

## **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 смешает акцент с болезнью 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.