

УДК 614.2

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В ОРГАНИЗАЦИИ ДОЛЖНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

**Орлова Г.Г., Лукьянова И.Е., Дагаева А.А., Денисенков А.И.,
Злобин А.Н., Никитский Д.Н., Рогожников В.А.**

*Оргкомитет программ содействия профилактической медицины, Международная ассоциация
профилактической стратегии в охране здоровья населения, Москва, e-mail: anja121@mail.ru*

Проблема роста инвалидности, в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний сохраняется. Среди причин смерти в России сердечно-сосудистые заболевания занимают 1-е место. Складывающаяся демографическая ситуация также способствует увеличению числа заболеваемости ЦВБ. При этом нет системы объективной оценки качества оказания помощи инвалидам. Эту задачу призвана решить Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), разработанная Всемирной Организацией Здравоохранения. Цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия. Это классификация характеристик здоровья людей в условиях контекста их индивидуальных жизненных ситуаций и воздействий окружающей среды. При проведении экспертно-реабилитационной диагностики с использованием МКФ нами были выявлены существенные различия в функциональных нарушениях у лиц с инвалидностью разных исследуемых групп. Эти различия были оценены нами как возможные оценочные интегрированные критерии результативности реабилитационных мероприятий. На их основе разработан вербальный прогностический критерий – результативность реабилитационной помощи. Наряду с этим предлагается экспресс-метод, обеспечивающий связь вербального критерия с показателями ограничений жизнедеятельности и здоровья. Степень прогностической результативности реабилитационных мероприятий определяется особенностями функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности реабилитанта, объемом, качеством, доступностью, а также сроками начала реабилитационных мероприятий. Внедрение и использование МКФ обеспечит унифицированным стандартным языком и определит рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, МКФ, ограничения жизнедеятельности

ROLE AND VALUE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, ACTIVITY AND HEALTH (MKF) RESTRICTIONS IN THE ORGANIZATION OF THE DUE PREVENTIVE HELP TO THE POPULATION

**Orlova G.G., Lukjanova I.E., Dagaeva A.A., Denisenkov A.I., Zlobin A.N.,
Nikitskij D.N., Rogozhnikov V.A.**

*Organizing committee of programs of assistance of preventive medicine the International
Association of Preventive strategy in public health care, Moscow, e-mail: anja121@mail.ru*

The problem of growth of disability, including, and from cardiovascular diseases remains. Among causes of death in Russia cardiovascular diseases take the 1st place. The developing demographic situation also promotes increase in number of incidence of TsVB. Thus there is no system of an objective assessment of quality of assistance to disabled people. The International classification of functioning, activity and health restrictions, in abbreviated form MKF developed by World Health Organization is urged to solve this problem. MKF purpose – to provide with the unified standard language and to define a framework for the description of indicators of health and the indicators connected with health. It enters definitions of components of health and some components of wellbeing connected with health. It is classification of characteristics of human health in the conditions of a context of their individual life situations and environment influences. When carrying out expert and rehabilitation diagnostics with MKF use we revealed essential distinctions in functional violations at persons with disability of different studied groups. These distinctions were estimated by us as the possible estimated integrated criteria of productivity of rehabilitation actions. On their basis the verbal predictive criterion – productivity of the rehabilitation help is developed. Along with it the express method providing communication of verbal criterion with indicators of restrictions of activity and health is offered. Degree of predictive productivity of rehabilitation actions is defined by features of functional violations and restrictions of activity of a rehabilitant, volume, quality, availability, and as terms of the beginning of rehabilitation actions. Introduction and use of MKF will provide with the unified standard language and will define a framework for the description of indicators of health and the indicators connected with health.

Keywords: International classification of functioning, MKF, activity restriction

Среди причин смерти в России сердечно-сосудистые заболевания занимают 1-е место [1]. Причем, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, цереброваскулярные болезни в структуре смертности от болезней системы крово-

обращения занимают второе место после инфаркта миокарда (2008 г.) [2]. Национальный регистр инсульта (2001–2005) показал, что смертность от инсульта в России достоверно коррелирует с заболеваемостью ($r = 0,85$; $p < 0,00001$) [3]. Одной из наибо-

лее частых причин инвалидизации и смертности являются сосудистые заболевания головного мозга [4]. Из 886 тыс. человек, признанных впервые инвалидами, 350 тыс. в связи с болезнями системы кровообращения [5]. Также в России отчетливо прослеживается тенденция к увеличению доли пожилых в общей структуре населения. Уже сегодня пятую часть населения страны составляют люди пенсионного возраста. В крупных городах около 20% жителей – пожилые люди [6, 7]. Складывающаяся демографическая ситуация также способствует увеличению числа заболеваемости ЦВБ. В связи с этим возникает необходимость совершенствования оказания помощи больным с ЦВБ.

Субъективный характер оценок качества оказываемой помощи заставил обратиться к Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), разработанных Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Всеобъемлющая цель МКФ — обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд). Таким образом, домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как *домены здоровья* и как *домены, связанные со здоровьем*. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней:

- 1) функции и структуры организма (B-Body);
- 2) активность (A-Activity) и участие (P-Participation).

Как классификация МКФ системно группирует различные домены индивида с определенным изменением здоровья (например, указывает, что индивид с заболеванием или расстройством делает или способен делать). *Функционирование* является общим термином для констатации положительного или нейтрального аспектов функций организма, активности и участия, точно так же термин *ограничения жизнедеятельности* относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и ограничениям возможности участия. Кроме того, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. Таким образом, она позволяет пользователю практически отразить профиль функционирования и ограничений жизнедеятельности индивида, отраженный в рамках различных доменов.

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики с использованием МКФ нами были выявлены существенные различия в функциональных нарушениях у лиц с инвалидностью разных исследуемых групп. Эти различия были оценены нами как возможные оценочные интегрированные критерии результативности реабилитационных мероприятий. На их основе совместно с группой других показателей нами разработан вербальный прогностический критерий – результативность реабилитационной помощи.

Наряду с этим предлагается экспресс-метод, обеспечивающий связь вербального критерия с показателями ограничений жизнедеятельности и здоровья. Решение данной проблемы осуществляется впервые. Для научно обоснованного решения требуется, в первую очередь, критерий эффективности свести к числовому (количественному) виду, что составляет существо отдельной научной проблемы. Во-вторых, для получения необходимых результатов необходимо использовать специальные методы математической статистики (корреляционный, регрессионный и др. виды статистического анализа), которые в основном ориентированы на использование количественных, а не качественных (вербальных) данных, что при наличии существующих ограничений делает целесообразным использование экспертных методов. Вместе с этим не исключается, что дальнейшее совершенствование предлагаемого экспресс-метода может быть обеспечено посредством использования более строгой математической постановки проблемы и ее формализованным решением.

Учитывая трудности выражения качественной стороны процесса реабилитации методами анализа клинической информации возможно в будущем использование метода информационно-статистической классификации (ИСК), использующего так называемые информационные статистики. Метод ИСК при надлежащей его адаптации и модификации позволяет решить следующие задачи обработки реабилитационной информации:

- осуществить выбор системы информативных признаков для эффективной классификации данных, в том числе выделение информативных симптомокомплексов в соответствии с различными целями исследования;
- разработать эффективную процедуру классификации данных (для определения оптимального диагностического комплекса, схем реабилитационной помощи и др.);
- осуществить изучение динамики са-ногенетических сдвигов по изменениям от-

дельных показателей клинко-аналитического исследования;

- изучить влияние различных реабилитационных воздействий на динамику изменений статуса реабилитанта с целью оценки их эффективности в достижении реабилитации;

- провести типологическую классификацию по особенностям проявления отдельных признаков нарушений и ограничений жизнедеятельности на разных этапах и уровнях реабилитационной помощи.

В методе ИСК используется способ оценки величины различающейся информации, которая содержится в каждом наблюдаемом значении признака, в пользу одного из дифференцируемых состояний. Итоговая оценка состояния пациента получается суммированием величин различающей информации по всем анализируемым признакам до и в процессе реабилитации. Отбор признаков в «базис системы оценочных показателей» в методе ИСК осуществляется не по признаку линейной зависимости, а по величинам средней различающей информации или информационного расхождения (дивергенция Кульбака).

Метод ИСК позволяет решить задачу дифференциации состояний, рассматриваемую как задачу многоальтернативной классификации в процессе реабилитации. Метод ИСК использует тот факт, что о степени саногенетического состояния свидетельствуют не сами по себе значения отдельных признаков, а различия между частотами их встречаемости у пациентов на разных этапах реабилитации. Состояние ограничений жизнедеятельности или их уменьшения основывается на оценке величины суммарной различающей информации («дифференциальной значимости») клинко-аналитического комплекса в пользу состояния нормы против состояния патологии или в обратной зависимости.

В основу разработки положен набор индикаторов для оценки результативности реабилитационной помощи: клинко-экспертные показатели, показатели инфраструктуры оказания реабилитационной помощи, качества, доступности и объема реабилитационной помощи, функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности реабилитанта.

Для формирования **вербального критерия** оценки результативности реабилитационной помощи была разработана и группой экспертов оценена шкала положительных и отрицательных значений вышеперечисленных групп индикаторов.

Степень прогностической результативности реабилитационных мероприятий определяется особенностями функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности реабилитанта, объемом, качеством, доступностью, а также сроками начала реабилитационных мероприятий.

В практике диссертационного исследования на тему: «Совершенствование организации медико-социальной помощи пациентам с цереброваскулярными болезнями в муниципальных поликлиниках» использовались методы многомерного статистического анализа, математического моделирования, и экспертно-аналитические методы. Приоритетным разделом работы явилась разработка системы комплексной оценки эффективности реабилитации. При этом оценка эффективности восстановительного лечения и комплексной реабилитации проводилась на основе социологического опроса пациентов и их родственников и критериев ограничений жизнедеятельности и функционирования у лиц с инвалидностью на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). С этой целью основные положения МКФ были адаптированы и разработан инновационный перечень критериев МКФ, отвечающий специфике пациентов муниципальных поликлиник перенесших ЦВБ: Система оценки качества реабилитации пациентов с ЦВБ (далее СОКР).

Основными критериями были нарушения функций и структур организма, которые дополнялись определителями из домена «Активности и участия». Шкала репрезентативности была построена на основании частоты встречаемости у пациентов с ЦВБ. В перечне глобальных умственных функций наряду с такими функциями, как сознание, внимание, интеллект и память, оценивались волевые и побудительные функции, функции ориентировки, функции сна. В разделе «Ощущения и боль» наряду со зрением, слухом и вестибулярными функциями также были включены ощущения, связанные со слухом и вестибулярными функциями. Помимо оценочных критериев, стандартизированных в официальных положениях медико-социальной экспертизы (МСЭ), включались: произвольные двигательные функции, ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями, изменение позы тела, поднятие и перенос объектов. Большое внимание было уделено критериям точных движений кисти. Для оценки эффективности реабилитации очень важными оказались критерии: передвижение в различных местах, использование пассажирского транспорта и управление транспортом. Не меньшее значение имел критерий «выполнение повседневного распорядка жизни», так как он был серьезным основанием для выполнения или прекращения трудовых отношений и последующего трудоустройства. Не меньшее значение в разработанной системе уделялось преодолению стресса и других психологических нагрузок.

Как классификация МКФ послужит основой и для оценки, и для исследования

ограничений жизнедеятельности во многих научных, клинических, управленческих сферах и в социальной политике. Предметом особой заботы также является то, чтобы МКФ не использовалась как средство для ущемления интересов лиц с ограничениями жизнедеятельности.

В частности, ВОЗ признает, что сами термины, используемые в классификации, несмотря на лучшие намерения, могут считаться ярлыком или клеймом. Из-за этих сомнений было принято решение полностью исключить термин «социальная недостаточность» вследствие его сопутствующего уничижительного значения в английском языке и не использовать термин «ограничение жизнедеятельности» как название составляющей, а оставить его как обобщающий термин.

Кроме того, важно подчеркнуть, что МКФ вообще не классифицирует людей. Это классификация характеристик здоровья людей в условиях контекста их индивидуальных жизненных ситуаций и воздействий окружающей среды. Это взаимодействие характеристик здоровья и контекстных факторов, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности. И если они возникают, то не следует ограничиваться или давать индивиду характеристику исключительно в терминах нарушений, ограничений активности или ограничений возможности участия. Например, вместо термина «умственно отсталый человек» классификация использует фразу «человек с проблемой в навыках обучения». МКФ дает возможность избежать использование терминов, которые обозначают изменение здоровья или ограничения жизнедеятельности человека, и всегда использует если не положительный, то нейтральный и конкретный язык.

В тексте МКФ высказывается надежда, что лица с ограничениями жизнедеятельности непосредственно сами внесут вклад в использование и развитие МКФ во всех ее секторах.

Так же как ученые, менеджеры и политики, лица с ограничениями жизнедеятельности помогут разработать протоколы и инструменты, основанные на классификации МКФ. Эта классификация выступает также как потенциально мощный инструмент защиты на основе доказательств. Она обеспечивает надежными и сопоставимыми данными для влияния на ситуацию. Политическое принятие того положения, что ограничения жизнедеятельности являются результатом барьеров окружающей среды, так же как и изменений здоровья или нарушений, должно появиться сначала в планах исследований и затем найти валидные и надежные доказательства. Эти доказательства могут привести к важным социальным изменениям для лиц с ограничениями жизнедеятельности во всем мире.

Список литературы

1. Минздравсоцразвития. Здоровоохранение. Приоритетный проект в сфере здравоохранения. [Электронный документ] / 2007–2011: Национальный проект «Здоровье»: снижение смертности от основных причин. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/81> (дата обращения 29.03.2012).
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная обсерватория здравоохранения. Смертность и состояние здоровья: [Электронный документ] / Причины смерти в 2008 году. – URL: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/cod_2008/graph.html (дата обращения: 29.03.2012).
3. Неврология: национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 593 с.
4. Хронические сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шапаронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 8.
5. Федеральная служба государственной статистики. Население. Здравоохранение. Инвалидность.: [Электронный документ] / Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности. – URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/healthcare/#> (дата обращения 30.03.2012).
6. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 327 с.
7. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии, Инсульт. – 2003. – Вып. 8. – С. 4–9.
8. Лукьянова И.Е., Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности, автореферат. – М., 2009. – С. 15.

References

1. Minzdravsocrazvitiya. Zdravoohranenie. Prioritnyjproekt v sferezdravoohranenija. [Jelektronnyjdokument] / 2007–2011: Nacional'nyjproekt «Zdorov'e»: snizheniesmertnostiotosnovnyhprichin. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/81> (data obrawenija 29.03.2012).
2. Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija. Global'naja observatorija zdravoohranenija. Smertnost' isostojaniezdrov'ja: [Jelektronnyjdokument] / Prichinysmertiv 2008 godu. – URL: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/cod_2008/graph.html (data obrawenija: 29.03.2012).
3. Gusev E.I., Konovalov A.N., Skvorcova V.I., Geht A.B. Nevrologija. Nacional'noe rukovodstvo. – M.: GJeOTAR Media, 2009. 593 p.
4. Hronicheskie sosudistye zabojevanija golovnogozmoga. A.S. Kadykov, L.S.Manvelov, N.V. Shahparonova, GJeOTAR-Media, M., 2006, pp. 8.
5. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Nasele-nie. Zdravoohranenie. Invalidnost'. [Jelektronnyj dokument] / Raspredelenie chislennostilic, v pervye priznannyh invalidami, po prichinam invalidnosti. – URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/healthcare/#> (data obrawenija 30.03.2012).
6. Gusev E.I., Skvorcova V.I. Ishemijagolovnogomozga. M.: Medicina, 2001. 327 p.
7. Gusev E.I., Skvorcova V.I., Stahovskaja L.V. Jepidemiologija insul'ta v Rossii // Zhurnalnevrologiiipsihiatrii, Insul't, 2003. Vyp. 8. pp. 4–9.
8. Lukyanova I.E. scientific justification of the modern rehabilitation help to persons with activity restrictions, the abstract, M, 2009. pp. 15.

Рецензенты:

Гимранов Р.Ф., д.м.н., профессор, первый проректор НОУ ДПО «Российская академия медико-социальной реабилитации», г. Москва;

Сигида Е.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой социально-психологической реабилитации, НОУ ДПО «Российская академия медико-социальной реабилитации», г. Москва.

Работа поступила в редакцию 13.02.2013.