

Применение биопсихосоциального подхода на основе Международной классификации функционирования (МКФ) для комплексной оценки детей после кардиохирургической коррекции врожденных пороков сердца

Елена Михайловна Чернова

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Введение. На современном этапе в педиатрии активно происходит переход от биомедицинской модели, ориентированной преимущественно на постановку диагноза и подбор терапии, к целостной биопсихосоциальной модели, в центре которой находится функционирование ребенка как интегральный показатель здоровья, отражающий его взаимодействие с окружающей средой. Особенно остро необходимость такого подхода ощущается в области детской кардиохирургии, где успешная оперативная коррекция врожденного порока сердца (ВПС) является не конечной точкой, а лишь началом длительного процесса реабилитации и абилитации. Стандартные медицинские критерии (общий осмотр с оценкой физического развития, электро- и эхокардиография) не дают полного представления о качестве жизни и адаптационном потенциале ребенка. В этом аспекте Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятая Всемирной организацией здравоохранения в 2001 г., выступает в роли системообразующего инструмента, позволяющего структурировать и унифицировать оценку отдаленных результатов лечения с учетом непрерывности процессов роста и развития ребенка, его изменяющихся потребностей и факторов окружающей среды.

Целью работы являлась оценка биопсихосоциального профиля пациента, перенесшего хирургическую коррекцию ВПС, в отдаленном послеоперационном периоде с использованием доменов МКФ для оптимизации программ динамического наблюдения и реабилитации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 88 историй болезни детей в возрасте от 3 до 17 лет, перенесших радикальную коррекцию ВПС, преимущественно на первом году жизни, отделения медицинской реабилитации дневного стационара Детской городской клинической больницы № 11 (Екатеринбург) за период с 2024 г. по октябрь 2025 г. Помимо биомедицинской модели пациента проанализирован индивидуальный профиль функционирования по наиболее значимым доменам МКФ, выстроенный согласно протоколам мультидисциплинарной реабилитационной команды: b — функции (*англ. body function*); s — структуры (*англ. body structures*); d — активность и участие (*англ. activities and participation*); e — факторы окружающей среды (*англ. environmental factors*).

В состав мультидисциплинарной реабилитационной команды были включены врач физической и реабилитационной медицины, медицинская сестра реабилитации, медицинский психолог, врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине, инструктор-методист по лечебной физкультуре.

Результаты. Более чем у 60 % детей после кардиохирургической коррекции ВПС на момент исследования физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту, морфофункциональный статус оценивался как гармоничный. Применение же МКФ-ориентированного подхода позволило выявить у детей ряд стойких ограничений, не всегда очевидных на педиатрическом осмотре. Несмотря на гемодинамически успешную коррекцию порока в 96 % случаев (s410 — структура сердечно-сосудистой системы), у 60 % детей сохранялось снижение толерантности к физическим, умственным и эмоциональным нагрузкам (b — функции). В доменах d (активность и участие) у 75 % детей отмечались трудности с полной интеграцией в коллектив сверстников, в обеспечении своего физического и психологического комфорта. Ключевым доменом e (фактором окружающей среды), выступавшим в роли барьера, в 53 % случаев являлась гиперпротекция со стороны семьи, которая, стремясь обезопасить ребенка, неосознанно ограничивала его двигательную и социальную активность, замедляя процесс реализации реабилитационного потенциала и социализации ребенка.

Обсуждение. Полученные данные демонстрируют, что даже при объективно благополучном хирургическом исходе и гармоничном физическом развитии у значительной части детей сохраняется комплекс проблем, затрагивающих многие компоненты функционирования, которые в долгосрочной перспективе могут способствовать развитию различной патологии.

Внедрение МКФ в широкую практику позволит решить несколько критически важных задач:

- 1) стандартизация оценки — МКФ предоставляет единый язык для междисциплинарной команды специалистов (педиатр, врач физической и реабилитационной медицины, невролог, кардиолог, педагог, психолог, психиатр и т. д.), что улучшает преемственность и координацию этапов медицинской помощи;
- 2) индивидуализация подхода — МКФ смещает акцент с болезни на потребности ребенка, формируя цели реабилитации, значимые для его повседневной жизни и семьи в конкретный момент времени;
- 3) выявление барьеров и вспомогательных факторов — оценка факторов окружающей среды помогает выявить не только медицинские, но и социальные проблемы, требующие решения, и мобилизовать имеющиеся в конкретный момент ресурсы;
- 4) динамическое наблюдение — профиль функционирования по МКФ, подвергаясь регулярной переоценке, поможет акцентировать внимание на критических точках приложения усилий в заданный промежуток времени.

Основными сложностями в настоящее время остаются недостаточная осведомленность педиатров и специалистов о возможностях МКФ и отсутствие рутинного применения классификации в клинической практике, что требует дополнительного образования и разработки адаптированных опросников и чек-листов.

Заключение. Интеграция МКФ в практику педиатра, в частности при наблюдении детей после кардиохирургических вмешательств, является высокоэффективным, практичным и перспективным направлением. Составление индивидуального профиля функционирования на основе МКФ в отдаленном послеоперационном периоде способствует разработке комплексных, персонализированных программ реабилитации, направленных не только на увеличение продолжительности жизни, но и максимально полное и качественное функционирование ребенка в социуме. Дальнейшие исследования возможно направить на создание валидированных базовых наборов МКФ для различных нозологий в педиатрии, а также интеграцию принципов МКФ в систему непрерывного медицинского образования и клинические рекомендации для врачей.

Список источников

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). СПб. : Человек, 2017. 262 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца / М-во здравоохранения РФ ; Союз педиатров России ; Ассоц. дет. кардиологов России. 2015. URL: <https://clck.ru/3QfKxG> (дата обращения: 20.11.2025).
3. Отдаленные последствия реконструктивных операций на сердце у детей / Г. А. Глазырина, Н. А. Колядина, О. О. Сударева [и др.] // Педиатрический вестник Южного Урала. 2014. № 1–2. С. 33–41. EDN: <https://elibrary.ru/TOTRWD>.
4. Румянцева А. А., Каменева В. А., Болгова И. В. Когнитивный портрет ребенка с врожденным пороком сердца: необходимость междисциплинарного подхода. Литературный обзор // Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. № 3. С. 4–12. EDN: <https://elibrary.ru/RDSHJX>.
5. Эффективность программы физической реабилитации детей с корригированными врожденными пороками сердца / А. В. Дубовая, Н. А. Усенко, Е. В. Бордюгова [и др.] // Практическая медицина. 2023. Т. 21, № 1. С. 69–75. DOI: <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2022-3-1-69-75>.

Информация об авторе

Елена Михайловна Чернова — ассистент кафедры детских болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: chernovaelena1@gmail.com.