

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Столлов С.В.¹, Макарова О.В.¹, Крюкова Т.А.², Родионова А.Ю.¹

¹ Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта, Бестужевская ул., д. 50, Санкт-Петербург, 197065, Российская Федерация

² Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга, ул. Шелгунова, д.17, Санкт-Петербург, 192174, Российская Федерация

Резюме

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья является «золотым» стандартом оценки качества реабилитационных мероприятий в мировой практике, однако в Российской Федерации до настоящего времени не получила должного распространения.

Цель. Анализ возможности Международной классификации функционирования для оценки комплекса нарушенных функций и построения модели оценки реабилитационного потенциала у больных кардиологического профиля.

Материалы и методы. Проанализированы данные «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма № 088/у) и актов освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы 98 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, признанных инвалидами третьей (40,8 %), второй (28,6 %) и первой (30,6 %) групп.

Результаты. Выделены базовые домены для оценки качества реабилитации у больных кардиологического профиля: функции сердца (b410) – сила сокращения миокарда (b4102), динамика возврата к сердцу (диастолическая функция), функции клапанов сердца, насосные функции малого круга кровообращения (для трех последних доменов номера блоков отсутствуют); темп сердечных сокращений (b4100); кровоснабжение сердца (b4103); функции кровеносных сосудов (b415); функции артерий (b4150); функции капилляров (b4151), функции вен (b4152); функции артериального давления (b420): повышение (b4200), понижение (b4201), поддержание (b4202); функции дыхательной системы (b440) – темп дыхания (b4400); дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b450-469) – тяжесть в груди, ощущение перебоев в работе сердца, нехватки воздуха, удушья, комка в горле, спазмы и хрипы (b460); функции толерантности к физической нагрузке (b455) – общая физическая выносливость (b4550), утомляемость (b4552), дополнительно раздел d (активность и участие) – ходьба на короткие расстояния (d4500), ходьба на дальние расстояния (d4501); водный баланс (b5450) – задержка воды (b45500); электролитный баланс (b4552); боль (b280-289) – боль в грудной клетке (b28011); функции мышечной силы (b730); раздел e310 – помощь ближайших родственников. Разработан и предложен к использованию перечень заболеваний/состояний, характеризующий различные уровни реабилитации в зависимости от реабилитационного потенциала.

Обсуждение. Данное исследование выявило наиболее актуальные при кардиологических заболеваниях домены Международной классификации функционирования, применение которых позволит повысить качество реабилитационной диагностики и эффективно управлять работой междисциплинарной бригады. Разработанные нами категории высокого, среднего, низкого и крайне низкого реабилитационного потенциала позволят максимально использовать весь спектр существующих методов и средств комплексной реабилитации инвалида вследствие кардиальной патологии.

Заключение. Несмотря на ряд ограничений, Международная классификация функционирования может успешно применяться специалистами мультидисциплинарной бригады при реабилитации пациентов кардиологического профиля.

Ключевые слова: МКФ, комплексная реабилитация, сердечно-сосудистые заболевания, реабилитационный потенциал.

Столлов С.В., Макарова О.В., Крюкова Т.А., Родионова А.Ю. Новые возможности оценки нарушенных функций и реабилитационного потенциала кардиологических больных (оригинальное исследование) // Физическая и реабилитационная медицина. – 2024. – Т. 6. – № 4. – С. 68-77. DOI: 10.26211/2658-4522-2024-6-4-68-77.

Stolov SV, Makarova OV, Kryukova TA, Rodionova AY. Novye vozmozhnosti ocenki narushennyh funkciy i reabilitacionnogo potenciala kardiologicheskikh bolnyh (originalnoe issledovanie) [New opportunities for assessing impaired functions and rehabilitation potential of cardiological patients: the original research]. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina [Physical and Rehabilitation Medicine]. 2024;6(4): 68-77. DOI: 10.26211/2658-4522-2024-6-4-68-77. (In Russian).

Анна Юрьевна Родионова / Anna Y. Rodionova; e-mail: a.rod84@mail.ru

NEW OPPORTUNITIES FOR ASSESSING IMPAIRED FUNCTIONS AND REHABILITATION POTENTIAL OF CARDIOLOGICAL PATIENTS: THE ORIGINAL RESEARCH

Stolov SV¹, Makarova OV¹, Kryukova TA², Rodionova AY¹

¹ Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067 St. Petersburg, Russian Federation

² Center for Social Assistance to Families and Children of the Nevsky District of St. Petersburg, 17 Shelgunova Street, 192174 St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Introduction. The International Classification of Functioning is the “golden” standard for assessing the quality of rehabilitation measures in world practice, but in the Russian Federation it has not yet received proper distribution.

Aim. To analyse of the possibility of the International Classification of Functioning for assessing the complex of impaired functions and building a model for assessing the rehabilitation potential in cardiac patients.

Materials and methods. The data of Referrals for medical and social examination by a medical organization (088/u form) and examination reports in the bureau of medical and social examination of 98 patients with cardiovascular diseases recognized as disabled by the third (40,8 %), the second (28,6 %) and the first (30,6 %) groups.

Results. Basic domains have been identified for assessing the quality of rehabilitation in cardiac patients: cardiac functions (b410) – myocardial contraction force (b4102), dynamics of return to the heart (diastolic function), heart valve functions, pumping functions of the pulmonary circulation (for the last three domains, block numbers absent); heart rate (b4100); blood supply to the heart (b4103); blood vessel functions (b415); arterial functions (b4150); capillary functions (b4151), vein functions (b4152); blood pressure functions (b420): increase (b4200), decrease (b4201), maintain (b4202); respiratory system functions (b440) – breathing rate (b4400); additional functions and sensations from the cardiovascular and respiratory systems (b450–469) – heaviness in the chest, a feeling of interruptions in the heart, lack of air, suffocation, a lump in the throat, spasm and wheezing (b460); functions of exercise tolerance (b455) – general physical endurance (b4550), fatigue (b4552), additionally section d (activity and participation) – walking short distances (d4500), walking long distances (d4501); water balance (b5450) – water retention (b45500); electrolyte balance (b4552); pain (b280–289) – chest pain (b28011); muscle strength functions (b730); Section E310 – assistance from immediate relatives. A list of diseases/conditions has been developed and proposed for use, characterizing various levels of rehabilitation depending on the rehabilitation potential.

Discussion. This study identified the most relevant domains of the International Classification of Functioning for cardiac diseases, the use of which will improve the quality of rehabilitation diagnostics and effectively manage the work of an interdisciplinary team. The categories of high, medium, low and extremely low rehabilitation potential that we have developed will allow us to make maximum use of the entire range of existing methods and means of comprehensive rehabilitation of a disabled person due to cardiac pathology.

Conclusion. Despite a number of limitations, the International Classification of Functioning can be successfully used by multidisciplinary team specialists in the rehabilitation of cardiac patients.

Keywords: international classification of functioning, complex rehabilitation, cardiovascular diseases, rehabilitation potential.

Publication ethics. The submitted article was not previously published.

Conflict of interest. There is no information about a conflict of interest.

Source of financing. The study had no sponsorship.

Received: 03.06.2024

Accepted for publication: 16.12.2024

Введение / Introduction

Первичная медицинская помощь в последние годы столкнулась с растущим числом пациентов с сердечно-сосудистой патологией, многим из которых устанавливается группа инвалидности. Эти больные, как правило, имеют пожилой возраст, страдают от полиморбидности с многочисленными психологическими и соматическими факторами риска прогрессирования кардиальной патологии. При наличии комплекса заболеваний сложность успешных терапевтических вмешательств существенно снижается, поскольку врач сталкивается с проблемой одновременного выполнения целого ряда рекомендаций по полиморбидности и полифармации, нередко пропуская

ключевые проблемы пациента. Традиционно клиницист ориентируется преимущественно на биологическую модель функционирования и здоровья, не принимая во внимание значительную часть немедицинских аспектов здоровья пациента, включающих психологический статус больного, его окружение, барьеры окружающей среды и др., являющиеся в большинстве случаев столь же важными звеньями реабилитации, как и медицинские мероприятия.

Биопсихосоциальная модель болезни предлагает новую парадигму комплексной реабилитации, поскольку борьба только с болезнью не представляется единственным вариантом эффективной реабилитации; акцент вмешательств

последнее время направлен на компенсацию всех уровней функционирования организма. Медицинское лечение все больше смещается в сторону реинтеграции, компенсации и сохранения участия (социальной адаптации) больного в социуме. Инструментом, предоставляющим общий язык для описания функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), предложенная экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) еще в 2001 году и ратифицированная Российской Федерацией в 2006 году [1]. Данная классификация является «золотым стандартом» оценки качества жизни и оказываемых медицинских услуг, обосновывая необходимость, объем и состав индивидуальных реабилитационных мероприятий инвалида.

В отличие от других классификационных систем, таких как Международная классификация болезней (МКБ), сфокусированных на точке зрения врача, МКФ основана на функционировании пациента в его среде обитания с учетом контекстных факторов. МКФ дополняет МКБ, предоставляя способ документирования последствий проблем со здоровьем на различных уровнях (психологическом, социальном, бытовом, среднем и др.). Акцент делается на деятельности, которая определяет независимость и участие индивида в повседневной жизни, во многом определяющими эффективность реабилитационных мероприятий. Функционирование и инвалидность необходимо рассматривать как комплексное взаимодействие между состоянием здоровья индивида, окружающей средой (барьерами) и личностными факторами [2].

В настоящее время в России применяется обновленный (ред. от 11.06.2021) Закон 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995, в котором основное внимание уделено комплексной реабилитации инвалидов, включающей все звенья функционирования и здоровья, выраженные в категориях МКФ.

В понятие «комплексная реабилитация» больных с сердечно-сосудистой патологией входит широкий спектр реабилитационных мероприятий, включающий на первом этапе оценку клинического состояния, инструментальных параметров гемодинамики, функционального резерва организма, состояние когнитивной и психической сферы, а также факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий. Неотъемлемой частью сохранения инвалида в социальном обществе являются также социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая и производственная адаптация, и, при необходимости, использование инвалидами технических средств реабилитации/абилитации

(ТСР). Составным элементом комплексной реабилитации, установление которого необходимо для эффективного проведения реабилитационных мероприятий, является определение реабилитационного потенциала больного.

Понятие «реабилитационный потенциал» является одним из базовых элементов МКФ [3]. В разделе, посвященном сердечно-сосудистым заболеваниям, реабилитационный потенциал включает оценку комплекса функциональных параметров системной и локальной гемодинамики, который требуется для определения показаний к реабилитации у конкретного индивида и подбора оптимального объема реабилитационной помощи. Реабилитационный потенциал кардиологического больного, в частности, должен учитывать: клиническое течение основного заболевания (ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), клапанные пороки сердца, гипертоническая болезнь и др.); тяжесть повреждения сердца и сосудов; потенциальную опасность выявленных нарушений ритма сердца и проводимости; функциональный резерв кровотока по магистральным сосудам; осложнения, возникшие после хирургических вмешательств, приведших к утяжелению основного заболевания; наличие симптомной коморбидности (сахарного диабета, хронической болезни почек (ХБП) и др.); индивидуальные ресурсы и компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы, а также контекстные факторы, включающие психологический статус больного, степень его активности и участия, мотивированности к предложенному реабилитационному лечению, социальные и бытовые факторы окружающей среды.

Цель / Aim

Цель работы – анализ возможности МКФ для оценки всего комплекса нарушенных функций у сердечно-сосудистых больных с акцентом на клиническую составляющую здоровья, а также построение модели оценки реабилитационного потенциала у больных кардиологического профиля.

Материалы и методы / Materials and methods

Проанализированы данные «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма № 088/у) и актов освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) 98 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, признанных инвалидами третьей, второй и первой групп.

Исследование ретроспективное, одномоментное, рандомизированное временным интервалом. В анализируемой выборке большую часть (74 %) представляли больные с 2Б и 3-й стадией ХСН (III-IV функциональный класс (ФК) по NYHA), средний возраст которых составил 63,9 лет,

средняя длительность заболевания – около 7 лет, отмечалось преобладание мужчин (66,5 %). Этиология ХСН была представлена неконтролируемой артериальной гипертензией (92 %), постинфарктным кардиосклерозом (74 %), ишемической кардиомиопатией (25 %), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, 12 %), другие причины сердечной недостаточности встречались существенно реже. Другая группа была представлена больными стенокардией III–IV ФК, тяжелыми нарушениями ритма сердца и проводимости. Среди сопутствующих заболеваний в группах преобладали цереброваскулярная болезнь, сахарный диабет, ХОБЛ, ХБП, полиостеоартрит, ожирение. Первая группа инвалидности была установлена у 40 больных, вторая группа – у 28, третья – у 30.

Результаты/ Results

В работе врача МСЭ и врача реабилитационной медицины оценка реабилитационного потенциала является важнейшим элементом эффективного решения проблем больного, поскольку позволяет максимально использовать весь спектр существующих методов и средств комплексной реабилитации инвалида. В этой связи целесообразно выделение уровней реабилитационного потенциала – высокого, среднего, низкого и крайне низкого. Применительно к кардиологическим больным предлагаем использовать разработанную нами следующую градацию реабилитационного потенциала.

Крайне низкий реабилитационный потенциал должен определяться при:

- терминальной сердечной недостаточности (сохраняющейся на фоне оптимального лечения более 3 месяцев на уровне III–IV ФК ХСН с крайне низкой, менее 30 %, фракцией выброса левого желудочка; больные, которые нуждаются в трансплантации сердца [1]);

- стабильной стенокардии IV ФК с низким резервом коронарного кровотока, проведение реваскуляризации больным невозможно в связи с выраженным коморбидным фоном (например, терминальная ХБП со скоростью клубочковой фильтрации менее 15 %, декомпенсированная сердечная недостаточность, запущенные стадии онкологических заболеваний и др.) или множественными критическими проксимальными в сочетании с дистальными стенозами (обструкция более 90 %) левой коронарной артерии;

- потенциально злокачественных нарушениях ритма сердца и проводимости (устойчивые желудочковые тахикардии, симптомная брадикардия с частотой пульса менее 40 ударов в минуту) при органическом поражении миокарда и проводящих путей сердца, например, синдроме удлинённого интервала QT, аритмогенной дисплазии правого желудочка, синдроме Бругада и др., при отказе больного или невозможности

имплантации искусственного водителя ритма (кардиовертера-дефибриллятора);

- неконтролируемой артериальной гипертензии, приведшей к развитию ХБП почек в терминальной стадии, мозговому инсульту с множественной очаговой неврологической симптоматикой.

Также считаем необходимым отнести к крайне низкому уровню реабилитационного потенциала (помимо III–IV ФК терминальной ХСН) больных III стадией ХСН (полностью необратимой) в соответствии со стадийной классификацией сердечной недостаточности (по Василенко – Стражеско), на которой построены критерии количественной оценки нарушения функций организма при болезнях сердечно-сосудистой системы в медико-социальной экспертизе согласно действующему приказу Минтруда РФ №585н. В эту же подгруппу можно включить кардиологических больных с продолжительностью дожития менее одного года (по данным валидизированных шкал прогноза) вследствие наличия у кардиологического больного сопутствующей потенциально тяжелой патологии (например, по прогностической шкале IPSS-R, используемой при оценке тяжести и прогноза миелодиспластического синдрома, в соответствии с которой продолжительность жизни таких больных варьирует от 7 месяцев до 11 лет).

Низкий реабилитационный потенциал устанавливается при следующих формах сердечно-сосудистых заболеваний:

- ХСН 2Б стадии (в известной мере коррелирует с III ФК), стабильная коронарная недостаточность III ФК, сохраняющиеся на фоне оптимального лечения;

- существенная редукция потенциально смертельных нарушений ритма сердца у больных с органическим поражением сердца, достигнутая с помощью имплантируемых устройств;

- успешная трансплантация сердца в течение первого года после операции при отсутствии значимых проявлений реакции «трансплантат против хозяина» на фоне приема иммуносупрессивной терапии;

- пациенты с сохраняющимися симптомами декомпенсации основного заболевания после хирургических методов лечения (реваскуляризации, протезирования клапанов сердца, трансплантации сердца, имплантации устройств). В эту подгруппу также можно отнести больных с менее тяжелыми стадиями сердечно-сосудистых заболеваний, но имеющих сочетанную патологию прогрессирующего течения, например, сахарный диабет, ХОБЛ, ХБП и др., которые, по сути, могут стать конкурирующими по прогнозу заболеваниями.

К этому же уровню реабилитационного потенциала следует отнести больных с далеко зашедшими стадиями ХСН и ИБС, которые, однако, не получают рекомендованную стандартами лекарственную

или хирургическую помощь в силу различных обстоятельств. Известно, что оптимальная тактика ведения таких пациентов позволяет принципиально менять течение и прогноз данных заболеваний. Например, до недавнего времени средняя продолжительность жизни больных с дилатационной кардиомиопатией составляла около двух лет; в настоящее время продолжительность жизни таких пациентов на фоне рекомендованной базисной терапии может достигать 10–15 лет и более. Причиной увеличения продолжительности жизни этой группы больных явилось не изменение патоморфоза заболевания, а появление новых классов лекарственных препаратов; применительно к сердечной недостаточности – это антагонисты/блокаторы ангиотензина II или его рецептора, минералкортикоидных рецепторов, селективные блокаторы катехоламинов, ингибитор неприлизина, индукторы натрийуретического пептида, средства, влияющие на метаболизм кардиомиоцитов (триметазидин, дапаглифлазин) и др. [6].

Средний реабилитационный потенциал определяется при:

- ХСН 2А стадии, стабильной коронарной недостаточности II ФК, сочетающейся с невысокой стадией сердечной недостаточности (до ХСН 2А);

- тяжелые органические заболевания сердца (например, крупноочаговый или повторный мелкоочаговый инфаркт миокарда, хроническая ревматическая болезнь сердца), которые компенсированы проводимым лечением;

- тяжелые органические заболевания сердца со склонностью к рецидивам (инфаркт миокарда, мозговой инсульт), близкие к компенсации в настоящее время, но с низкой комплаентностью (приверженностью) к лечению со стороны больного;

- успешная трансплантация сердца по истечении первого года после операции при отсутствии проявлений реакции «трансплантат против хозяина» и отсутствии нуждаемости в высоких дозах иммуносупрессивной терапии.

Высокий реабилитационный потенциал включает пациентов, имеющих сердечно-сосудистые заболевания с хорошей компенсацией гемодинамики и симптомами заболевания, которые возникают лишь при умеренных нагрузках, не требуют дополнительных методов лечения в перспективе, с установкой больного на выполнение врачебных рекомендаций в дальнейшем ввиду высокой комплаентности.

В соответствии с положениями МКФ кодирование реабилитационного диагноза проводится специалистами междисциплинарной реабилитационной бригады (МДБ), в которую входят врачи, реабилитологи, педагоги, логопеды, психологи и т.д. в зависимости от поставленных задач и реабилитационного потенциала больного. В основу кодификатора положен национальный стандарт Российской Федерации, включающий

классификацию реабилитационных мероприятий и услуг, а также классификацию ТСР для людей с ограничениями жизнедеятельности.

В соответствии с 20-м пунктом ФЗ № 181 от 11.06.2021: «...пациенту выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), сведения о реабилитационном потенциале...». Кодификатор предназначен для оценки состояния инвалида при формировании индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалида (ИПРА), оценке эффективности его выполнения, подборе ТСР и отдельных мероприятий ИПРА.

Кодификатор представлен независимыми записями (кодами), объединенными в цепочки, основанными на категориях доменов МКФ с соответствующими определителями.

Блок категорий «Функции сердечно-сосудистой системы», входящий в раздел 7, обозначен кодификатором как b410-b429. Например, «Ритм сердечных сокращений» означает функции, связанные с регулярностью сокращений сердца, и кодируется как b4101.

Блок b410 «Функции сердца» включает: насосные функции для поддержания кровотока и давления во всем теле в адекватных или требуемых количествах; функции частоты сердечных сокращений, ритма и выброса; силу сокращения миокарда; функции сердечных клапанов; насосные функции малого круга кровообращения; динамику возврата к сердцу; тахикардию, брадикардию, нерегулярные сердечные сокращения, как, например, при сердечной недостаточности, кардиомиопатии, миокардите, коронарной недостаточности.

Блок b415 «Функции кровеносных сосудов» включает функции транспорта крови к органам и тканям. Он представлен: функцией артерий, капилляров и вен; вазомоторными функциями; функциями легочных артерий, капилляров и вен; функциями венозных клапанов; нарушениями, такие как тромбоз или сужение артерий; атеросклероз, артериосклероз, тромбоэмболии и варикозные вены.

Блок b420 «Функции артериального давления» включает функции поддержания артериального давления; увеличенное и уменьшенное артериальное давление; нарушения, такие как гипотензия, гипертензия и постуральная гипотензия.

В соответствии с временными российскими рекомендациями специалистам МДБ допустимо использовать МКФ без кодов (не во всех регионах Российской Федерации создана электронная версия истории болезни) и формулировать проблемы пациента в категориях МКФ своими словами, хотя использовать формулировки из документа МКФ весьма желательно.

Работа по блокам позволяет МДБ составить список проблем, сформулированных в категориях

МКФ, выделить ключевую проблему (возможно, несколько), приводящую к нарушениям и ограничениям в компонентах здоровья, разрешение которой может значимо восстановить функционирование пациента в целом. Так, если ключевой проблемой является нарушение функции органов и систем, целесообразно использование лечебной помощи. Если ключевой проблемой является нарушение структур организма, эффективно оперативное вмешательство; если ключевой проблемой является ограничение жизнедеятельности (активности и участия), требуется адаптация или переобучение; если ключевой проблемой является барьерный фактор среды, модификация окружающей среды (компетенция эрготерапевта).

Примером эффективной работы МДБ, максимально учитывающей все социальные факторы, может служить опыт работы Центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района (Центр), в котором МДБ функционирует с 2014 года. В ее состав входят специалисты разных направлений: психолог, сопровождающий инвалида весь период реабилитации, специалист-эрготерапевт (в тренировочной квартире), логопед, инструктор по труду, обучающий или восстанавливающий первичные трудовые навыки; инструктор по адаптивной физической культуре, специалист по социальной работе, основная функция которого – составление расписания занятий, консультирование и координация деятельности других специалистов.

После первичной социальной диагностики специалистами МДБ составляется индивидуальный реабилитационный маршрут, в соответствии с которым клиент посещает необходимые мероприятия и процедуры. В процессе прохождения курса реабилитации специалистами МДБ периодически проводится оценка состояния (не реже 1 раза в месяц), контролируются изменения в нарушениях и, при необходимости, меняются методики, приемы работы с реабилитантом. По завершении курса проводится конечная диагностика и сравнительный анализ результатов, который позволяет говорить об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Специалисты МДБ Центра в реабилитации инвалидов с сердечно-сосудистой патологией работают преимущественно с такими категориями нарушений как приобретение практических навыков, концентрация внимания, преодоление стресса и других психологических нагрузок, восприятие устных сообщений при общении, речь, письменные сообщения, разговор, изменение позы тела и поддержания положения тела, поднятие и перенос объектов, ходьба, одевание, прием и приготовление пищи, сложные межличностные взаимодействия, отдых и досуг.

Оценка эффективности работы МДБ в 2015–2020 гг. показала, что подключение

на раннем этапе к комплексным мероприятиям психолога, логопеда, эрготерапевта, педагогов позволяет значительно повысить эффективность комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста: наблюдается улучшение нарушенных функций для удовлетворения бытовых потребностей наблюдалось у 84,2 % инвалидов, восстановление и расширение социальных связей – у 79,5 %, восстановление социального статуса (расширение трудовых рекомендаций или группа инвалидности при повторном освидетельствовании не установлена) – у 24,2 % [5].

Оценка доменов осуществляется по степени выраженности ограничения или нарушения (норма, легкая, средняя, тяжелая или абсолютная) в баллах. По окончании курса реабилитационных мероприятий эксперт повторно проводит количественную оценку выраженности нарушения/ограничений, оценивая качество работы реабилитационной бригады в целом. Если помощь пациенту с выявленной проблемой на данном этапе невозможна в силу ограниченного арсенала медицинских технологий, но она важна для пациента, необходимо оставить эту проблему в реабилитационном диагнозе для ее решения на следующем этапе или в другой клинике. Таким образом, основной смысл, заложенный в МКФ – повышение качества реабилитационной диагностики и эффективное управление работой МДБ.

Обсуждение/ Discussion

По нашему мнению, МКФ имеет ряд ограничений, которые могут препятствовать ее широкому применению в повседневной клинической практике. Например, в раздел 7 «Функции сердечно-сосудистой системы» не включены ряд блоков, имеющих непосредственное отношение к сердечно-сосудистой патологии, такие как b455 «Функции толерантности к физической нагрузке», блок b469 «Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем» и др. Данные блоки имеют кодировку, не вписывающуюся в числовой интервал 410–429, относящийся к сердечно-сосудистой системе; специалист вынужден искать подходящие для кардиологических больных категории в других разделах, тратя на это дополнительное время. Вместе с тем общее число идентификационных критериев в МКФ составляет 1454!

Кроме того, клиницисту, реабилитологу, специалисту по медико-социальной экспертизе не всегда понятен принцип использования дополнительных блоков, которые включены в соответствующий раздел, но непосредственно не связаны с функцией сердечно-сосудистой системы, такие как b498 «Функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной...систем». Мы полагаем, что функции крови и иммунной системы целесообразно рассматривать безотносительно

параметров гемодинамики и функционирования сердечно-сосудистой системы в целом.

В ряде случаев вызывает непонимание врача реабилитационной медицины то обстоятельство, что Положением МКФ предусмотрены блоки, также отнесенные к разделу «Кардиология», например, b460 «Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем», которые включают «ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиения и затруднения дыхания», относящиеся преимущественно к субъективным категориям сердечно-сосудистых расстройств, описываемые в классификаторе как «ощущения тяжести в груди, нерегулярного сердцебиения, диспноэ, нехватки воздуха, удушья, комка в горле, спазма и хрипов», а также блок b469 «Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, другие уточненные и не уточненные симптомы». Нам представляется, что медицинская документация пациентов с органическими заболеваниями сердца и сосудов должна содержать, главным образом, данные объективных исследований, поскольку качество/эффективность реабилитации сердечно-сосудистых больных оценивается по инструментальным параметрам гемодинамики, а не ощущениями больного. Известно, что более 80 % эпизодов коронарной недостаточности у больного ИБС протекает в бессимптомной форме, в то время как классические ангинозные боли у больных со стенокардией выявляются относительно редко. То же можно сказать о злокачественных тахикардиях, которые выявляются случайно при проведении суточного мониторирования электрокардиограммы, а выраженные субъективные ощущения возникают, как правило, при доброкачественных нарушениях ритма сердца, например, наджелудочковых экстрасистолах.

В целом основное замечание по структуре кодификатора в разделе сердечно-сосудистых заболеваний состоит, с нашей точки зрения, в чрезмерной детализации МКФ по блокам, что существенно усложняет и удлинняет работу МДБ, внося дополнительные опции, не несущие принципиального значения для процесса эффективной комплексной реабилитации, но существенно увеличивающие время при разработке ИПРА. Кроме того, в основном блоке сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, ХСН) не прописаны принципиальные для оценки реабилитационного прогноза критерии, такие как переносимость (толерантность) физических нагрузок, ключевые параметры гемодинамики (продолжительность и тяжесть ишемии миокарда, сократимость и ригидность миокарда, степень ремоделирования миокарда), которые максимально полно отражают эффективность проведенных медицинских мероприятий. В этой связи актуальным становится создание «базисных» блоков по конкретным разделам

МКФ. Базисные блоки необходимы, с нашей точки зрения, на время переходного периода появления электронной истории болезни со встроенной программой по категориям МКФ.

При создании базисного блока по разделу «сердечно-сосудистые заболевания» предлагаем для эффективной работы МДБ ограничиться следующими категориями из обширного списка МКФ без ущерба для основных Положений международной классификации:

- функции сердца (b410) – сила сокращения миокарда (b4102), динамика возврата к сердцу (диастолическая функция), функции клапанов сердца, насосные функции малого круга кровообращения (для трех последних доменов номера блоков отсутствуют);

- темп сердечных сокращений (b4100);

- кровоснабжение сердца (b4103) применительно к тяжести стенокардии (наше видение данного домена);

- функции кровеносных сосудов (b415), в том числе венозных клапанов, тромбозов, атеросклероз; здесь же домен «функции артерий» (b4150), включающий расширение (аневризма) и сужение (перемежающаяся хромота); «функции капилляров» – (b4151), «функции вен» – (b4152);

- функции артериального давления (b420): повышение (b4200), понижение (b4201), поддержание (b4202);

- функции дыхательной системы (b440) включают домен «темпы дыхания» (b4400), который позволяет характеризовать одышку как проявление левожелудочковой недостаточности у больных ХСН, стенокардию высоких градаций, также в ряде случаев приводящую к тяжелому диспноэ;

- дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b450-469); данный домен в значительной мере отражает биопсихосоциальную модель болезни и функционирования, поскольку в нем представлены субъективные жалобы пациента: тяжесть в груди, ощущение перебоев в работе сердца, нехватки воздуха, удушья, комка в горле, спазма и хрипов (b460), которые могут становиться ключевой жалобой больного, во многом определяющей его реабилитационный прогноз;

- функции толерантности к физической нагрузке (b455) включают общую физическую выносливость (b4550), утомляемость (b4552), дополняемые разделом d (активность и участие) – ходьба на короткие расстояния (d4500), ходьба на дальние расстояния (d4501), позволяющих оценивать тяжесть сердечной недостаточности (тест 6-минутной ходьбы), стенокардии, атеросклероза нижних конечностей;

- водный баланс (b5450), включающий домен «задержка воды» (b45500), который характеризует наличие отека (в том числе гидроторакс, асцит и др.); электролитный баланс (b4552),

отражающий изменения содержания калия, натрия, хлоридов;

– боль (b280–289), включающий боль в грудной клетке (b28011);

– функции мышечной силы (b730), потенциал которой снижается, особенно при декомпенсированной сердечной недостаточности, старческой саркопении;

– помощь ближайших родственников является одним из важнейших условий эффективной реабилитации, которая представлена в разделе e МКФ (e310). Вот тот «скромный» набор доменов, который мы рекомендуем оценивать до и после проведения комплекса реабилитационных мероприятий у кардиологических больных.

При подготовке реабилитационного диагноза МКФ предписывает каждому соответствующему домену классификации подбирать подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

– xxx.0 – НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...), 0–4 %;

– xxx.1 – ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...), 5–24 %;

– xxx.2 – УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...), 25–49 %;

– xxx.3 – ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...), 50–95 %;

– xxx.4 – АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...), 96–100 %;

– xxx.8 – не определено;

– xxx.9 – не применимо.

По нашему мнению, такая градация тяжести течения заболеваний важна и необходима, особенно для оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий. Вместе с тем предложенная редакция классификации не оптимальна, поскольку содержит терминологию субъективного, описательного характера: «значимые», «интенсивные», «полные», что существенно затрудняет преемственность на этапах реабилитации, поскольку члены МДБ могут вкладывать различный смысл в эти определения. К тому же, что более важно для клинициста, далеко не все сердечно-сосудистые нозологические формы можно оценить данной шкалой. Например, эта шкала градаций может быть применена для характеристики ХСН, тяжести течения стабильной ИБС, но не будет объективна при оценке тяжести нарушений ритма сердца и проводимости, артериальной гипертензии. Процент нарушений функций в данной классификации также не соответствует клиническому течению кардиологических заболеваний. Так, например, для градации «тяжелые» сердечной недостаточности соответствует только стадия 2Б, в то время как значения 50 % соответствуют лишь стадии 2А ХСН. То же самое можно сказать и в отношении тяжести стабильной стенокардии: третьему ФК коронарной недостаточности не будет соответствовать предложенный в классификации

уровень в 50 %. Скорее речь может идти о 90 % для этого ФК стенокардии [6].

С нашей точки зрения, заслуживает определенного внимания и трактовка оценки тяжести артериальной гипертензии. В реабилитационном диагнозе МКФ артериальная гипертензия представлена легкими, умеренными и тяжелыми нарушениями, в то время как Российские и международные стандарты не используют «умеренные/тяжелые» формы применительно к артериальной гипертензии, поскольку они не входят в современную классификацию гипертонической болезни [7].

Заключение / Conclusion

Подводя итоги нашим представлениям о месте МКФ в комплексной реабилитации сердечно-сосудистых больных, необходимо отметить важную роль данной классификации в объективной оценке результатов реабилитационных мероприятий, позволяющей сосредоточить внимание на ключевых проблемах болезни и функционировании индивида. Вместе с тем считаем необходимым адаптировать ряд положений МКФ, относящихся к кардиологической проблематике, которые могут ограничивать ее активное использование в Российской Федерации. Предлагаем на время переходного периода внедрения МКФ уменьшение числа блоков, не несущих объективных данных о состоянии здоровья сердечно-сосудистых больных; рассмотреть возможность увеличения числа параметров гемодинамики, которые используют практические врачи для оценки тяжести течения и прогноза заболевания, что существенно упростит и конкретизирует оценку здоровья определенного больного.

Предлагаем валидизировать предложенные ранее базовые комплекты доменов по специальностям [8], обсудить предложенный нами вариант набора доменов по сердечно-сосудистым заболеваниям, который, надеемся, позволит существенно сократить время поисков в МКФ, сделает работу реабилитационной бригады более эффективной. Еще раз подчеркиваем, что предложенная нами редакция кардиологических доменов носит временный характер до появления электронной версии истории болезни, сопряженной с МКФ. Роль и место данной классификации в работе врача по медико-социальной экспертизе пока ограничено разделом «нарушенных функций» в соответствии с приказом Минтруда РФ от 27.08.2019 № 585н; основные проблемы широкого использования МКФ отражены нами в статье, опубликованной ранее [9].

Этика публикации. Представленная статья ранее опубликована не была, все заимствования корректны.

Конфликт интересов. Информация о конфликте интересов отсутствует.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература

1. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.В. Шляхто. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 816 с.
2. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А. и др. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – Т. 6. – №. 82. – С. 1219-1228.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ: Краткая версия. СПб: СПбИУВЭК, 2003. – 228 с.
4. Столов С.В., Привалов К.А. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II: какой класс препаратов предпочесть для лечения сердечно-сосудистых патологий? // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2021. – Т. 13. – № 4. – С. 31-46.
5. Жукова Т.Н., Бурдина И.В. Возможности использования социальных технологий в практике реабилитации инвалидов // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2018. – Т. 33. – № 4. – С. 14-17.
6. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации. / Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25. – № 11. – С. 201-250.
7. Столов С.В., Макарова О.В. Роль Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в комплексной реабилитации кардиологических больных // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2021. – Т. 13. – № 3. – С. 63-68.
8. Шошмин А.В., Лорер В.В., Малькова С.В. Отдельные аспекты имплементации базового набора МКФ при расстройствах аутистического спектра в практике реабилитации и абилитации // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2. – № 4. – С. 51-58.
9. Столов С.В., Макарова О.В. МСЭ больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: вопросы направления на МСЭ // Специалист здравоохранения. – 2021. – № 26. – С. 23-24.
10. medicinskoj reabilitacii: instrukciya dlya specialistov [Using the International Classification of Functioning (ICF) in outpatient and inpatient medical rehabilitation: instructions for specialists]. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny [Bulletin of Regenerative Medicine]. 2017;6(82):1219-28 (In Russian).
11. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: MKF Kratkaya versiya [International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF Short Version]. SPb: SPbIUVE`K [St. Petersburg; St. Petersburg Institute for Advanced Training of Medical Experts], 2003. 228 p. (In Russian).
12. Stolov SV, Privalov KA. Ingibitory` angiotenzinprevrashhayushhego fermenta i blokatory` receptorov angiotenzina II: kakoj klass preparatov predpochest` dlya lecheniya serdechno-sosudisty`x patologij? [Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers: which class of drugs is preferable for the treatment of cardiovascular pathologies?]. Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova [Bulletin of the North-Western State Medical University named after. I.I. Mechnikov]. 2021;13(4):31-46 (In Russian).
13. Zhukova TN, Burdina IV. Vozmozhnosti ispol`zovaniya social`ny`x texnologij v praktike reabilitacii invalidov [Possibilities of using social technologies in the practice of rehabilitation of disabled people]. Kazanskij social`no-gumanitarny`j vestnik [Kazan Social and Humanitarian Bulletin]. 2018;4(33):14-7. (In Russian).
14. Stabil`naya ishemicheskaya bolezn` serdca. Klinicheskie rekomendacii [Stable coronary heart disease. Clinical guidelines]. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. 2020;25(11):201-50. (In Russian).
15. Stolov SV, Makarova OV. Rol` Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v kompleksnoj reabilitacii kardiologicheskix bol`ny`x [The role of the International Classification of Functioning, Disability and Health in comprehensive rehabilitation of cardiac patients]. Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova [Bulletin of the North-Western State Medical University named after. I.I. Mechnikov]. 2021;13(3):63-8. (In Russian).
16. Shoshmin AV, Loror VV, Malkova SV. Otdel`ny`e aspekty` implementacii bazovogo nabora MKF pri rasstrojstvax autisticheskogo spektra v praktike reabilitacii i abilitacii [Selected aspects of the implementation of the ICF basic set for autism spectrum disorders in the practice of rehabilitation and habilitation]. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina [Physical and rehabilitation medicine]. 2020;2(4):51-8. (In Russian).
17. Stolov SV, Makarova OV. MSE bol`nykh s serdechno-sosudistymi zabollevanijami: voprosy napravleniya na MSE [MSE of patients with cardiovascular diseases: issues of referral to MSE]. Spetsialist zdravookhraneniya [Healthcare Specialist]. 2021;26:23-4. (In Russian).

References

1. Kardiologiya. Nacional`noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie, pod red. E.V. Shlyakhto [Cardiology. National guidelines: Short edition, edited by EV Shlyakhto]. M.: GE`OTAR-Media [Moscow: GEOTAR Media], 2018. 816 p. (In Russian).
2. Melnikova EV, Builova TV, Bodrova RA, Shmonin AA, et al. Ispol`zovanie mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya (MKF) v ambulatornoj i stacionarnoj

Поступила: 03.06.2024
Принята в печать: 16.12.2024

Авторы

Солов Сергей Валентинович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой терапии 1 Института дополнительного профессионального образования, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Бестужевская ул., д. 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация; e-mail: sv100lov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3431-1224>.

Макарова Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии 1 Института дополнительного профессионального образования, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Бестужевская ул., д. 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация; e-mail: olgamak2012@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1849-0648>.

Крюкова Татьяна Александровна – директор СПбГБУСОН «Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга», ул. Шелгунова, д. 17, Санкт-Петербург, 192174, Российская Федерация; e-mail: tiara_2000@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7513-9416>.

Родионова Анна Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии 1 Института дополнительного профессионального образования, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Бестужевская ул., д. 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация; e-mail: a.rod84@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0186-7621>.

Authors

Stolov Sergey Valentinovich – Grand PhD in Medical sciences (Dr. Med. Sci), assistant professor, Head of the Department of Therapy 1 of Institute of Additional Professional Education, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067 St. Petersburg, Russian Federation; e-mail: sv100lov@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3431-1224>.

Makarova Olga Vladimirovna – PhD in Medical sciences (Cand. Med. Sci.), Associate Professor of the Department of Therapy 1 of Institute of Additional Professional Education, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067 St. Petersburg, Russian Federation; e-mail: olgamak2012@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1849-0648>.

Kryukova Tatyana Aleksandrovna – Director of the St. Petersburg State Budgetary Institution of Social Services for the Population «Center for Social Assistance to Families and Children of the Nevsky District of St. Petersburg», 17 Shelgunova Street, 192174 St. Petersburg, Russian Federation; e-mail: tiara_2000@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7513-9416>.

Rodionova Anna Yuryevna – PhD in Medical sciences (Cand. Med. Sci.), Associate Professor of the Department of Therapy 1 of Institute of Additional Professional Education, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067 St. Petersburg, Russian Federation; e-mail: a.rod84@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0186-7621>.