

616 - 022.361 + 616 - 036.8651 (031).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
КАК КЛЮЧ К ПОНИМАНИЮ ФИЛОСОФИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Т.В. Буйлова

ГБОУ ВПО «Нижегородская
государственная медицинская
академия» Минздрава РоссииБуйлова
Татьяна Валентиновна –
e-mail: tvbuilova@list.ru

Статья посвящена МКФ (международной классификации функционирования) – одному из актуальных инструментов, предложенных ВОЗ для разработки государственной политики в сфере реабилитации; для экономического анализа здоровья, заболеваемости и инвалидности населения; для статистического анализа; при проведении медико-социальной экспертизы; как исследовательский инструмент и т. д. В статье обсуждаются возможности применения МКФ в клинической практике врачей разных специальностей.

Ключевые слова: международная классификация функционирования, медицинская реабилитация.

Article is devoted to ICF (international classification of functioning) – one of the actual tools offered by WHO for development of a state policy in the sphere of rehabilitation; for the economic analysis of health, incidence and disability of the population; for the statistical analysis; when carrying out medico-social examination; as research tool etc. In article possibilities of application of ICF in clinical practice of doctors in different areas are discussed.

Key words: ICF, international classification of functioning, rehabilitation.

В настоящее время одной из тенденций российской государственной политики в сфере здравоохранения является возрождение интереса к реабилитации. Это возрождение закономерно и обусловлено колоссальной потребностью в реабилитационной помощи при заболеваниях, определяющих здоровье нации, в первую очередь – кардиоваскулярной, костно-мышечной патологии, последствиях травм и т. д. В этих условиях специалистам, работающим в сфере реабилитации, очень важно знать и понимать принятые в мире методологические подходы построения реабилитационных программ, оценки качества и эффективности реабилитационной помощи, прогнозирования ее результатов и т. д.

В данной статье проводится анализ возможностей использования Международной классификации функционирования (МКФ) в качестве инструмента, который позволяет осмыслить и грамотно использовать эти методологические подходы в практической деятельности врачей разных специальностей.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, известная более как МКФ, была принята в 2001 году Всемирной орга-

низацией здравоохранения, когда 191 государство (члены ВОЗ) согласилось ее использовать. Как и первая версия 1980 года, она представляет собой многоцелевую классификацию, в которой определен стандартный язык и рамки для описания здоровья и связанных с ним состояний (рис. 1).

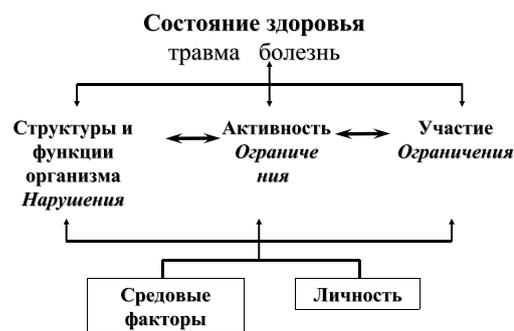


РИС. 1.
Взаимодействие концепций МКФ 2001.

Новая версия МКФ дополнительно содержит факторы контекста (средовые факторы, личность) и пронизана совершенно другой философией, согласно которой каждый

человек может испытать ухудшение состояния здоровья, отмечая при этом какое-либо ограничение жизнедеятельности. Таким образом, согласно классификации, физическое и психологическое состояние любого человека может быть проанализировано по общей шкале – шкале здоровья и ограничений жизнедеятельности с акцентом на степени здоровья (рис. 2).



РИС. 2.
Единая шкала здоровья и ограничений жизнедеятельности по МКФ.

Международная классификация функционирования построена на основе следующих важных принципов:

- универсальность,
- утилитарность,
- нейтральность,
- достоверность, валидность, сопоставимость,
- акцент на позитивных аспектах,
- взаимодействие с факторами окружающей среды,
- интерактивность.

В соответствии с этими принципами данная классификация может быть применима ко всем людям, независимо от состояния здоровья или возраста; между ее элементами не существует линейной прогрессивной связи и, более того, реабилитационные вмешательства могут напрямую преобразовывать некоторые элементы МКФ и таким образом изменять общее состояние конкретного человека.

Согласно МКФ, болезнь или иное изменение состояния здоровья вследствие травмы или других факторов вызывает изменение человеческого функционирования на одном или более уровнях:

- функционирование на уровне организма или органа;
- функционирование человека, отраженное в «деятельности», которую он способен выполнять;
- функционирование человека в социальном окружении, что отражается в участии человека в общественной жизни.

При этом функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психологические функции), а структуры организма – анатомические части тела – органы, конечности и их составляющие (табл. 1).

Понятия «активности» и «участия» в МКФ – многогранны. Понятие «активности» подразумевает выполнение человеком задачи или действия, а «участие» – его вовлеченность в конкретную жизненную ситуацию. Под «ограничением активности» понимаются те трудности, которые человек может испытывать при выполнении действий, а под «ограничением участия» – проблемы, с которыми может столкнуться человек при участии в жизненных ситуациях.

Основные сферы активности и участия, по МКФ, включают в себя обучение и применение знаний, решение общих задач и выполнение требований, общение, мобильность, самообслуживание, бытовую или повседневную жизнь, межличностные взаимодействия и общение, главные сферы жизни, жизнь в сообществах, общественную и гражданскую жизнь.

ТАБЛИЦА 1.
Основные структуры и функции, приведенные в МКФ

Функции	Структуры
Ментальные функции	Структура нервной системы
Сенсорные функции и боль	Глаза, уши и относящиеся к ним структуры
Функции голоса и речи	Структуры, вовлеченные в голосовое производство и речь
Функции сердечно-сосудистой, кроветворной, иммунной и дыхательной систем	Строение сердечно-сосудистой, кроветворной, иммунной и дыхательной систем
Функции метаболической и эндокринной систем	Структура метаболической и эндокринной систем
Функции половой и репродуктивной систем	Структура репродуктивной системы
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	Структуры, относящиеся к движению
Функции кожи и относящихся к ней образований	Кожа и другие структуры



РИС. 3.
«Семья» международных классификаций, разработанных ВОЗ.

Особое внимание в новой версии МКФ уделяется факторам контекста, которые подразделяются на личностные и средовые. Личностные факторы включают в себя не только привычные для нашей оценки параметры (пол, возраст, особенности здоровья, образование, профессия), но и те, которые ранее не рассматривались как важные при составлении программ реабилитации (характер, предыдущий опыт, социальное происхождение). Это же касается и средовых факторов (или факторов окружающей среды), которые кроме традиционных (здание, жилище, учреждение) включают в себя непривычные для нашего понимания критерии (культурная среда, ближайшее окружение, политическая среда, климат).

Современная версия Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья входит в семью международных классификаций,

разработанных ВОЗ (рис. 3) и тесно связана с Международной классификацией болезней (МКБ-10). Каждая из классификаций имеет свою целевую аудиторию. МКБ-10 предназначена, главным образом, для врачей первичного звена медицинской помощи. МКФ-2001 – для всех специалистов, работающих или задействованных в сфере реабилитации: врачей, психологов, физических терапевтов, педагогов, экономистов, юристов, политиков и т. д.

ВОЗ рекомендует широко использовать МКФ в различных сферах деятельности человека и общества в целом: для разработки государственной политики в сфере реабилитации; для экономического анализа здоровья, заболеваемости и инвалидности населения; для статистического анализа; при проведении медико-социальной экспертизы; как исследовательский инструмент; а также в ежедневной клинической практике. Однако при практическом использовании классификации сразу возникает много вопросов, так как изучение и осмысление любого нового инструмента всегда сопряжено с большими временными затратами и, следовательно, должно быть четко обосновано и мотивировано. Целесообразность использования МКФ в процессе клинико-экспертной работы уже осознали врачи МСЭ. Последние 5 лет вопросы практического применения МКФ в работе бюро МСЭ активно обсуждаются на всероссийских и региональных конференциях, в монографиях и практических руководствах. ФГУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» в 2011 году закончил работу на тему: «Разработка кодификатора категорий инвалидности с учетом положений МКФ, дифференцированного по преимущественному виду помощи, в которой нуждается инвалид». Однако, по-прежнему, актуальным остается вопрос: насколько изучение международной классификации функционирования нужно врачам (стационаров, поликлиник и санаториев), не решающим каждодневно вопросы экспертизы постоянной нетрудоспособности, но так или иначе соприкасающихся с вопросами восстановительного лечения и медицинской реабилитации. Почему за рубежом изучение МКФ включено в образовательные программы подготовки студентов медицинских вузов и специалистов по лечебной гимнастике? Анализ работы учреждений реабилитации в России и за рубежом, а также большой собственный опыт работы в сфере реабилитации позволили нам сформулировать основные положения, обосновывающие необходимость использования МКФ в практике врачей разных специальностей. По нашему мнению, применение МКФ в практической деятельности позволяет:

1. провести всесторонний анализ имеющихся ограничений жизнедеятельности;
2. изменить уровень и вектор построения программ реабилитации;

3. уточнить последовательность реабилитационных мероприятий;

4. провести анализ факторов контекста (личностных и окружающей среды);

5. оценить эффективность проведенной реабилитации.

1. Использование МКФ для всестороннего анализа имеющихся ограничений жизнедеятельности и изменения качества жизни

Каждый из разделов МКФ, касающийся активности и участия, содержит подробную информацию о возможных ограничениях возможностей передвижения, самообслуживания, о любых формах активности в повседневной жизни, и в этом смысле МКФ может быть использована как хорошее справочное руководство. В частности, раздел «мобильность» освещает различные варианты изменения позы тела, поддержания положения тела или перемещения тела с одного места на другое; переноса, перемещения или манипуляции объектами; ходьбы, бега, преодоления препятствий и использования различных видов транспорта. А раздел «самообслуживание» относится к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и разными его частями, одеванию (разных предметов одежды), приему пищи (причем разной пищи, приготовленной разными способами и в разных условиях) и питью, заботе о своем здоровье (физическом и умственном благополучии, в т. ч. поддержание сбалансированного рациона питания, соответствующего уровню физической активности, уход от вредных для здоровья факторов, соблюдение правил безопасного секса, регулярное прохождение медицинских осмотров и т. д.).

Результаты проведенного анализа особенностей ограничений жизнедеятельности и качества жизни у конкретного пациента, нуждающегося в реабилитации, могут использоваться врачами, работающими в сфере реабилитации, для формулирования реабилитационных целей и привлечения к процессу восстановительного лечения соответствующих специалистов междисциплинарной бригады.

Клинический пример № 1.

Пациентка В., 57 лет, ИБ № 5622; поступила в реабилитационный центр 31.03.2011 г. с жалобами на боли и ограничение движений в правом плечевом суставе. При тщательном клиническом осмотре и дообследовании (УЗИ сустава) был диагностирован разрыв вращательной манжеты правого плеча. При анализе состояния пациентки с позиции МКФ определены основные нарушения на всех уровнях: на уровне структуры (боль в плече, резкое ограничение амплитуды активных движений в плечевом суставе, атрофия мышц вращательной манжеты), на уровне активности (умеренное ограничение способности одеваться, причешиваться, умываться, мыть и сушить волосы, принимать пищу), на уровне участия (потеря возможности работать по специальности,

легкое ограничение возможности выполнять домашнюю работу, ухода за внуками и работы в саду). Пациентке было предложено оперативное лечение (пластика вращательной манжеты плеча), от которого она отказалась. Отказ от операции определил необходимость проведения консервативного лечения, направленного на компенсацию нарушенных функций. На проведенной с участием пациентки 14.04.2011 комиссии реабилитации были сформулированы долгосрочные реабилитационные цели: при завершении курса восстановительного лечения к 15.05.2011 г. пациентка сможет самостоятельно, с использованием правой руки чистить зубы, причесываться, надевать джемпер, есть и пить. Разработанная программа реабилитации включала в себя назначение индивидуальной лечебной гимнастики с использованием элементов проприоцептивного нейромышечного проторения, массажа, электростимуляции мышц вращательной манжеты плеча, тренировку навыков бытовой активности, гидрокинезотерапию в ваннах и бассейне, психотерапию.

2. Использование МКФ для изменения уровня и вектора построения программ реабилитации

Привычная схема построения программ терапии формулируется так:

- Восстанавливаем то, что повреждено и нарушено.

Схема построения программ реабилитации с учетом МКФ совершенно иная:

- Восстанавливаем то, что необходимо для реализации активности и участия (с учетом мнения больного).

На практике, чтобы решить данную задачу, нужно ответить на один важный вопрос: «А какие структуры и какие функции нужно улучшить, чтобы восстановить конкретную активность у данного пациента?». И вот здесь снова возникают проблемы, связанные уже с системой подготовки в России специалистов по медицинской реабилитации (и в первую очередь – кинезотерапевтов), потому что «функциональная анатомия» как предмет в России ни в медицинских, ни в педагогических вузах не преподается и ее изучение происходит только в процессе самообразования. Какие мышечные группы нужно тренировать для восстановления того или иного сложного двигательного акта (связанного с мобильностью, самообслуживанием или бытовой активностью) описано только в зарубежных руководствах. Например, для обеспечения контроля туловища наиболее важны широчайшая мышца спины и трапециевидная мышца, а стабилизация лопатки (необходимая для отталкивания) невозможна без работы ключичной части большой грудной мышцы и передней зубчатой мышцы. В России хорошо исследованы и проанализированы особенности работы мышц в процессе реализации такого сложного движения, как ходьба, однако, изучение данного вопроса в базовой программе образования специалистов ЛФК не предусмотрено.

3. Использование МКФ для уточнения последовательности решения разных задач реабилитации

На практике вопрос об уточнении последовательности решения задач реабилитации возникает при составлении плана восстановительного лечения для сложных, тяжелых пациентов, например, с травматической болезнью спинного мозга или последствиями инсульта, когда есть проблемы, связанные с разными жизненно важными системами (функцией дыхания, с поддержанием баланса, с защитой кожи, с функциями руки, с перемещениями, с работой мочевого пузыря и кишечника, психо-эмоциональной сферой и т. д.). Эту последовательность особенно важно определить при решении разных задач по восстановлению двигательной активности (мобильности, самообслуживания и т. д.). Доказано, что ключевыми моментами для независимости пациентов с тетрапарезами являются функция кисти, отталкивания и перемещения, так как сочетание функционального схвата и опускание лопатки позволяет достичь всех видов деятельности, необходимых для жизни без посторонней помощи. В процессе реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга необходимо последовательно решать следующие задачи:

- перекаты,
- переход от положения лежа к положению сидя,
- отталкивания,
- перемещения,
- принятие пищи, мытье, личная гигиена,
- одевание.

Нарушение данной последовательности значительно снижает эффективность реабилитации. Понимание алгоритма последовательности освоения разных видов активности также дает МКФ.

Клинический пример № 2.

Пациент П., 39 лет, ИБ № 5622; поступил в реабилитационный центр с диагнозом: последствия ПСМТ перелома С6, глубокий тетрапарез, нарушение функции тазовых органов. При формулировании реабилитационных целей основная цель, на которой настаивал пациент, звучала так: хочу научиться ходить с дополнительными средствами опоры. Однако, с учетом выраженных ограничений возможностей перемещения в постели, возможностей отталкивания и сохранения позы сидя цель реабилитации была пересмотрена. На данном этапе реабилитационные мероприятия были нацелены на освоение активностей в постели и перемещения из постели, чтобы на следующем этапе сосредоточить усилия на реализации поставленной пациентом цели.

4. Использование МКФ для анализа факторов контекста (личностных и окружающей среды)

Международная классификация функционирования 2001 г. содержит две группы факторов контекста: личностные и факторы окружающей среды. Факторы окружающей среды

могут быть или барьерами (препятствующими реабилитацией), или способствующими факторами.

«Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоящие из черт индивида, не являющихся частью изменения здоровья или показателей здоровья. Они могут включать пол, расу, возраст, другие изменения здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальное окружение, образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и в настоящем), тип личности и характера, склонности, другие характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне». Личностные факторы в МКФ не классифицируются. Тем не менее, они включены в классификацию, чтобы отметить тот вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат различных вмешательств. Особое влияние на результат реабилитации оказывают те особенности личности, которые характеризуются как волевые качества. На практике именно наличие или отсутствие подобных качеств способно кардинально изменить результат консервативного вмешательства, иногда вопреки имеющемуся дефекту. Личностные факторы, описанные в МКФ, находят свое отражение в мнении пациента по поводу своего заболевания, высказываемого при проведении реабилитационной комиссии. Это мнение является настолько важным, что краткосрочные и долгосрочные реабилитационные цели часто формулируются именно от лица пациента. Пример такой цели: «К 09.06 я смогу ходить по отделению самостоятельно, с опорой на трость и глядя по сторонам; пройти два пролета лестницы в чьем-либо сопровождении; почистить зубы стоя у раковины и держа правую руку на краю раковины; сказать, сколько времени, используя правильно составленное предложение». Опыт показывает, что влияние личностных факторов на результат реабилитации иногда превышает влияние окружающей среды.

Анализ факторов окружающей среды, согласно философии МКФ, следует осуществлять с учетом двух основных уровней (уровня индивида и уровня общества). Уровень индивида – это его непосредственное окружение – домашняя обстановка, место работы, школа. Он включает физические и материальные особенности окружающей среды, с которой индивид сталкивается, а также прямые контакты с другими людьми. Уровень общества – это формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, оказывающие влияние на людей. Этот уровень включает организации и службы, относящиеся к труду, деятельности в сообществах, к правительственным учреждениям, транспортным и коммуникационным службам, негосударственным социальным структурам, а также законы, постановле-

ния, официальные и неофициальные правила, связи и идеологии. На практике врачи учреждений реабилитации чаще всего сталкиваются с барьерами в окружающей среде, формирующимися вследствие проблем отношений в семье, несоответствующих условий проживания, неправильно подобранных технических средств реабилитации, несовершенства законодательной базы и т. д. Целесообразность анализа факторов окружающей среды практикующими врачами заложена в двух важных определителях, которые дает МКФ (потенциальная способность и реализация). Потенциальная способность обозначает, ЧТО человек с определенным состоянием здоровья способен делать в стандартном окружении (т. е. уровень его возможностей). Термином «реализация» обозначается то, что индивид на самом деле делает в своем обычном окружении (т. е. степень эффективности его функционирования). Определитель «потенциальная способность» предназначен для отражения наиболее высокого уровня предельного функционирования, которого может достигнуть индивид в данном окружении и в данный момент. Разница между потенциальной способностью и реализацией как раз и отражает различия влияний факторов окружающей среды, различия влияний факторов реальной и типичной окружающей среды и тем самым указывает направление изменений этой окружающей среды с целью более полной реализации индивида. Значимость факторов контекста, изложенных в МКФ, настолько велика, что жизнедеятельность и участие пациента могут улучшиться, даже если нарушения останутся на прежнем уровне. Например, при наличии фиксированного дефекта (нижний парапрез вследствие ПСМТ) с помощью создания специальных условий труда (труд, не связанный с передвижением) в доступной специальности (изменение воздействия факторов окружающей среды) и при желании самого пациента (личностные факторы) пациент может быть рационально трудоустроен.

5. Использование МКФ для оценки эффективности реабилитации

Наш опыт и анализ литературы доказывают, что применение МКФ позволяет изменить точку отсчета при оценке эффективности реабилитации. С позиции МКФ реабилитационные мероприятия эффективны только в том случае, если:

- улучшена активность, значимая для пациента,
- достигнуты цели реабилитации,
- снивелирована разница между «реализацией» и «потенциальной способностью» пациента.

Такой подход обосновывает важность использования шкал для оценки нарушения жизнедеятельности и опросников качества жизни, дифференцированных в зависимости от особенностей патологии. Исследований, посвященных применению в российских учреждениях реабилитации

шкал и опросников изменения качества жизни при различных заболеваниях, уже достаточно много [1, 2]. Нами накоплен большой опыт использования этих оценочных инструментов в процессе реабилитации больных и инвалидов с разной патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы (контрактурами крупных суставов после тотального эндопротезирования, травматической болезнью спинного мозга, последствиями инсульта, вертеброгенной патологией и т. д.).

Клинический пример № 3.

Больной К., 25 лет, ИБ № 2572; поступил на реабилитацию в Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов с диагнозом: последствия ПСМТ перелома С5, верхний парапарез, нижняя спастическая параплегия, нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи и задержки стула. В начале реабилитации проведена оценка активности в повседневной жизни с помощью опросника VFM (Valutazione Funzionale Mielolesi). Результаты первичного тестирования с помощью опросника VFM – 114 баллов. С помощью опросника были уточнены те виды повседневной активности, которые требовали первоочередной коррекции (перемещения в кровати, перемещения из кровати, личная гигиена). С учетом выявленных ограничений жизнедеятельности были определены (совместно с пациентом) реабилитационные цели и составлена программа реабилитации. При повторном тестировании пациента после проводившихся в течение месяца интенсивных реабилитационных мероприятий сумма баллов по опроснику – 174, что свидетельствовало о хорошем результате реабилитации.

Подводя итог размышлениям о целесообразности изуче-

ния МКФ, можно сказать, что широкое использование Международной классификации функционирования в практике врачей, занимающихся реабилитацией, позволило бы

- повысить эффективность реабилитации,
- минимизировать затраты на реабилитацию,
- получить результат, наиболее соответствующий потребностям и возможностям самого больного.

НО(!), для практического использования МКФ нужно изменить мышление практикующих врачей, а для этого – вопросы изучения классификации в России должны быть включены в учебные планы подготовки всех специалистов, занимающихся реабилитацией (врачей разных специальностей, инструкторов-методистов ЛФК, психологов и т. д.), что соответствует мировой практике. Каждый врач-специалист по реабилитации или парамедик (физический терапевт, эрготерапевт, психолог и т. д.), работающий в любой реабилитационной клинике Франции, Германии, Голландии или другой европейской страны, пользуется МКФ при составлении программы реабилитации для пациентов и инвалидов разного профиля. Чтобы скомпенсировать имеющийся пробел в образовании российских специалистов по реабилитации, необходимо проведение тренингов, семинаров и тематических усовершенствований. Изучив и осмыслив МКФ, мы сможем лучше понять сущность самой реабилитации и говорить с коллегами во всем мире на одном языке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /под редакцией Ю.А. Шевченко. М.: Олма Медиа Групп, 2002, 320 с.
2. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство