

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневич

2015 г.

Регистрационный № 234-1215

МЕТОД

ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПРИМЕНЕНИЕМ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,  
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской  
экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ:

Львова Н.Л., к.м.н. Кускова С.П.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц  
23.12.2015  
Регистрационный № 234-1215

**МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА  
С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
И ЗДОРОВЬЯ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический  
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: Н.Л. Львова, канд. мед. наук С.П. Кускова

Минск 2015

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод формирования индивидуальной программы реабилитации (далее — ПР) пациентам с сахарным диабетом (далее — СД) 2-го типа с применением Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Формирование ПР пациентам с СД 2-го типа включает следующие этапы:

1. Реабилитационная диагностика с позиций МКФ.
2. Оценка индивидуального функционирования пациента до реабилитации с формированием МКФ-профиля.
3. Определение реабилитационного потенциала и прогноза с позиций МКФ.
4. Формирование перечня реабилитационных мероприятий.
5. Оценка индивидуального функционирования пациента после реабилитации с формированием МКФ-профиля.

Область применения: реабилитология, медицинская экспертиза, эндокринология.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Специального оборудования для практического использования не требуется.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Реализация положений МКФ в процессе медицинской реабилитации (далее — МР): формирование ПР пациентам с СД 2 типа с учетом положений МКФ в медико-реабилитационных экспертных комиссиях, амбулаторных отделениях медицинской реабилитации.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Крайне низкий уровень функционирования в одном или нескольких доменах при наличии абсолютных проблем в функционировании: полная утрата самостоятельного передвижения или возможность передвижения только в пределах жилья при помощи других лиц или сложных технических и иных вспомогательных средств; абсолютное нарушение способности к выполнению работы по дому, уходу за частями тела, заботе о своем здоровье, приготовлению пищи, резко выраженная или полная потеря личной независимости и нуждаемость в уходе (бытовом и (или) специальном медицинском):

- наличие абсолютных нарушений функций организма и абсолютных ограничений активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.4 (ходьба), d520.4 (уход за частями тела), d570.4 (забота о своем здоровье), d630.4 (приготовление пищи), d640.4 (выполнение работы по дому), b210.4 (зрение и связанные с ним функции), b270.4 (дополнительные сенсорные функции), b410.4 (функция сердца), b4150.4 (функции артерий), b610.4 (функции мочеобразования);

- при наличии трех и более тяжелых ограничений активности и возможности участия в доменах d450.3 (ходьба), d520.3 (уход за частями тела),

d570.3 (забота о своем здоровье), d630.3 (приготовление пищи), d640.3 (выполнение работы по дому).

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

На этапе реабилитационной диагностики проводится комплексное клинико-диагностическое обследование пациентов в соответствии с алгоритмом, включающим следующие методы:

1. Анамнестический метод (уточняются паспортные данные пациента, оцениваются субъективные ощущения им своего общего состояния, исследуется анамнез жизни и заболевания).

2. Физикальные методы исследования для оценки соматического статуса пациента (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация).

3. Клинико-лабораторный и клинико-инструментальный методы включают перечень обязательных и дополнительных диагностических исследований согласно «Клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с заболеваниями эндокринной системы».

4. Психологическая реабилитационная диагностика включает оценку: состояния высших психических функций и динамики умственной деятельности, эмоционально-волевой сферы, особенностей личности; позволяет выявить дефект познавательной деятельности у пациента, его реакцию на ситуацию, связанную с заболеванием и инвалидизацией, изменение структуры мотивов, интересов, потребностей, самовосприятие и самооценку пациента в новой социальной роли.

5. Социальная реабилитационная диагностика характеризует влияние факторов окружающей среды на функционирование пациента. Для выявления барьеров и облегчающих факторов окружающей среды собирают информацию о бытовом окружении, сведения об уровне образования, основной профессии, характере и тяжести выполняемой работы; выясняют бытовые условия пациента, наличие трудоспособных и нетрудоспособных членов семьи, степень их материального обеспечения, физической и эмоциональной поддержки со стороны семьи и ближайших родственников, жилищные условия, отдаленность жилья от места работы и т. д.).

На этапе оценки индивидуального функционирования пациента проводится оценка имеющихся ограничений жизнедеятельности и факторов окружающей среды с помощью стандартизированного набора кодов МКФ. Стандартизированный набор для оценки функционирования пациента с СД 2 типа включает коды, отображенные в приложении «А» в графе «Набор кодов МКФ для оценки функционирования пациентов с СД 2 типа».

После реабилитационной диагностики для каждого кода устанавливается определитель (0/1/2/3/4), характеризующий степень выраженности нарушений или ограничений в домене согласно единой шкале оценки МКФ.

xxx.0 — нет проблем (0–4 %)

xxx.1 — легкие проблемы (5–24 %)

xxx.2 — умеренные проблемы (25–49 %)

xxx.3 — тяжелые проблемы (50–95 %)

xxx.4 — абсолютные проблемы (96–100 %)

*Пример:* у пациента Н. были диагностированы тяжелые нарушения углеводного обмена. Это может быть закодировано как:

**в 5401.3 — тяжелые нарушения функции углеводного обмена.**

Для количественной оценки влияния факторов окружающей среды разработаны определители с негативной и позитивной шкалами, обозначающими степень выраженности фактора окружающей среды в виде барьера или облегчения. Как показано ниже, разделительная точка указывает на барьеры, а знак (+) — на облегчающие факторы:

xxx.0 НЕТ барьеров (нет, 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 (нет, 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 %

xxx.8 не уточненный барьер

xxx+8 не уточненный облегчающий фактор

xxx.9 не применимо

Результаты оценки (определители для каждого домена) заносятся в соответствующие графы оценочного дисплея «определители доменов» (приложение «А») и представляют «профиль функционирования пациента до реабилитации».

На третьем этапе формирования программы МР определяется реабилитационный потенциал и прогноз.

У пациентов с СД 2 типа высокий РП и благоприятный прогноз устанавливаются при полной обратимости или компенсируемости функциональных нарушений; при наличии положительной установки пациента на проведение реабилитации; при возможности компенсации патологии; если облегчающие факторы окружающей среды могут полностью обратить или компенсировать ограничения жизнедеятельности (до легких и/или ничтожных проблем в функционировании 0–24 %), а именно:

1) при наличии следующих медицинских факторов:

- лабильное течение сахарного диабета, сопровождающееся легкими гипогликемическими состояниями, купирующимися приемом глюкозы перорально независимо от частоты; редкими тяжелыми (до 3 раз в год) гипогликемическими состояниями с потерей сознания, требующими парентерального введения глюкозы или глюкагона; диабетическим кетоацидозом легкой степени тяжести (независимо от частоты), умеренной степени тяжести с редкими эпизодами (до 3 раз в год);

- отсутствие сопутствующих заболеваний, отягощающих течение основного, утяжеляющих степень выраженности основного заболевания;

2) при наличии следующих психологических факторов:

- адаптивная психологическая реакция;

- положительная установка на труд;

3) при наличии следующих социальных факторов:

- легкие трудности в выполнении оплачиваемой работы в обычных условиях труда при незначительном снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с незначительным уменьшением объема выполняемой работы.

Средний РП и относительно благоприятный прогноз определяется при полной обратимости функциональных нарушений, низкой мотивации больного на выздоровление и труд, но при возможности ее психологической коррекции. Средний РП пациента определяется, если облегчающие факторы окружающей среды обращают ограничения жизнедеятельности до умеренного уровня (до средних проблем в функционировании 25–49 %), а именно:

1) при наличии следующих медицинских факторов:

- лабильное течение сахарного диабета, сопровождающееся тяжелыми гипогликемическими состояниями с потерей сознания, средней частоты (3–6 раз в год), требующими парентерального введения глюкозы; диабетическим кетоацидозом умеренной степени тяжести средней частоты (3–6 раз в год) или тяжелым кетоацидозом с частотой до 1 раза в год;

- сопутствующая патология, формирующая синдром взаимного отягощения легкой и средней степени тяжести;

2) при наличии следующих психологических факторов:

- адаптивная психологическая реакция;

- положительная установка на труд или возможность ее коррекции;

3) при наличии следующих социальных факторов:

- умеренные трудности в выполнении оплачиваемой работы в обычных условиях труда при снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с уменьшением объема выполняемой работы; неспособность продолжать работу по основной профессии (должности) при сохранении возможности выполнять трудовую деятельность по профессии (должности) более низкой квалификации; сокращение продолжительности рабочего времени (неполный рабочий день, неполная рабочая неделя).

У пациентов с СД 2 типа низкий РП и относительно неблагоприятный прогноз определяется при обратимости нарушений до выраженного уровня (тяжелых проблем в функционировании 50–95 %), умеренной мотивации на выздоровление и труд либо обратимость нарушений до умеренного уровня при низкой мотивации на реабилитацию с возможностью психокоррекции, а также если облегчающие факторы окружающей среды обращали ограничения жизнедеятельности до выраженного уровня, а именно:

1) при наличии следующих медицинских факторов:

- лабильное течение сахарного диабета, сопровождающееся частыми (более 6 раз в год) тяжелыми гипогликемическими состояниями с потерей сознания,

требующими парентерального введения глюкозы; частыми эпизодами (более 6 раз в год) диабетического кетоацидоза умеренной степени тяжести или тяжелым кетоацидозом с частотой более 1 раза в год;

- сопутствующая патология, формирующая выраженный синдром взаимного отягощения;

2) при наличии следующих психологических факторов:

- дезадаптивная или психопатологическая реакция;

- отрицательная установка на труд;

3) при наличии следующих социальных факторов:

- выраженные трудности в выполнении оплачиваемой работы, способность к выполнению трудовой деятельности в специальных условиях с использованием технических и иных вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц, или при выраженном ограничении объема выполняемых работ за счет выраженного сокращения рабочего времени.

В дальнейшем пациенты с низким и средним РП могут проходить курс МР как в стационарных, так и амбулаторно-поликлинических условиях; лица с высоким РП проходят курс МР в амбулаторно-поликлинических отделениях.

После определения реабилитационного прогноза и потенциала формируется перечень мероприятий МР в виде программы реабилитации, которая включает следующие разделы:

*I. Рациональная диетотерапия* — исключение рафинированных углеводов; включение в рацион продуктов, богатых растительными волокнами; ограничение насыщенных жирных кислот до 10 %, замещение насыщенных жиров моно- и полиненасыщенными; при ожирении показана гипокалорийная диета; при инсулинотерапии необходимо документировать следующие продукты — зерновые, жидкие молочные продукты, некоторые сорта овощей (картофель, кукуруза), фрукты и ягоды.

*II. Медикаментозная терапия* (согласно «Клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с заболеваниями эндокринной системы»)

1. Сахароснижающие препараты

1.1. Определение индивидуального целевого значения контроля гликемии по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) (таблица).

Таблица — Алгоритм выбора целей сахароснижающей терапии по HbA1c

Параметры	Возраст		
	молодой	средний	пожилой и/или ОПЖ <5 лет
Нет тяжелых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии	HbA1c <6,5 %	HbA1c <7,0 %	HbA1c <7,5 %
Есть тяжелые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	HbA1c <7,0 %	HbA1c <7,5 %	HbA1c <8,0 %

1.2. Стратификация терапевтической тактики в зависимости от исходного уровня HbA1c

а) при исходном HbA1c 6,5–7,5 % проводят монотерапию сахароснижающими препаратами первого ряда: метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4), агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида (ГПП-1); препараты 2 ряда: препараты сульфонилмочевины (далее — СМ), тиазолидоны;

б) при исходном HbA1c 7,6–9,0 % комбинированная терапия таблетированными сахароснижающими препаратами (метформин + иДПП-4, метформин + аГПП-1, метформин + СМ);

в) при исходном HbA1c более 9,0 % инсулинотерапия (базальный инсулин в режиме 1 инъекции и пероральные сахароснижающие препараты [метформин, СМ, иДПП-1], смешанный инсулин в режиме 1 или 2 инъекций, базис-болюсная инсулинотерапия).

## 2. Коррекция артериального давления

Целевые уровни АД должны быть менее 140/90 мм рт. ст., рекомендуемый уровень целевого АД <135/85 мм рт. ст., при диабетической нефропатии АД <120/75 мм рт. ст.

Гипотензивные препараты:

- ингибиторы АПФ;
- тиазидные диуретики (при отсутствии ХПН) преимущественно индапамид, может быть использован гидрохлортиазид в дозе 12,5 мг и менее;
- петлевые диуретики ухудшают углеводный обмен;
- антагонисты рецепторов к ангиотензину II;
- антагонисты Ca;
- β-блокаторы (только высокоселективные) при ИБС.

## 3. Коррекция дислипидемии.

Целевые уровни ХСЛПНП у пациентов без ССЗ — менее 2,5 ммоль/л, ХСЛПНП у пациентов с ССЗ и факторами риска — менее 1,8 ммоль/л, ОХ — менее 4,5 ммоль/л, ХС ЛПВП для женщин — более 1,2 ммоль/л, ХС ЛПВП для мужчин — более 1,1 ммоль/л, ТГ — менее 1,7 ммоль/л.

Ингибиторы фермента ГМК-КоА редуктазы (статины); производные фиброевой кислоты (фибраты); препараты, содержащие ненасыщенные жирные кислоты. Пациентам с СД без ССЗ показаны статины для снижения ХСЛПНП на 30–40 % независимо от его исходного уровня. Используют фибраты изолированно, в комбинации со статинами назначение фибратов опасно из-за высокого риска тяжелых мышечных осложнений. Секвестранты желчных кислот применяют изолированно или в сочетании со статинами.

## 4. Анти тромботическая терапия (по показаниям)

Ацетилсалициловая кислота в дозе 75–150 мг/сут, при непереносимости назначают тиклопидин (250–500 мг/сут), клопидогрель (75 мг/сут).

## 5. Симптоматическая терапия

### *III. Физическая реабилитация*

Основными средствами физической реабилитации при СД 2 типа являются оздоровительные тренировки в форме циклических упражнений в аэробной зоне интенсивности. Основные требования к аэробным нагрузкам: длительность тренировки не менее 30 мин, предпочтительно ежедневно, но не менее 3 раз



в неделю. Суммарная продолжительность не менее 150 мин в неделю. Важна регулярность занятий, так как 2-дневный перерыв в занятиях снижает чувствительность тканей к инсулину. Физические тренировки должны обладать возможностями дозирования и контроля. Это может быть дозированная ходьба, велоэргометр, бег, плавание, велосипед, различные тренажеры с одновременной работой рук и ног. Желательно, чтобы пациент сам выбрал способ аэробных нагрузок, так как это повысит эффективность реабилитационных мероприятий. В комплекс лечебной физкультуры при СД необходимо включить гимнастику для стоп, являющуюся важнейшим средством профилактики тяжелых инвалидизирующих осложнений СД.

Противопоказаны силовые виды спорта, особенно при диабетической ретинопатии, альпинизм, марафонский бег. С осторожностью выбирают занятия видами спорта, при которых трудно купировать гипогликемию (подводное плавание, дельтапланеризм, серфинг). Не рекомендуется участие в спортивных состязаниях, так как они сопровождаются большими физическими и психоэмоциональными нагрузками, что способствует гиперсекреции контринсулярных гормонов, развитию кетоацидоза и декомпенсации диабета. При чрезмерной физической нагрузке возникает опасность гипогликемии. Пациентам с пролиферативной диабетической ретинопатией не рекомендуется заниматься боксом, бегом, аэробикой, видами спорта с вероятностью травмы глаза или головы мячом, шайбой. Пациентам пожилого возраста рекомендуются прогулки, работа в саду, огороде.

Противопоказания для физических нагрузок при сахарном диабете:

- уровень глюкозы плазмы выше 13 ммоль/л в сочетании с кетонурией или выше 16 ммоль/л, даже без кетонурии;
- гипогликемические состояния;
- кетоацидоз;
- синдром Сомоджи при передозировке инсулина;
- гемофтальм, отслойка сетчатки, первые 6 мес. после лазерокоагуляции сетчатки.

Физические тренировки целесообразно начинать с дозированной ходьбы, так как этот вид двигательной активности адекватен даже для пожилых и малоподвижных людей. Дозированная ходьба позволяет постепенно включиться в постоянные тренировки, а затем перейти к другим видам нагрузок, что важно с психологической точки зрения.

Показаны:

1. Лечебная гимнастика в щадяще-тренирующем режиме сидя, стоя, ежедневно 10 мин, 2 раза в день (20 мин в день):

- для начальных занятий используют элементарные упражнения для основных мышечных групп верхних и нижних конечностей (по 3–5 раз), чередуя их с дыхательными (статическими и динамическими);

- в последующем в занятия включают упражнения для крупных мышечных групп, повторяющиеся до 10 раз. Можно использовать упражнения с гимнастической палкой, набивными и надувными мячами, гантелями до 1–2 кг.

2. Дыхательная гимнастика (статические и динамические упражнения) в сочетании с упражнениями на расслабление, самомассажем ежедневно с 1-го дня в течение курса по 5–10 мин 2 раза в день.

3. Дозированная ходьба по ровной местности. Темп дозированной ходьбы подбирается в зависимости от пороговой мощности нагрузки =  $0,029X + 0,124Y + 72,212$ , где  $X$  — Вт/мин, пороговая мощность нагрузки;  $Y$  — частота сердечных сокращений.

- ФК3 — 60–70–80 шагов/мин, без элементов ускорения, до 1 км;

- ФК2 — 80–90–100 шагов/мин, 1–2 км;

- ФК1 — 110–120 шагов/мин с периодами кратковременного (2–3 мин) ускорения до 130–140 шагов/мин — до 10 км в день в 2–3 приема, допускаются пробежки (1–3 мин) в среднем темпе.

4. Велотренировки (ранжируется по группам физической активности)

- ФК2 велотренировки (2-я группа физической активности, ФР — 0,71–1,0 Вт/кг);

- ФК1 велотренировки (1-я группа физической активности — физическая работоспособность — 1,01–2,0 и более Вт/кг).

5. Лечебная гимнастика для стоп по 10–15 мин, 2–3 раза в день, ежедневно.

- для профилактики гипогликемии необходим контроль содержания глюкозы в крови до и после выполнения нагрузки в течение нескольких занятий. Затем можно оценить реакцию организма на физическую нагрузку с учетом исходного уровня глюкозы. В дальнейшем можно проводить такие исследования реже, при необычных изменениях самочувствия. Если перед тренировкой уровень глюкозы в крови около 100 мг % (5,5 ммоль/л) и ниже, за 20–30 мин до занятия нужно поесть;

- в процессе тренировок обязательно определение предельно допустимой ЧСС, составляющей 60–75 % от максимально допустимой ЧСС. Максимальная допустимая ЧСС рассчитывается по формуле, предложенной экспертами ВОЗ:  $220 - \text{возраст}$  занимающихся и/или при выполнении велоэрготренировок по формуле : частота пульса в покое + 60 % от его прироста при нагрузке.

6. Физиотерапевтические методы реабилитации

- показаны при латентном диабете, легких и среднетяжелых формах заболевания, а также при некоторых последствиях (ангио-, полинейропатия, гепатоз);

- пациентам с кетоацидозом физиотерапия противопоказана;

- иглорефлексотерапия применяется при невропатии и заключается во введении специальных игл в БАТ. Назначают 2–3 курса лечения по 10 сеансов каждый. В результате отмечается улучшение общего состояния пациентов, уменьшение выраженности болей и повышение чувствительности нижних конечностей, временно снижается содержание глюкозы в крови и моче, что может потребовать коррекции сахароснижающей терапии;

- дарсонвализация верхних и нижних конечностей, воротниковой зоны и поясничной области слабо искровым разрядом, по 5–10 мин, через день, 8 процедур;

- теплолечение (аппликации грязи, торфа, парафина, нафталанна), по 45 мин 3 раза в неделю, 8–10 процедур;

- общий массаж по 30–40 мин, 2 раза в неделю, 5 процедур; локальный массаж, включающий воздействие на сегментарную зону, по 10–15 мин, ежедневно, 16 процедур.

#### *IV. Психологическая реабилитация*

В ряде случаев использование психологических методик направлено не только на самого пациента, но и на лиц его ближайшего социального окружения.

1. Психокоррекция по 45 мин ежедневно, индивидуально по показаниям.

2. Групповая психотерапия по 1 ч, 2–3 раза в неделю.

3. Аутогенные тренировки ежедневно, индивидуально по показаниям.

#### *V. Занятия в «Школе сахарного диабета»*

Согласно современным представлениям обучение является терапевтическим средством, которое имеет, как и любое лекарство, свои цели, механизмы действия, показания и противопоказания. Одна из целей системного обучения пациентов — формирование новых психологических установок, направленных на повышение мотивации к самоконтролю. Более того, игнорирование отношения пациента к себе и своему заболеванию может привести к полной бесполезности обучения. Программа обучения в «Школе сахарного диабета» издана в виде инструкции по применению «Метод обучения пациентов с сахарным диабетом самоконтролю и мониторингу заболевания» № 087-0911 от 30.09.2011.

Каждому пациенту в зависимости от тяжести СД, степени выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний врач-реабилитолог составляет индивидуальную программу реабилитации; курс реабилитации проводится в амбулаторно-поликлинических отделениях МР в соответствии с общепринятыми подходами к реабилитации пациентов.

На следующем этапе проводится оценка индивидуального функционирования пациента после реабилитации с формированием «МКФ-профиля после МР».

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Отсутствуют.

Оценочный дисплей МКФ

Набор кодов МКФ для оценки функционирования пациентов с СД 2 типа		Профиль функционирования до МР определители доменов «функции организма» до МР					Профиль функционирования после МР определители доменов «функции организма» после МР													
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4									
Нарушения функций																				
<b>b210</b>	функции зрения																			
<b>b270</b>	сенсорные функций																			
<b>b410</b>	функции сердца																			
<b>b4150</b>	функции артерий																			
<b>b420</b>	функции артериального давления																			
<b>b5401</b>	функции углеводного обмена																			
<b>b5408</b>	метаболические функции																			
<b>b530</b>	функции сохранения веса																			
<b>b610</b>	функции мочеобразования																			
Активность и участие		определители доменов «активность и участие»					определители доменов «активность и участие»													
<b>d450</b>	ходьба																			
<b>d520</b>	уход за частями тела																			
<b>d570</b>	забота о своём здоровье																			
<b>d630</b>	приготовление пищи																			
<b>d640</b>	выполнение работы по дому																			
<b>d850</b>	оплачиваемая работа																			
Контекстовые факторы		определители факторов окружающей среды					определители факторов окружающей среды													
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	
<b>e110</b>	продукты, вещества и технологии для личного потребления																			
<b>e 120</b>	изделия и технологии для персонального передвижения																			
<b>e590</b>	службы труда и занятости																			