
b160 Функции мышления													3	
b167 Умственные функции речи														
b710 Функции подвижности сустава													1	
b735 Функции мышечного тонуса													1,2	
b760 Контроль произвольных двигательных функций													1,2	
d410 Изменение позы тела													1	
d415 Поддержание положения тела													1	
d420 Перемещение тела													1	
d430 Поднятие и перенос объектов													1	
d435 Перемещение объектов ногами													1	
d440 Использование точных движений кисти													1,2	
d445 Использование кисти и руки													1,2	
d450 Ходьба													1	
d510 Мытье тела													2	
d530 Физиологические отправления													2	
d540 Одевание													2	
d550 Прием пищи													2	
d560 Питье													2	
Влияние факторов окружающей среды на функционирование	Вспомогательный фактор					Барьер								
	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4					
e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования													1	
e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещения													2	
e310 Семья и ближайшие родственники													1,2,3	
e320 Друзья														
e355 Профессиональные медицинские работники														
e360 Работники других профессиональных сфер														
e410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников														
e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки														
e580 Службы, административные системы и политика здравоохранения														
Персональные факторы	Влияние персональных факторов													
	положительные (+)					нейтральные (0)			отрицательные (-)					
Тревожность														
Желание сделать все непременно идеально														
Зацикленность на деталях														
Идеи самокаказания														

Рис. 1. Функциональный профиль ребенка

Результаты согласуются с положениями различных авторов относительно характера когнитивных и личностных изменений у детей с церебральными параличами различного генеза. У описываемого нами ребенка присутствуют также изменения,



характерные для детей с эпилепсией, что сигнализирует о необходимости проведения психопрофилактических мероприятий, направленных на работу со специфическим личностным профилем.

### Выводы

Данные результаты дают возможность наглядно продемонстрировать сильные стороны и стороны для развития ребенка, а также точки, где должны быть приложены усилия со стороны различных специалистов (психологов, эрготерапевтов, социальных работников). Комплексная оценка состояния здоровья детей с церебральными параличами должна быть направлена на оценку способностей ребенка в повседневной деятельности с учетом нарушений функций организма и влияния социального окружения.

### Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
2. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В. Детский церебральный паралич: современные представления о проблеме (обзор литературы) // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20, № 8. – С. 401–405.
3. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 80 с.
4. Заваденко Н.Н., Немкова С.А. Нарушения развития и когнитивные дисфункции у детей с заболеваниями нервной системы: научно-практическое рук. – М.: Специальное издательство медицинских книг, 2017. – 360 с.
5. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – Киев: Вища школа. – 1987. – 272 с.
6. Лебедев В.Н. Нарушения психического развития у детей с церебральными параличами. – М., 1991. – 139 с.
7. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для вузов. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
8. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.): проект. – СПб: Человек, 2017. – 262 с.
9. Ньюкиктен Ч. Детская поведенческая неврология: в 2 т. / пер. с англ. Д.В. Ермолаева, Н.Н. Заваденко, Н.Н. Полонской; под. ред. Н.Н. Заваденко. – 3-е изд. – М.: Теревинф, 2018. – Т. 1. – 288 с.
10. Оценка эффективности комплексной реабилитации у больных с детским церебральным параличом и последствиями черепно-мозговой травмы / С.А. Немкова, Н.Н. Заваденко, Г.В. Аргунова [и др.] // Вопросы практической педиатрии. – 2014. – № 3. – С. 21–25.
11. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Нейропсихология и школа // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. – 2012. – № 2. – С. 116–123.
12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 232 с.
13. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
14. Fennel E.B., Dikel T.N. Cognitive and neuropsychological functioning in children with cerebral palsy // Journal of Child Neurology. – 2001. – Vol. 16, № 1. – P. 58–63.

15. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice // European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. – 2008. – Vol. 44, № 3. – P. 329–342.

16. Utility of using the ICF Core Sets in clinical practice / M. Avellanet, M. Selb, G. Stucki [et al.] // Rehabilitación. – 2015. – Vol. 49, № 4. – P. 197–201.

## Integrative health assessment of the child with cerebral palsy based on ICF

Zolotareva A.A.<sup>1</sup>

E-mail: Anazol\_97@mail.ru

Lorer V.V.<sup>2</sup>

E-mail: lorer@list.ru

<sup>1</sup> Pavlov First Saint Petersburg State Medical University  
L'va Tolstogo str. 6-8, Saint Petersburg, 197022, Russia  
Phone: +7 (812) 338-78-75

<sup>2</sup> Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht  
Bestuzhevskaya str., 50, Saint Petersburg, 195067, Russia  
Phone: +7 (812) 448-87-78

**Abstract.** The integrative assessment of functioning should include not only the detection of disorders in body functions, but also the characteristics of specific limitation of activity and the possibility of participation in everyday situations. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) shows functioning as an integrative indicator of human health at the body level, the level of adaptive behaviour and participation in everyday situations, taking into account the influence of context. The objective was: assessment of functioning of the child on the ICF base. Object: child, 6 years old, spastic cerebral palsy — tetraparesis with preferential damage of the right limbs, epileptiform activity, mental retardation. The examination of body functions included the study of the development history and methods of the classical neuropsychological diagnosis. In order to assess activity and participation and environmental factors, the observation, functional tests and interview with parents were used. The evaluation of body functions showed moderate disorders of the thought functions (b160.2), mild disorders of the control of voluntary movement functions (b760.1). The evaluation of activity and participation categories showed mild irregularities in carrying out daily routine (d230.1); moderate disorders of body pose change (d410.2), slight disorders of the body position maintenance (d415.1), severe disorders of body movement (d420.3), moderate disorders of object lifting and transfer (d430.2), severe disorders of the feet movements (d435.3), moderate disorders of the use of accurate hand movements (d440.2), mild limitations of the hand-use (d445.1); severe limitations in washing (d510.3), management of physiological shipments (d530.3); dressing (d540.3), eating (d550.3), drinking (d560.3). Specific environmental limiting and facilitating factors have been identified. Conclusion: the integrative assessment of the health state of the children with cerebral palsy should be aimed at assessing the abilities of the child in daily activities, taking into account disorders of body functions and the influence of the social environment.

**Key words:** ICF; cerebral palsy; case description; body functions; activity and participation; neuropsychological diagnosis; integrative diagnosis; functional profile.

### For citation

Zolotareva A.A., Lorer V.V. Integrative health assessment of the child with cerebral palsy based on ICF. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 4, p. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-6 [in Russian, abstract in English].