
Редакционная статья

ЗНАЧИМОСТЬ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

И. П. Ястребцева*, доктор медицинских наук,
И. Е. Мишина, доктор медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Представлена информация о Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья как о важной унифицированной методике оценки состояния человека с медицинской и социальной позиций. Особое значение уделяется освещению её роли при организации процесса реабилитации каждого конкретного пациента членами мультидисциплинарной бригады, а также при решении научно-исследовательских задач, экономическом и статистическом анализе уровня здоровья, заболеваемости и инвалидизации населения, проведении медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, биопсихосоциальная модель реабилитации, медицинская реабилитация.

* Ответственный за переписку (*corresponding author*): ip.2007@mail.ru

В настоящее время медицинскими и немедицинскими работниками активно разрабатываются новые современные подходы к лечебно-реабилитационным мероприятиям, направленным на уменьшение числа и выраженности инвалидизирующих последствий заболеваний и травм [2, 7]. Методология постановки специфических целей и задач в сфере реабилитации, необходимость определения результативности мероприятий применительно к конкретному пациенту, решения научно-исследовательских задач, экономического и статистического анализа уровня здоровья, заболеваемости и инвалидизации населения, проведения медико-социальной экспертизы требуют применения единых подходов к оценке состояния человека [3, 9]. Показатели здоровья и параметры, связанные с этим понятием, при сочетании самых разнообразных соматических и психоневрологических патологий должны быть описаны по унифицированной методике [1, 4].

Концептуальной основой медицинской реабилитации ранее являлась биопсихосоциальная модель заболевания, нашедшая отражение в Международной классификации повреждений, инвалидности и увечий (1980), а затем в Международной классификации нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности (ICIDH-2).

В настоящее время реабилитация рассматривается с позиций **мультидисциплинарного и межотраслевого управления** функциональным здоровьем личности. В основе методологии постановки целей и задач реабилитации для конкретного пациента лежит Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) [5, 6].

МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г. (резолюция WHA 54,21). МКФ ушла от классификации последствий болезни (как было в версии 1980 г.), чтобы стать классификацией составляющих здоровья. Иначе говоря, фокус внимания сместился с заболеваний и других изменений состояния здоровья на компоненты, из которых здоровье состоит.

МКФ концептуально **отличается от Международной классификации нарушений 2-го пересмотра (ICIDH-2)**, поскольку рассматривает инвалидность как динамичное взаимодействие, с одной стороны, между состоянием здоровья и другими индивидуальными факторами (такими как возраст, пол, психологический склад или уровень образования), а с другой – между факторами социальной и физической среды. В отличие от Международной классификации нарушений

2-го пересмотра, в МКФ не делается предположений относительно причинно-следственной связи между ее компонентами; вместо концепции «последствий болезни» в ней применяется «компонентный» подход к функционированию человека.

Используя МКФ, можно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности на уровне **организма, личности и общества**, вне зависимости от вызвавших их причин.

МКФ представлена в **двух версиях** с различной степенью детализации (полной и сокращенной). **Полная** версия имеет четыре уровня детализации, а сокращенная версия – два. Коды краткой и полной версий находятся в соответствии друг с другом, и краткая версия может быть составлена из полной версии.

МКФ использует **унифицированный стандартизированный язык**, позволяющий общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением, специалистам во всем мире в различных дисциплинах и отраслях науки. Она применима на всех этапах реабилитации при оценке функционального состояния, постановке реабилитационного диагноза, определении целей и планировании воздействующих мероприятий, а также оценке полученных результатов. Применение МКФ способствует взаимопониманию между работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограниченными возможностями: она описывает все состояния здоровья так, что они сравниваются по общей шкале. МКФ систематизирует коды для информационных систем здравоохранения.

Инвалидность всегда отражает **взаимодействие** между свойствами человека и свойствами окружения, в котором этот человек проживает, но некоторые аспекты инвалидности являются полностью внутренними для человека, другие же, наоборот, только внешними. Обычно выделяют две главные концептуальные **модели инвалидности** [3, 5]. **Медицинская модель** рассматривает инвалидность как свойство, присущее человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья, которое требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения у специалистов. Инвалидность по этой модели требует медицинского или иного вмешательства или лечения с тем, чтобы «исправить» проблему человека. **Социальная модель** рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. При этом проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением

и другими свойствами социального окружения. Наилучшая модель инвалидности будет синтезировать все лучшее из медицинской и социальной моделей, а также избегать присущей им ошибки, не сводить целостное понятие инвалидности к тому либо иному аспекту. Такая модель инвалидности может называться **биопсихосоциальной** (рис.).

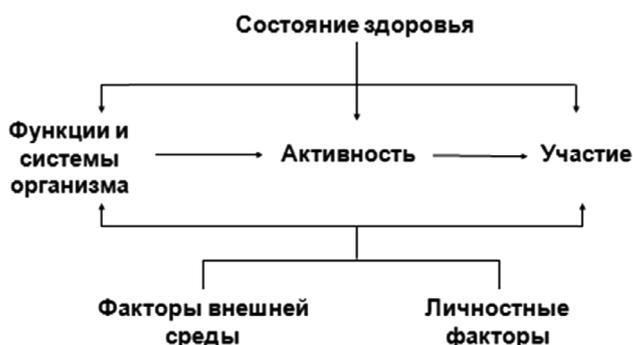


Рис. Биопсихосоциальная модель состояния здоровья (инвалидности)

Данный рисунок демонстрирует сложные отношения между ограничениями функции, изменениями структуры, ограничениями жизнедеятельности и контекстовыми факторами (факторами окружающей среды и личностными факторами) при изменении здоровья индивида.

В МКФ были введены критерии влияния личностных и контекстовых факторов окружающей среды во всех их проявлениях. Было введено определение составляющих здоровья и некоторых связанных со здоровьем составляющих благополучия, таких, например, как образование и труд. Кроме того, перечень факторов окружающей среды и личностных факторов рассматривается во взаимодействии со всеми этими категориями. То есть в МКФ учитывается роль внешней среды, которая отсутствует в ранее разработанных классификациях.

В основе концепции МКФ лежат общие принципы, связанные с биопсихосоциальной моделью инвалидности:

- 1. Универсальность.** Классификация может быть применена ко всем людям, независимо от состояния их здоровья, возраста, наличия того или иного дефекта, социального статуса и условий проживания. Изменения могут появляться на разных этапах жизни человека, и в определённый момент времени любой может приобрести ограничения способностей и возможностей, обусловленные состоянием здоровья. МКФ не требует выделение инвалидов в отдельную группу.
- 2. Равенство.** МКФ не требует разделения пациентов по этиологии развития патологиче-

ского состояния, уровню физических и психических показателей.

3. **Нейтральность.** МКФ отражает как положительные, так и отрицательные аспекты **сохранившихся** функциональных способностей и возможностей людей, в отличие от предыдущих версий аналогичных классификаций, характеризующих уровень нарушений функций и ограничений жизнедеятельности.
4. **Учет факторов окружающей среды.** МКФ включает контекстуальные факторы МКФ. Они отражают физические явления (климат, местность), а также социальные особенности окружения индивидуума (межличностные отношения, учреждения, законы). Данный подход позволяет биопсихосоциальную модель заболевания человека сделать всесторонней.
5. **Интерактивность.** Все элементы модели инвалидности подвержены изменениям и динамичному воздействию друг на друга. Между различными компонентами не существует линейной прогрессивной связи. Любое вмешательство может напрямую преобразовать некоторые элементы и таким образом изменять общее состояние конкретного человека.

МКФ дает описание клинических ситуаций **в двух частях**:

- часть 1: функционирование и ограничение жизнедеятельности организма. Она определяется по **трем составляющим: функции и структуры организма, активность и участие**;
- часть 2: контекстовые факторы, состоящие из факторов окружающей среды и личностных факторов.

Под термином «функциональное здоровье» МКФ подразумевает функционирование индивида при учете личностных факторов и факторов окружающей среды (то есть **контекстовых факторов**). Они дают полное представление о той обстановке, в которой живет и существует индивид. Эти факторы могут влиять на индивида с изменением здоровья, на показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем.

Таким образом, МКФ оценивает структурно-функциональные, социально-бытовые и контекстовые факторы.

Одним из главных условий построения адекватной реабилитационной программы и определения её эффективности является **правильная оценка** степени повреждения, нарушения функции и анализ возможных социальных и общественных последствий этого повреждения для пациента. В международном употреблении под «оценкой» подразумеваются систематические действия для

сбора данных (англ. systematic approaches to data collection). Необходимость правильной оценки предъявляет высокие требования к измерительным приборам. Основными требованиями являются **валидность, надежность и чувствительность** измерения [8]. Структурные повреждения позволяют изучить инструментальные (к примеру, методы лучевой диагностики, ультразвуковые) и лабораторные методы, а нарушения функций – методы клинического и функционального обследования, клинические шкалы, тесты, опросники. Степень ограничений активности и участия пациентов выявляется при их тестировании. Препятствующие и облегчающие факторы окружающей среды и личностные факторы определяются при психолого-социальном обследовании. Только совместная работа всех членов мультидисциплинарной бригады позволит дать всестороннюю оценку состояния здоровья человека. Важно, что эта оценка должна даваться не по профессиональной принадлежности, а по функциональным системам.

МКФ использует **буквенно-цифровую систему**. В классификации с позиций организма, индивида и общества описаны так называемые **домены**, т. е. практические и значимые наборы взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности. Международная классификация системно группирует различные домены индивида с определенным изменением здоровья, указывая, **что индивид с заболеванием или расстройством делает или способен делать**. Составляющая «Активность и участие» охватывает полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций.

Затем следует информация о разделе, детализирующем домены (1-я цифра после буквы). Единицей классификации считается **категория** внутри каждого из доменов. За номером раздела (1-й цифры) следуют обозначения второго уровня (две последующих цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый). Категории МКФ сгруппированы таким образом, что общие категории включают более детализированные родственные подкатегории (например, раздел 4 составляющей «Функции организма», относящийся к «Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем», включает отдельные категории: функции сердца, функции кровеносных сосудов, функции артериального давления и т. д.

Любой индивид может иметь ряд кодов на каждом уровне. Они могут быть независимыми или взаимосвязанными.

Коды МКФ приобретают законченный вид только тогда, когда присутствует определитель, который отмечает **величину уровня здоровья** (например, выраженность проблемы). Определители кодируются **после разделительной точки** одной, двумя или большим количеством цифр. Использование любого кода должно сопровождаться применением хотя бы одного определителя. Коды теряют смысл, если они используются без определителей.

Все составляющие, классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие, факторы окружающей среды), измеряются с помощью единой шкалы и характеризуются как:

- отсутствие нарушений – при степени их выраженности от 0 до 4%,
- легкие нарушения – от 5 до 24%,
- умеренные – от 25 до 49%,
- тяжелые – от 50 до 95%,
- абсолютные – от 96 до 100%.

Кроме того, если информации недостаточно для указания полноты нарушения, то степень нарушений указывается как «не определено», а если конкретный параметр не может быть применен к человеку, то обозначается «неприменимо».

В домене «Функции организма» фиксируются нарушенные физиологические и психические функции, в домене «Структуры организма» – участвующие системы организма: нервная система, голосовой и речевой аппарат, сердечно-сосудистая, иммунная и дыхательная системы и т. д.

При оценке активности определяется, в какой мере личность может исполнять определенную деятельность, в том числе бытовую и трудовую. Типичным критерием оценки активности является способность пациента подняться по лестнице или выполнить работу по домашнему хозяйству.

Оценка участия, напротив, не имеет целью определение способности к какой-либо деятельности – она оценивает, в какой мере личность ввиду изменения здоровья ограничена в участии в общественной жизни. Наиболее типичными критериями являются возможность общения с друзьями, проведения досуга.

Во 2-й части МКФ отражены контекстовые факторы, включающие факторы окружающей среды. Характеристики типичных, или стандартных условий окружающей среды могут быть закодированы в **факторах окружающей среды**, представленных в МКФ.

Семейные отношения, жилищные условия, наличие транспортных средств и другие компоненты могут играть облегчающую или блокирующую

(тормозящую) роль. Некоторые объекты окружающей среды могут представлять непреодолимую преграду для индивида с изменением здоровья. Так, для людей в инвалидных колясках подъем уже на 2-й этаж при отсутствии лифта может стать препятствием, а отсутствие пандусов может сделать недоступным вход в здание.

Личностные факторы, хотя и являются составляющей контекстовых факторов, не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных вариаций. Но при работе с МКФ пользователи могут их включать. К **личностным факторам** относят возраст, пол, стиль жизни, личный опыт, тип личности и характера, склонности, то есть все качества, присущие личности, но не относящиеся непосредственно к ее функционированию.

Описания доменов здоровья и доменов, с ним связанных, относятся к данному **конкретному моменту**, т. е. это моментальная фиксация увиденного. Однако их многократное использование дает возможность характеризовать **динамику** процесса.

МКФ используется многопланово:

- 1) как **статистический инструмент** для сбора и накопления информации, например, при популяционных исследованиях и эпидемиологическом мониторинге.
- 2) как **инструмент научных исследований** для оценки результатов вмешательств, качества жизни или факторов окружающей среды.
- 3) как **клинический инструмент** для оценки потребностей, функционального состояния организма, сравнения вариантов терапии (задач и результатов лечения), оценки профессиональной пригодности,
- 4) **инструмент социальной политики** для планирования и осуществления мер социальной защиты, компенсационных систем (определение критериев для установления групп инвалидности, проведение мер по искоренению дискриминации инвалидов, определение общей политики по отношению к нетрудоспособным группам населения),
- 5) **инструмент обучения** для разработки учебных планов, **инструмент пропаганды** и проведения общественных акций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. МКФ позволяет дать характеристику показателей здоровья и связанных с ним составляющих благополучия с помощью унифицированного стандартного языка. МКФ разработана для использования в различных дисциплинах и областях и является многоцелевой классификацией.

2. Изменение состояния здоровья индивидуума следует рассматривать как на уровне организма человека, так и на социальном уровне.

МКФ основана на биопсихосоциальной модели здоровья, совмещающей медицинский и социальный аспекты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буйлова Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т. В. Буйлова // Медиаль. – 2013. – № 2 (7). – С. 26–31.
2. Голик В. А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике / В. А. Голик, Е. Н. Мороз, С. А. Погорелова // Международный неврологический журн. – 2011. – № 5 (43). – С. 104–110.
3. Исанова В. А. Использование стандартизованных показателей Международной функциональной классификации (МКФ) в нейрореабилитации: методическое пособие / В. А. Исанова. – Казань: Оста, 2013. – 36 с.
4. Кадыков, А. С. Реабилитация неврологический больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 69–479.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: краткая версия, русская редакция / Всемирная Организация Здравоохранения. – СПб.: Ин-т усовершенств. врачей-экспертов, 2003. – 143 с.
6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // ЛФК и массаж. – 2004. – № 3 (12). – С. 3–8.
7. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф. А. Юнусов [и др.]. – М.: Общерос. общ. фонд «Социальное развитие России», 2008. – С. 6.
8. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – С. 71–209.
9. Scobbie L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework / L. Scobbie, D. Dixon, S. // Wyke Clin. Rehabil. – 2011. – Vol. 25 (5). – P. 468–482.

THE SIGNIFICANCE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH FOR HUMAN HEALTH STATUS EVALUATION

I. P. Yastrebtseva, I. E. Mishina

The authors presented the information upon the International classification of functioning, disability and health as the important unified method of human status estimation from medical and social points of view. Particular attention was paid to its role determination in the organization of rehabilitation process for each concrete patient by the members of multidisciplinary team and also in the solution of scientific and research tasks, economic and statistic analysis of health status level, morbidity and invalidization of population and in medical and social examination by commission of experts.

Key words: International classification of functioning, disability and health, biopsychological model of rehabilitation, medical rehabilitation.