

## ПОГЛЯД НА ПРОБЕМУ

DOI: 10.26693/jmbs03.03.188

УДК 616-036.86:347.151

*Борисова І. С.*

### ВИЗНАЧЕННЯ ОЗНАК ІНВАЛІДНОСТІ В КЛІНІЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: УВАГА НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро, Україна

doctorinnaborisova1@gmail.com

У статті означено необхідність використання в клінічній практиці особливих критеріїв, що характеризують порушення життєдіяльності хворих. В практиці медико-соціальної експертизи порушення критеріїв життєдіяльності та ступінь їх вираженості сьогодні використовують як ознаки інвалідності та характеристики відновного (реабілітаційного) лікування. Питання медико-соціальної експертизи щодо визначення у хворих або осіб з інвалідністю ознак стійкої непрацездатності (ознак інвалідності) в повсякденній практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря є досить важливими і мають певні особливості у зв'язку з використанням «соціальних» критеріїв. У хворих із захворюваннями серцево-судинної системи основними критеріями життєдіяльності, що порушуються: здатність до пересування, порушення здатності до трудової діяльності; здатність до самообслуговування та здатність до навчання (в контексті потреби отримання нової професії - перенавчання).

У хворих із захворюваннями системи кровообігу для об'єктивізації визначення ступеню порушень критеріїв життєдіяльності повинні широко використовуватись додаткові методи дослідження із визначенням функціонального стану серцево-судинної системи. Для визначення порушень критеріїв життєздатності у хворих з серцево-судинних захворювань необхідно ретельне дослідження функціонального стану серцево-судинної системи шляхом функціональних навантажувальних проб і додаткових досліджень, які характеризують функціональну здатність кровообігу, зокрема, ЕхоКГ дослідження та добове дослідження показників тиску й електрокардіографічної активності міокарду.

**Ключові слова:** серцево-судинна система, функціональний стан, інвалідність, медико-соціальна експертиза, критерії порушень життєдіяльності

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи «Розробка клініко-експертних підходів до оцінки обмеження життєдіяльності хворих та інвалідів з ревматичними ураженнями суглобів, внутрішніх органів та визначення реабілітаційного потенціалу на різних стадіях захворювань», № державної реєстрації 0105U007832, шифр ІН.05.06.

**Вступ.** У повсякденній клінічній практиці лікарями використовуються різні критерії оцінки та ефективності лікування: клінічні, соціальні, спеціалізовані для окремих захворювань та ін. До клінічних критеріїв відносять одужання й поліпшення – стани пацієнтів, що визначають тільки функціональне відновлення (на органному рівні) і характеризують досягнутий рівень медичної реабілітації. Такі критерії, на жаль, не визначають віддалені наслідки лікування та реабілітації, міру відновлення функцій, відновлення тих чи інших критеріїв життєздатності, що проявляються, насамперед, в соціально-побутовій та професійній, трудовій діяльності пацієнта. Наприклад, одужання характеризує повне відновлення функцій, але не дозволяє оцінити яка міра порушення функцій (легка, значна або різко виражена) була у пацієнта до проведення реабілітаційного, відновного лікування і яка міра порушення функцій пацієнта залишилась в клініці після лікування. Якщо у хворого до реабілітації

було помірне порушення функцій, а після лікування залишилися порушення легкого ступеню – таке лікування може характеризуватися як значне поліпшення. В той же час, відновлення в процесі лікування різкого порушення функцій пацієнта до стану значного порушення функцій оцінюється, зазвичай, - як незначне поліпшення. Хоча і пацієнт і лікар розуміють, що відбулося достатнє для покращення для відновлення у пацієнта здатності до самообслуговування й здатності до трудової діяльності.

Соціальні критерії лікування використовують оцінку працездатності та втрат держаних коштів від непрацездатності. До таких критеріїв відносять частоту або число випадків тимчасової непрацездатності; її тривалість; показники інвалідності, в тому числі оцінку її тяжкості. Особливістю цих критеріїв є те, що вони відображають ефективність лікування і реабілітації тільки на соціальному рівні. Наведені критерії мають ще один недолік: різноманіття хворих, які в цьому випадку є об'єктом лікування та реабілітації, вимагає їх додаткового розподілу на групи для вірогідної оцінки через оцінювання аналогічної контрольної групи для порівняння показників трудових втрат. Даний критерій дуже важко реалізувати в клінічній практиці.

Таким чином, звичні та загальноприйняті в лікувальній практиці критерії клінічної оцінки результатів реабілітаційного лікування прості та зрозумілі, але не завжди в повній мірі відображають ефективність відновного лікування, особливо у осіб з інвалідністю, у зв'язку із тим, що не враховують соціальної та соціально-побутові ефекти лікування.

Сьогодні, відповідно до статистичних даних «Всесвітнього огляду в галузі охорони здоров'я», близько 785 мільйонів осіб живуть з інвалідністю, що становить 15,6% населення світу. В «Доповіді про глобальний тягар хвороб» за 2011 рік наведені інші цифри, щодо глобальних оцінок кількісного складу осіб з інвалідністю - 975 мільйонів чоловік, що становить 19,4% населення світу [1]. Отже, чисельність інвалідів зростає. Це відбувається у зв'язку з різними причинами. Старіння населення – одна з них. Зрозуміло, що літні люди у зв'язку із низкою захворювань схильні до розвитку ознак інвалідності. Глобальне зростання неінфекційних хронічних захворювань (цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, хронічне обструктивне захворювання, бронхіальна астма) – ще одна з причин росту кількості осіб з інвалідністю. На жаль, у країнах з низьким і середнім рівнем доходу та в країнах із локальними воєнними конфліктами на частку хронічних хвороб приходиться до 66,5% загальної кількості років, прожитих з інвалідністю [1, 2, 3].

В Україні, за статистичними даними, чисельність людей з інвалідністю в останні роки не перевищує 6% [3]. В абсолютних цифрах це становить загальна кількість інвалідів – 2 709 982 осіб; інвалідів I групи - 310 494 осіб; інвалідів II групи – 1078 721 осіб; інвалідів III групи – 1155 646 осіб; дітей-інвалідів – 165 121 осіб [6]. За підсумками результатів роботи медико-соціальних комісій держави, перше рангове місце серед дорослого населення посідають хвороби органів серцево-судинної системи, частка яких становить 22,5% [3].

У 2001 році робоча група ВООЗ, з метою забезпечення уніфікації оцінки показників здоров'я та оцінки відновного (реабілітаційного) лікування запропонувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [9]. Положення даної роботи стали основою державних нормативних документів, на яких ґрунтується робота лікарів загальної практики, лікарів ЛКК і лікарів МСЕК з оцінки ознак інвалідності та оцінювання відновного лікування та реабілітації осіб з інвалідністю. Таким документами є: Постанова КМ №1317 від 3 грудня 2009 р. N 1317 «Питання медико-соціальної експертизи (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 752 від 18.08.2010 № 762 від 20.07.2011; № 485 від 31.05.2012; № 482 від 26.06.2015; № 874 від 21.10.2015; № 569 від 31.08.2016), Постанова КМ від 21 січня 2015 р. N 10 «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду» та Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. N 561 « Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» та розробленими на їх основі науково-методичних, методичних та науково-практичних посібників та рекомендацій [2, 4, 5, 10].

Оцінка ефективності відновного лікування та реабілітації відповідає тривимірній концепції наслідків хвороби, що відображені у зазначених документах. Її складовими є: концепція наслідків хвороб, що проявляється порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму і може бути обумовлена захворюваннями, наслідками травм або дефектами; порушення критеріїв життєдіяльності особи; концепція «соціальний фактор», яка визначається як необхідність в соціальному захисті або допомозі з боку держави.

В практиці медико-соціальної експертизи рекомендовано використовувати критерії порушень основних ознак життєдіяльності хворих та осіб з інвалідністю. Ступінь обмеження життєдіяльності – величина відхилення від норми діяльності людини.

Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується одним або поєднанням декількох зазначених найважливіших його критеріїв. Визначають три ступені обмеження життєдіяльності людини: помірно виражене, виражене і значне [8, 9].

У хворих з ураженням серцево-судинної системи (ССС), зокрема, з ІХС, ГХ, серцевою недостатністю – основними критеріями життєдіяльності, що порушуються:

- порушення здатності до пересування;
- порушення здатності до трудової діяльності;
- порушення здатності до самообслуговування;
- порушення здатності до навчання (в контексті потреби отримання нової професії - перенавчання).

Незначні порушення кровообігу визначають початкові, помірного ступеню вираженості порушення означених критеріїв життєдіяльності. Вони проявляються задишкою при значному фізичному навантаженні, синдромом стенокардії, що відповідає I або II ФК, за умов СН I або II А ст. Такі стани визначаються частіше у молодих та середнього віку хворих із одним або 2-х судинним атеросклеротичним ураженням. Лабораторні та інструментальні дослідження, в тому числі результати функціональних навантажувальних проб, свідчать про незначні відхилення від показників здорових. Переносимість ФН вища за 600 кгм/хв; споживання кисню перевищує 6 МЕТ. Проба з 6 хвилинною ходою – більше ніж 551 м. Реакція на ФН – адекватна, що підтверджується приростом АТ приблизно на 15%; ЧСС відновлюється на протязі 3-5 хв. Показники ехоКГ – в нормі; на ЕКГ – епізоди ішемії відсутні, можуть виявлятися порушення ритму, що не становлять загрози для життя. Легкі порушення функціонального стану ССС рідко призводять до порушень критеріїв життєдіяльності хворого. Фізична активність та мобільність таких хворих збережена практично в повній мірі. За умов виконання хворим тяжких видів праці (II, III та IV класи шкідливості за Гігієнічною класифікацією за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу, затверженою Наказом МОЗ України № 248 від 08.04.2014 р.) обумовлюють помірний (перший) ступінь порушення здатності до трудової діяльності [5, 7]. Для збереження можливості працювати, необхідно вилучити із переліку можливих видів праці: тяжкий фізичний труд; роботу на конвейері; нічні зміни та відрядження; роботу в несприятливих кліматичних умовах.

Значні порушення кровообігу обумовлюють значний ступінь порушення критеріїв життєдіяльності хворого або особи з інвалідністю із захворюваннями ССС. Це досить чіткі прояви клінічної симпто-

матики, що відповідають критеріям стенокардії напруги III ФК із проявами СН II А, частіше у поєднанні з порушеннями ритму. При холтеровському ЕКГ дослідженні можливо виявити і порушення провідності. Лабораторні та інструментальні дослідження, зокрема з використанням функціональних навантажувальних проб, виявляють у таких хворих або осіб з інвалідністю виражені відхилення від норми. Переносимість ФН в межах 400 – 600 кгм/хв; споживання кисню не перевищує 5-6 МЕТ. Проба з 6-хвилинною ходою – в межах 300 – 551 м. При цьому, реакція на ФН, за показником приросту АТ, тільки наближається до 10%; відновлення ЧСС та показника загального стану перевищує 5 хв. При добовому моніторингу ЕКГ виявлені епізоди ішемії загалом можуть складати від 4 до 10%; порушення ритму та провідності можуть визначатися, навіть у стані спокою. При ехоКГ-дослідженні можуть визначатися ознаки систолічної дисфункції, ФВ ЛШ може становити менше за 50% при зниженні скоротливості ЛШ. Морфологічним субстратом таких клінічних проявів частіше є мільтифокальне ураження або атеросклеротичне ураження великих провідних коронарних судин більше ніж на 50%.

Такі значні порушення функціонального стану ССС обумовлюють стійкі та значного ступеню порушення критеріїв життєдіяльності хворого. Насамперед обмежується в значному ступені здатність до трудової діяльності. Обмеження такого хворого або особи з інвалідністю характеризується станом, коли можливість до виконання будь якої праці можливо лише в спеціально створених умовах, що значно звужує коло вибору видів професій і категорій праці. Також значно обмежується здатність до пересування. При цьому зменшується темп пересування, відстань, яку може подолати хворий за певний час. Обов'язковою ознакою значного порушення до пересування є виникнення регулярної потреби допомоги інших осіб, і залежність від додаткових технічних засобів. В даному випадку – це можливість пересування за допомогою тростин. При значних порушеннях функціонального стану ССС виникають і обмеження у самообслуговуванні. Хворий не справляється з повсякденною, звичною для нього роботою. Виникають труднощі при прибиранні приміщення, приготуванні або доставці їжі із магазину, труднощі при подоланні сходів, особливо при відсутності ліфтів.

Одним з найважливіших критеріїв життєдіяльності є здатність особи до трудової діяльності. Цей критерій життєдіяльності представляє собою сукупність фізичних, психофізіологічних і психологічних можливостей, які формуються в результаті фізичного, психологічного та культурного розвитку особистості; залежить від її рівні загальної та

спеціальної освіти. Вироблення трудових навичок і майстерності, необхідних в професійній сфері також значно впливає на оцінку ступеню вираженості здатності до трудової діяльності. За умов виникнення у хворого різко виражених порушень функціонального стану ССС трудова діяльність таких осіб практично неможлива.

Клінічними ознаками різко виражених порушень функціонального стану ССС є: стенокардія напруги III ФК та виникнення стенокардитичних нападів у стані спокою, залежність від нітрогліцерину, значний набряковий синдром, який із задишкою є підтвердженням СН ІІБ та III ст. Проби з ФН частіше не проводяться у таких хворих через наявність клінічних проявів або через неможливість їх проведення. Толерантність до ФН не перевищує 25% від належного максимального споживання кисню. На ЕКГ визначають тяжкі прояви порушень ритму і провідності, часто – миготлива аритмія; фіксуються часті (в тому числі нічні) епізоди ішемії. ЕхоКГ-дослідження виявляє ознаки порушень скротливості ЛШ, динаміка ФВ ЛШ негативна.

Основною ознакою стану здатності до самообслуговування та пересування таких хворих – це необхідність в постійній сторонній допомозі. На фоні прогресуючих функціональних порушень ССС, що обумовлюють прогресування ішемії головного мозку, розвиваються порушення можливості таких хворих до спілкування значних ступенів та порушень контролю за своєю поведінкою. Дані

фактори підтверджують необхідність не тільки сторонньої допомоги, а й необхідність в сторонньому нагляді.

Отже, функціональний стан ССС, особливо у хворих або осіб з інвалідністю є основним критерієм, що обумовлює порушення тих чи інших критеріїв життєдіяльності – ознак інвалідності. Таким чином, ретельне дослідження функціонального стану ССС у хворих із ІХС, ГХ, ревматизмом за показниками додаткових методів дослідження дозволить обґрунтовано підходити до визначення наявності ознак інвалідності у хворих.

#### Висновки

1. Питання медико-соціальної експертизи щодо визначення у хворих або осіб з інвалідністю ознак стійкої непрацездатності (ознак інвалідності) в повсякденній практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря є досить важливими і мають певні особливості у зв'язку з використанням «соціальних» критеріїв.
2. Провідною патологією в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря сьогодні є захворювання серцево-судинної системи: ІХС, ГХ, СН. Для визначення порушень критеріїв життєздатності у хворих з серцево-судинних захворювань необхідно ретельне дослідження функціонального стану серцево-судинної системи шляхом функціональних навантажувальних проб і додаткових досліджень, які характеризують функціональну здатність кровообігу, зокрема, ЕхоКГ дослідження та добове дослідження показників тиску й електрокардіографічної активності міокарду.

#### References

1. Vsemyrnyi doklad ob ynvalydnosti, 2011. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/7/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.04\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/7/WHO_NMH_VIP_11.04_rus.pdf?ua=1). [Russian]
2. *Osnovy medyko-sotsialnoi ekspertyzy i reabilitatsiyi khvorykh ta invalidiv. navchalno-metodychnyi posibnyk.* Za red prof LYu Naumenka. D, 2017. 336 s. [Ukrainian]
3. Ipatov AV, Moroz OM, ta in. *Osnovni pokaznyky invalidnosti ta diyalnosti medyko-sotsialnykh ekspertnykh komisiy Ukrainy za 2015 rik: Analityko-informatsiynyi dovidnyk.* Za red Nachalnyka viddilu orhanizatsiyi sotsialnoi dopomohy okremym katehoriyam hromadyan, a takozh pytan MSEK MOZ Ukrainy SI Chernyaka. Dnipropetrovsk: Aktsent PP, 2016. 162 s. [Ukrainian]
4. *Postanova KM № 10 vid 21 sichnya 2015.* «Pro zatverdzhennya pereliku anatomicnykh defektiv, inshykh neoborotnykh porushen funktsiy orhaniv i system orhanizmu, staniv ta zakhvoryuvan, za yakykh vidpovidna hrupa invalidnosti vstanovlyuyetsya bez zaznachennya stroku povtornoho ohlyadu». [Ukrainian]
5. *Postanova KM № 1317 vid 3 hrudnya 2009.* «Pytannya medyko-sotsialnoi ekspertyzy (iz zminamy, vnesenymy zhidno z Postanovamy KM № 752 vid 18.08.2010 № 762 vid 20.07.2011; № 485 vid 31.05.2012; № 482 vid 26.06.2015; № 874 vid 21.10.2015; № 569 vid 31.08.2016). [Ukrainian]
6. *Proekt Prohramy rozvytku OON «Pidtrymka reformy sotsialnoho sektoru v Ukraini».* Methodychni rekomendatsiyi z vyznachennya katehoriy otrymuvachiv sotsialnykh posluh ta normy chasu nadannya sotsialnoi posluhy vidpovidno do katehoriyi. Kyiv, 2013. 55 s. [Ukrainian]
7. *Nakaz MOZ Ukrainy № 248 vid 08.04.2014.* Pro zatverdzhennya Derzhavnykh sanitarnykh norm ta pravyl «Hihiyenichna klasyfikatsiya pratsi za pokaznykamy shkidlyvosti ta nebezpechnosti faktoriv vyrobnychoho sere-dovyshcha, vazhkosti ta napruzhenosti trudovoho protsesu»: zareyestrovano v Ministerstvi yustyttsiyi Ukrainy 6 travnya 2014 r. za № 472/25249. [Ukrainian]
8. Standartnye pravyla obespechenyya ravnykh vozmozhnostey dlya ynvalydov (United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities), 1993. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/7/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.04\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/7/WHO_NMH_VIP_11.04_rus.pdf?ua=1). [Russian]

9. Mezhdunarodnaya nomenklatura narusheni, ohranycheni zhyznedeyatel'nosti y sotsyalnoy nedostatochnosti: Rukovodstvo po klassyfykatsyi bolezney y prychyn ynvalydnosti. M, 1994. 106 s. [Russian]
10. *Nakaz MOZ Ukrainy № 561 vid 05.09.2011.* «Pro zatverdzhennya Instruktsiyi pro vstanovlennya hrup invalidnosti». [Ukrainian]

УДК 616-036.86:347.151

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ИНВАЛИДНОСТИ В КЛИНИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА:  
ВНИМАНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

*Борисова И. С.*

**Резюме.** В статье отмечена необходимость использования в клинической практике особых критериев, которые характеризуют нарушения жизнедеятельности больных. В практике медико-социальной экспертизы нарушение критериев жизнедеятельности и степень их выраженности используют как признаки инвалидности и характеристики восстановительного (реабилитационного) лечения. У больных с заболеваниями системы кровообращения для объективизации определения степени нарушений критериев жизнедеятельности должны широко использоваться дополнительные методы исследования с определением функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистая система, функциональное состояние, инвалидность, медико-социальная экспертиза, критерии нарушений жизнедеятельности.

UDC 616-036.86:347.151

**Determining Signs of Disability in the Practice of Family Doctor:  
Functional State of Cardiovascular System**

*Borisova I.*

**Abstract.** The article explains the need to use in clinical practice specific criteria characterizing the patient's life impairment. Criteria of life impairment and degree of their expressiveness are used as signs of disability and characteristics of rehabilitation treatment in the practice of medical and social expertise. Identifying the signs of disability in patients or people with disabilities is very important in practice of a family doctor. In addition, it has some features because of "social" criteria. In patients with diseases of the cardiovascular system the following criteria of life are impairment: ability to walk, ability to work, ability to self-service and ability to study (in the context of the need for a new profession or re-training).

In Ukraine, according to statistics, the number of people with disabilities does not exceed 6% in recent years. There are 2709982 people with disabilities, among them are 310 494 persons of Group I, 1078 721 persons of Group II, 1155 646 people of Group III, and 165 121 children with disabilities. According to the results of the work of state medical and social commissions, the first ranked place among the adult population is occupied by cardiovascular system diseases, which accounts for 22.5%.

To determine the degree of life impairment criteria in patients with cardiovascular system diseases, it is necessary to use additional methods of research. First, the functional state of the cardiovascular system should be studied using functional load tests and additional studies characterizing the functional capacity of the blood flow, for example, echocardiography, 24 hour blood pressure monitoring, electrocardiography.

The study brought us to the following conclusions. Issues of medical and social expertise on the identifying signs of disability in daily practice of a family doctor are quite important and have certain features due to the use of "social" criteria. The leading pathology in the practice of a family doctor today is the disease of the cardiovascular system: CHD, GC, CH. To determine the violations of the criteria for viability in patients with cardiovascular diseases, a thorough investigation of the functional state of the cardiovascular system through functional loading tests and additional studies characterizing the functional capacity of the circulatory system, in particular, echocardiographic studies and daily studies of pressure and electrocardiographic activity of the myocardium.

**Keywords:** cardiovascular system, functional state, disability, medical and social expertise, criteria of life impairment.

Стаття надійшла 22.02.2018 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування