

## ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ГЕРИАТРИИ

Пономарева И.П.<sup>1,3</sup>, Прошаев К.И.<sup>1</sup>, Ильницкий А.Н.<sup>2</sup>, Бутикова Е.С.<sup>3</sup>, Злобина И.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>АНО «НИМЦ «Геронтология» (г. Белгород – Москва), e-mail: shepeleva.ponomarewa@yandex.ru;

<sup>2</sup>ИПК ФМБА России, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

---

В статье дан краткий обзор литературы применения международной классификации функционирования в гериатрической паллиативной помощи. Показано, что современная паллиативная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи лицам, имеющим не только тяжелые прогрессирующие хронические заболевания, но и гериатрические синдромы как предикторы реальных ограничений жизнедеятельности. Актуальным является объективная оценка степени ограничения жизнедеятельности с учетом не только медицинских, но и социально-психологических проблем. Такие возможности дает Международная классификация (далее Классификация) функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. В практике гериатрии Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) меняет парадигму построения программ помощи людям пожилого и старческого возраста для приспособления среды поддержания социального функционирования лиц с инвалидностью. В паллиативной гериатрии это актуально, потому что меняется сам подход к разработке программы реабилитации с максимальной индивидуализацией объемов и видов помощи.

---

Ключевые слова: паллиативная помощь, геронтология, гериатрия, старость, реабилитация.

## APPLICATIVE VALUE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH GERIATRIC PALLIATIVE

Ponomareva I.P.<sup>1</sup>, Proschaev K.I.<sup>1</sup>, Initski A.N.<sup>2</sup>, Butikova E.S.<sup>3</sup>, Zlobina I.A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Research Medical Center «Gerontology» 25009, Russia, Moscow, B. Dmitrovka str., 9/3, nimcgerontologija@mail.ru.

<sup>2</sup>Federal State institution of additional professional education

<sup>3</sup>Belgorod State national research University

---

The article provides a brief literature review of the application of the international classification of functioning in geriatric palliative care. It is shown that modern palliative Geriatrics is focused on providing medical and social assistance to persons who are not only heavy progressive chronic diseases and geriatric syndromes but as predictors of actual disability. Relevant is an objective assessment of the degree of control of vital functions, taking into account not only medical but also social and psychological problems. These features gives the international classification (hereinafter referred to as classification) of functioning, disability and health. In practice, geriatrics international classification of functioning, disability and health changes the paradigm of building programs help people of elderly and senile age to fit the environment, maintain the social functioning of persons with disabilities. Geriatric palliative is important because changing the approach to develop a rehabilitation program with a maximum individualization volumes and types of assistance.

---

Keywords: palliative care, gerontology, geriatrics, aging, rehabilitation.

Сегодня все актуальнее становятся разработки научно обоснованных методических материалов, направленных на объективизацию не только клинических, но социальных и психологических проявлений заболеваний. Это необходимо для оценки дефицита здоровья, разработки программ реабилитации и анализа эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. В этом смысле важность объективных индикаторов в паллиативной гериатрии не приходится отрицать, где существует до сих пор нерешенная проблема: поиск

объективных критериев отбора пациентов для паллиативного вмешательства с учетом клинических, социальных и психологических потребностей и индивидуализация программ реабилитации. На наш взгляд, перспективным вариантом такой объективизации может стать Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

**Целью** настоящей статьи является анализ литературных источников по вопросам применения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике паллиативной гериатрии в контексте объективизации проблем пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями для разработки индивидуальных программ реабилитации и ухода, а также определения объемов паллиативной помощи.

**Материалы и методы исследования.** Проведен аналитический обзор литературы для выявления возможностей применения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья лиц пожилого и старческого возраста в контексте организации паллиативной помощи.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ранее в своих работах мы уже писали об актуальности проведения специализированного гериатрического осмотра при планировании паллиативной помощи ввиду того, что это не только диагностические мероприятия, которые нацелены на традиционную нозологическую диагностику, но изучение социального статуса с точки зрения соматического состояния, которое имеется у человека пожилого и старческого возраста [7,8]. В частности, сравнительный анализ частоты встречаемости гериатрических синдромов при хронической прогрессирующей патологии, проведенный авторским коллективом, показал, что при цереброваскулярной патологии больше выражены соматические расстройства, такие как нарушение ходьбы, головокружение, падения и нарушения функции тазовых органов с недержанием мочи и кала, сочетающиеся с выраженными социальными проблемами и когнитивными нарушениями. Тогда как при кардиоваскулярных заболеваниях преобладают такие гериатрические синдромы, не связанные с основным заболеванием, но снижающие качество жизни и степень функционирования, как болевой синдром и нарушение слуха и зрения. В конечном итоге, выделение гериатрических синдромов помогает сделать вывод о функциональном статусе человека и способствует, по нашему мнению, эффективному планированию видов паллиативных вмешательств, определяет направления коррекции нарушений, влияющих на качество жизни и степень функционирования индивида [5,6,8].

Необходимо сказать еще об одном аспекте паллиативной помощи – критериях отбора пациентов. Согласно рекомендациям международной экспертной группы Центра

наблюдения и ухода за пожилыми и неизлечимо больными людьми (ВОЗ, 2011), критериями для начала паллиативного вмешательства у пациентов старшей возрастной группы являются прогностические индикаторы рисков летального исхода: потеря массы тела более 10% за последние 6 месяцев, общий упадок сил, уровень сывороточного альбумина менее 25г/л, ухудшение общего состояния по индексу Карновского (0-100%) или Шкале ECOG-ВОЗ (0-4 балла) менее 50%; полная зависимость от посторонних в большинстве действий по самообслуживанию. В европейских руководствах описаны также клинические критерии, например, при сердечнососудистых заболеваниях это III-IV функциональный класс сердечной недостаточности и тяжелое поражение клапанов и/или коронарных сосудов; одышка, удушье и боль в груди при минимальной нагрузке или/и в покое; рефрактерность к проводимой терапии; систолическое давление менее 100 мм рт. ст. и ЧСС более 100 в мин.; почечная недостаточность, сердечная кахексия, 2 и более экстренных случая госпитализации и потребности в интенсивной инфузионной терапии. В этих же источниках даны рекомендации по другим группам болезней, в частности, при болезнях почек, печени, онкологических заболеваниях, болезнях органов дыхания, неврологических заболеваниях и деменции[5]. Если говорить о современных тенденциях развития гериатрической практики, то указанные выше критерии выбора пациентов для оказания паллиативной помощи, на наш взгляд, необходимо дополнить ведущими гериатрическими синдромами, определяющими тяжесть клинической картины, а также жизненный прогноз (например, пролежни, падения, мальнутриция и т.д.). В данном случае актуальность приобретает объективная оценка степени ограничения жизнедеятельности с учетом не только медицинских, но и социально-психологических проблем. Такие возможности дает Международная классификация (далее Классификация) функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

В русскоязычной версии Классификация представлена как инструмент, с помощью которого возможно максимальное приспособление человека с ограничениями жизнедеятельности к окружающему миру. Конвенция о правах инвалидов, принятая Россией, ставит задачу изменения социальной среды для того, чтобы каждый человек с инвалидностью стал полноправным членом общества. В преломлении к гериатрической практике Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) кардинально меняет парадигму построения программ помощи людям пожилого и старческого возраста, смещая акценты в сторону приспособления среды для поддержания социального функционирования лиц с инвалидностью. В паллиативной гериатрии этот тезис как нельзя актуален, потому что меняется сам подход к разработке программы реабилитации с максимальной индивидуализацией объемов и видов помощи[1,2,9].

В доступной литературе имеются ссылки на исследования в области применения МКФ в гериатрической практике при сахарном диабете, метаболическом синдроме, неврологической патологии. К сожалению, мы не нашли данных о проведенных прикладных исследованиях в области применения МКФ в гериатрии при организации паллиативной помощи. Это объясняет наш интерес к данной проблематике и продолжает исследования в области паллиативной гериатрии, начатые в 2009 году в рамках проекта по созданию безбарьерной среды для лиц пожилого и старческого возраста[7].

Опираясь на опыт ряда авторов, изучающих прикладное значение МКФ в экспертной клинической практике, можно сказать о вполне оправданной оценке следующих доменов ограничений жизнедеятельности в паллиативной гериатрии: способность к передвижению, способность к самообслуживанию, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение[1,2,9].

Ниже мы позволим себе процитировать некоторые положения МКФ, отражающие суть вышеуказанных доменов.

*Способность к передвижению* – умение эффективно перемещаться в своем окружении (ходить, бегать, преодолевать преграды, пользоваться личным и общественным транспортом). *Параметры оценки:* характер ходьбы, темп перемещения, расстояние, преодолеваемое пациентом, способность пользоваться транспортом, необходимость в помощи посторонних лиц при передвижении. *Градации:* I степень – способность самостоятельно передвигаться с большей затратой времени, перемещение с остановками и укорочение расстояния; II степень – способность самостоятельно передвигаться с использованием дополнительных средств и/или с посторонней помощью; III степень – неспособность самостоятельно передвигаться и полная зависимость от посторонних[9]. Использование данных характеристик актуально в гериатрии, т.к. позволяет оценить степень нарушенного передвижения и планировать объем индивидуальной социальной и медико-реабилитационной помощи ввиду высокой частоты встречаемости таких синдромов, как, например, синдром падения и гипомобильности, влекущих за собой не только медицинские, но и социальные проблемы.

*Способность к самообслуживанию* включает: удовлетворение основных физиологических потребностей, поддержание личной гигиены (умывание лица и мытье всего тела, волос и причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена при отпавлении физиологических потребностей), возможность самостоятельного одевания и раздевания (верхняя и нижняя одежда, головные уборы, рукавицы, обувь, пользование средствами застегивания одежды), приема пищи (возможность поднесения пищи ко рту, жевания, глотания, питья, пользования столовыми приборами и посудой), обеспечения повседневных

бытовых потребностей (покупка продуктов питания и т.д.), приготовления пищи (чистка, мытье, нарезание, термическая обработка, пользование кухонным инвентарем), пользования постельным бельем (в т.ч. заправка постели и т.д.), стирка, чистка и ремонт белья, одежды и других бытовых предметов; пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки и засовы, выключатели, краны, весы, стиральная машина, телефон, бытовые электро- и газовые приборы, спички и т.д.), уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и т.д.). *Параметры оценки:* оценка потребности в дополнительных средствах, возможности коррекции способности самообслуживания с помощью дополнительных средств и адаптации жилья, оценка необходимости в посторонней помощи при отпадении физиологических надобностей, оценка временных интервалов, через которые возникает потребность (периодическая – 1-2 раза в неделю, длительные интервалы – 1 раз в неделю, короткие интервалы – несколько раз в неделю, постоянная потребность). *Градации:* I степень – способность с использованием дополнительных приспособлений; II степень – способность с использованием дополнительных приспособлений и посторонней помощи; III степень – неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от посторонних[9]. Как мы уже говорили выше, именно способность к самообслуживанию наряду с наличием клинических критериев является показанием для начала оказания паллиативной помощи. Поэтому, применение данного домена МКФ в гериатрии является, на наш взгляд, оправданным и актуальным.

*Способность к ориентации* – умение самостоятельно ориентироваться в пространстве и времени, иметь представление об окружающих предметах. Оценивается при условии нормального состояния психической деятельности и речи. *Параметры оценки:* способность различать зрительные образы людей и предметов на расстояниях, которые увеличиваются и в различных условиях (наличие или отсутствие преград, знакомство с обстановкой), способность различать звуки и устную речь (слуховая ориентация) при отсутствии или наличии препятствий, степень компенсации нарушения слухового восприятия устной речи другими способами (письмо, невербальные формы), необходимость использования технических средств для ориентации и помощи другим лицам в разных видах повседневной деятельности (в быту, при обучении, на производстве). *Градации:* I степень – способность с использованием дополнительных приспособлений; II степень – способность к ориентации с необходимостью посторонней помощи; III степень – неспособность к ориентации (дезориентация). Перечисленные положения, по нашему мнению, дополняют предыдущие положения и позволяют объективизировать объем и виды паллиативной помощи в гериатрии.

*Способность к общению (коммуникативная способность)* – способность самостоятельно устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать общественные связи (нарушения общения, связанные с расстройствами психической деятельности, здесь не рассматриваются). Основным способом коммуникации является устная речь, дополнительным – чтение, письмо, невербальная речь (жестовая, знаковая). *Параметры оценки:* характеристика круга лиц, с которыми возможно поддержание контактов, а также потребность в посторонней помощи в процессе обучения и трудовой деятельности. *Градации:* I степень – способность к общению, которая характеризуется снижением быстроты, уменьшением объема освоения, получения и передачи информации; II степень – способность к общению с использованием дополнительных средств и при помощи посторонних лиц; III степень – неспособность к общению[9].

*Способность контролировать свое поведение* – умение вести себя в соответствии с морально-этическими и правовыми нормами окружающей среды. *Параметры оценки:* способность определять себе установленные общественные нормы и придерживаться их, идентифицировать людей и объекты и понимать отношения между ними, правильно понимать, интерпретировать и адекватно реагировать на традиционную и необычную ситуацию, придерживаться личной безопасности, личной опрятности. *Градации:* I степень – частичное снижение способности самостоятельного контроля своего поведения; II степень – способность частично или полностью контролировать свое поведение только с помощью посторонних лиц; III степень – неспособность контролировать свое поведение[9].

По мнению экспертов ВОЗ, МКФ может применяться в клинических условиях для оценки функционального состояния организма, при постановке задач, планировании и мониторинге лечения, для измерения результатов лечения. Данная классификация проходит этап испытаний и внедрения в России [1,2,4]. Актуальность применения оценки коммуникативных способностей и степени контроля поведения лиц старшего возраста заключается в необходимости планирования паллиативного сопровождения как мультидисциплинарной помощи, в частности, психологической коррекции.

Таким образом, применение указанных доменов МКФ при планировании паллиативной помощи в гериатрии, по нашему мнению, будет способствовать выделению конкретных медико-социальных и психологических проблем лиц старшей возрастной группы и, соответственно, способствовать индивидуализации помощи в целом.

Как показывает обзор литературы, исследования по применению МКФ в различных клинических ситуациях проводятся в Австралии, Италии, Нидерландах и т.д. Всемирная организация здравоохранения изучает возможные области применения МКФ для оценки и устранения последствий инвалидности. Кроме того, в литературе описывается использование

МКФ при определении критериев групп инвалидности (I, II, III); в формировании политики искоренения дискриминации инвалидов; определении общей политики по отношению к нетрудоспособным группам населения, а также применение МКФ при проведении научных исследований[2,4].

Таким образом, интерес представляют исследования по изучению значения МКФ для планирования паллиативной помощи в гериатрии, что дополнит общую гериатрическую оценку и критерии выбора пациентов для оказания паллиативной помощи.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что современная паллиативная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи лицам, имеющим не только тяжелые прогрессирующие хронические заболевания, но и гериатрические синдромы как предикторы реальных ограничений жизнедеятельности. По этой причине предметом особого интереса стало применение МКФ наряду со специализированной гериатрической оценкой для организации, объективизации критериев и индивидуализации объемов паллиативной помощи в гериатрии.

### Список литературы

1. ВОЗ/ЭСКАТО: Учебное пособие по статистике инвалидности. - 2009. <http://www.unescap.org/stat/disability/manual>.
2. Всемирный доклад инвалидности. – ВОЗ, 2011. - С. 8.
3. Голик В.А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике /В.А. Голик, Е.Н. Мороз, С.А. Погорелова // Международный неврологический журнал. – 2011. №5.- С.43.
4. Лукьянова И.Е. Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности: автореф. дис. ...док. мед. наук. – М., 2009.
5. Новиков Г.А. и др. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью. Паллиативная медицина и реабилитация. 2008;4:5-10.
6. Пономарева И.П. Критерии отбора пациентов для оказания паллиативной медицинской помощи в гериатрии /И.П.Пономарева //Материалы международного медицинского конгресса «Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации и стран СНГ». – Москва, 2015. - С.56-62.
7. Прощаев К.И. Основные гериатрические синдромы: учебное пособие. Белгород: Белгород. обл. тип. 2012; 19 – 49.

8. Прошаев К.И. Синдром старческой астении (Frailty) в клинической практике: монография /К.И. Прошаев, А.Н. Ильницкий, Т.В. Павлова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. – 8-13 с.
9. World health organization: International classification of functioning disability and health. - 2001. <http://www.who.int/classifications/en>.

**Рецензенты:**

Иванова М.А., д.м.н., профессор, профессор-консультант медицинского центра «Ваша клиника», г. Москва;

Лукьянов А.А., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации Полоцкого государственного университета, г. Полоцк.