ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

DOI: 10.21802/artm.2020.3.15.38.
УДК 616-036.82+616.381-072.1+615.8

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Н.Р. Голод, І.К. Чурпій

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання, м. Івано-Франківськ, Україна,
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920, e-mail: n.golod@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418, e-mail: ch.igor.if@gmail.com

Резюме. Згідно з рекомендаціями ВООЗ сучасне реабілітаційне втручання повинне мати міждисциплінарний підхід. Останній підхід у реабілітації поступово впроваджується в систему охорони здоров`я введенням таких посад як лікар фізичної реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, а із впровадженням у практику проблемно-орієнтованого підходу поки що складніше. Зустрічаються проблеми міждисциплінарної взаємодії спеціалістів. Відсутній пацієнтоцентричний, індивідуальний підхід у реабілітації. Не враховуються всі контекстуальні чинники пацієнта для встановлення цілей реабілітаційного втручання. Відсутня об'єктивна оцінка ефективності проведеного реабілітаційного втручання. Така ситуація не може сприяти покращенню реабілітаційної допомоги, у тому числі після лапароскопічної холецистектомії. У жодній стаціонарній карті немає шифр МКФ.

Мета дослідження. Розглянути МКФ як інструмент формування цілей фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії на різних етапах реабілітації та впровадження їх у хірургічну практику.

Висновки:

1. Проаналізовано чинну практику організації реабілітаційної допомоги на різних етапах (гострому, підгострому та довготривалому). У хворих після лапароскопічної холецистектомії виявлено повну відсутність використання класифікації МКФ.

2. Спільне використання МКХ-10 та МКФ у хірургічній практиці дозволить доповнити одна одну, що підвищить якість надання послуг у галузі охорони здоров'я.

3. Впровадження схем кодування полегшить роботу мультидисциплінарних команд, які займаються реабілітацією хірургічних пацієнтів.

4. Починати потрібно із забезпечення інформаційними системами в охороні здоров'я з автоматизованими схемами кодування (для зменшення навантаження на медичний персонал та полегшення ведення медичної документації), оскільки практично таке кодування займає багато часу та потребує спеціальної підготовки медичного персоналу.

Ключові слова: МКХ-10, МКФ, лапароскопічна холецистектомія, реабілітація.

Вступ. Належна якість життя, відновлення дієздатності та працездатності людини в умовах швидкого економічного зростання обумовлює її економічну незалежність та визначається соціальною політикою держави.

Широкий спектр сучасних реабілітаційних можливостей вимагає чіткої стандартизації в підходах до реабілітації. Це забезпечить зменшення фінансового навантаження на конкретну особу, створить чіткий алгоритм роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди та покращить якість наданих послуг.

Активне впровадження ендоскопічних методів лікування привело до зменшення термінів госпіталізації, швидкого одужання та відновлення працездатності оперованих хворих.

Ще недавно вітчизняна медицина займалася питанням реабілітації виключно за медичною моделлю. Тобто неповносправність або інвалідність розглядалася як особливість людини, яка безпосередньо викликана хворобою, травмою або іншими захворюваннями і потребує медичного лікування, що надається фахівцями у формі індивідуального лікування, медичної допомоги або пристосування особистості, щоб «виправити» проблему особи, відбувалася констатація факту присутності чи відсутності хвороби [1].

У міжнародних класифікаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) стани здоров'я (захворювання, травми, порушення та ін.) класифікуються за допомогою міжнародної класифікації хвороб МКХ-10, яке визначає етіологічну основу, а функціонування й інвалідність, пов'язані зі станом здоров'я, класифікуються за допомогою міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Можна сказати, що МКХ-10 та МКФ доповнюють одна одну.

ВООЗ та МОЗ України рекомендує застосовувати обидві міжнародні класифікації. У МКХ-10 хвороби, розлади, порушення чи інші медичні стани мають певний діагноз, який має доповнюватися додатковою інформацією щодо функціонування згідно з МКФ. Використовуючи спільну інформацію, яка

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

стосується діагнозу та функціонування, фахівці, які будуть брати участь у лікуванні та реабілітації, отримають більш широку і точну картину здоров'я. Сьогодні МКФ відійшла від класифікації "наслідків захворювання" (версія 1980 р.) і перейшла на класифікацію "компонентів здоров'я", тому що "компоненти здоров'я" визначають складові здоров'я, а "наслідки захворювання" зосереджуються на впливі захворювань або інших станів здоров'я на кінцевий результат [2].

МКФ впроваджує визначення компонентів здоров'я та деяких пов'язаних зі здоров'ям компонентів добробуту (таких як освіта та праця). Домени, що містяться в МКФ, можуть розглядатися як домени охорони здоров'я та домени, пов'язані з охороною здоров'я. Термін «Домен» МОЗ пропонує розглядати як практичний і багатозначний набір відповідних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань або сфер життя. Ці домени описуються з точки зору організму, особи та суспільства у двох основних переліках: (1) Функції та структури організму та (2) Діяльність та участь [1, 2].

У цій класифікації системно згруповані різні домени для особи в певному стані здоров'я (вказано, що може виконувати або здатна виконувати людина з хворобою чи розладом). Термін «Функціонування» є загальним і охоплює всі функції, види діяльності та участі. Такий термін як «Обмеження життєдіяльності» є загальним терміном для порушень, обмежень діяльності або обмежень можливості участі. У МКФ міститься перелік факторів навколишнього середовища, що взаємодіють з усіма цими категоріями. МКФ дозволяє фахівцям галузі охорони здоров'я фіксувати важливі профілі функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я особи в межах різних доменів [1].

Проте, незважаючи на достатню доказову базу МКХ-10 та МКФ щодо їх переваг, впровадження в реалії вітчизняної медичної практики сповільнене.

Мета дослідження. Розглянути МКФ як інструмент формування цілей фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії на різних етапах реабілітації та впровадження їх у хірургічну практику.

Обґрунтування дослідження. Для візуального сприйняття МКФ пропонуємо схематичне зображення стану здоров'я (рис. 1).

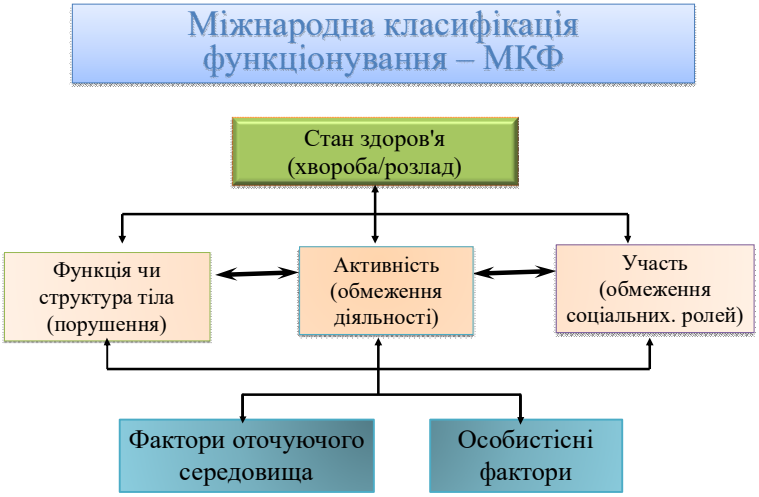

Рис. 1. Схематичне зображення стану здоров'я за МКФ [2]

МКФ – це є багатоцільова класифікація, яка призначена для використання в різних дисциплінах і сферах. Ця система має специфічні цілі:

1. Забезпечення наукової основи для вивчення і розуміння показників здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям станів, наслідків і факторів, які їх визначають.

2. Запровадження загальної мови для опису показників здоров'я та станів, які пов'язані зі здоров'ям з метою покращення розуміння різними фахівцями охорони здоров'я, науковими працівниками, адміністраторами та громадськістю, а також із людьми з обмеженням життєдіяльності.

3. Забезпечення порівняння інформації по країнах, сферах медико-санітарної допомоги, службах та в часі.

4. Забезпечення інформаційних систем охорони здоров'я систематизованими схемами кодування.

Усі ці цілі є взаємопов'язаними, проте для їх досягнення необхідно широко впроваджувати МКФ у практичну систему охорони здоров'я [3].

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 50 історій хвороб пацієнтів із ГКХ і 50 історій хвороб пацієнтів із ХКХ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні у 2018 році. Середній вік пацієнтів із ГКХ загалом склав 57,32±2,03 років. Чоловіків було 36%, а жінок 64%. Найбільший відсоток пацієнтів був серед представників середнього віку (45-60 років) – 38%; на другому місці за чисельністю представники похилого віку (60-75 років) – 34%; на третьому – пацієнти молодого віку (25-44 років) – 16%; і найменше за чи-

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

сельністю було пацієнтів старечого віку (75-90 років). Найбільша кількість ускладнень ГКХ – це ускладнення місцевим необмеженим серозним перитонітом (18%). У 86% пацієнтів були наявні супутні хронічні неінфекційні захворювання. Найбільша кількість пацієнтів була із ожирінням різного ступеня – 36%; на другому місці за поширеністю – пацієнти із хронічним панкреатитом – 24%; на третьому – із ІХС та ГХ другого ступеню по 20% пацієнтів; на четвертому місці за чисельністю – пацієнти із гіпертонічною хворобою І ступеню; виразковою хворобою дванадцятипалої кишки – п'ятому – 12%; з цукровим діабетом другого типу на шостому – 10%; на сьомому – пацієнти із серцевою недостатністю (СН) першого ступеню – 8%; на восьмому – пацієнти із ХОЗЛ – 7%. Найдовше перебували у відділення пацієнти із гострим гангренозним калькульозним холециститом (ГГКХ).

Середній вік пацієнтів із ХКХ загалом склав 52,34±1,73 років, пацієнтів жіночої статі (86%) (вік – 51,91± 1,93) років), чоловічої – (14%) (вік – (55,00±3,73). питома вага пацієнтів працездатного віку (до 60 років) становила 66%, при цьому пацієнтів непрацездатного віку вікової групи (понад 60 років) було 34%. Найбільший відсоток пацієнтів був серед представників середнього віку (45-60 років) – 38%; на другому місці за чисельністю представники похилого віку (61-75 років) – 34%; на третьому – пацієнти молодого віку (25-44 років) – 28%; пацієнтів старечого віку (75-90 років) не було. Серед 50 хворих тільки – 5 (10 %) були без супутньої соматичної патології, при цьому в 45 (90%) діагностована супутня соматична патологія, по одному супутньому захворюванню виявлено в 16 пацієнтів (32%), по два – у 13 пацієнтів (26%), по три – у 9 (18%), чотири – у 3 пацієнтів (6%), п'ять у 2 пацієнтів (4%), шість у 2 пацієнтів (4%). Супутні хронічні захворювання в пацієнтів обох груп були в стадії компенсації та не являли собою протипоказання до операції.

Проведено аналіз 100 медичних карт пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії, які перебували в реабілітаційному відділенні санаторію «Лаванда» санаторно-курортного комплексу Моршинкурорт (при поступленні та виписці) [3]. Аналізувалися дані анамнезу, УЗД, лабораторні показники, дані про ускладнення, проведене лікування. Проаналізовано діючу практику організації реабілітаційної допомоги на різних етапах (гострому, підгострому та довготривалому) хворих після лапароскопічної холецистектомії.

Результати дослідження. Аналізуючи отримані дані, звертали увагу на наступні реабілітаційні напрямки у хворих після лапароскопічної холецистектомії, такі як: підвищення психоемоційного тонусу, підтримання впевненості у сприятливому наслідку операції, зменшення застійних явищ у дихальній, шлунково-кишковій та серцево-судинній системах: покращення загального і місцевого кровообігу, лімфообігу, відновлення порушеного механізму дихання, запобігання післяопераційних ускладнень (пневмонія, ателектази, тромбоемболія, парез кишок, метеоризм, утворення злук).

Відновлення навичок самообслуговування, ліквідація залишкових явищ після операцій і нормалізація функції органів травлення, адаптація серцево-судинної і дихальної систем до помірно-зростаючого фізичного навантаження, покращення загального функціонального стану, підготовка хворого до навантажень побутового характеру.

Проте, згідно з рекомендаціями ВООЗ, сучасне реабілітаційне втручання повинне мати міждисциплінарний та проблемно-орієнтований підхід. Якщо мультидисциплінарний підхід поступово впроваджується у систему охорони здоров`я введенням таких посад як лікар фізичної реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, то із впровадженням у практику проблемно-орієнтованого підходу поки що складніше. Зустрічаються проблеми міждисциплінарної взаємодії спеціалістів.

На проблемних моментах слід зупинитися окремо. Не завжди враховуються бажання, очікування пацієнта, відсутній пацієнтоцентричний підхід у реабілітації. Встановлення цілей відбувається за старим вищевказаним шаблоном. Не використовується індивідуальний підхід. Не враховуються усі контекстуальні чинники пацієнта для встановлення цілей реабілітаційного втручання. Не всі медичні фахівці знайомі із проблемно-орієнтований підходом у встановленні цілей реабілітації. Відсутня об'єктивна оцінка ефективності проведеного реабілітаційного втручання. Як правило, зазначається, що хворий виписаний із покращенням. Така ситуація не може сприяти покращенню реабілітаційної допомоги, у тому числі після лапароскопічної холецистектомії. У кожній стаціонарній карті відсутній шифр МКФ.

На даний час сучасна реабілітація поділяє реабілітаційний процес на декілька періодів, дещо відмінних від попередньої пострадянської класифікації [3, 4]. Це, як правило, гострий, підгострий, довготривалий періоди. Гострий період реабілітації передбачає надання консультативної допомоги і реабілітаційних послуг в умовах відділення реанімації або палати інтенсивної терапії, мобільною мультипрофесійною реабілітаційною командою (МПРК) реабілітаційного відділення. Метою даного етапу є ранній початок реабілітації – з моменту стабілізації стану пацієнта, що зменшує ризики постреанімаційних та постіммобілізаційних ускладнень, пришвидшує переведення пацієнта з реанімації на підгострий етап реабілітації. Підгострий період – основний етап в умовах реабілітаційного стаціонару, при якому пацієнт повинен отримувати щодня 3-4 години реабілітаційних втручань, які проводяться МПРК, що консультувала пацієнта на гострому етапі. Метою даного етапу є підвищення функціонування та незалежності пацієнта, розробка індивідуального реабілітаційного плану, який буде продовжуватися на наступному етапі реабілітації після виписки зі стаціонару.

Довготривалий період є продовженням реабілітації в домашніх та/або амбулаторних умовах після виписки зі стаціонару, або періодично в реабілітаційному відділенні, або в умовах санаторно-курортних закладів; тим пацієнтам, які потребують відновлення працездатності, активності та участі до

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

рівня, достатнього для досягнення реабілітаційних цілей пацієнта.

Отже, розглянемо переваги використання МКФ для встановлення цілей реабілітаційного втручання. Модель МКФ орієнтована на пацієнта, її можна використовувати на всіх етапах реабілітації: гострому, підгострому, довготривалому. При такому підході легко простежити, чи досягнені поставлені цілі на кожному етапі реабілітації. Методика кваліфікації за цифровим еквівалентом для позначення величини і вираженості порушення: xxx.0 «відсутність порушень» (ніяких, відсутні, незначні, ...) 0-4% xxx.1 «слабкі порушення» (незначні, слабкі, ...) 5-24% xxx.2 «помірні порушення» (середні, значущі, ...) 25-49% xxx.3 «тяжкі порушення» (високі, інтенсивні ...) 50-95% xxx.4 «абсолютні порушення» (повні, ...) 96-100% xxx.8 «не визначене». xxx.9 дає змогу оцінити у цифровому еквіваленті ефективність реабілітаційного втручання на кожному етапі як при впровадженні індивідуальної програми реабілітації, так і в наукових дослідженнях у галузі реабілітації.

Також використання МКФ на кожному етапі реабілітаційного втручання дозволяє встановлювати як короткострокові, так і довгострокові цілі. Використання індивідуального підходу передбачає корекцію цілей із врахуванням проміжної оцінки ефективності реабілітаційного процесу, і це є нормальною практикою.

Важливою умовою використання МКФ для встановлення цілей є врахування усіх компонентів МКФ, а саме:

Функції тіла – фізіологічні функції систем організму (у тому числі психологічні функції).

Структури тіла – анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їх компоненти. Активність (діяльність) виконання особою завдання або дії. Участь у певній необхідній звичній життєвій ситуації.

Ураження – проблеми у функціях чи структурах тіла, такі як істотне відхилення або втрата.

Обмеження активності (діяльності) – труднощі, які особа може мати у виконанні діяльності. Обмеження участі, тобто соціальних ролей – проблеми, які особа може мати в участі у життєвих ситуаціях. Фактори навколишнього середовища та особистісні фактори. Концепція МКФ охоплює всі аспекти здоров'я людини та деякі складові благополуччя, пов'язані з здоров'ям, та описує їх в термінах доменів охорони здоров'я [1, 2].

Висновки:

1. Проаналізовано чинну практику організації реабілітаційної допомоги на різних етапах (гострому, підгострому та довготривалому). У хворих після лапароскопічної холецистектомії виявлено повну відсутність використання класифікації МКФ.

2. Спільне використання МКХ-10 та МКФ у хірургічній практиці дозволить доповнити одна одну, що підвищить якість надання медичних послуг.

3. Впровадження схем кодування полегшить роботу і мультидисциплінарних команд, які займаються реабілітацією хірургічних пацієнтів.

4. Починати потрібно із забезпечення інформаційними системами в охороні здоров'я з автоматизованих схем кодування (для зменшення навантаження на медичний персонал та полегшення ведення медичної документації), оскільки практично таке кодування займає багато часу та потребує спеціальної підготовки медичного персоналу.

References:

1. Bakalyuk TG, Stelmakh HO, Makarchuk NR. Zastosuvannya mizhnarodnoyi klasyfikatsiyi funktsionuvannya, obmezhen′ zhyttyediyal′nosti ta zdorov″ya v reabilitatsiyniy praktytsi. Zdobutky klinichnoyi i eksperymental′noyi medytsyny. 2019;3:166-169.
2. Hertsyk A. Teoretyko-metodychni osnovy fizychnoyi reabilitatsiyi / fizychnoyi terapiyi pry porushennyakh diyal′nosti oporno-rukhovoho aparatu : monohrafiya. 2018; 388s.
3. Golod NR, Churpiy IK, Slobodyan NH, Mukan NM, Yaniv OV. Analiz metodyky reabilitatsiyi patsiyentiv pislya kholetsystektomiyi na viddalenomu etapi reabilitatsiyi. Scientific and practical journal «Art of Medicine». 2019;4(12):34 – 37.
4. Mukhin MV. Fizychna reabilitatsiya: pidruchnyk. 3-tye vyd., pererobl. ta onovl. K.: Olimp. l-ra. 2010;488s.

УДК 616-036.82+616.381-072.1+615.8

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Н.Р. Голод, И.К. Чурпий

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра физической реабилитации, эрготерапии с курсом физического воспитания,
г. Ивано-Франковск, Украина,
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920,
e-mail: n.golod@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,
e-mail: ch.igor.if@gmail.com

Резюме. Мультидисциплинарный подход в реабилитации постепенно внедряется в систему здравоохранения введением таких должностей как врач физической реабилитационной медицины, физический терапевт, эрготерапевт; с внедрением в практику проблемно-ориентированного подхода пока сложнее.

Встречаются проблемы междисциплинарного взаимодействия специалистов. Отсутствует пациентоцентричний, индивидуальный подход в реабилитации. Не учитываются все контекстуальные факторы пациента для установления целей реабилитационного вмешательства. Отсутствует объективная оценка эффективности проведенного реабилитационного вмешательства. Такая ситуация не может способствовать улучшению реабилитационной помощи, в том числе после лапароскопической холецистэктомии. В каждой стационарной карте отсутствует шифр МКФ.

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

Цель исследования: рассмотреть МКФ как инструмент формирования целей физической терапии больных после лапароскопической холецистэктомии на разных этапах реабилитации и внедрение их в хирургическую практику.

Выводы:

1. Проанализированы действующую практику организации реабилитационной помощи на разных этапах (остром, подостром и длительном). У больных после лапароскопической холецистэктомии выявлено полное отсутствие использования классификации МКФ.

2. Совместное использование МКБ-10 и МКФ в хирургической практике позволит дополнить друг друга, что повысит качество предоставления услуг в области здравоохранения.

3. Внедрение схем кодирования облегчит работу мультидисциплинарных команд, которые занимаются реабилитацией хирургических пациентов.

4. Начинать нужно с обеспечения информационными системами в здравоохранении с автоматизированными схемами кодирования (для уменьшения нагрузки на медицинский персонал и облегчения ведения медицинской документации), поскольку практически такое кодирование занимает много времени и требует специальной подготовки медицинского персонала.

Ключевые слова: МКБ-10, МКФ, лапароскопическая холецистэктомия, реабилитация.

UDC 616-036.82 + 616.381-072.1 + 615.8

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING AS A TOOL FOR THE FORMATION OF A REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTOCTOMY

N.R. Golod, I.K. Churpiy

Ivano-Frankivsk National Medical University,
Department of Physical Rehabilitation, Ergotherapy with a Course of Physical Welfare, Ivano-Frankivsk, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920,
e-mail: *n.golod@ukr.net*
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,
e-mail: ch.igor.if@gmail.com

Abstract. The purpose of the research. To consider ICF as an instrument for forming the goals of physical therapy of patients after laparoscopic cholecystectomy at different stages of rehabilitation and their introduction into surgical practice.

According to WHO recommendations, modern rehabilitation intervention should have an interdisciplinary and problem-oriented approach. If the multidisciplinary approach is gradually introduced into the health care system by introducing such positions as a doctor of physical rehabilitation medicine, physical therapist, occupational therapist, then with the introduction of a problem-oriented approach is still more difficult. There are problems of interdisciplinary interaction of specialists. The patient's wishes and expectations are not always taken into account, and there is no patient-centered approach to rehabilitation. Goal setting is based on the old template above. No individual approach is used. Not all contextual factors of the patient are taken into account to establish the goals of the rehabilitation intervention. Not all health professionals are familiar with the problem-oriented approach in setting rehabilitation goals. There is no objective assessment of the effectiveness of the rehabilitation intervention. As a rule, it is noted that the patient was discharged with improvement. This situation cannot help to improve rehabilitation care, including after laparoscopic cholecystectomy. There is no ICF code in any stationary card.

Currently, modern rehabilitation divides the rehabilitation process into several periods, somewhat different from the previous post-Soviet classification. These are usually acute, subacute, long periods. The ICF model is patient-oriented and can be used at all stages of rehabilitation. It is easy to track whether the goals have been achieved at each stage of rehabilitation with this approach. The method of qualification by digital equivalent to indicate the magnitude and severity of the violation allows to evaluate in digital equivalent the effectiveness of rehabilitation intervention at each stage in the implementation of an individual rehabilitation program, and in research in the field of rehabilitation. Also, the use of ICF at each stage of rehabilitation intervention allows to set both short-term and long-term goals. The use of an individual approach involves the adjustment of goals taking into account the mid-term evaluation of the effectiveness of the rehabilitation process and this is normal practice.

Conclusion:

1. The current practice of organization of rehabilitation care at different stages (acute, subacute and long-term) in patients after laparoscopic cholecystectomy revealed a complete lack of use of the ICF classification.

2. The joint use of ICD-10 and ICF in surgical practice will complement each other, which will improve the quality of health services.

3. The introduction of coding schemes will facilitate the work of multidisciplinary teams involved in the rehabilitation of surgical patients.

4. It is necessary to start with the provision of health information systems with automated coding schemes (to reduce the burden on medical staff and facilitate medical records), because in practice such coding takes a lot of time and special training of medical staff.

Keywords: ICD-10, ICF, laparoscopic cholecystectomy, rehabilitation.

Стаття надійшла в редакцію 17.09.2020 р.