

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

БАЗОВЫЕ НАБОРЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: СОГЛАШЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ЭКСПЕРТОВ

УДК 616.12-005.4+614.25:31

Мишина И.Е., Гудухин А.А., Белова В.В., Довгалюк Ю.В.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

ICF CORE SETS FOR PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE: AGREEMENT OF INTERNATIONAL EXPERTS

Mishina I.E., Gudukhin A.A., Belova V.V., Dovgalyuk Y.V.

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала и совершенствует классификации, описывающие разные аспекты здоровья и преследующие разные цели: Международную классификацию болезней (МКБ, International Classification of Diseases, ICD), Международную классификацию медицинских услуг (МКМУ, International Classification of Health Interventions, ICHI) и Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). МКФ была одобрена всеми странами-членами ВОЗ, включая Россию, на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года для применения в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья [1].

В основе данной классификации лежит подход, позволяющий рассматривать функционирование как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма (состояние его структуры и функций), его адаптивного поведения (активности и участия) в социальных ситуациях при учете влияния факторов внешней среды [2].

Как многоцелевая классификация МКФ используется в статистике, в разработке индивидуальных реабилитационных или образовательных программ и оценке эффективности их реализации, в сравнительных исследованиях методов лечения, реабилитации и обучения, в проведении медико-социальной экспертизы, в управ-

лении социальными программами, в оценке качества жизни и т.д. Вместе с тем, использование данной классификации требует подготовки специалистов, способных применять ее на практике, в том числе с учетом специализации больных.

Возможность применения МКФ у больных кардиологического профиля обсуждалась экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), начиная с 2003 года. Ими было констатировано, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) может проявить себя в виде острых форм, таких как нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда или в виде хронической формы – стабильной стенокардии. Наиболее типичным и распространенным симптомом, который вызывает функциональные ограничения у пациентов с хронической стабильной стенокардией, является дискомфорт в груди, который возникает каждый раз при определенном уровне физической нагрузки и проходит после отдыха или приема нитроглицерина. «Непереносимость физических нагрузок» порождает ограничения физической активности пациента, что чаще всего проявляется уменьшением дистанции пешей ходьбы. При хронической ИБС широко известны и распространены такие проблемы как депрессия, тревожность, раздражительность, сексуальные нарушения и трудности в семье. С психологической точки зрения, ИБС ухудшает качество жизни и увеличивает расходы на поддержание здоровья. Современные рекомендации по лечению хронической ИБС имеют две основные цели: во-первых, продлить жизнь (предотвратить инфаркт миокарда и смерть пациента), а во-вторых,

повысить качество жизни (за счет устранения симптомов стенокардии или ишемии) [3].

В 2003 году американский колледж кардиологов и Американская ассоциация кардиологов рассмотрели применяемые в то время меры медицинской помощи пациентам с хронической ИБС, а так же их критерии и стандарты. Ни одна из организаций не дала рекомендаций относительно применения конкретных мер медицинской помощи при определенном состоянии пациента или же более общих мер, которые охватывали бы весь спектр симптомов и функциональных ограничений у пациентов с хронической ИБС. Однако с внедрением МКФ появилась возможность использовать принятые во всем мире рамки и классификации для определения типичного набора функциональных проблем у этих больных. Подобный, одобренный по всему миру расширенный базовый набор МКФ, предполагалось использовать для руководства междисциплинарными оценками пациентов с хронической ИБС, а сокращенный базовый набор МКФ – для градации пациентов, включенных в клинические исследования.

С целью разработки базовых наборов МКФ для больных с хронической ИБС Всемирной организацией здравоохранения были приглашены шестнадцать экспертов из 7 стран: 11 врачей различных специальностей, 3 физиотерапевта и 2 эпидемиолога [4]. В процессе принятия решения были использованы: метод экспертных оценок, систематическое рассмотрение и эмпирический сбор данных с помощью контрольных списков МКФ. В таблицах предварительных исследований, представленных участникам, были включены 253 категории МКФ второго, третьего и четвертого уровней (89 из раздела «функции организма», 25 – «структура организма», 82 – «активность и участие» и 57 – «факторы окружающей среды»).

В итоговом документе был определен расширенный базовый набор МКФ, в который вошла 61 категория второго уровня, в том числе 14 категорий, относящихся к функции организма, одна – к структуре организма, 17 – к активности и участию и 29 – к факторам окружающей среды. Сокращенный базовый набор МКФ содержал в общей сложности 36 категорий второго уровня, из которых 10 пришлось на функции организма, одна – на структуры организма, 13 – на активность и участие и 12 – на факторы окружающей среды. Хотя участники могли установить категории не только второго, но также третьего или четвертого уровней классификации, было принято решение оставить все элементы на втором уровне. Это решение было связано с необходимостью создания в дальнейшем инструмента количественной оценки степени нарушения основных категорий жизнедеятельности пациента с учетом проявлений заболевания, характера его течения, нарушения структуры или функций. Важно отметить, что МКФ не является самостоятельной шкалой для измерения физических возможностей, активности или участия. Однако она позволяет разработать такой инструмент на базе объективных данных (нагрузочного теста, лабораторных исследований и других клинических методик) у каждого конкретного больного [5].

В таблице представлены категории МКФ второго уровня, которые были включены в сокращенный базовый набор МКФ, а также процент специалистов, которые считали необходимым включить данные категории в этот набор. Порог, при котором принималось мнение большинства, составил 50% голосов.

В процессе обсуждения итогового документа одной из основных тем стало определение хронической ишемической болезни сердца. Обращалось внимание на то, что представленный базовый набор категорий МКФ относится к пациентам со стабильной стенокардией, а также пациентам, находящимся в стабильном состоянии не менее 6 месяцев после инфаркта миокарда или коронарного шунтирования. Уточнялось, что в представленный базовый набор МКФ не входят такие формы ИБС, как сердечная недостаточность и инфаркт миокарда, а также другие заболевания, которые могут осложнить стенокардию. Одной из главных трудностей в принятии решений и достижении консенсуса явилось стремление экспертов максимально охватить весь спектр изменений в организме, а также ограничений активности и участия пациентов, сохраняя при этом основное внимание на хронической ИБС.

Другим объектом обсуждения стали ограничения активности и участия на разных этапах становления болезни. Было отмечено, что высокими темпами растет количество бессимптомных больных хронической ИБС, и на начальном этапе возможно проявление заболевания в виде небольшого количества симптомов. На более тяжелых стадиях болезни пациенты обычно испытывают многочисленные функциональные затруднения в активности и участии. В связи с этим, было оговорено, что расширенный базовый набор МКФ может содержать функциональные категории и категории инвалидности, связанные с состоянием здоровья при хронической ИБС, которые могут относиться не ко всем пациентам.

По результатам предварительных исследований в расширенный базовый набор МКФ были включены функции организма, которые, как правило, нарушены при хронической ИБС. Детально обсуждались сердечно-сосудистая и дыхательная системы. Одышку (категория b460) некоторые эксперты отнесли к последствиям задержки жидкости при сердечной недостаточности. Тем не менее, одышка была включена в оба базовых набора МКФ, что объяснялось частыми атипичными проявлениями ишемии миокарда, в том числе одышкой, как эквивалентом стенокардии у пациентов старшего возраста. Обсуждалось включение функции толерантности к физической нагрузке (b455) и функции мышечной выносливости (b740). Обе категории были включены в базовые наборы, так как ухудшение физического состояния у пациентов с хронической ИБС часто связано не только с проблемами сердечно-сосудистой системы, но и с нарушением мышечных функций. Включение функций эмоций (b152) связано с зависимостью депрессивных симптомов у больных хронической ИБС от психологических факторов, таких как беспокойство, повышенная раздражительность, которая была обнаружена в результате отдельных исследований [6]. Так, например, доказано, что депрессивные симптомы увеличивают риск острого инфаркта миокарда и рецидивирующей стенокардии [7, 8]. Категория «структура сердечно-сосудистой системы» (s 410) была единственной, включенной в раздел «структура организма» обоих базовых наборов МКФ.

Области, на которые распространяется составляющая «активности и участия», представляют собой ключевые вопросы для пациентов с хронической ИБС. Это подтверждается подробным представлением этих критериев, как в расширенном, так и сокращенном базовом наборе МКФ. Большинство категорий в этой составляющей принадлежат разделам «отношения»,

«поддержка и отношения», а так же «продукция и технологии». Включение этих категорий согласуется с действующими принципами программ реабилитации и вторичной профилактики больных с хронической ИБС [9, 10, 11], в которых подчеркивается важность оценки социальной поддержки данных пациентов [12].

В итоговом документе было оговорено, что первую версию базовых наборов МКФ рекомендуется использовать только для проверки или экспериментальных

исследований, и что результаты последующей оценки могут отличаться в случае привлечения различных групп экспертов. Это подчеркивает важность всесторонней проверки данной первой версии наборов МКФ врачами различных специальностей в разных странах. Эта версия должна быть оценена с точки зрения пациентов, а так же при различных клинических ситуациях. Базовые наборы МКФ могут быть сокращены на основе результатов последующих клинических исследований.

Таблица. Категории, включенные в сокращенный базовый набор Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Код МКФ	Категория МКФ	%*
ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА		
b 410	Функции сердца	100
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке	100
b 420	Функции артериального давления	100
b 280	Ощущение боли	100
b 460	Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем	100
b 152	Функции эмоций	92
b 415	Функции кровеносных сосудов	62
b 130	Волевые и побудительные функции	54
b 740	Функции мышечной выносливости	54
b 730	Функции мышечной силы	15
СТРУКТУРЫ ОРГАНИЗМА		
s 410	Структура сердечно-сосудистой системы	92
АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ		
d 230	Выполнение повседневного распорядка	100
d 240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок	100
d 450	Ходьба	100
d 570	Забота о своем здоровье	100
d 770	Интимные отношения	100
d 850	Оплачиваемая работа	92
d 760	Семейные отношения	85
d 455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы	69
d 620	Приобретение товаров и услуг	54
d 920	Отдых и досуг	46
d 430	Поднятие и перенос объектов	23
d 630	Приготовление пищи	15
d 640	Выполнение работы по дому	8

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ		
е 110	Продукты или вещества для персонального потребления	100
е 310	Семья и ближайшие родственники	100
е 320	Друзья	100
е 355	Профессиональные медицинские работники	100
е 410	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников	100
е 570	Службы, административные системы и политика социального страхования	100
е 325	Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества	62
е 315	Отдаленные родственники	46
е 260	Качество воздуха	31
е 125	Средства и технологии коммуникации	15
е 330	Лица, обладающие властью и авторитетом	8
е 415	Индивидуальные установки отдаленных родственников	8

* – % экспертов, включивших категорию в данный набор

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ. – 2001. – 342 с.
2. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т.3. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml
3. Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons // Circulation. – 2012. – Vol. 126. – P. e354–e471.
4. Cieza A, Stucki A, Geyh S, et al. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease // J Rehabil Med. – 2004. – suppl. 44. – С. 94–99.
5. Коробов М.В., Катюхин В.Н., Шварцман З.Д., Помников В.Г. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике медико-социальной экспертизы при внутренних болезнях // Терапевтический архив. – 2013. – №4. – С. 43–46.
6. Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M et al. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. // JAMA. – 2000. – Vol. 284. – P. 3008–3014.
7. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study // Lancet. – 2001. – Vol. 358. – P. 1766–1771.
8. Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICH): study design and methods. The ENRICH investigators // Am Heart. – 2000. – Vol. 139. – P. 1–9.
9. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) // Circulation. – 2003. – Vol. 10. – P. 149–158.
10. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) // J Am Coll Cardiol. – 2003. – Vol. 41. – P. 159–168.
11. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Красницкий В.Б. Актуальные вопросы кардиореабилитации в новых реалиях Российского здравоохранения // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – №6. – С. 2–11.
12. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group // Circulation. – 2000. – Vol. 102. – P. 1069–1073.

REFERENCES:

1. The International Classification of Functioning, Disability and Health. - Geneva: WHO. - 2001. - 342 p.
2. Kazmin AM, Perminov GA, Chugunov AI. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Adolescents (brief literature review) [electronic resource] // Clinical and special psychology. 2014 V.3. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml.
3. Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. A Report of the American College of Cardiology Foundation /American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons // Circulation. – 2012. – Vol. 126. – P. e354–e471.
4. Cieza A, Stucki A, Geyh S, et al. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease // J Rehabil Med. – 2004. – suppl. 44. – pp 94–99.
5. Korobov MV, Katyuhin VN, Schwartzman ZD, Pomnikov VG. International Classification of Functioning, Disability and Health in the practice of medical and social expertise in internal diseases // Therapeutic arhiv. – 2013. – №4. – pp 43–46.
6. Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M et al. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. // JAMA. – 2000. – Vol. 284. – P. 3008–3014.

7. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study // *Lancet*. – 2001. – Vol. 358. – P. 1766–1771.
8. Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICH): study design and methods. The ENRICH investigators // *Am Heart*. – 2000. – Vol. 139. – P. 19.
9. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC / AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) // *Circulation*. – 2003. – Vol. 10. – P. 149–158.
10. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K et al. ACC / AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) // *J Am Coll Cardiol*. – 2003. – Vol. 41. – P. 159–168.
11. Aronov DM, Bubnov MG, Krasnitskiy VB. Topical issues cardiorehabilitation in the new realities of the Russian Health // *Journal of restorative medicine*. – 2014. – №6. – P. 2–11.
12. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al. Core components of cardiac rehabilitation / secondary prevention programs: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group // *Circulation*. – 2000. – Vol. 102. – P. 1069–1073.

РЕЗЮМЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала и совершенствует классификации, описывающие разные аспекты здоровья и преследующие разные цели, в том числе Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая одобрена в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья. В основе данной классификации лежит подход, позволяющий рассматривать функционирование как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма, его адаптивного поведения в социальных ситуациях при учете влияния факторов внешней среды. Использование данной классификации требует подготовки специалистов, способных применять ее на практике, в том числе с учетом специализации больных. В статье представлено согласованное решение 16 экспертов из 7 стран мира, участвующих в процессе реабилитации пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, о базовых наборах МКФ для этой категории больных. Предварительные исследования включали эмпирический сбор данных, систематический анализ и метод экспертных оценок. В итоговом документе был определен расширенный базовый набор МКФ, в который вошла 61 категория второго уровня, в том числе 14 категорий, относящихся к функции организма, одна – к структуре организма, 17 – к активности и участию и 29 – к факторам окружающей среды. Сокращенный базовый набор МКФ содержал в общей сложности 36 категорий второго уровня: 10 – из раздела «функции организма», одну – из раздела «структура», 13 категорий активности и участия и 12 категорий факторов окружающей среды. Подчеркивается важность всесторонней проверки данной версии базовых наборов МКФ врачами отдельных специальностей, в разных странах при различных клинических ситуациях.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, заболевание коронарных артерий, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, базовый набор категорий.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) develops and improves different classifications to describe various aspects of health. These classifications are developed for different reasons. One of these classifications is the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). It was approved by countries – members of WHO and can be used there as an international standard to describe and measure health deterioration. An approach, which is used as a basis of this classification, allows specialists to consider functioning as an integrative indicator of human health. The indicator shows body condition and adaptive behavior in social situations, taking into account the influence of environmental factors. The usage of this classification requires training professionals, who will be able to use it in practice, taking into consideration specialty of patients. The article presents the result of the consensus process of 16 experts from 7 different countries about the ICF Core Sets for patients with chronic IHD. These experts participated in rehabilitation process of such patients. Preliminary studies included a Delphi exercise, a systematic review and an empirical data collection. Altogether 61 second-level categories were included in the Comprehensive ICF Core Set where 14 categories refer to the body functions, one refers to the body structures, 17 ones deals with the issues on activities and participation and 29 – environmental factors. The Brief ICF Core Set includes a total of 36 second-level categories with 10 refer to the body functions, one refers to the body structures, 13 ones deals with the issues on activities and participation and 12 – environmental factors. They emphasize the importance of the extensive validation of this first version of the ICF Core Sets from the perspectives of different professions in different countries and in different clinical situations.

Keywords: ischemic heart disease, coronary artery disease, International Classification of Functioning, Disability and Health, Core Sets.

Контакты:

Мишина Ирина Евгеньевна. E-mail: mishina-irina@mail.ru