

УДК 616-036.86:616.12

ОСВОЄННЯ НОВИХ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ Й РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ КЛАПАННИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

І. Я. Ханюкова, О. М. Лисунець, Ю. В. Ткаченко, І. М. Зубко, О. В. Міхальова

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

В статье рассмотрены подходы к проведению медико-социальной экспертизы пациентов с врожденными пороками сердца с использованием Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), обеспечивающей единый международный язык для характеристики здоровья и показателей, с ним связанных. Внедрение МКФ в практику медико-социальной экспертизы позволит полностью перейти к социальной модели инвалидности, будет способствовать объективизации, как процессу медико-социальной экспертизы, так и реабилитации инвалидов, с дальнейшей оценкой эффективности реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности, международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Summary

The article describes approaches to the implementation of medical and social expertise at patients with congenital heart defects using International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), providing a single international language for characterizing health and indicators associated with it. The implementation ICF in practice of medical and social expertise will allow to fully go all the way to social model of disability, will facilitate objectification both in the process of medical and social expertise and rehabilitation of disabled persons with further evaluation efficiency of rehabilitation activities.

Keywords: congenital heart diseases. medical and social expertise, the limitation of vital activity, the International Classification of Functioning, Disability and Health.

В Україні ситуація з серцево-судинними захворюваннями серед усього населення вкрай складна, адже в структурі смертності та інвалідності працездатного населення України хвороби серця й судин становлять понад 65 %. Найбільша кількість уперше зареєстрованих випадків серцево-судинних хвороб в Україні припадає на підлітковий вік (16,24 на 1000 дітей). У структурі вроджених аномалій у дітей 23,8 % складають вроджені аномалії системи кровообігу, темп зростання яких, порівняно з 2010 роком, становить майже 3,5 % (МОЗ, 2016) [1, 2].

В останні десятиліття поступове збільшення контингенту хворих та інвалідів до 39 років, які страждають захворюваннями серцево-судинної системи, стає актуальною проблемою не тільки для органів охорони здоров'я і соціального захисту, але й для виконавчих та законодавчих органів усіх рівнів державної влади (Дані медичної статистичної звітності за формою № 14 (Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної й соціальної реабілітації, наказ МОЗ України від 10.07.2007р., № 378)).

Існуюча практика профілактики інвалідизації хворих при клапанних вадах серця полягає в корекції соматичних предикторів, що модифікуються, в зв'язку з ідентифікацією інвалідності з хворобою. Досягнення в сфері дитячої кардіології спричинили

збільшення числа дорослих хворих з вродженими вадами серця (ВВС), що потребують спостереження [3]. Ці дані мають важливе значення у формуванні інтересу до дорослих з ВВС як нової вузької спеціалізації в кардіології [4], тому що «виправлений вроджений дефект не завжди означає «нормальне серце». Пацієнти, особливо зі складною і важкою ВВС, після хірургічного лікування можуть мати проблеми. Ці розлади, зазвичай, включають порушення провідності, аритмії, дисфункції міокарда, змінений коронарний кровоток й ішемію, які можуть виникнути через багато років після успішної корекції вади в ранньому віці.

Давно визнано, що хворі з ВВС мають високий ризик для розвитку порушень нервової системи, включаючи синдром дефіциту уваги з гіперактивністю й аутичні розлади. Порушення виконавчих функцій – одна з найвідоміших психомоторних особливостей, пов'язана з ВВС. Цей дефіцит може мати поширені виснажливі наслідки в поведінці і психосоціальному розвитку. Існує значний розрив у дослідженнях щодо ефективності профілактичних і лікувальних стратегій цих важливих когнітивних порушень. Однак отримані фактичні дані засвідчили обнадійливі результати в корекції складних нейрокогнітивних навичок, що потребують удосконалення.

У період з 1990 до 2008 року було проведено 23 великих дослідження якості життя пацієнтів з ВВС до 17 років. У більшості досліджень повідомлено [5], що **тип клапанної вади серця** не пов'язаний з **соціально-психологічним** функціонуванням пацієнта. Відповідно, ні наявність ціанозу, ні стан функції серця не були пов'язані з самооцінкою і психологічною адаптацією. Тільки діти з синдромом гіпоплазії лівих відділів серця були психологічно дезадаптовані, порівняно з тими, наприклад, хто мав транспозицію магістральних артерій [6]. Також діти з ціанозом і зниженою фізичною працездатністю, за необхідності подальшого хірургічного втручання, частіше страждають від коморбідних психіатричних захворювань, ніж ті, що не мають цієї перспективи.

Міністерство охорони здоров'я України та Національна академія медичних наук України постійно приділяють увагу розвитку галузевої, наукової та інноваційної діяльності у сфері кардіології та серцево-судинної хірургії (2016р.). Рішення № 1 Вченої медичної ради Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2016 року визначило, що потребує подальшого удосконалення надання медичної допомоги населенню із серцево-судинними хворобами.

Не викликає сумніву, що у хворих з вродженою патологією без хірургічної корекції вади існує чітка залежність тяжкості соматичного стану і міри обмежень життєдіяльності, у тому числі здібності до трудової діяльності. Проте в інвалідизації осіб, котрі страждають ВВС після успішних хірургічних корекцій соматичні предиктори в більшості випадків не є облігатними. Встановлення групи інвалідності хворим з ВВС залежить від думки експертів і може суперечити положенням, що існують у доказовій медицині. Сприяючи інвалідизації хворих з успішно корегованими ВВС, коли соматичні предиктори не є провідними, не використовуються ресурси, що повинні надаватись суспільством для ефективної соціалізації осіб, які страждають серцево-судинною патологією.

Методика оцінки функціонального статусу інваліда, обмежень життєдіяльності та їх подолання, що прийняті в Україні в даний час, потребують подальшого наукового обґрунтування і відповідності сучасному рівню розвитку цієї проблеми в міжнародній практиці.

Так, від 70–80-х років минулого століття інвалідність стала предметом пильної уваги з боку ООН та інших міжнародних організацій. Найважливішим підсумком Міжнародного року інвалідів (1981 рік) стала Всесвітня програма дій щодо інвалідів, мета, якої полягала у сприянні ефективним заходам для попередження інвалідності, відновлення працездатності, повної участі інваліда в соціальному житті. Однак для досягнення повної участі та рівності одних тільки заходів із відновлення працездатності недостатньо, так як саме середовище визначає вплив дефекту або інвалідності на повсякденне життя людини. Людина – неповноцінна, якщо вона не має можливостей реалізувати себе в суспільстві нарівні з іншими, вести сімейне

життя, здобувати освіту, забезпечувати особисту безпеку, мати свободу пересування, житло, займатися трудовою діяльністю.

Значний внесок у формування сучасної концепції інвалідності, визначення її понятійних характеристик внесла Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (МКН, 1980), в якій хвороба розглядалась як причина появи порушень у здоров'ї й соціальному статусі людини, що заважають його існуванню і розвитку. У МКН було представлено логічний зв'язок хвороби та її соціальних наслідків: хвороба – порушення – обмеження життєдіяльності – соціальна недостатність. Передбачалося уточнення наслідків хвороби на рівні органа, на рівні особистості, на рівні взаємодії особистості із середовищем, що якісно відрізняло МКН від різних класифікацій, прийнятих раніше.

Основу сучасної концепції інвалідності склали нові нормативні документи, прийняті в Україні в 90-х роках. У 1991 р. був прийнятий Закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів», який увів трактування нового змісту поняття інвалід і відповідно до цього змінив підходи щодо визначення інвалідності не тільки як стану окремої особистості, але і соціально вразливої категорії населення в суспільстві. Згідно із змінами, що були внесені цим законом, був сформований понятійний апарат, який сприяв створенню нових класифікацій порушень функцій організму й обмежень життєдіяльності по тяжкості, розробці критеріїв встановлення інвалідності, конкретизації підстав для визнання громадян інвалідами. Дана модель містила у собі визначення та взаємозв'язок між поняттями порушення здоров'я – обмеження життєдіяльності – соціальна недостатність – інвалідність – реабілітаційний потенціал – соціальний захист.

Нині існують різні моделі інвалідності. Відповідно до МКН реалізується медична модель, яка привертає увагу на прояв хвороби і розглядає обмеження життєдіяльності як персональну проблему людини, спричинену безпосередньо хворобою, травмою або іншими змінами здоров'я, що потребує медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування. Медична допомога розглядається як основний вихід з соціальних обмежень, спричинених захворюванням. Медична модель зосереджує увагу на прояві хвороби і соціальних обмеженнях, спричинених захворюванням.

За минулі 30 років міжнародне співтовариство переглянуло певні положення, що стосуються соціального захисту інвалідів, з прийняттям відповідних міжнародних актів. До числа останніх належать «Конвенція про права інвалідів», прийнята в 2006 р. ООН, «План дій Ради Європи щодо сприяння Прав і повній участі людей з обмеженими можливостями в суспільстві» (2006-2015 рр.). Відповідно до цих документів до інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які під час взаємодії з навколишнім середовищем, з різними фізичними бар'єрами, заважають їх ефективній участі в житті суспільства нарівні зі здоровими людьми.

ми. Соціальна модель обмежень життєдіяльності розглядає проблему інвалідності як соціальну проблему – повну інтеграцію інваліда в суспільство. При цьому обмеження життєдіяльності – це комплексне поєднання умов, які сформовані соціальним оточенням [7, 8].

Соціальна модель інвалідності розкриває взаємодію між особистістю і різними елементами суспільної системи. Вона засвідчує, що не тільки інвалід повинен пристосовуватися до соціальних умов, але й суспільство зобов'язане створювати умови для адаптації осіб з обмеженими можливостями. Отже, управління ситуацією потребує соціальних рішень і передбачає колективну відповідальність суспільства за проведення змін навколишнього середовища, потрібних для повноцінної участі осіб з обмеженнями життєдіяльності в усіх сферах суспільного життя.

Отже, новий етап розвитку науки знайшов своє віддзеркалення в заміні Міжнародної класифікації порушень (МКП) Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ). МКФ, яка прийнята Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (ВОЗО) в 2001 р., пішла від класифікації «наслідків хвороб», щоб стати класифікацією «складників здоров'я» і забезпечити уніфікацію і визначення рамок для оцінки показників здоров'я і показників, що пов'язані зі здоров'ям. Медична модель визначає функціональні обмеження індивіда, що є основною причиною будь-якого неблагополуччя, а медичне лікування і догляд – необхідною умовою його подолання. А соціальна модель (з позицій МКФ), у залежності від стану хвороби та інвалідності, зосереджується на бар'єрах, що створюються суспільством, навколишнім середовищем і соціальними атрибутами.

Застосування передбаченої МКФ класифікації функцій і структур організму, активності й участі, в тому числі за ступенем вираженості, а також чинників навколишнього середовища, дасть змогу з високим ступенем достовірності та об'єктивності оцінювати функціональне здоров'я індивіда з біологічної, психологічної та соціальної точок зору і визначати його потреби в різних видах соціального захисту, включаючи реабілітацію.

Крім того, з урахуванням положень МКФ передбачається законодавчо і нормативно визначити рамки для опису зазначених показників «універсальною» мовою – у вигляді системи буквених кодів, що забезпечить ідентифікацію переважних видів обмежень життєдіяльності у інвалідів, доступності фізичного та інформаційного оточення з метою усунення індивідуальних бар'єрів службами, відомствами та іншими організаціями незалежно від організаційно-правових форм і форм власності [9, 10].

Відповідно до нових поглядів на дане питання, в статті розглядаються шляхи визначення індивідуального профілю обмежень життєдіяльності по складових порушень функцій організму, активності і участі відповідно до МКФ за результатами проведення комплексної експертно-реабілітаційної діагностики хворих на вроджені клапанні вади серця в ході їх експертного обстеження.

Матеріали та методи

Для досягнення мети роботи до дослідження було залучено 225 пацієнтів з ВВС, які були направлені до клініки інституту в 2014–2016 рр. для проведення медико-експертного обстеження обласними центрами медико-соціальної експертизи. Середній вік пацієнтів становив $28 \pm 8,7$ року. Дані про стан здоров'я пацієнтів отримали на засадах клініко-експертного аналізу медичної та медико-експертної документації, під час проведення клініко-експертного обстеження в клініці інституту. Визначали клінічну форму основного захворювання, клінічні форми супутніх захворювань, стадію патологічного процесу, характеристику перебігу захворювання, ступінь функціональних порушень, що дало можливість отримати загальну картину, про стан систем організму та його компенсаторних можливостей.

В організаційно-методичних підходах для проведення медико-соціальної експертизи цієї категорії пацієнтів були застосовані положення Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Обговорення.

Структура та принципи МКФ.

МКФ вводить поняття здоров'я і показників, що пов'язані зі здоров'ям. Ці показники описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

- функції і структури організму (тіла);
- активність і участь.

Ці терміни розширюють можливості класифікації, що дає змогу описати не тільки негативний, але й позитивний аспект.

МКФ охоплює такі компоненти:

функції організму і структури організму; активність (виконання завдань або дій) і участь (залучення в життєву ситуацію) індивідуума; фактори навколишнього середовища; особистісні фактори.

Функції та структури організму входять в даній класифікації в один показник.

З нових позицій представлено функціонування й обмеження життєдіяльності з точки зору «використання» функцій і структур в індивідуальному та соціальному житті людини і позначених у МКФ як «активність» та «участь».

Класифікація активності та участі

Розділ 1. «Навчання і застосування знань» містить цілеспрямоване використання органів почуттів; базисні навички під час навчання; застосування знань. У такому контексті обмеження здатності до навчання в діючих класифікаціях і умов не використовується, але основні позиції отримали відображення в категоріях здатність до навчання і, певною мірою, здатність до орієнтації. Даний вид активності та участі значною мірою носить психологічний характер, тому що відображає здатність індивіда не тільки виконувати окремі дії, але й включатися в діяльність для вирішення складних завдань.

Розділ 2. «Загальні завдання і вимоги» містить кілька позицій, що відображають: виконання окре-

мих та багатопланових завдань, виконання повсякденного розпорядку, подолання стресу та інших психологічних навантажень тощо. Деякою мірою ці позиції враховуються в даний час під час визначення здатності контролювати свою поведінку. Однак виконання окремих і багатопланових завдань практично не включено в жодне визначення категорій обмеження життєдіяльності в даний час. Крім того, визначення або діагностика цих позицій потребують розробки і створення певних маркерів, за допомогою яких ці обмеження можуть бути враховані.

Розділ 3. «Спілкування» містить: сприйняття повідомлень під час спілкування; спілкування – складання та викладення повідомлень; розмова і спілкування з використанням засобів зв'язку та техніки спілкування. Всі ці позиції використовуються в діючій класифікації обмежень здатності до спілкування і застосовуються на практиці.

Розділ 4. «Мобільність» передбачає такі види дій: зміна і підтримання положення тіла; перенесення, переміщення і маніпулювання об'єктами; хода і пересування; пересування з використанням транспорту. Всі ці види дій включені в здатність до пересування в рамках діючої класифікації, за винятком перенесення, переміщення і маніпулювання об'єктами, які в даний час оцінюються під час діагностики обмеження самообслуговування й обмежень здатності до трудової діяльності.

Розділ 5. «Самообслуговування» і *Розділ 6. «Побутове життя»* в діючій класифікації включені в категорії життєдіяльності «Самообслуговування», за винятком однієї позиції: в розділ 6 «Побутове життя» включено поняття «допомога іншим», яке повністю відсутнє в чинній Класифікації, але є неодмінним критерієм, насамперед якості побутового, сімейного життя.

Розділ 7 присвячений міжособистісній взаємодії та відносин і містить: загальні або особистісні взаємодії і специфічні міжособистісні відносини (соціальні, сімейні, інтимні, формальні, відносини з незнайомими людьми тощо). У діючій Класифікації поняття міжособистісних взаємодій і відносин відсутні, хоча деякі позиції відображені в таких категоріях як контроль за своєю поведінкою і спілкування.

Розділ 8. «Головні сфери життя» містить: освіту; роботу і зайнятість; економічне життя.

Останній, *9 розділ* присвячений життю в спільнотах, громадському та громадянському життю і включає життя в спільнотах, відпочинок і дозвілля, релігію, права людини, політичне життя і громадянство та ін.

У такому аспекті участь у житті суспільства практично ніколи не відображалась і не оцінювалась в діючих класифікаціях.

Однак цей розділ належить до тих дій і завдань, які потрібні, щоб займатися організованим громадським життям поза сім'єю, включатися в життя окремих спільнот, усього суспільства і в цивільні сфери життя.

МКФ містить перелік чинників навколишнього середовища, які взаємодіють з цими категоріями,

що дає змогу практично відобразити профіль функціонування й обмежень життєдіяльності індивіда в рамках різних показників.

Порівняльний аналіз моделей обмежень життєдіяльності, представлений у діючих класифікаціях та МКФ, свідчить про розбіжності між ними, що, в основному, стосуються соціальних сфер життя людини. Головною відмінністю є опис взаємин між складниками функціонування й обмежень життєдіяльності. Функціонування індивіда представляється як взаємодія або складні відносини між зміною здоров'я і контекстовими факторами (чинниками навколишнього середовища й особистісними факторами).

Ці *принципи* тісно пов'язані з біопсихосоціальною моделлю інвалідності та є важливими компонентами моделі МКФ.

• **Універсальність**

Класифікація функціонування й обмежень життєдіяльності повинна бути застосована до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку. Отже, МКФ призначена для всіх людей. Вона належить до функціонування кожної людини, тому її не можна використовувати як спосіб відділення інвалідів в окрему групу. Універсальний підхід щодо інвалідності також означає, що більшість людей у певний момент стають тим або іншим чином «людьми з обмеженими можливостями».

• **Рівність**

Не повинно бути розподілу, що виражається прямо або побічно, між різними станами здоров'я, «розумовими» і «фізичними», яке зачіпає структуру змісту класифікації функціонування й обмежень життєдіяльності. Іншими словами, інвалідність не можна розділяти за етіологією.

• **Нейтральність**

Там, де це можливо, назви сфер повинні бути сформульовані на зрозумілій мові так, щоб класифікація могла відображати, як позитивні, так і негативні, аспекти всіх положень функціонування й обмежень життєдіяльності. Більш того, МКФ акцентує увагу на тому, які здібності люди мають, і на те, що вони до цих пір здатні робити, а не на їхню інвалідність або порушення функціонування.

• **Фактори навколишнього середовища:** для того щоб зробити соціальну модель інвалідності завершеною, МКФ містить у собі Контекстуальні фактори, в яких перераховані фактори навколишнього середовища. Вони можуть бути фізичними: клімат, місцевість; а також містити соціальне відношення, установи, закони. Взаємодія з факторами навколишнього середовища – важливий аспект наукового розуміння явища, узагальненого в термінах «функціонування й обмеження життєдіяльності».

• **Інтерактивність**

Між різними елементами немає лінійного прогресивного зв'язку. Всі вони можуть змінюватись і динамічно впливати один на одного. Більш того, втручання можуть безпосередньо перетворювати деякі елементи і, таким чином, змінювати загальний стан конкретної людини.

МКФ може стати основою для всебічної й зрозумілої соціальної політики в сфері інвалідності: чи це

розробка критеріїв про право отримання пенсій про інвалідності, чи розробка положень для доступу до допоміжних технологій, чи санкціонування житлової або транспортної політики для людей з обмеженнями рухливості, або сенсорними чи розумовими обмеженнями.

Функціонування індивіда представляється як взаємодія або складні відносини між зміною здоров'я і контекстовими факторами (чинниками навколишнього середовища й особистісними факторами).

МКФ пропонує використовувати показники чинників навколишнього середовища з позицій їхнього впливу: фактори, які полегшують, або бар'єри, що обтяжують, використовуючи негативні й позитивні шкали, наприклад:

немає бар'єрів – (+ 0–4 %);

немає полегшуючих чинників – 0–4 %;

незначні бар'єри – 5–24 %;

незначні полегшуючі фактори – (+ 5–24 %)

тощо.

Класифікації, представлені в МКФ, та їх трактування охоплюють широкий спектр складників здоров'я і пов'язаних зі здоров'ям чинників. Категорії МКФ належать до всіх видів обмежень життєдіяльності.

Слід зазначити, що складники «Активність і участь» мають 2 визначення: *реалізація та потенційна здатність*.

Перший з них визначає проблеми індивіда в реальних умовах навколишнього середовища, в тому числі з використанням допоміжного обладнання, яке є в індивіда в його реальному оточенні.

Другий – вказує на зменшення можливості активності й участі без допомоги, тобто оцінює труднощі в разі відсутності сторонньої допомоги або допоміжного обладнання.

Порівняльний аналіз положень МКФ і вітчизняних підходів демонструє наявність певних особливостей у поглядах на оцінки здоров'я та факторів, пов'язаних зі здоров'ям, за схожості основних позицій.

До подібних позицій належить функціонально-структурний підхід як показник оцінки стану організму людини і його функцій, підхід до оцінки активності й участі. Ці підходи реалізуються й у вітчизняній практиці під час МСЕ.

Загальна кількість доменів, які доступні в повній версії МКФ, складає 1424 коди. Тому на першому етапі дослідження був відібраний комплект доменів, що характеризують профіль функціонування пацієнтів з вродженими вадами серця.

Для відбору комплексу доменів, що характеризують профіль функціонування пацієнтів з ВВС, скористалися набором, що був розроблений раніше експертами ВООЗ, додавши та адаптувавши його. Загалом набори МКФ – це результати спільного проекту досліджень ICF, ВООЗ, Міжнародного суспільства фізичної медицини та реабілітації (ISPRM), провідних інститутів та установ-партнерів по всьому світі.

Також застосовували набір доменів, що були запропоновані експертами за методом експертних

помилко Дельфі в 2004 р., розроблений Мюнхенським департаментом фізичної медицини та відновлення. Для адаптації набору доменів та спрощення їх оцінки змінили запропоновані набори, залишивши найсуттєвий та вилучивши ті, що важко піддаються об'єктивізації й малозначущі щодо експертної оцінки.

Домени МКФ, що були відібрані для характеристики показників здоров'я, та показники, пов'язані зі здоров'ям пацієнтів з вродженими вадами серця:

Домени категорії функції організму:

b410 функції серця;

b415 функції судин серця;

b420 функції артеріального тиску;

b530 функції збереження маси тіла.

Домени категорії структури організму:

s410 структура серцево-судинної системи;

s4104101 структура артерій.

Домени категорії активність та участь:

d450 хода;

d520 догляд за частинами тіла;

d570 турбота про своє здоров'я;

d630 готування їжі;

d640 виконання роботи по дому;

d825 професійне навчання;

d830 вища освіта;

d850 робота, за яку платять.

Домени категорії фактори навколишнього середовища:

e110 продукти, речовини та технології для особистого вживання;

e115 вироби та технології особистого вживання в повсякденному житті;

e120 вироби та технології щодо персонального пересування та перевезення в помешканні й за його межами;

e310 сім'я та близькі родичі;

e580 служби, адміністративні системи та політика охорони здоров'я;

e585 служби, адміністративні системи та політика освіти й навчання;

e590 служби, адміністративні системи та політика зайнятості.

Коди МКФ набувають завершеного вигляду тільки тоді, коли присутній визначник, який установлює величину рівня здоров'я (наприклад, величину проблеми). Визначники кодуються одним, двома та більшою кількістю знаків після роздільної крапки [3, 4].

Усі три складники, які класифікуються в МКФ (функції та структури організму, активність і участь, а також фактори оточуючого середовища), вимірюються за допомогою єдиної шкали. В залежності від складника наявність проблеми може визначати порушення, обмеження активності або обмеження можливості, перешкоди. До відповідного домена класифікації повинні підбиратися відповідні основні слова (знак «XXX» стоїть замість кода домену 2-го рівня):

XXX.0 – немає проблем (0–4 %);

XXX.1 – легкі проблеми (5–24 %);

XXX.2 – помірні проблеми (25–49 %);

XXX.3 – тяжкі проблеми (50–95 %);

XXX.4 – абсолютні проблеми (96–100 %).

Тому на другому етапі даного дослідження розроблявся метод кількісної оцінки ступеня вираженості порушень структури та функцій, обмеження активності й можливості участі, а також ступеня позитивного й негативного впливу факторів контексту.

Порушення – лише та частина функціонування організму, яка проявляє себе відхиленням від певних загальноприйнятих популяційних стандартів біомедичного статусу організму та його функцій. Це проблеми, які виникають у функціях і структурах, такі як суттєві відхилення або втрата. Нижче наведений перелік критеріїв оцінки відхилення або втрати функцій і структур організму, що залучені в патологічний процес, від загальноприйнятих популяційних стандартів із застосуванням МКФ у пацієнтів з ВВС.

Ступінь порушень функцій та структур організму за єдиною негативною шкалою оцінки МКФ у пацієнтів з ВВС

У категорії «функції серця» (b410) оцінювали такі складники: темп серцевих скорочень (b4100), ритм серцевих скорочень (b4101) – за результатами аускультатії, електрокардіографії (ЕКГ), добового моніторування ЕКГ; скоротливу спроможність міокарда шлуночків (b4102) – за результатами ехокардіографії; кровопостачання серця (b4103) – за результатами опитування пацієнта, тесту з фізичним навантаженням (підймання сходами у доступному для пацієнта темпі) у процесі добового моніторування ЕКГ та проведенні стандартизованого тесту із фізичним навантаженням.

Функція «артеріального тиску» (b420) оцінювалася відповідно до ступеня артеріальної гіпертензії та наявності гіпертензивних кризів.

У категорії «функції артерій» (b4150) кодували функції, що пов'язані з током крові по артеріях, оцінювання проводили на основі скарг пацієнта, за результатами його огляду під час проведення ультразвукової доплерографії, рентгенографії.

Категорія «функція збереження маси тіла» (b530) оцінювалася за індексом маси тіла.

Функцію «сечоутворення» (b610) оцінювали відповідно до наявності та стадії хронічного захворювання нирок і хронічної ниркової недостатності після проведення обов'язкових методів обстеження на мікроальбумінурію, протеїнурію (в загальному та добовому аналізах сечі); креатинін, сечовина, швидкість клубочкової фільтрації.

Структуру серця (b4100) визначали за результатами ехокардіографії.

Проте факт наявності тих або інших порушень і ступінь вираженості ще не дає підстав для прийняття експертного рішення.

Потрібно також знати, наскільки вираженими є обмеження активності та участі конкретної особи у сполученні із факторами оточуючого середовища, в якому вона мешкає. Для цього в дослідженні оцінювали зміни у доменах активності та участі, а також урахували контекстні фактори.

3 позицій МКФ «обмеження життєдіяльності» - це загальний термін порушень, обмежень активності та обмежень можливості участі. Він відображає негативні аспекти взаємодії між індивідумом (зі змінами здоров'я) і контекстовими факторами індивіда (фактори оточуючого середовища й особистісні).

Для оцінки функціонування індивіда застосовують терміни «обмеження активності» та «обмеження можливості участі».

Обмеження активності – це труднощі щодо здійснення активності, які може мати індивід. Воно може варіювати від легкого до важкого якісного або кількісного відхилення під час активності, як за формою, так і за величиною, порівняно з особами без зміни здоров'я.

Обмеження активності замінює термін «обмеження життєдіяльності», який застосовувався у версії МКФ в 1980 р.

Обмеження можливості участі – це проблеми, які можуть бути в індивіда в життєвих ситуаціях. Наявність обмеження можливостей участі визначаються порівняно з участю індивіда без обмеження життєдіяльності в даних культурі або суспільстві.

Нижче наведений перелік критеріїв оцінки обмежень активності та обмежень можливостей участі із застосуванням МКФ у пацієнтів з ВВС.

У категорії (d450) хода – оцінювали відстань, характер та темп ходи; можливість самостійно користуватися транспортом; можливість і ефективність користування технічними та іншими допоміжними засобами щодо компенсації труднощів у здійсненні ходи та розвитку адекватного рівня рухової активності, потреби в допомозі інших осіб під час пересування.

У категоріях догляд за частинами тіла, турбота за своє здоров'я (d570), готування їжі (d630), виконання роботи по дому (d640) оцінювали можливість без сторонньої допомоги здійснювати одну або кілька потреб: особиста гігієна, вдягання, прийом їжі, фізіологічні потреби, потреба, яка виникає через певні інтервали та є нерегульованою; потреба в допомозі сторонніх осіб щодо здійснення низки регульованих потреб, потреба в додатковій допомозі та догляді; часові інтервали, через які виникає потреба в сторонній допомозі; можливість корекції порушених здібностей, у тому числі з допомогою лікарських засобів та/або технічних чи інших допоміжних засобів.

У категорії «робота, за яку платять» (d850) оцінювали відповідність стану здоров'я вимогам, що необхідні для конкретної професії (посади); рівень освіти, який забезпечує доступність роботи; можливість здійснювати трудову діяльність у повному обсязі, повний робочий день, повний робочий тиждень з виконанням норм виробки (послуг); можливість трудової діяльності в іншій професії (посаді), рівної за кваліфікацією попередній; можливість відтворення спеціальних фахових знань та навичок; потреба оснащення робочого місця допоміжними пристроями та іншими технічними засобами.

У категоріях «професійне навчання» (d825), «вища освіта» (d830) оцінювали можливість здобуття освіти відповідно до вимог освітніх стандартів; можливість навчання тільки за спеціальними програмами в спеціальних освітніх закладах, у групах для інвалідів, індивідуально в дома, потреба в спеціальних засобах, програмах і методах освіти і/або в допомозі інших осіб у цьому процесі.

Наявність обмежень у доменах активності та участі вимірювали за допомогою єдиної шкали, яка наведена вище.

Визначники категорій активності та участі оцінювали з урахуванням впливу факторів контексту, що створюють фізичні й соціальні умови.

Щодо складника активності та участі в МКФ запропоновано два визначники – визначник реалізації та визначник потенціальної здатності.

Визначник реалізації встановлює, що робить інвалід в умовах оточуючого його середовища, тобто «життєвий досвід» людини в умовах, де він живе, із впливом допоміжних факторів оточуючого середовища. Визначник потенціальної здатності (капацитет) відображає максимально можливе функціонування інваліда у даному домені в даний момент у стандартних умовах – в реальному оточуючому середовищі.

Але для отримання повного уявлення щодо функціонування конкретного пацієнта слід урахувати вплив контекстових чинників, зокрема факторів оточуючого середовища, які створюють фізичні і соціальні умови, осередок відносин та установавання, де люди живуть і проводять свій час.

Для кількісної оцінки впливу чинників оточуючого середовища були розроблені визначники з негативними та позитивними шкалами, які визначають ступінь вираженості чинників навколишнього середовища у вигляді бар'єра або полегшення. Як показано нижче, розподіляюча крапка вказує бар'єри, знак «+» - полегшуючі чинники.

XXX.0 – НЕМАЄ бар'єрів (немає, відсутні, несуттєві) 0–4 %;

XXX.1 – НЕЗНАЧНІ бар'єри (легкі, невеликі, слабкі) 5–24 %;

XXX.2 – ПОМІРНІ бар'єри (середні) 25–49 %;

XXX.3 – ВИРАЖЕНІ бар'єри (різко виражені) 50–95 %;

XXX.4 – АБСОЛЮТНІ бар'єри (повні) 96–100 %.

XXX+0 – НЕМАЄ полегшуючих факторів 0–4 %;

XXX+1 – НЕЗНАЧНІ полегшуючі фактори (легкі, невеликі, слабкі) 5–24 %;

XXX+2 – Помірні полегшуючі фактори (середні) 25–49 %;

XXX+3 – ВИРАЖЕНІ полегшуючі фактори (різко виражені, значні) 50–95 %;

XXX+4 – АБСОЛЮТНІ полегшуючі фактори (повні) 96–100 %.

Також зустрічаються на практиці неуточнені бар'єри та ситуації, коли контекстові чинники неможливо визначити. Тоді передбачено застосування такого кодування:

XXX.8 – Неуточнений бар'єр.

XXX.9 – Не застосовується.

Тепер наведемо перелік критеріїв оцінки чинників оточуючого середовища із застосуванням негативної та позитивної шкал МКФ.

У категорії e110 (харчі, речовини і технології щодо особистого вживання) за позитивною шкалою оцінювали вплив лікарських речовин та продуктів харчування на людину, а критерієм оцінки був рівень компенсації.

Висновки

Отже, застосування МКФ забезпечує єдину міжнародну мову для характеристики здоров'я та показників з ним пов'язаних, є важливим інструментом оцінювання інвалідності в усіх аспектах – погіршення на рівні органа й організму, обмеження активності (індивідуальна сторона функціонування) і можливості участі (соціальна сторона функціонування); її застосування забезпечує не тільки оцінку потреби в реабілітаційних заходах інваліда, але й для оцінювання ефективності реабілітаційних заходів, що вже проведені; найінформативнішими доменами (за Міжнародною класифікацією функціонування) в обмеженні життєдіяльності хворих із ПВС у віддалені строки після оперативної корекції визначені:

- головні сфери життя (можливість здобуття вищої освіти, складні економічні відносини, пошук роботи);
- навчання та застосування знань (розв'язання складних проблем, мислення, концентрація уваги);
- мобільність (стрибки, перенесення вантажів, біг);
- побутове життя (оренда житла, ремонт побутової техніки й моторизованого транспорту);
- міжособистісні взаємодії й відносини (неформальні відносини із співгромадянами, критика у відносинах, завершення відносин);
- самообслуговування (піклування про власне здоров'я, дотримання дієти й здорового способу життя).

Упровадження МКФ у практиці медико-соціальної експертизи дасть змогу повністю перейти до біопсихосоціальної моделі інвалідності, сприятиме об'єктивізації як процесу медико-соціальної експертизи, так і реабілітації інвалідів, що забезпечить повну відповідність національної системи медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів європейському рівню та можливість адекватної співвідповідності українських і європейських статистичних показників інвалідності.

Література

1. Лебідь І. Г. Поширеність природжених вад серця і магістральних судин у дорослих / І. Г. Лебідь // Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія. – 2017. – № 1. – С. 6–12.

2. Гандзюк В. А. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України на сучасному етапі: національний та регіональний аспекти / В. А. Гандзюк // Віс-

ник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 74–78.

3. Long – term neuromotor outcome at school entry of infants with congenital heart defects requiring open-heart surgery / A. Majnemer, C. Limperopoulos, M. Shevell [et al.] // J. Pediatr. – 2006. – Vol. 148 (1). – P. 72–77.

4. Mussatto K. Quality of life following surgery for congenital cardiac malformations in neonates and infants / K. Mussatto, J. Tweddell // Cardiology in the Young. – 2005. – Vol. 15 (Issue S1). – P. 174–178.

5. Miatton M., De Wolf D., François K. et al. Neuropsychological performance in school-aged children with surgically corrected congenital heart disease // J. Pediatr. – 2007. – Jul. – Vol. 151 (1). – P. 73–78.

6. Neurodevelopmental Outcomes for Children With Hypoplastic Left Heart Syndrome at the Age of 5 Years / C. Brosig, K. Mussatto, G. Hoffman [et al.] //

Pediatr Cardiol. – 2013. – Oct. – Vol. 34(7). – P. 1597–1604.

7. Конвенція про права інвалідів. Офіційний переклад. Ратифіковано Законом № 1767-VI (1767-17) від 16.12.2009.

8. Національна доповідь про вжиття заходів, спрямованих на здійснення Україною обов'язків у рамках Конвенції про права інвалідів. – К., 2015.

9. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Всесвітня Організація охорони здоров'я (ВООЗ): Женева, 2001. – 342 с.

10. Ипатов А.В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и проблемы инвалидности: монография / А. В. Ипатов, И. Л. Ферфильфайн, С. А. Рыков. – Дн-ск: Гамалия, 2004. – 304 с.



УДК 616-036.86

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ЧАСТИНА СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ НАДАВАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Проф. А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, С. С. Паніна, Н. А. Саніна,
Н. О. Гондуленко

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

Международная классификация функционирования является универсальным глобальным инструментом оценивания уровней функционирования лиц с инвалидностью вследствие различной патологии. Включение данной классификации в состав модели оказания медико-социальной помощи поможет поднять качество проводимых экспертно-реабилитационных мероприятий до высокого, современного уровня. В статье изложены структура Международной классификации функционирования, основные ее разделы, приведен пример практического применения.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

Summary

The international classification of functioning is a universal global tool for assessing the levels of functioning of persons with disabilities due to various pathologies. The inclusion of this classification in the model of rendering medical and social assistance will help raise the quality of the conducted expert-rehabilitation measures to a high, modern level. The article describes the structure of the International Classification of Functioning, its main sections, and gives an example of practical application.

Keywords: International classification of functioning, medical and social expertise, rehabilitation.

Проблема інвалідності населення – одна з найактуальніших за своєю медико-соціальною значущістю. Особи з інвалідністю складають бли-

зко 15 % населення нашої планети (понад 1 млрд. осіб), кожен десятий житель Європи має фізичні вади, і прогностично ця цифра буде постійно зрос-