

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ: ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИНВАЛИДОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ишутина И.С., Кантемирова Р.К., Шабанова О.А.

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта,
ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация

Резюме

Введение. 360 млн пациентов во всем мире страдают бронхиальной астмой [6]. По данным Европейского сообщества пульмонологов, распространенность бронхиальной астмы в России составляет 5–8 % в общей популяции, причем 20 % больных страдают этим заболеванием в тяжелой форме [1]. По данным некоторых прогностических аналитических исследований, к 2025 г. в том случае, если процесс урбанизации будет продолжаться теми же темпами и городское население во всем мире увеличится с 45 до 59 %, бронхиальная астма разовьется дополнительно у 100–150 млн человек [2, 5].

Основную роль в патогенезе бронхиальной астмы играют хронические воспалительные процессы. Прослеживается четкая связь воспалительных изменений слизистой оболочки дыхательных путей с бронхиальной гиперреактивностью и степенью обструкции бронхов. Реализация повышенной чувствительности трахеобронхиального дерева проявляется характерной триадой – бронхоспазмом, отеком слизистой и гиперсекрецией, и может быть вызвана как иммунологическими, так и неиммунологическими механизмами [3].

Целью данного исследования является разработка методики описания объективного статуса инвалида в процессе экспертно-реабилитационной диагностики с использованием категорий Международной классификации функционирования для принятия экспертного решения на примере бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Оценка ограничений жизнедеятельности в группе инвалидов вследствие бронхиальной астмы производилась в соответствии с базовым набором Международной классификации функционирования [4, 7] для бронхиальной астмы с использованием первого измерителя. В рамках конкретных категорий Международной классификации функционирования степень нарушения функций и структур организма определялась по классическим клиническим методам обследования. Описание объективного статуса инвалида проводилось на основе индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности. Групповая оценка показателей ограничений жизнедеятельности производилась на основании индивидуальных оценок. Показатели ограничений жизнедеятельности оценивались внутри категорий. Учитывая то, что индивидуальные профили ограничений жизнедеятельности отличаются друг от друга у разных пациентов, что зависит от набора сопутствующих заболеваний, спектр показателей весьма широк.

Результаты. Показатели ограничений жизнедеятельности, специфичные для основного заболевания, как правило, встречаются у всех пациентов, отобранных в группу по нозологическому принципу. Групповой анализ позволяет выделить для конкретной нозологической формы заболевания присущие ей ограничения жизнедеятельности. В результате проведенной апробации Международной классификации функционирования при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие бронхиальной астмы путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности».

Обсуждение. В результате проведенной апробации Международной классификации функционирования при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие бронхиальной астмы путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности».

Заключение. Индивидуальный профиль ограничений жизнедеятельности инвалида, описываемый в статье не является полным, а охватывает только те разделы классификации, которые относятся к «зоне ответственности» врача терапевта как специалиста, принимающего экспертное решение при определении инвалидности у больных бронхиальной астмой.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, бронхиальная астма, ограничения жизнедеятельности. Nos octu consum primisqua dum atuam, nonsuntem incles re mandumu liconsultu coero etrartistra que ponsum in vitil constus cesimus, consultiam orevides

Ишутина И.С., Кантемирова Р.К., Шабанова О.А. Международная классификация функционирования: оценка ограничений жизнедеятельности у инвалидов с бронхиальной астмой // *Физическая и реабилитационная медицина*. – 2020. – Т. 2. – № 1. – С. 34-44. DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-1-34-44

Ishutina I.S., Kantemirova R.K., Shabanova O.A. (2020) International Classification of Functioning: Assessment of Life Restrictions in Disabled with Bronchial Asthma. *Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 2, no. 1, pp. 34-44. (in Russian). DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-1-34-44

Ишутина Инна Сергеевна / Inna S. Ishutina; e-mail: in.ishutina@yandex.ru

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING: ASSESSMENT OF LIFE RESTRICTIONS IN DISABLED WITH BRONCHIAL ASTHMA

Ishutina I.S., Kantemirova R.K., Shabanova O.A.

*Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht,
50 Bestuzhevskaya Street, 195067 Saint Petersburg, Russian Federation*

Abstract

Introduction. At least 360 million patients worldwide suffer from bronchial asthma [6]. According to the European Community of Pulmonologists, the prevalence of bronchial asthma in Russia is 5–8 % in the general population, with 20 % of patients suffering from this disease in severe form [1]. According to some prognostic analytical studies, by 2025, if the urbanization process continues at the same pace and the urban population worldwide increases from 45 to 59 %, bronchial asthma will develop an additional 100–150 million people [2, 5]. The main role in the pathogenesis of bronchial asthma is played by chronic inflammatory processes. There is a clear connection between inflammatory changes in the mucous membrane of the respiratory tract with bronchial hyperreactivity and the degree of bronchial obstruction. The implementation of the increased sensitivity of the tracheobronchial tree is manifested by a characteristic triad – bronchospasm, swelling of the mucosa and hypersecretion, and can be caused by both immunological and non-immunological mechanisms [3].

Aim. The aim of this study is to develop a methodology for describing the objective status of a disabled person in the process of expert rehabilitation diagnosis using the categories of International Classification of Functioning for making an expert decision on the example of bronchial asthma.

Materials and methods. Assessment of life restrictions in the group of people with disabilities due to bronchial asthma was carried out in accordance with the basic set of the International Classification of Functioning [4, 7] for bronchial asthma using the first meter. Within the specific categories of the International Classification of Functioning, the degree of impairment of the functions and structures of the body was determined by classical clinical methods of examination. The description of the objective status of a disabled person was carried out on the basis of an individual profile of life restrictions. The group assessment of indicators of life restrictions was made on the basis of individual assessments. Indicators of disability were evaluated within categories. Given that individual profiles of life restrictions differ from each other in different patients, that depends on the set of concomitant diseases, the range of indicators is very wide.

Results. Indicators of life restrictions specific to the underlying disease are usually found in all patients selected for the nosological group. Group analysis allows identify specific nosological forms of the disease inherent life restrictions. As a result of testing of the International Classification of Functioning when making expert decisions have become disabled due to bronchial asthma by summing data of individual profiles of “disability” depending on the disturbance of body functions and activity limitations were able to identify a generic list of “life restrictions”.

Discussion. As a result of testing the International Classification of Functioning, Disability and Health when making an expert decision for people with disabilities due to asthma, by summarizing the data of individual profiles of “limitation of vital activity” on the components of impaired body functions and limiting activity, a generalized list of “limitations of vital activity” was revealed.

Conclusion. The individual profile of life restrictions described in the article is not complete, but covers only those sections of the classification that belong to the “area of responsibility” of the therapist as a specialist who makes an expert decision when determining disability in patients with bronchial asthma.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, bronchial asthma, disability.

Введение / Introduction

В настоящее время, по данным ВОЗ, бронхиальной астмой (БА) в мире страдают 360 млн человек [1, 7]. К 2025 году это количество может увеличиться до 400 млн человек. Заболевание нередко становится причиной инвалидизации, от бронхиальной астмы ежегодно продолжают умирать около 250 тыс. человек [2, 5, 6, 7].

По данным некоторых прогностических аналитических исследований, к 2025 г. в том случае, если процесс урбанизации будет продолжаться теми же темпами и городское население во всем мире увеличится с 45 до 59 %, БА разовьется дополнительно у 100–150 млн человек [2].

В этиологии заболевания выделяют 5 групп факторов, которые при определенных условиях приводят к прогрессированию врожденных и/или приобретенных биологических дефектов бронхов, легких, иммунной, эндокринной и нервной систем. К таким факторам относят инфекционные аллергены (пыльцевые, пылевые, производственные, лекарственные, аллергены клещей, насекомых, животных и т. п.); инфекционные агенты (вирусы, бактерии, грибы и т. п.); механические и химические раздражители (металлическая, древесная, силикатная, хлопковая пыль, пары кислот, щелочей, дымы и т. п.); физические и метеорологические факторы (изменения температуры

и влажности воздуха, колебания барометрического давления и т. п.); нервно-психические стрессовые воздействия.

Основную роль в патогенезе БА играют хронические воспалительные процессы. Прослеживается четкая связь воспалительных изменений слизистой оболочки дыхательных путей с бронхиальной гиперреактивностью и степенью обструкции бронхов. Реализация повышенной чувствительности трахеобронхиального дерева проявляется характерной триадой – бронхоспазмом, отеком слизистой и гиперсекрецией – и может быть вызвана как иммунологическими, так и неиммунологическими механизмами [3].

Цель / Aim

Целью данного исследования является разработка методики описания объективного статуса инвалида в процессе экспертно-реабилитационной диагностики с использованием категорий Международной классификации функционирования (МКФ) для принятия экспертного решения на примере бронхиальной астмы.

Материалы и методы / Materials and methods

В группу инвалидов вследствие БА вошли 30 пациентов трудоспособного возраста.

При клиническом обследовании пациентов, прежде всего, мы обращали внимание на их общее состояние, характер нарушений функции дыхательной системы, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, изучали семейный анамнез, социальный статус инвалида.

Группа обследованных состояла из лиц мужского и женского пола в возрасте 20–54 лет (средний возраст 43,2 года). Инвалидность III группы была у 26 обследованных (86,7%), II группу имели 4 обследованных (13,3%) На момент обследо-

вания продолжали трудовую деятельность 60% пациентов.

Инвалидов мужского пола – 8 человек, что составило 26,7% (от 20 до 52 лет, средний возраст – 36,5 лет), из них инвалиды III группы составили 100%, 50% продолжали трудовую деятельность. Женщин – 22 (73,3%), от 25 до 54 лет, средний возраст – 45,6 лет), из них III группу инвалидности имели 81,8%, продолжали трудовую деятельность 63,6%.

По уровню образования пациенты распределились следующим образом: среднее специальное – 66,7%, высшее – 40%, среднее – 20%, один (6,6%) обследованный являлся студентом.

Результаты / Results

БА в основном была средней степени тяжести (86,7%), тяжелой степени – в 13,3 % случаев, БА легкой степени отсутствовала. Все обследованные получали базисную противовоспалительную терапию, которая включала в себя: кортикостероиды (гормональные препараты) в таблетках или ингаляциях. Причем ингаляционные кортикостероиды наиболее предпочтительны, их применяли все обследованные, 13,3 % дополнительно принимали и таблетированные кортикостероиды. БА у всех обследованных носила смешанный генез.

Учитывая наличие возможных осложнений базисной терапии бронхиальной астмы и возраст пациентов, при котором, как правило, имеется комплекс соматических заболеваний, в группу обследованных нами отбирались и пациенты с сопутствующей патологией, при условии, что бронхиальная астма являлась инвалидизирующим заболеванием.

Процентное распределение по нозологическим формам сопутствующих заболеваний представлено в таблице 1.

Таблица 1 / Table 1

Процентное распределение по нозологическим формам в группе инвалидов с БА Percentage distribution by nosological forms in the group of disabled people with bronchial asthma

Нозологические формы / Nosologic forms	Шифр МКБ-10 / ICD-10 code	%
Класс IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ		
ИНСД	E 11	40,0
Ожирение	E 66.0	26,7
Гиперхолестеринемия	E 78.0	26,7
Класс IX Болезни системы кровообращения		
Артериальная гипертензия	I 10	53,3
Кардиомиопатия	I 42	60,0

Нозологические формы / Nosologic forms	Шифр МКБ-10 / ICD-10 code	%
Варикозное расширение вен нижних конечностей	I 83.9	33,3
Класс XI Болезни органов пищеварения		
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	K 26.9	26,7
Гастрит хронический	K 29.5	26,7
Класс XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		
Остеохондроз позвоночника	M 42.1	80,0

Следует отметить, что в данной группе были выявлены и другие заболевания: анемия у 20 % обследованных, заболевание щитовидной железы – у 20 %, ревматоидный артрит – у 6,6%.

Как видно из таблицы, у пациентов имелся большой спектр сопутствующих заболеваний, которые в свою очередь влияют на клинический прогноз.

Нарушения функций организма описываются в МКФ для данной группы инвалидов в нескольких разделах.

Болевые ощущения оценивались по субъективным оценкам самого пациента. Пациенту предлагалось оценить болевые ощущения по 100-балльной шкале.

Боли различных локализаций определялись в связи с наличием сопутствующих заболеваний. Боль в грудной клетке определялась в связи с наличием кардиомиопатии и сопутствующего заболевания позвоночника. Боли в голове и шее определялись в связи с наличием артериальной гипертензии и сопутствующих заболеваний.

В разделе 4 МКФ, описывающем нарушения функций сердечно-сосудистой системы, крови, иммунной и дыхательной систем два блока посвящены функциям дыхательной системы (табл. 2):

- функции сердечно-сосудистой системы (b410–b429);
- функции системы крови и иммунной системы (b430–b439);
- функции дыхательной системы (b440–b449);
- дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b450–b469).

Данные о нарушениях функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы в категориях МКФ для группы инвалидов с БА кодировались в соответствии с данными обследования (спирография, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографическое исследование, мониторинг артериального давления).

При осмотре определяли статические и динамические характеристики грудной клетки, а также внешние показатели дыхания. Для этого определяли форму грудной клетки (правильная или неправильная); тип грудной клетки; симметричность обеих половин грудной клетки; симметричность дыхательных экскурсий обеих половин грудной клетки; искривление позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз); дыхательную экскурсию грудной клетки на уровне IV ребра.

При оценке симметричности дыхательных экскурсий грудной клетки обращали внимание на движение углов лопатки во время глубокого вдоха и выдоха. Измерение максимальной окружности и оценку дыхательных экскурсий грудной клетки проводили путем измерения сантиметровой лентой окружности грудной клетки на высоте максимального вдоха, при этом лента сзади располагалась на углах лопаток. Дыхательную экскурсию грудной клетки определяли путем измерения окружности грудной клетки на высоте вдоха и выдоха.

Измерение частоты дыхания проводили путем подсчета числа дыхательных движений (ЧДД) в 1 мин незаметно для больного. Категорию «темп дыхания» оценивали по ЧДД, категория «ритм дыхания» нарушена не была.

Категорию «глубина вдоха» (b 4402) оценивали по данным спирографии – жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ) на вдохе.

Категории в блоке функции дыхательной системы (b440–b449): b445 «функции дыхательных мышц» (функции мышц, участвующих в акте дыхания), b4450 «функции грудных дыхательных мышц» (функции грудных мышц, участвующих в акте дыхания), b4451 «функции диафрагмы» (функции диафрагмы при её участии в акте дыхания), b4452 «функции дополнительных дыхательных мышц» (функции дополнительных мышц, участвующих в акте дыхания) не оценивались, т.к. пациенты находились в ремиссии, и эти функции дыхательной системы нарушены не были.

Процентное распределение нарушений функций по степени тяжести внутри категорий по разделу 4 в блоках «Функции сердечно-сосудистой системы», «Функции дыхательной системы», «Функции системы крови», «Функции иммунной системы»

Percentage distribution of functional disorders by severity within the categories under section 4 in the blocks Functions of the cardiovascular system, Functions of the respiratory system, Functions of the blood system and Functions of the immune system

Код / Code	Блоки, категории / Blocks, categories	Нарушения функций организма (в %) / Violations of body functions (in %)				
		Нет / Absent	Легкие / Light	Умеренные / Moderate	Тяжелые / Heavy	Абсолютные / Absolute
Функции сердечно-сосудистой системы / Functions of the cardiovascular system (b410–b429)						
b4100	Темп сердечных сокращений	53,3	33,3	13,3	–	–
b4101	Ритм сердечных сокращений	53,3	13,3	6,6	13,3	–
b4200	Повышенное артериальное давление	33,3	40,0	20,0	6,6	–
Функции дыхательной системы / Functions of the respiratory system (b440–b449)						
b4400	Темп дыхания	–	86,7	13,3	–	–
b4401	Ритм дыхания	100	–	–	–	–
b4402	Глубина вдоха	–	13,3	53,3	33,3	–
Дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем / Additional functions and sensations from the cardiovascular and respiratory systems (b450–b469)						
b450	Дополнительные дыхательные функции	–	13,3	80	6,3	–
b4550	Общая физическая выносливость	–	6,6	73,3	20,0	–
b4551	Аэробный резерв	–	–	80,0	20,0	–
b4552	Утомляемость	6,6	13,3	80,0	–	–
Функции системы крови и иммунной системы / Functions of the blood system and immune system (b430–b439)						
b4351	Реакция гиперчувствительности	–	6,6	40	53,3	–

Категории «темп сердечных сокращений» (b4100), «ритм сердечных сокращений» (b4101) кодировались на основании данных суточного мониторинга ЭКГ.

Категория «повышенное артериальное давление» кодировалась в соответствии с клинической классификацией артериальной гипертензии.

Необходимо отметить, что в МКФ в рамках блоков для каждой из систем организма выделены категории под общей рубрикой «дополнительные функции и ощущения», что расширяет возможности для кодирования субъективных ощущений пациен-

та в рамках клинических классификаций. Категория «дополнительные дыхательные функции» – дополнительные функции, связанные с дыханием, такие как кашель, чихание, зевота (включено: функции выдувания, свиста, дыхания ртом) оценивались на основании субъективных ощущений пациента.

Так, категория «общая физическая выносливость» – функции, связанные с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки – оценивались при использовании стандартизированного опросника для определения функционального класса состояния пациента.

В блоке «функции системы крови» и «функции иммунной системы» (b430–b439) нами оценивалась категория «реакция гиперчувствительности» – функции чрезмерного ответа организма сенсбилизацией на чужеродные субстанции, например, чувствительность к различным антигенам. Включено: нарушения, такие как гиперчувствительность или аллергия. Исключено: переносимость пищи (b5153).

По разделу 5 МКФ нарушения функций отмечены в блоках:

- функции, связанные с пищеварительной системой (b510–569);
- функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе (b570) (табл. 3).

Категория b530 «функции сохранения массы тела» – функции сохранения соответствующей массы тела, включая прибавку веса в период развития. Включено: функции сохранения нормального росто-весового индекса; нарушения, такие как сниженная масса тела, кахексия, потеря веса, избышек веса, истощение, первичное и вторичное ожирение. Исключено: функции ассимиляции (b520); общие метаболические функции (b540); функции эндокринных желез (b555) нами оценивалась по степени ожирения.

Категория b5153 «переносимость пищи» – функции восприятия приемлемой и отторжения неприемлемой для пищеварения пищи и жидкости (включено: нарушения, такие как гиперчувствительность, непереносимость глютена) – нами оценивались по степени непереносимости пищевых продуктов.

Категория b5401 «углеводный обмен». Включено: функции, вовлеченные в процесс, в результате которого углеводы пищи запасаются и распадаются до глюкозы и последовательно до двуокиси углерода и воды. Эта функция оценивалась у пациентов с инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД).

Категория b5408 общие метаболические функции, другие уточненные. К этой категории отнесено нарушение метаболической функции, такое как гиперхолестеринемия.

Ограничение активности в группе инвалидов вследствие БА – вошли нижеперечисленные разделы МКФ (табл. 4):

- раздел 4 – мобильность;
- раздел 5 – самообслуживание;
- раздел 6 – бытовая жизнь.

Оценка ограничения активности проводилась путем опроса пациента (опросник на основе МКФ в подробной версии). Оценка являлась субъективной. Участие специалиста заключалось лишь в объяснении, в случае необходимости, содержательной части конкретной категории.

Анализируя данные таблицы видно, что у пациентов данной группы ограничение активности в блоке «Ходьба и передвижение» было более изменено в следующих категориях: «Ходьба на дальние расстояния», «Бег», передвижение вне своего дома и вне других зданий.

Категория «Использование общественного транспорта» оценивалась с учетом категории «Ходьба и передвижение» в сочетании с наличием реакции гиперчувствительности на запахи.

Таблица 3 / Table 3

**Процентное распределение нарушений функций по степени тяжести внутри категорий /
Percentage distribution of functional disorders by severity within categories**

Код / Code	Блоки, категории / Blocks, categories	Нарушения функций организма (в %) / Violations of functions of an organism (%)				
		Нет / Absent	Легкие / Light	Умеренные / Moderate	Тяжелые / Heavy	Абсолютные / Absolute
Функции, связанные с пищеварительной системой / Functions related to the digestive system (b510–b539)						
b530	Функции сохранения массы тела (ожирение)	53,3	26,7	20,0	–	–
b5153	Переносимость пищи	40,0	40,0	20,0	–	–
Функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе / Functions related to metabolism and endocrine system (b540–b559)						
b5401	Углеводный обмен	80,0	13,3	6,6	–	–
b5408	Общие метаболические функции, другие уточненные	73,3	26,7	–	–	–

Процентное распределение ограничения активности в блоке «Ходьба и передвижение» и по разделу 6 – «Бытовая жизнь» в зависимости от степени тяжести ограничения

Percentage distribution of activity restriction in the Walking and movement block and in section 6 – Household life depending on the severity of the restriction

Код / Code	Блоки, категори / Blocks, categories	Ограничения активности / Activity restrictions (в %)				
		Нет / Absent	Легкие / Light	Умеренные / Moderate	Тяжелые / Heavy	Абсолютные / Absolute
<i>Ходьба и передвижение / Walking and movement (d450–d469)</i>						
d4500	Ходьба на короткие расстояния	20	60,0	20	–	–
d4501	Ходьба на дальние расстояния	–	26,7	53,3	20,0	–
d4551	Преодоление препятствий	–	26,7	73,3	–	–
d4552	Бег	–	–	13,3	86,7	–
d4600	Передвижение в пределах жилища	13,3	86,7	–	–	–
d4601	Передвижение в пределах других зданий	6,7	46,6	46,6	–	–
d4602	Передвижение вне своего дома и вне других зданий	–	26,7	53,3	20	–
<i>Передвижение с использованием транспорта / The movement using the transport (d470–d479)</i>						
d4702	Использование общественного транспорта	–	33,3	60	6,6	–
d4751	Управление моторизованным транспортом	86,7	6,6	6,6	–	–
<i>Приобретение предметов первой необходимости (d610–d629) / Purchasing basic necessities</i>						
d6200	Осуществление покупок	–	13,3	73,3	13,3	–
d6201	Обеспечение повседневными потребностями натурального хозяйства	–	46,6	26,7	26,7	–
<i>Ведение домашнего хозяйства / Homemaking (d630–d649)</i>						
d6400	Стирка и сушка белья и одежды	13,3	6,6	60,0	20,0	–
d6401	Уборка на кухне и мытье посуды	6,6	53,3	40	–	–
d6402	Уборка жилой части	–	6,6	73,3	20,0	–
d6405	Удаление мусора	–	53,3	40	6,7	–

Ограничение активности по разделу 5 МКФ – «Самообслуживание» – в группе инвалидов вследствие БА. Этот раздел относится к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье.

По разделу 5 в группе пациентов с БА ограниченный активности выявлено не было.

Однако следует учесть, что наши пациенты находились в клинике в период ремиссии. При обо-

стрении самообслуживание в той или иной степени нарушается.

Ограничение активности по разделу 6 МКФ – «Бытовая жизнь» – в группе инвалидов вследствие БА. Этот раздел относится к занятию бытовой и повседневной деятельностью, выполнению связанных с этим задач. Бытовые сферы жизни включают поиск и обеспечение жильем, продовольствием, одеждой и другими потребностями; уборку и ремонт жилья, заботу о личном и другом

домашнем имуществе и помощь другим. Он включает следующие блоки:

- приобретение предметов первой необходимости (d610–d629);
- ведение домашнего хозяйства (d630–d649);
- забота о домашнем имуществе и помощь другим (d650–d669).

При опросе пациентов учитывалась не актуальность того или иного вида деятельности для конкретного пациента, а самооценка пациента на основании предыдущего жизненного опыта, без учета факторов внешней среды и личностных факторов, таких как состав семьи и т. п. Однако следует отметить, что некоторые виды деятельности в настоящее время неактуальны – это такие, как стирка белья вручную, мытье посуды, удаление мусора, обеспечение повседневными потребностями натурального хозяйства. Данные виды деятельности неактуальны, так как у большинства имеются стиральные машины-автоматы (большую трудность вызывает глажение белья), посудомоечные машины, мусоропровод, нет приусадебных участков (а при их наличии – данным видом деятельности не занимаются, предпочитая отдыхать).

В категории «Осуществление покупок» нарушена только одна составляющая – доставка покупок, которая у пациентов с БА нарушена в той или иной степени.

В результате проведенной апробации МКФ при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие БА путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций

организма и ограничения активности удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности», рассмотренный выше.

Протокол индивидуального профиля нарушений в категориях активность и участие составляется по результатам опроса пациента с использованием подробной версии МКФ по разделам классификации на уровне отдельных категорий с использованием первого измерителя.

Протокол отражает субъективную оценку пациентом степени ограничений в определенных видах деятельности (табл. 5).

Пример: Больная Б., 52 года, образование средне-специальное, профессия – техник-технолог, работает администратором, инвалид III группы.

Диагноз: Бронхиальная астма смешанного генеза, средней степени тяжести. Эмфизема легких. ДН I–II ст. Артериальная гипертензия II ст., риск II. Кардиомиопатия смешанного генеза. ХСН I ст., II ФК (NYHA).

ЦВБ. ДЭ I–II ст. в виде органической микросимптоматики, мозжечковой симптоматики, легкой вестибулярной дисфункции.

Распространенный остеохондроз позвоночника с легким синдромом цервикалгии, тораколюмбалгии.

Хронический пансинусит вне обострения.

При первичном опросе выявлены следующие ограничения жизнедеятельности по составляющей «Активность и участие» в категориях, относящихся к разделам:

- Раздел 4 «Мобильность»;
- Раздел 6 «Бытовая жизнь»;
- Раздел 8 «Главные сферы».

Таблица 5 / Table 5

Вариант протокола индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности по составляющей «Активность и участие»

Version of the Protocol of the individual profile of life restrictions on the component "activity and participation"

Код / Code	Категория, степень ограничения / Category, the degree of restriction	Определение категории / The definition of the category
Функции организма / The functions of the body		
b440.2	Умеренные затруднения при вдохе воздуха в легкие, газообмена между воздухом и кровью и выдохом воздуха	Частота, ритм и глубина дыхания; нарушения такие, как апноэ, гипервентиляция, периодическое дыхание, парадоксальное дыхание, легочная эмфизема и бронхоспазм
b4550.2	Общая физическая выносливость, умеренное снижение	функции, связанные с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки
b4551.2	Аэробный резерв умеренное снижение	функции, связанные со степенью нагрузки, которую может выполнять личность без одышки

Код / Code	Категория, степень ограничения / Category, the degree of restriction	Определение категории / The definition of the category
b4552.2	Умеренная утомляемость	функции, связанные с ощущением усталости при любом уровне напряжения
b4351.2	Умеренная реакция гиперчувствительности	функции чрезмерного ответа организма сенсibilизацией на чужеродные субстанции, например, чувствительность к различным антигенам
b5153.2	Умеренная переносимость пищи	нарушения, такие как гиперчувствительность
Структуры организма		
s4301.2	Легкие. Умеренное нарушение структуры	
Активность и участие / Activity and participation		
d4501.2	Умеренные затруднения при ходьбе на дальние расстояния	Ходьба на расстояния более 1 км, например, из одной части деревни или города в другую, между деревнями или по открытым территориям
d4502.2	Умеренные затруднения при ходьбе по различным поверхностям	Ходьба по наклонной, неровной, движущейся поверхности, типа травы, гравия, льда и снега, или ходьба по палубе судна, в поезде или в другом транспорте
d4551.2	Умеренные затруднения при преодолении препятствий	Передвижение вверх или вниз, по поверхностям или объектам, типа подножек, скал, приставных лестниц, ступенек, бордюров или других объектов
d4601.2	Умеренные затруднения при передвижении в пределах других зданий	Ходьба и передвижение в пределах зданий, не относящихся к своему жилью, например, передвижение вокруг чужого жилья, других частных, общественных зданий, зданий сообществ и прилегающих к ним территорий Включено: передвижение по всем частям зданий и прилегающим территориям, по этажам, внутри, снаружи и вокруг как частных, так и общественных зданий
d4602.2	Умеренные затруднения при передвижении вне своего дома и вне других зданий	Ходьба и передвижение снаружи дома и других зданий, в непосредственной близости и на расстоянии, без использования частного или общественного транспорта, например, ходьба на короткие или длинные расстояния в городе или деревне Включено: ходьба или передвижение по улицам в окрестностях, городе, деревне; между населенными пунктами и на более длинные дистанции, без использования транспорта
d4702.2	Умеренные затруднения при использовании общественного транспорта	Передвижение в качестве пассажира наземного, морского или воздушного, моторизованного общественного транспорта, например, на автобусе, поезде, метро или самолете
d850.2	Умеренные затруднения при полной трудовой занятости	Выполнение всех аспектов работы за плату на основе полной трудовой занятости в качестве наемного работника, например, поиск и получение работы, выполнение работы, посещение работы вовремя, как это принято или требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе

Неактуальные виды деятельности для каждого конкретного пациента не учитываем (пациентка не стирает, мусор не выносит, не плавает и в магазин не ходит, на приусадебном участке не работает, транспортом не управляет).

Протокол может оформляться в виде текстового заключения с указанием кодов категорий или только в виде набора кодов:

Функции организма – b440.2; b4550.2; b4551.2; b4552.2; b4351.2; b5153.2.

Структуры организма – s4301.2.

Активность и участие – d4501.2; d4502.2; d4551.2; d4601.2; d4602.2; d4702.2; d850.2.

Обсуждение / Discussion

У пациентов с БА, участвовавших в исследовании, имелся большой спектр сопутствующих заболеваний, которые в свою очередь влияют на клинический прогноз.

В результате проведенной апробации МКФ при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие БА путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности, удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности», рассмотренный выше.

Протокол индивидуального профиля нарушений в категориях «активность и участие» составляется по результатам опроса пациента с использованием подробной версии МКФ по разделам классификации на уровне отдельных категорий с использованием первого измерителя.

Протокол отражает субъективную оценку пациентом степени ограничений в определенных видах деятельности.

Заключение / Conclusion

Методика использования МКФ для принятия экспертного решения основывается на данных протокола индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности инвалида в зоне ответственности терапевта с использованием категорий МКФ и правил кодирования, принятых в классификации.

В методическом плане эти принципы могут использоваться любым специалистом и являются универсальными, отличающимися по содержанию в зависимости от принадлежности к конкретным разделам МКФ.

Этика публикации / Publication ethics: Все данные являются реальными и подлинными; представленная статья ранее опубликована не была; все заимствования корректны.

Конфликт интересов / Conflict of interest: Информация о конфликте интересов отсутствует.

Источник финансирования / Source of financing: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература

1. Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему / Н. М. Ненасева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача специалиста»).
2. Ненасева, Н. М. Тяжелая бронхиальная астма: особенности течения и фенотипы / Н. М. Ненасева // Consilium medicum. Приложение. Болезни органов дыхания. – 2018. – № 1. – С. 7–14.
3. Оценка эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Л. Ш. Дудченко [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2018. – Т. 17, № 3. – С. 133–140.
4. Шошмин, А. В. МКФ в реабилитации / А. В. Шошмин, Г. Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН»; ООО «Р-КОПИ», 2018. – 238 с.
5. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // The Lancet Respiratory Medicine. – 2017. – № 5 (9). – P. 691–706.
6. Global initiative for asthma: Global strategy for asthma management and prevention. Update 2019 [Electronic resource]. – Режим доступа: <http://www.ginasthma.org>
7. International Classification of Functioning, Disability and Health. – Geneva: WHO, 2001. – 105 p.

References

1. Bronchial asthma. A modern look at the problem / N. M. Nenasheva. – Moscow: GEOTAR-Media, 2018. – 304 p.: Ill. – (Series “Library of a specialist doctor”).
2. Nenasheva, N. M. Severe bronchial asthma: features of the course and phenotypes / N. M. Nenasheva // Consilium medicum. Application. Respiratory diseases. – 2018. – No. 1. – S. 7–14.
3. Evaluation of the effectiveness of health resort medical rehabilitation of patients with asthma using the international classification of functioning, disability and health / L. Sh. Dudchenko [et al.] // Physiotherapy, balneology and rehabilitation. – 2018. – T. 17, No. 3. – S. 133–140.
4. Shoshmin, A. V. ICF in rehabilitation / A. V. Shoshmin, G. N. Ponomarenko. – St. Petersburg: Sankt-Peterburg: ООО «TSIATSAN»; ООО «R-KOPI», 2018. – 238 p.
5. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // The Lancet Respiratory Medicine. – 2017. – № 5 (9). – P. 691–706.
6. Global initiative for asthma: Global strategy for asthma management and prevention. Update 2019 [Electronic resource]. – Режим доступа: <http://www.ginasthma.org>
7. International Classification of Functioning, Disability and Health. – Geneva: WHO, 2001. – 105 p.

Рукопись поступила / Received: 30.01.2020

Принята в печать / Accepted for publication: 26.02.2020

Авторы

Ишутина Инна Сергеевна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация, тел. 8-905-266-83-54, e-mail: in.ishutina@yandex.ru

Кантемирова Раиса Кантемировна – доктор медицинских наук, заведующая терапевтическим отделением, главный научный сотрудник Института реабилитации и абилитации инвалидов, заведующая кафедрой терапии Института подготовки специалистов по медицинской и социальной реабилитации ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, тел. раб.: (812) 543-65-05, тел. дом.: (812) 764-96-69, тел. моб.: 921 9330799, e-mail: terapium@yandex.ru

Шабанова Оксана Антоновна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация, тел.: + 7 (812) 291-56-24, +7 (911) 257-42-64, e-mail: expert-oksana@mail.ru

Authors

Ishutina Inna Sergeevna, PhD in Medical sciences, Head of the Department of medical and social examination and medical rehabilitation, Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G. A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 50 Bestuzhevskaya Street, Saint Petersburg, 195067 Russian Federation, tel. 8-905-266-83-54, e-mail: in.ishutina@yandex.ru

Kantemirova Raisa Kantemirovna, Grand PhD in Medical sciences, Head of the therapeutic department, chief researcher, Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G. A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 50 Bestuzhevskaya Street, Saint Petersburg, 195067 Russian Federation, tel.: (812) 543-65-05, (812) 764-96-69, 921-933-07-99, e-mail: terapium@yandex.ru

Shabanova Oksana Antonovna, PhD in Medical sciences, leading researcher at the Department of medical and social expertise and medical rehabilitation of disabled persons, Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G. A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 50 Bestuzhevskaya Street, Saint Petersburg, 195067 Russian Federation, tel.: +7-911-257-42-64, e-mail: expert-oksana@mail.ru