

**Ш. М. Газалиева¹, К. А. Алиханова¹, Т. О. Абугалиева¹, М. С. Серикова¹, М. Н. Югай¹,
И. Н. Илюшина², М. Б. Отарбаева¹**

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ, ВРЕМЕННО АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19 У ДЕТЕЙ: СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии Медицинского университета Караганды (Караганда, Казахстан);

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (Нурсултан, Казахстан);

Инфекционный центр Областной клинической больницы (Караганда, Казахстан)

В большинстве случаев COVID-19 у детей протекает легче, чем у взрослых. Однако начиная с марта 2020 года из ряда европейских стран и США стали поступать сообщения о детях с новым заболеванием, имеющих признаки болезни Кавасаки и синдрома токсического шока, получивших одно из названий – детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19. Наибольшее количество клинических и лабораторно-инструментальных манифестаций и исходов детского мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19, зарегистрированы в Италии, Франции, Швейцарии, Англии, США.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 5 детей с диагнозом мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19, госпитализированных в Инфекционный центр Областной клинической больницы.

Ключевые слова: COVID-19, дети, мультисистемный воспалительный синдром, болезнь Кавасаки, клиническое наблюдение

Одним из приоритетных направлений в государственной политике в сфере здравоохранения Республике Казахстан является возрождение интереса к реабилитации. Это закономерно и обусловлено колоссальной потребностью в реабилитационной помощи при заболеваниях, определяющих здоровье нации, что во многом связано с неразвитой инфраструктурой реабилитационной помощи в республике, недостатком кадров как в целом по отрасли, так и специально подготовленных по специализации медицинской реабилитации.

Следует признать, что на сегодняшний день реабилитация в Республике Казахстан еще пока представляет собой простое сочетание методов, каждый из которых способен восстановить отдельную функцию или деятельность, то есть главный аспект реабилитации фокусируется вокруг нарушений функций и структур, что всегда способствовало активной врачебной помощи, но игнорированию иных, немедицинских проблем пациента.

Однако именно координированное применение этих технологий, целью которого является восстановление прежней или даже новой жизненной активности, комфортной и желаемой пациентом, будет главным приоритетом.

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использование в реабилитации основных принципов, которые заложены в Международной классификации функционирования (МКФ) (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)).

МКФ – это признанная специалистами во всем мире классификация 3 составляющих здоровья и связанных со здоровьем факторов, была рекомендована для международного использования 54 Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2001 г.

Внедрение МКФ приводит к изменению способа размышления специалиста-реабилитолога о проблемах пациента с инвалидностью. Фокус внимания специалиста смещается на функционирование, а не на функции, что проявляется лучшим восприятием понятий деятельности (активность и участие) и факторов контекста (персональных факторов и факторов окружающей среды) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 21, 22, 23].

Такой подход позволяет шире видеть проблемы пациента и более эффективно использовать имеющиеся у него ресурсы. Так, например, люди, окружающие пациента – ресурс для реабилитационной команды, и они могут выполнять часть работы с больным (уход, общение, психологическая поддержка, прогулки, вертикализация и др.) [9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 31].

Таким образом, главное, что дает МКФ для специалиста – это концепция здоровья человека, где человек рассматривается с трех биопсихосоциальных позиций [1, 2, 3, 7, 8, 9, 21]:

- как биологический объект,
- как часть общества,
- как индивид и личность со своими

установками, характером, опытом и видением мира.

Согласно концепции МКФ – здоровье имеет следующие составляющие: деятельность (активность и участие), контекстуальные факторы (персональные факторы и факторы внешней среды), функции и структуры. Под понятием функционирование объединяют понятие деятельность, функции, структуры и подразумевают внутреннюю и внешнюю активность человека в конкретных социально-психологических, социальных, экономических и других условиях, а не только совокупность процессов, протекающих в организме человека, служащих поддержанию в нем жизни и являющихся проявлениями жизни с биологической точки зрения. Иногда используют более узкие понятия, которые позволяют конкретизировать термин функционирование. Так термин «жизненное функционирование» является синонимом терминов «жизнедеятельность человека» или «повседневная активность» или «активности повседневной жизни» [8, 11, 29].

Деятельность (d) включает в себя понятия активности и участия. Активность (d) – это выполнение задачи или действия индивидом. Участие (d) – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, «участие в жизни общества», где деятельность пациента (индивида) связана с другими людьми [8, 29]. В МКФ выделяют следующие разделы деятельности (активности и участия) [1, 2, 8, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 29, 30]:

- обучение и применение знаний,
- общие задачи и требования,
- общение, мобильность,
- самообслуживание,
- бытовая жизнь,
- межличностные взаимодействия и отношения,
- главные сферы жизни и жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь.

В настоящее время в Республике Казахстан медицинская реабилитация регламентирована Приказом №116 Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 октября 2020 года «Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации» (Приказ №116), в котором приоритетная роль отводится мультидисциплинарной группе (МДГ). Это продиктовано, прежде всего тем, что один специалист не способен оценить состояние пациента объективно по всем аспектам функционирования.

Поэтому МДГ состоит из различных

специалистов и формируется в зависимости от характера и степени жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния. Все участники МДГ должны обучиться правильному применению МКФ, шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) – совокупного показателя оценки ограничений жизнедеятельности (ОЖД) на основе критериев МКФ.

Следует особенно подчеркнуть, что ключевой функциональной обязанностью МДГ является, прежде всего, составление правильного реабилитационного диагноза (РД), отражающего критерии оценки функциональных последствий заболевания (травмы), включающего в себя описание возникшего повреждения и последовавших за этим нарушений бытовых и профессиональных навыков и ОЖД. Важно подчеркнуть, что РД составляется на любом этапе: при поступлении, при выписке, а также в процессе реабилитации с учетом реабилитационного потенциала (РП) – клинически обоснованной вероятности частичного или полного восстановления нарушенных и (или) утраченных функций организма пациента в определенный отрезок времени.

Так, РД является списком проблем пациента, описывает все компоненты здоровья, призван оценить не только медицинские, но и другие жизненные проблемы, включает в себя не только нарушения и ограничения, но и возможности и действия пациента, отражает процесс реабилитации – что делается в реабилитационном центре. Если процесса нет или он не является проблемно ориентированным – то будут трудности с установкой РД.

Каждая проблема (домен) в РД закрепляется за одним из нескольких участников МДГ. В индивидуальной программе реабилитации инвалида, для каждого домена МКФ назначается ответственный специалист из МДГ, указывается реабилитационная технология, призванная разрешить выявленную проблему.

Правила использования МКФ:

- при реабилитации на любом этапе составляется реабилитационный диагноз при поступлении, при выписке, а также в процессе реабилитации. Диагноз составляется МДГ и представляет собой список проблем пациента, представленный в категориях МКФ;

- в РД формулируются только актуальные проблемы пациента и определяющие его функционирование на момент оценки;

- каждая проблема (домен) в реабили-

тационном диагнозе закрепляется за одним из нескольких участников МДГ. В индивидуальной программе медицинской реабилитации, для каждого домена МКФ назначается ответственный специалист из МДБ, указывается реабилитационная технология, призванная разрешить выявленную проблему;

- МКФ – описательный инструмент и не является шкалой. Недопустимо использовать оценку по МКФ вместо шкал;
- все участники МДГ должны владеть навыками правильного применения МКФ.

Таким образом, РД представляет собой список проблем пациента, представленный в категориях МКФ. Это составляет основу управления МДГ.

Исходя из вышеизложенного, РД необходим для решения следующих реабилитационных задач:

- возможность фиксировать все проблемы пациента, связанные с его здоровьем;
- фиксация проблем, выявленных психологом, логопедом, физическим терапевтом, медицинской сестрой и другими специалистами, за счет чего реабилитационный диагноз призван обозначить не только медицинские проблемы, но и другие жизненные проблемы пациента;
- описать аспекты деятельности пациента (активности и участия);
- найти ресурс вокруг пациента для амбулаторной реабилитации;
- понять влияние среды и как она связана с деятельностью пациента;
- фиксировать эффективность работы всех членов МДГ [3].

Анализируя проблемы (домены МКФ) в РД можно увидеть потребности пациента и составить на этой основе индивидуальную программу медицинской реабилитации (реабилитационный план). Кроме формулировки проблемы следует провести количественную оценку выраженности нарушения или ограничения, а также роли имеющегося фактора среды. Количественная оценка указывается у каждого выявленного домена и представляет собой определитель.

Таким образом, неоспоримым преимуществом МКФ в реабилитационном процессе заключается в пациент центрированном и проблемно ориентированном принципах подхода с учетом биосоциальной модели с акцентом на функционирование и факторы окружающей среды.

ВЫВОДЫ

Здоровье человека описывается с по-

мощью категорий МКФ: активность, участие, функции, структуры, факторы среды и персональные факторы.

Реабилитационный диагноз устанавливается в категориях МКФ и является списком проблем пациента.

Задачи для специалиста в команде устанавливаются на основании выявленных проблем в категориях МКФ.

В программу обучения специалиста по реабилитации должно входить обучение использованию МКФ и формулированию реабилитационного диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1 Аухадеев Э. И. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе Международной классификации функционального уровня /Э. И. Аухадеев, Р. А. Бодрова // Вестн. восстановительной медицины. – 2014. – №1 (59). – С. 6-10.

2 Бодрова Р. А. Опыт применения Международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС /Р. А. Бодрова, Э. И. Аухадеев, И. В. Тихонов // Практическая медицина. – 2013. – №1 (66). – С. 98-100.

3 Буйлова Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации //Меди Аль. – 2013. – №1 (6). – С. 26-31.

4 Голик В. А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике /В. А. Голик, Е. Н. Мороз, С. А. Погорелова // Междунар. неврологический журнал. – 2011. – №5 (43). – С. 104-110.

5 Иванова Г. Е. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол /Г. Е. Иванова, А. А. Белкин, А. Ф., Беляев //Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, №1. – С. 6-11.

6 Иванова Г. Е. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Протокол второй фазы проекта /Г. Е. Иванова, Е. В. Мельникова, А.А. Шмонин //Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2016. – №2. – С. 27-34.

7 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) /Под ред. Г. Д. Шостка, М. В. Коробова, А. В. Шаброва. – СПб: СПБИУВЭК, 2003. – 342 с.

- 8 Иванова Г. Е. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цыкунова, Б. А. Поляева. – М.: Московские учебники и Картолитография, 2010. – С. 640.
- 9 Шмонин А. А. Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом принимающих участие в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в России» /А. А. Шмонин, В. М. Касаткина, М. Н. Мальцева // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2017. – №2(62), Т. 16. – С. 17-24.
- 10 Шмонин А. А. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план /А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова //Вестн. восстановительной медицины. – 2017. – №2. – С. 16-22.
- 11 Шмонин А. А. Предварительные результаты реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в России» в СПбГУЗ Городской больницы №26. Использование программы «ICF-reader» для установки реабилитационного диагноза /А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, В. В. Никифоров // Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2016. – №4. – С. 54-60.
- 12 Шмонин А. А. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» – программа «ICF-reader» /А. А. Шмонин, В. В. Никифоров, М. Н. Мальцева // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, №1. – С. 66-70.
- 13 Bickenbach J. ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice /J. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch //Hogrefe Publishing. – 2012. – P.140.
- 14 Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. – Geneva: WHO, 2013. – 127 p.
- 15 Ewert T. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist /T. Ewert, M. Fuessl, A. Cieza //J. Rehabil. Med. – 2004. – V. 44. – P. 22-29.
- 16 Geyh S. ICF Core Sets for stroke /S. Geyh, A. Cieza, J. Schouten //J. Rehabil. Med. – 2004. – V. 44. – P. 135-141.
- 17 Jelsma J. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study / J. Jelsma, D. Scott //Physiother. – 2011. – V. 97. – P. 47-54.
- 18 Leonardi M. Integrating research into policy planning: MHADIE policy recommendations /M. Leonardi, S. Chatterji, J. L. Ayuso-Mateos //Disabil. Rehabil. – 2010. – V. 32. – P. 139-147.
- 19 Levack WM. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis /W. M. Levack, M. Weatherall, J. C. Hay-Smith //Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2016. – V. 52 (3). – P. 400-416.
- 20 WHOFIC Resolution 2012: Merger of ICF-CY INTO (последнее обращение 17.09.2017).

REFERENCES

- 1 Auhadeev Je. I. Novyj metodologicheskij podhod k rehabilitacii pacientov na osnovе Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya /Je. I. Auhadeev, R. A. Bodrova //Vestn. voss-tanovitel'noj mediciny. – 2014. – №1 (59). – S. 6-10.
- 2 Bodrova R. A. Opyt primenenija Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya v ocenke jeffektivnosti reabilitacii pacientov s posledstvijami porazhenija CNS /R. A. Bodrova, Je. I. Auhadeev, I. V. Tihonov //Prakticheskaja medicina. – 2013. – №1 (66). – S. 98-100.
- 3 Bujlova T. V. Mezhdunarodnaja klassifikacii funkcionirovaniya kak kljuch k ponimaniju filosofii reabilitacii //Medi Al'. – 2013. – №1 (6). – S. 26-31.
- 4 Golik V. A. Ispol'zovanie mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja v jekspertnoj nevrologicheskoy praktike /V. A. Golik, E. N. Moroz, S. A. Pogorelova //Mezhdunar. nevrologicheskij zhurnal. – 2011. – №5 (43). – S. 104-110.
- 5 Ivanova G. E. Pilotnyj proekt «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossijskoj Federacii». Obshhie principy i protokol /G. E. Ivanova, A. A. Belkin, A. F., Beljaev //Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii. – 2016. – Т. 21, №1. – S. 6-11.
- 6 Ivanova G. E. Pilotnyj proekt «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossijskoj federacii». Protokol vtoroj fazy proekta /G. E. Ivanova, E. V. Mel'nikova, A.A. Shmonin //Uchenye zapiski PSPbGMU im. akad. I. P. Pavlova. – 2016. – №2. – S. 27-34.
- 7 Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja (polnaja versija) /Pod red. G. D. Shostka, M. V. Korobova, A. V. Shabrova. – SPb: SPbIUUVJeK, 2003. – 342 s.
- 8 Ivanova G. E. Reabilitacija bol'nyh s travmaticheskoy bolezn'ju spinного mozga /Pod

red. G. E. Ivanovoj, V. V. Krylova, M. B. Cykunova, B. A. Poljaeva. – M.: Moskovskie uchebniki i Kartolitografija, 2010. – S. 640.

9 Shmonin A. A. Analiz problem v reabilitacionnom diagnoze v kategorijah mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija u pacientov s insul'tom primajushih uchastie 24 v pilotnom proekte «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossii» /A. A. Shmonin, V. M. Kasatkina, M. N. Mal'ceva //Regionarnoe krovoobrashhenie i mikrocirkuljacija. – 2017. – №2(62), T. 16. – S. 17-24.

10 Shmonin A. A. Bazovye principy medicinskoj reabilitacii, reabilitacionnyj diaznos v kategorijah MKF i reabilitacionnyj plan /A. A. Shmonin, M. N. Mal'ceva, E. V. Mel'nikova // Vestn. vosstanovitel'noj mediciny. – 2017. – №2. – S. 16-22.

11 Shmonin A. A. Predvaritel'nye rezul'taty realizacii Pilotnogo proekta «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossii» v SPbGUZ Gorodskoj bol'nice №26. Ispol'zovanie programmy «ICF-reader» dlja ustanovki reabilitacionnogo diaznosa /A. A. Shmonin, M. N. Mal'ceva, V. V. Nikiforov //Uchjonye zapiski PSPbGMU im. akad. I. P. Pavlova. – 2016. – №4. – S. 54-60.

12 Shmonin A. A. Jelektronnaja sistema monitorirovanija jeffektivnosti reabilitacii v pilotnom proekte «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossijskoj Federacii» – programma «ICF-reader» /A. A. Shmonin, V. V. Nikiforov, M. N. Mal'ceva //Vestn. Ivanovskoj medicinskoj akademii. – 2016. – T. 21, №1. – S. 66-70.

13 Bickenbach J. ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice /J. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch //Hogrefe Publishing. – 2012. – P.140.

14 Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. – Geneva: WHO, 2013. – 127 p.

15 Ewert T. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist /T. Ewert, M. Fuessl, A. Cieza //J. Rehabil. Med. – 2004. – V. 44. – P. 22-29.

16 Geyh S. ICF Core Sets for stroke /S. Geyh, A. Cieza, J. Schouten /J. Rehabil. Med. – 2004. – V. 44. – P. 135-141.

17 Jelsma J. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study / J. Jelsma, D. Scott //Physiother. – 2011. – V. 97. – P. 47-54.

18 Leonardi M. Integrating research into policy planning: MHADIE policy recommendations /M. Leonardi, S. Chatterji, J. L. Ayuso-Mateos //Disabil. Rehabil. – 2010. – V. 32. – P. 139-147.

19 Levack WM. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis /W. M. Levack, M. Weatherall, J. C. Hay-Smith //Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2016. – V. 52 (3). – P. 400-416.

20 WHOFIC Resolution 2012: Merger of ICF-CY INTO (poslednee obrashhenie 17.09.2017).

Поступила 22.03.2021 г.

Sh. M. Gazaliyeva¹, K. A. Alihanova¹, T. O. Abugaliyeva¹, M. S. Serikova¹, M. N. Yugay¹, I. N. Ilyushina², M. B. Otarbayeva¹

THE ROLE OF THE ICF FROM THE STANDPOINT OF AN INDIVIDUAL APPROACH TO REHABILITATION ISSUES, TAKING INTO ACCOUNT THE LEVEL OF FUNCTIONING OF REHABILITANTS

¹Department of family medicine of Karaganda medical university (Karaganda, Republic of Kazakhstan);

²Department of medical and social expertise №6 of the Department of the committee for labor, social protection and migration in the Karaganda region of the Ministry of Labor and Social Protection of the Population of the Republic of Kazakhstan (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

This article presents the issues of applying the basic principles of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in rehabilitation. The role of the ICF is described in detail from the standpoint of an individual approach to rehabilitation issues, taking into account the level of functioning of rehabilitants. When introducing ICF, the focus of the specialist's attention is shifted to functioning rather than function, which is manifested by a better perception of the concepts of activity (activity and participation) and context factors (personal and environmental factors).

Key words: rehabilitation, international classification of functioning, limitation of vital functions

Ш. М. Газалиева¹, К. А. Алиханова¹, Т. О. Аbugалиева¹, М. С. Серикова¹, М. Н. Югай¹, И. Н. Илюшина², М. Б. Отарбаева¹

РЕАБИЛИТАНТТАРДЫҢ ЖҰМЫС ІСТЕУ ДЕҢГЕЙІН ЕСКЕРЕ ОТЫРЫП, ОҢАЛТУ МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ ЖЕКЕ КӨЗҚАРАС ТҰРҒЫСЫНАН МКФ РӨЛІ

¹Қарағанды медициналық университетінің отбасылық медицина кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан Республикасы);

²Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші

-қон комитетінің Қарағанды облысы бойынша департаментінің Nob медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

Бұл мақалада қызмет етудің Халықаралық жіктемесінің ҚХЖ негізгі қағидаларын оңалтуда қолданудың мәселелері ұсынылған (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Реабилитанттардың жұмыс істеу деңгейін ескере отырып, оңалту мәселелеріне жеке көзқарас тұрғысынан ҚХЖ рөлі егжей-тегжейлі сипатталған. ҚХЖ енгізу кезінде маманның қызметі функцияларға емес, қызмет етуге ауысады, бұл белсенділік (белсенділік және қатысу) және контексттік факторлар (жеке және қоршаған орта факторлары) ұғымдарын жақсы қабылдаумен көрінеді.

Кілт сөздер: оңалту, қызмет етудің халықаралық жіктемесі, тіршілік ету әрекетін шектеу