

30. Saner FH, Olde Damink SW, Pavlakovic G, van den Broek MA, Rath PM, Sotiropoulos GC, Radtke A, Canbay A, Paul A, Nadalin S, et al. *Pulmonary and blood stream infections in adult living donor and cadaveric liver transplant patients*. Transplantation. 2008;85:1564–1568.
31. Silliman CC. *The two-event model of transfusion-related acute lung injury*. Crit Care Med. 2006;34:S124–S131.
32. Singh N, Gayowski T, Wagener M, Marino IR, Yu VL. *Pulmonary infections in liver transplant recipients receiving tacrolimus. Changing pattern of microbial etiologies*. Transplantation. 1996;61:396–401.
33. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR. *Pulmonary infiltrates in liver transplant recipients in the intensive care unit*. Transplantation. 1999;67:1138–1144.
34. Snowden CP, Hughes T, Rose J, Roberts DR. *Pulmonary edema in patients after liver transplantation*. Liver Transpl. 2000;6:466–470.
35. Tallgren M, Höckerstedt K, Lindgren L. *Respiratory compliance during orthotopic liver transplantation*. Acta Anaesthesiol Scand. 1996;40:760–764.
36. Triulzi DJ. *Transfusion-related acute lung injury: an update*. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2006:497–501.
37. Weiss E, Dahmani S, Bert F, Janny S, Sommacale D, Dondero F, Francoz C, Belghiti J, Mantz J, Paugam-Burtz C. *Early-onset pneumonia after liver transplantation: microbiological findings and therapeutic consequences*. Liver Transpl. 2010;16:1178–1185.
38. Xia D, Yan LN, Xu L, Li B, Zeng Y, Wen TF, Zhao JC, Yang JY, Wang WT, Xu MQ, et al. *Postoperative severe pneumonia in adult liver transplant recipients*. Transplant Proc. 2006;38:2974–2978.
39. Zolfaghari PS, Wyncoll DL. *The tracheal tube: gateway to ventilator-associated pneumonia*. Crit Care. 2011;15:310.

CZU: 616.24-036.12-036.838.001.33

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.1-69.38>

CU PRIVIRE LA EVALUAREA DIZABILITĂȚII LA PACIENȚII CU BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ CU UTILIZAREA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII

Diana CONDRĂȚCHI, Serghei PISARENCO, dr. hab. șt. med.,
Constantin MARTÎNIUC, dr. hab. șt. med., conf. cercet.

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, R.Moldova

e-mail: diana7.7@mail.ru

Rezumat

Scopul: Optimizarea evaluării dizabilității la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă cu utilizarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății. **Material și metode:** Analiza publicațiilor științifice selectate din bazele de date medicale (MEDLINE, EMBASE etc.). **Rezultate și concluzie:** în scopul optimizării abordării dizabilității la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă cu utilizarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF): a fost analizată literatura pe specialitate, selectată din bazele de date medicale (Medline etc.); studiate cu categoriile de incluse în seturile CIF recomandate de OMS și propuse de un număr de autori care le aplică la pacienții cu BPOC și alte boli pulmonare obstructive cronice; a fost reflectată actualitatea problemei, obiectivele nerezolvate, perspectivele cercetărilor științifice ulterioare și relevanța concluziilor acestora pentru sarcinile expertizei medicale și sociale și în reabilitarea pacienților cu bronhopneumopatie cronică obstructivă.

Cuvinte-cheie: BPOC, categorii ale Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, expertiză medicală și socială, reabilitare.

Summary. Regarding the disability assessment in patients with chronic obstructive pulmonary disease using International Classification of Functioning, Disability and Health

Purpose: To optimize the assessment of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease using the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Material and methods:** Analysis of scientific publications selected from medical information databases (MEDLINE, EMBASE, etc.). **Results and conclusion:** in order to optimize the approach to disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): the literature was analyzed by specialty, selected from medical databases (Medline, etc.); studied with the categories included in the ICF sets recommended by the WHO and proposed by a number

of authors who apply them to patients with COPD and other chronic obstructive pulmonary disease; the topicality of the problem, the unresolved objectives, the perspectives of further scientific research and the relevance of their conclusions for the tasks of medical and social expertise and in the rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease were reflected.

Key-words: COPD, International Classification of Functioning, Disability and Health categories, medical and social expertise, rehabilitation.

Резюме. К вопросу оценки ограничений жизнедеятельности у больных хронической обструктивной болезнью легких с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Цель: оптимизировать оценку ограничений жизнедеятельности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких с использованием Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья. *Материал и методы:* Анализ научных публикаций, отобранных из баз медицинской информации (MEDLINE, EMBASE и др.). *Результаты и заключение:* С целью оптимизации оценки ограничений жизнедеятельности у больных хронической обструктивной болезнью легких путем использования Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ): проанализирована специальная литература, отобранная из баз данных медицинской информации (Medline и др.); тщательно изучены категории классификации, вошедшие в состав наборов МКФ, рекомендованных ВОЗ и предложенных рядом авторов в работе с пациентами с ХОБЛ и другими хроническими обструктивными заболеваниями легких; показана актуальность проблемы, нерешенные задачи, перспективы научных исследований и востребованность их выводов для нужд медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Ключевые слова: ХОБЛ, категории Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

Introducere. Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) reprezintă o afecțiune respiratorie frecventă, care poate fi prevenită și tratată, caracterizată prin persistența simptomelor respiratorii și limitarea persistentă a fluxului de aer, dată de anormalități la nivelul căilor aeriene și/sau alveolare, de obicei cauzate de o expunere semnificativă la particule nocive sau gaze [35]. BPOC este o boală sistemică complexă, care și actual rămâne subdiagnosticată și subapreciată [35, 34]. Pacienții cu BPOC manifestă o variație largă de dizabilitate [35]. Reabilitarea pulmonară, ca o parte importantă a tratamentului BPOC are ca scop îmbunătățirea performanței la efort fizic și calității vieții [38].

Scopul. Optimizarea evaluării dizabilității la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă cu utilizarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății.

Material și metodă. Analiza publicațiilor științifice selectate din bazele de date medicale (MEDLINE, EMBASE etc.).

Rezultate și discuții. BPOC rămâne a fi o maladie cu povară majoră pe sistemul medical la nivel global. Cheltuielile pentru asistență medicală din cauza bolilor respiratorii reprezintă o povară din ce în ce mai mare pentru economiile tuturor națiunilor [35, 36, 37]. În 2019, în 28 de state membre ale Uniunii Europene, costurile anuale în valoare aproximativă de 380 de miliarde de euro au fost atribuite doar îngrijirii pacienților cu boli respiratorii cronice. În aceste cheltuieli sunt incluse costurile pentru asistența me-

dicală primară și pentru spitalizări (cele din urmă estimate la cel puțin 55 miliarde EUR), costurile pentru pierderea capacității de muncă (cel puțin 42 miliarde EUR), precum și ani pierduți de viață pe motiv de dizabilitate, cum ar fi: ani trăiți cu dizabilitate, ani de viață pierduți din cauza dizabilității constituie ca și cheltuieli cel puțin 280 miliarde EUR [34, 35].

BPOC diferă de celelalte boli respiratorii cronice nu doar prin prevalența sa semnificativă, dar și prin severitatea complicațiilor și maladiilor concomitente, asociate ei [35, 37].

Actual BPOC se plasează printre primele trei cauze de deces la nivel mondial, 90% dintre aceste decese apar în țările cu venituri mici și medii [34, 35, 36]. La nivel global, se preconizează că sarcina BPOC va crește în deceniile următoare din cauza expunerii continue la factorii de risc pentru BPOC și din cauza îmbătrânirii populației globale [35].

În ultimele două decenii, în ciuda progreselor obținute în managementul BPOC, incidența deceselor asociate BPOC a crescut exponențial în comparație cu o scădere la alte grupuri de maladii (de ex. bolile cardiovasculare). Pacienții cu BPOC moderată până la severă suferă de dispnee excesivă la efort care este disproporționată față de volumul de activitate realizat, manifestă toleranță redusă la efort, exacerbări frecvente și spitalizări recurente. Deși factorii legați de declinul progresiv al activității fizice la pacienții cu BPOC sunt neclare, cauzele sunt multifactoriale, inclusiv aspectele psihologice, comportamentale și sociale, care toate joacă un rol important în activita-

tea cotidiană a pacientului cu BPOC. Având în vedere natura imprezvizibilă a evoluției BPOC, deseori este dificilă cuantificarea gradului limitărilor activităților zilnice ale pacienților cu BPOC. Prin urmare, OMS a elaborat scale validate pentru a determina impactul BPOC asupra activităților zilnice [39].

BPOC este un sindrom clinic eterogen caracterizat printr-o varietate de manifestări concomitente pulmonare și sistemice. Deși limitarea fluxului de aer confirmă prezența obstrucției bronșice ireversibile, cât și stadiul bolii, această nu corelează cu caracteristicile clinice ale bolii sau rezultatele tratamentului. De exemplu, pacienții cu același grad de limitare a fluxului de aer, sau FEV_1 , au rezultate clinice variabile, cum ar fi simptome, toleranță la efort fizic, caracteristici radiografice și condiții comorbide. Considerând o mare variabilitate clinică a acestei boli, impactul major pe sistemul ocrotirii sănătății, savanții au fost în căutare de instrumente pentru a răspunde la multiple întrebări privind starea pacientului din punct de vedere biopsihosocial [18, 39].

BPOC este o cauză majoră de dizabilitate și de afectare a calității vieții [34, 35, 36, 37, 38].

Dizabilitatea în BPOC este un fenomen dificil, iar intervențiile orientate pentru depășirea impactului cauzat de dizabilitate poartă un caracter complex și sistemic și variază în funcție de condiții specifice [26].

Pe glob, pacienții cu BPOC cu dizabilități manifestă rezultate mai reduse în materie de sănătate, activități economice mai scăzute versus persoanele fără dizabilități. Pe de o parte, acestea sunt datorate faptului că persoanele cu dizabilități se confruntă cu bariere care le împiedică accesul la serviciile, care sunt eventual obișnuite pentru persoanele fără dizabilități, cum ar fi asistența medicală, educația, activitate de muncă și transportul, precum și acces la informație. Astfel, reabilitarea și expertiza medico-socială sunt părți componente ale unui proces de îmbunătățire a calității vieții pacienților cu dizabilități.

Din punctul de vedere ale bazelor științifico-teoretice, expertizei medico-sociale și a reabilitării, este importantă interacțiunea concepțiilor de sănătate și a tulburărilor de sănătate. Aceasta interacțiune se reflectă în modelele „medical” și „social” de dizabilitate [3, 4, 5, 10, 17, 20, 22].

Modelul medical al expertizei medico-sociale consideră dizabilitatea ca fiind o problemă personală, provocată direct de o boală, de traumatism, sau alte leziuni, care necesită asistență medicală. Asistența medicală este considerată ca fiind un aspect principal, de aceia îngrijirile medicale, disponibilitatea tratamentului, reabilitarea și calitatea îngrijirilor reprezintă aspecte fundamentale [3, 4, 5, 10, 17, 20, 22]. Modelul social al expertizei medico-sociale privește

problema existenței dizabilității ca pe o problemă socială și de integrare în societate. Managementul dizabilității este o problemă de atitudine și se orientează pe schimbări sociale.

Din prisma modelului biopsihosocial al BPOC, doar rezolvarea maladiei sau a oricărui simptom nu este suficientă, este necesară evaluarea consecințelor bolii în ansamblu pentru a aplica recuperare funcțională și socială optimă [29, 30, 31, 32].

Astfel, în comunitatea medicală științifică s-a concluzionat că diagnosticul clinic nu reflectă toată diversitatea asociată cu trăsăturile de personalitate a pacientului. Ultimele decenii se caută instrumente noi pentru aprecierea limitărilor de participare și activitate pentru mai multe grupuri de maladii.

Începând cu 2001, experții OMS au propus o Clasificare Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) care oferă descrierea detaliată sub formă de coduri numerice a nivelelor de funcționare a unui pacient în societate și mediu cu considerarea consecințelor bolii, atât a influențelor pozitive și negative a factorilor de mediu, descrise în CIF [27, 28, 49].

CIF reprezintă un instrument de integrare a modelelor medical și social al dizabilității, moment care și îl deosebește de clasificări anterioare utilizate în cadrul expertizei medico-sociale [28, 29].

Integrarea ambelor modele conceptuale (medical și social) se regăsește în Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Dizabilității și Insuficienței Sociale (CID) – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), aprobată de Organizația Mondială a Sănătății în 1980 ca un instrument de analiză și rezolvare a problemelor legate de sănătatea persoanelor. Acest document a introdus noțiunea de „concept de consecințe a bolilor”.

Ca rezultat al „tulburărilor” apărute ca urmare a unei boli (sau traume), subiectul devine limitat în domeniile de activitate, ca urmare, apar tulburări, așa-numite „restricții de viață”, astfel boala poartă și un caracter social. Aceste manifestări reflectă deadaptarea socială, care rezultă din disfuncții și limitări a funcțiilor vitale.

Însă, CID nu permitea abordarea suficientă a rolului mediului social și fizic, atât în modelarea consecințelor bolilor cât și în depășirea lor. Prin urmare, CIF, care a fost aprobată pentru utilizare internațională la cea de-a 54-a Asamblée Mondială a Sănătății din 22 mai 2001, reprezintă o clasificare a componentelor sănătății care permite o determinare obiectivă a stării de sănătate al pacienților și aprecierea pronosticului funcțiilor afectate, precum și evaluarea eficacității măsurilor de reabilitare [2, 4, 5, 13, 15].

CIF aparține „familiei” clasificărilor internaționa-

le elaborate de Organizația Mondială a Sănătății care abordează diferite aspecte ale sănătății și cele asociate sănătății. Această „familie” include CIF, „Clasificarea internațională a bolilor” (CIM-10), „Clasificarea internațională a standardelor educaționale – ISCD” la fel și ”Regulile standard cu privire la egalizarea șanselor persoanelor cu dizabilități” (aprobat la cea de-a 48-a sesiune a Adunării Generale a ONU în 1993 (rezoluția 46/96). Scopul fundamental al CIF este furnizarea limbajului unic standardizat în definirea domeniilor de sănătate și domeniilor asociate sănătății [4, 49].

CIF a plecat de la clasificarea doar a „consecințelor bolii” (noțiunea apărută în ICIDH CID 1980) pentru a deveni o clasificare a „componentelor sănătății”. „Componentele sănătății” determină din ce constă aceasta, în timp ce „consecințele” se concentrează doar pe influența bolii și altor tulburări de sănătate asupra rezultatului final.

CIF face posibilă evaluarea nu doar a consecințelor bolii, dar a gradului de dezadaptare medicală și socială (sau absența acesteia) a subiectului în societate și în mediul înconjurător. Astfel, pe baza CIF, se poate concluziona despre relația cauză-efect a maladiei.

Scopurile de bază a CIF sunt asigurarea bazei științifice pentru înțelegerea și studierea domeniilor de sănătate și domeniilor asociate sănătății; formarea unui limbaj comun pentru descrierea domeniilor de sănătate și domeniilor asociate sănătății pentru a îmbunătăți înțelegerea între diferiți utilizatori: lucrătorii din domeniul sănătății, cercetători, administratori și societatea, inclusiv persoanele cu dizabilități; furnizarea informației comparabile pentru diferite țări și servicii de sănătate; furnizarea modelului sistematizat de codificare a sistemelor informaționale din domeniul sănătății.

Aceste obiective sunt interdependente, deoarece necesitatea de a aplicare a CIF a impus crearea unui sistem practic care poate fi utilizat de diferiți consumatori în managementul sănătății. Astfel, CIF se bazează pe integrarea strânsă a celor două modele (medicale și sociale).

În clasificările internaționale ale OMS, tulburările de sănătate (cum ar fi maladiile, tulburările, leziunile etc.) sunt clasificate în CIM-10, care determină structura etiologică a bolilor. Iar funcționarea și dizabilitatea asociate tulburărilor de sănătate sunt clasificate în CIF. Astfel, CIM-10 și CIF se completează reciproc, iar utilizatorii sunt încurajați să aplice ambele clasificări împreună [16, 49].

CIF include toate aspectele legate de sănătatea umană și componentele ale bunăstării, descriindu-le în domeniile de sănătate și domeniile asociate sănătății. Funcționarea umană înseamnă nu numai funcționarea deplină a tuturor funcțiilor corpului și prezența

tuturor părților anatomice ale corpului, ci implică activitatea umană, care este asociată cu factorii de mediu și factorii personali ai pacientului [17]. CIF servește ca un limbaj universal pentru comunicare dintre profesioniștii din domeniul reabilitării și specialiștii care selectează datele privind prevalența dizabilității [40]. OMS recomandă utilizarea CIF pentru a ghida procesul de reabilitare medicală [13, 14, 15, 23, 25, 33, 41].

CIF folosește o terminologie comună, pentru cuantificarea problemelor cu privire la funcțiile și structurile organismului, limitările de activitate și restricțiile de participare. Acesta este un set practic și semnificativ interdependent utilizat pentru corelarea funcțiilor fiziologice și structurilor anatomice care caracterizează sănătatea; la fel este un set de acțiuni, sarcini și sfere ale vieții; condiții naturale și culturale externe; trăsături interne și particularități psihologice individuale [1, 10, 13, 22, 31, 40].

CIF este reprezentat din două părți, fiecare fiind compusă din două componente [1, 4, 10, 12]. Partea 1: *Funcționarea și dizabilitatea*: (a) funcțiile (funcțiile fiziologice ale sistemelor corpului) și structurile corpului (părțile anatomice ale corpului, cum ar fi organele, membrele etc.); (b) activitate (îndeplinirea unei sarcini sau a unei acțiuni de către individ) și participare (implicarea individului într-o situație a vieții).

Este de subliniat că în evaluarea componentelor (funcțiile și structurile organismului), se va considera nu doar patologia cu manifestarea ei sub forma dereglărilor funcțiilor și structurilor organismului. Gradul de tulburare va fi apreciat după amploarea abaterii de la anumite standarde ale statutului biologic și medical a organismului și a funcțiilor sale [1, 10, 11]. Partea 2. *Factorii contextuali*: (a) factorii de mediu (care creează mediu fizic și social, de relații și atitudini în care trăiesc oamenii și își petrec timpul); (b) factorii de personalitate (acestea sunt caracteristicile individuale cu care individul trăiește și există).

Fiecare componentă poate fi reprezentat în termeni pozitivi și negativi și este alcătuit din domenii diferite, iar în interiorul fiecărui domeniu sunt categorii, care și reprezintă unități de clasificare. Domeniile de sănătate și domeniile asociate sănătății ale unui individ sunt apreciate prin selectarea codului corespunzător al categoriei cu adăugarea codurilor numerice, care la rândul său determină gradul de funcționare sau de dizabilitate, la fel și gradul în care un factor de mediu acționează ca factor care vine ca suport sau barieră pentru persoană [1, 10, 21].

Factorii de mediu se poziționează în strânsă interacțiune cu funcțiile corpului și pot afecta pozitiv sau negativ capacitatea potențială de a îndeplini anumite funcții, a căror încălcare persistentă poate duce la di-

ficultăți în efectuarea anumitor acțiuni, adică la limitări ale vieții. CIF conține o listă de factori de mediu care interacționează cu funcțiile corpului.

În realizarea expertizei medico-sociale, instituțiile abilitate utilizează metodologia de aplicare a clasificărilor și criteriilor utilizate, ținând seama de prevederile CIF prin cuantificarea tulburărilor de sănătate în puncte, cu utilizarea unui codificator din categoriile de dizabilitate, diferențiat după tipul de asistență de care are nevoie o persoană cu dizabilități [13, 14, 15, 49].

Prevederile CIF sunt utilizate pentru a implementa o abordare integrată a examinării medicale și sociale a persoanelor și pentru a reduce timpul petrecut pentru furnizarea serviciilor publice [42].

Abordarea biopsihosocială în practica clinică presupune că în dezvoltarea maladiei sau a unor tulburări la om un rol important constituie atât dereglările biologice (genetice, anatomice, fiziologice, biochimice etc.), cât și factorii psihologici (care includ gândirea, emoțiile și comportamentul pacientului), precum și factorii sociali (în special, factorii socio-economici, factorii al micro-mediului social, factorii culturali) [13, 14, 15, 23, 25, 33, 41, 49].

Este important să abordăm și să considerăm toate trei componente împreună, întrucât numărul tot mai mare de literatură empirică arată că percepțiile pacienților asupra sănătății și amenințării bolii, precum și barierele din mediul social sau cultural al pacientului, afectează probabilitatea modului în care pacientul va participa la procesul de tratament, cum ar fi: administrarea medicamentelor, alimentația corectă și participarea la activități fizice.

În acest context, factorii psihosociali (de exemplu, depresia) pot influența efectul biologic, predispunând pacientul la factorii de risc, ca urmare, crescând probabilitatea de îmbolnăvire.

Majoritatea bolilor pot fi considerate ca fiind boli influențate și dependente de comportament, cu factorii de risc bine cunoscuți sau așa-numitele „boli biopsihosociale”, iar BPOC reprezintă un exemplu clasic al grupului de boli biopsihosociale.

În ciuda valorii sale majore, CIF în ansamblu include peste 1400 de categorii, astfel utilizarea lui în practica clinică nu este fezabilă. Pentru a facilita implementarea CIF în practica clinică, au fost elaborate seturi comprehensiv și scurt CIF pentru o serie de maladii, cum ar fi: diabetul zaharat [47, 48], ictus cerebral [7, 11, 12, 19], inclusiv BPOC [43, 45, 46, 49]. Setul comprehensiv CIF pentru BPOC include un set de categorii din întregul CIF [16], care acoperă spectrul tipic al problemelor de funcționare al pacienților cu BPOC. Acest set a fost elaborat print-un consens care integrează dovezi colectate din studii preliminare și cunoștințe de specialitate.

Setul comprehensiv CIF pentru BPOC și actual este supus testării și validării la nivel mondial, vizavi de acest set sunt o serie de abordări, inclusiv studii internaționale multi-centrice și de validare din perspectiva pacienților. Un aspect cheie reprezintă și validarea din perspectiva utilizatorului. Deoarece seturile de bază CIF ar trebui să servească drept standard pentru evaluarea multidimensională a pacienților cu BPOC, este important ca intervențiile specifice ale personalului medical pentru pacienții cu BPOC să acopere toate problemele pacienților și aceste categorii să fie incluse în setul comprehensiv CIF [43].

Analizând lucrările autorilor cu privire la utilizarea seturilor CIF în BPOC se identifică o serie de contradicții (*Tabel 1*).

Analiza seturilor scurte CIF a identificat abordări diferite în selectarea itemilor. Unii autori au inclus în seturile scurte CIF caracterele, care nu se regăsesc în seturile scurte CIF recomandate de OMS [16, 21, 43, 45, 46, 49]. O parte din publicații explică aceste diferențe ca fiind din existența diferențelor culturale: se menționează ca experții în BPOC într-o țară în curs de dezvoltare precum Sudanul să aibă un nivel de expertiză diferit de cel al unui medic dintr-o țară industrializată [43].

Analiza ponderii coincidenței categoriilor din setul scurt CIF pentru BPOC arată că unele categorii se regăsesc la toți autorii, astfel, ele servesc ca categorii de bază, care trebuie considerate în elaborarea seturilor proprii, care ar caracteriza particularitățile clinice naționale a pacienților cu BPOC, particularitățile expertizei medico-sociale realizate în plan național. Diferențele dintre categorii la diferiți autori indică despre particularități naționale, inclusiv depind și de obiectivele cercetătorilor, de exemplu, seturi CIF pentru pacienți cu BPOC, care au suportat intervenție chirurgicală pe plămân diferă de setul elaborat pentru pacienții cu BPOC, care nu au fost supuși intervenției chirurgicale.

La fel, în studii se menționează despre deficiențe minore ale versiunii actuale a setului comprehensiv CIF pentru BPOC cu privire la funcțiile corpului, factorilor personali [44].

Prin urmare, o serie de cercetări menționează despre necesitatea validării, perfecționării și aprobării ulterioare a acestui instrument – sunt necesare cercetări suplimentare cu privire la fezabilitatea setului comprehensiv CIF pentru BPOC în practica clinică. Se așteaptă că rezultatele cercetărilor de validare vor elucida și mai mult validitatea setului comprehensiv CIF pentru BPOC din perspectiva diferitor profesii din domeniul sănătății. Rezultatele studiilor ulterioare ar putea sta la baza unei revizuirii și îmbunătățiri a setului comprehensiv CIF pentru BPOC [43].

BPOC face parte din grupul de boli biopsihosociale, boli cauzate, influențate și dependente de com-

Tabelul 1

Seturile de categorii CIF pentru evaluarea limitărilor vitalității la pacienții cu BPOC

Funcțiile organismului										
Autorii	b130	b134	b210	b280	b410	b420	b440	b450	b455	b460
Brief ICF Core Set for COPD							+	+	+	+
Huang et al.	+	+	+	+	+	+	+			
Смычек В.Б.							+	+	+	+
Афанасьева В.В. и др.	+	+		+		+	+		+	

Structurile organismului						
Autorii	s2	s5	s410	s430	s630	s720
Brief ICF Core Set for COPD			+	+		
Huang et al.	+	+	+	+		
Смычек В.Б.			+	+	+	+
Афанасьева В.В. и др.			+	+		

Activitatea și participarea							
Autorii	d220	d230	d430	d450	d455	d475	d640
Brief ICF Core Set for COPD		+		+	+		+
Huang et al.	+		+	+		+	+
Смычек В.Б.		+		+	+		+
Афанасьева В.В. и др.		+		+	+		

Factorii de mediu						
Autorii	e110	e115	e225	e310 /e410	e355 / e450	e260
Brief ICF Core Set for COPD	+	+	+			+
Huang et al.	+	+	+	+	+	
Смычек В.Б.	+	+				+
Афанасьева В.В. и др.	-	-	-	-	-	-

portamentul pacientului și cu factorii de risc bine cunoscuți. Privind un pacient cu BPOC este necesară abordardarea pacientului cu considerarea a toate trei componente împreună (“bio”, “psiho”, “social”). Astfel, în plan național s-a creat necesitatea continuării cercetărilor în eventualitatea elaborării propriului set național CIF pentru BPOC din gama de categorii CIF cu considerarea punctelor cheie, care vor reflecta pe deplin modelul biopsihosocial al pacientului cu BPOC și particularitățile din regiunea noastră. Nucleul acestui set va trebui să servească categorii cu o pondere mare de coincidențe, deoarece există categorii de bază care nu depind de particularitățile țării și de severitatea diagnosticului BPOC.

Elaborarea unui profil individual al funcționării la pacienții cu BPOC cu utilizarea categoriilor

CIF permite, din punct de vedere expert, evaluarea stării de sănătate pe trei nivele: abordarea pacientului ca organism biologic (evaluarea deficienței funcțiilor și structurilor corpului), pacient ca fiind subiect independent (evaluarea activității), pacient ca subiect al societății (evaluarea participării). Prin urmare, elaborarea profilului CIF vă permite vizualizarea stării de funcționare, evaluarea severității problemei și trasarea modalităților de rezolvare sau compensare a limitărilor, ceea ce va contribui la primirea deciziilor argumentate. De asemenea, metodologia de elaborare a profilului CIF pentru pacienții cu BPOC va facilita utilizarea CIF în practica clinică, asigurând integrarea instrumentelor CIF în expertiza medico-socială și reabilitare medicală [2, 6, 8, 13, 24].

Managementul pacientului cu BPOC necesită abordare longitudinală, coordonată cu implicarea mai multor specialiști din domeniul sănătății și nu doar. Programul de reabilitare bazat pe CIF este o abordare care ar rezolva problemele pacientului și ar facilita stabilirea obiectivelor, atribuirea scopurilor de intervenții specifice, implicarea specialiștilor responsabili din domeniul sănătății, precum și evaluarea realizării obiectivelor puse [14, 15, 18, 33].

Concluzii

Ultima vreme, s-a schimbat semnificativ înțelegerea problemelor vizavi de persoanele cu dizabilități. Metodologia adoptată anterior pentru evaluarea statutului funcțional al acestor persoane, limitărilor de funcționare nu corespunde în prezent cu nivelul actual de dezvoltare a acestei probleme în practica

internațională. În acest sens, utilizarea CIF face posibilă evaluarea funcționării luând în considerație indicatorii clinici, participarea personală, factorii de mediu, modificările de funcționare în dinamică, determină gradul de realizare a obiectivelor tratamentului și, de asemenea, facilitează interacțiunea specialiștilor, ce în final îmbunătățește calitatea asistenței medicale. CIF este construit pe un principiu ierarhic cu un grad sporit de detalizare, documentul îndeplinește toate cerințele unui instrument de evaluare. CIF este un instrument universal pentru evaluarea stării pacientului care are o tulburare de sănătate cu persistența tulburărilor funcțiilor corpului cauzate de maladie, care duce la limitări ale vieții și necesită protecție socială. Întrebarea cu privire la activitatea cu pacienții cu BPOC cu utilizarea seturilor OMS de categorii CIF adaptate la condiții locale necesită rezolvare.

Bibliografie

1. Аухадеев Э.И. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, – новый этап в развитии реабилитологии*. Казанский медицинский журнал. 2007. Том 88, №1, С. 5–9.
2. Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Якупов Р.А., Рафикова А.Д., Садыков И.Ф. *Возможности МКФ для определения реабилитационного потенциала у лиц, перенесших травму спинного мозга. Материалы IV Республиканской конференции с международным участием «Международная классификация функционирования в современной оценке качества реабилитации больных и инвалидов»*. Казань, 2016. С. 30–35с.
3. Аухадеев Э.И., Бакиров Р.С., Гаврилов О.П., Мясникова Г.Р. *Возможности и перспективы применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ в реальных условиях учреждения медицинской реабилитации*. Казань, 2011. 188 с.
4. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья*. ВОЗ, Женева. 2001, 342 с.
5. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А., Тихонов И.В. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья*. Казань, 2014. 226 с.
6. Burton C.R., Horne M., Woodward-Nutt K, Bowen A, Tyrrell P. *What is rehabilitation potential? Development of a theoretical model through the accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services*. Disabil Rehabil. 2014. Dec 12:1–6.
7. Голик В.А., Мороз Е.Н., Погорелова С.А. *Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике*. Международный неврологический журнал. 2011. №5 (43). С. 104–110.
8. Иванова Г.Е., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В. и соавт. *Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»*. Общие принципы и протокол. Вестник Ивановской медицинской академии, Т.21, №1, 2016, с. 6–11.
9. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Аронов Д.М., Белкин А.А. и соавт. *Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации»*. Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, №2, С.27–34.
10. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия)* / под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. СПб, 2003. 342с.
11. *Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга*. Под ред. Г.Е. Ивановой и др. Москва, 2010. 640 с.
12. Шмонин А.А., Касаткина В.М., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. *Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом*. Регионарное кровообращение и микроциркуляция, 2017. №2(62) Том. 16. С.17–24.
13. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. *Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план*. Вестник восстановительной медицины. №2 (78) 2017. С.16–22.
14. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Никифоров В.В., Мельникова Е.В. *Предварительные результаты реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в России»*. Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Том XXIII, №4, С 54–60.
15. Шмонин А.А., Никифоров В.В., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. *Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте*. Вестник Ивановской медицинской академии, Т.21, №1, 2016, с. 66–70.
16. Bickenbach J., Cieza A., Rauch A., Stucki G. *ICF*

Core Sets: Manual for Clinical Practice. Hogrefe Publishing, 2012, P.140.

17. *Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment*. October 2013. Geneva: WHO, 127 P.

18. Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. *Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist*. J Rehabil Med 2004; July (Suppl. 44):22–29.

19. Geyh S., Cieza A, Schouten J., Dickson H., Frommelt P. et al. *ICF Core Sets for stroke*. J Rehabil Med. 2004 Jul; (44 Suppl): 135–41.

20. <http://icf.ideaday.de>.

21. <http://www.icf-core-sets.org>.

22. <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf>.

23. Jelsma J. Scott D. *Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study*. Physiother. 2011; 97:47–54.

24. Leonardi M, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL, Hollenweger J, Ustün B et al. *Integrating research into policy planning: MHADIE policy recommendations*. Disabil Rehabil. 2010;32 Suppl 1:S139–47. doi: 10.3109/09638288.2010.520807.

25. Levack W.M., Weatherall M., Hay-Smith J.C., Dean S.G., McPherson K., Siegert R.J. *Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis*. Eur J Phys Rehabil Med. 2016Jun;52(3):400–16.

26. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, edited by TB Üstün, N Kostanjsek, S Chatterji, J Rehm. / WHO Library Cataloguing-in-Publication Data /2010

27. Nieto-More M, Gime Blanco P, Adán J, García-Olmos L, Valle J et al. *Applicability of the ICF in measuring functioning and disability in unipolar depression in Primary Care settings*. Actas Esp Psiquiatr. 2006 Nov-Dec;34(6):393–6.

28. Snyman S. Goliath C. Clarke M. Conradie H. Van Zyl M. *Transforming health professions education: Applying the ICF framework to equip students to strengthen health systems in an interdependent world*. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.

29. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C et al. WHO/NIH Joint Project. *Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*. Bull World Health Organ. 2010 №1;88(11):815–23.

30. *WHOFIC Resolution 2012: Merger of ICF-CY INTO ICF* <http://www.who.int/classifications/icf/whoficresolution2012icfey.pdf?ua=1>.

31. World Health Organization. *How to use the ICF: A practical manual for using the International*. 127 P.

32. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO, 2001. P. 3–29

33. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. *Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской*

реабилитации: инструкция для специалистов. Вестник восстановительной медицины, 2017, №6 (82), с. 1–26.

34. Joan B Soriano, Parkes J Kendrick, Katherine R Paulson, Vinay Gupta, and Theo Vos. *Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*. 2017

35. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, 2021.

36. José Luis López-Campos, Wan Tan, Joan B. Soriano. *Global burden of COPD*. Respirology (2016) 21, 14–23.

37. Sara M. May, M.D., and James T. C. Li, M.D., Ph.D. *Burden of chronic obstructive pulmonary disease: Healthcare costs and beyond*. Allergy Asthma Proc 36:4–10, 2015.

38. Bestall J, Paul E, Garrod R, Garnham R, Jones P, Wedzicha J. *Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Thorax 1999;54:581–586.

39. Abebaw M. Yohannes. *Disability in Patients With COPD*. Chest Journal. Volume 145, Issue 2, P200–202, February 01, 2014.

40. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. World Health Organization, Geneva, 2002.

41. *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO, 2013.

42. Материалы Конференции «Пути совершенствования организации и проведения МСЭ и реабилитации инвалидов с использованием положений МКФ». 11 June 2013.

43. Andrea Jobst, Inge Kirchberger, Alarcos Cieza, Gerold Stucki, and Armin Stucki. *Content Validity of the Comprehensive ICF Core Set for Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: An International Delphi Survey*. Open Respir Med J. 2013; 7: 33–45.

44. Alda Marques, Cristina Jácome, Raquel Gabriel, Daniela Figueiredo. *Comprehensive ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases*. Disabil Rehabil. 2013 Sep;35(20):1686–91.

45. Jingwen Huang, Jan D Reinhardt, Ranran Dai, Pu Wang6 and Min Zhou. *Validation of the brief international classification of functioning, disability, and health core set for obstructive pulmonary disease in the Chinese context*. Chronic Respiratory Disease, Volume 16: 1–14, 2019.

46. Afanasyeva V.V. et al. *Application of categories of the international classification of functioning in the organization of medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. The Scientific Notes of Pavlov University Vol. XXVII № 1 (2020), P. 26–36.

47. Lvova N.L. (2019) *Medical and Social Criteria for Determining Disability in Type 2 Diabetes Patients from the Standpoint of the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Physical and Rehabilitation Medicine, vol. 1, no. 4, pp. 31–39.

48. Lvova N.L. *Modern approaches to expert assessment of disorders in patients with type 2 diabetes mellitus*. Meditsinskie novosti. 2013, №11, P.16–20.

49. Смычек В.Б. *Современные аспекты инвалидности*. Минск, 2012.