

2001; 32:364. Abstract.

11. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2010 рік (аналітико-інформаційний довідник) / Уклад. Марунич В.В., Іпатов А.В. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2010. – 130 с.

12. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

13. Наказ МОЗ України №183 від 07.04.2004 р. «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності»



УДК: 616.248:616-036.86

Критерії медико-соціальної експертизи та обмеження життєдіяльності інвалідів унаслідок бронхіальної астми

С.С. Паніна, Н.О. Гондуленко, Н.А. Саніна, Т.С. Ігумнова

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

Критерии медико-социальной экспертизы и ограничения жизнедеятельности инвалидов вследствие бронхиальной астмы.

С.С. Панина, Н.А. Гондуленко, Н.А. Санина, Т.С. Игумнова.

В статье описаны современные критерии медико-социальной экспертизы и определения уровня ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие бронхиальной астмы. Комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных факторов позволяет сделать должный вывод о наличии и степени ограничения отдельных категорий жизнедеятельности у лица, проходящего освидетельствование.

Ключевые слова: *бронхиальная астма, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности.*

Summary

The article describes the modern criteria of medical and social expertise and determination of the level of life activity limitation of disabled persons with asthma. Complex assessment of clinical, functional, psychological and social factors helps to make a proper conclusion about the presence and degree of certain categories of life activity limitation of a person passes examination.

Keywords: *asthma, medical and social expertise, life activity limitation.*

Захворювання органів дихання, зокрема бронхіальна астма, на сьогоднішній день залишаються одним із найвагоміших чинників захворюваності та інвалідизації населення України. Так, статистична зві-

ність з первинної інвалідності внаслідок бронхіальної астми, що була отримана протягом 2008–2010 рр., свідчить про значну розповсюдженість цього захворювання та демонструє приріст показників первин-

ної інвалідності з 0,4 у 2008 р. до 0,5 на 10 тис. дорослого населення у 2010 р. [1, 2]. Приріст показників інвалідності відбувається, незважаючи на наявність сучасних пульмонологічних клінік та впровадження наказів МОЗ України з діагностики та лікування захворювань органів дихання [3]. Щорічно близько 1500 дорослих осіб стають інвалідами внаслідок бронхіальної астми. В деяких областях зафіксовано великий відсоток тяжкої інвалідності внаслідок бронхіальної астми; це свідчить про різницю підходів лікарів-експертів до оцінки ступеня обмеження життєдіяльності хворих, недостатнє використання в лікарській практиці сучасних консенсусів з лікування цього захворювання та недосягнення контрольованого перебігу астми [1].

Таким чином, виникає потреба у впровадженні та дотриманні сучасних підходів до проведення медико-соціальної експертизи та визначення ступеня обмеження життєдіяльності у хворих на бронхіальну астму (БА).

У попередні роки в нашому інституті було проведено ряд робіт, присвячених розробці критеріїв медико-соціальної експертизи та підходів до реабілітації інвалідів внаслідок бронхіальної астми [4, 5].

Метою дослідження було виділення основних критеріїв медико-соціальної експертизи та обмеження життєдіяльності у інвалідів внаслідок БА.

Нами були виділені та науково обґрунтовані критерії, які необхідно врахувати

при проведенні оцінки обмеження життєдіяльності хворих на БА.

Ступінь тяжкості перебігу БА.

Визначення ступеня тяжкості БА ґрунтується на визначенні тяжкості перебігу самого захворювання та відповіді хворого на терапію, що проводиться.

Якщо пацієнт не отримує базисної глюкокортикостероїдної терапії, то тяжкість його БА визначають за допомогою аналізу клінічних симптомів та функції легень. При цьому виділяють 4 ступені тяжкості БА: інтермітуюча, легка персистуюча, помірна персистуюча, тяжка персистуюча.

Враховується комплекс клінічних та функціональних ознак бронхіальної обструкції: оцінюють частоту, вираженість та тривалість нападів експіраторної задишки, стан хворого в період між нападами, вираженість, варіабельність та зворотність функціональних порушень бронхіальної прохідності, відповідь на лікування. Має значення частота нападів ядухи в денний і особливо в нічний час (основний показник тяжкості астми).

Необхідно врахувати ступінь тяжкості загострень та частоту нападів ядухи у період відносної, нестійкої ремісії, частоту та тривалість загострень, повноту контролю над симптомами захворювання, наявність та вираженість ускладнень захворювання, у тому числі зумовлених проведенням лікуванням, гормонозалежність, а також рівні доз базисної терапії,

які отримує пацієнт.

Але якщо пацієнт отримує базисну терапію, то ступінь тяжкості його БА визначається шляхом оцінки інтенсивності лікування, яке він отримує. Легка астма визначається як БА з контрольованим перебігом, коли пацієнт отримує лікування низької інтенсивності, наприклад, низькі дози ГКС, антилейкотриєнові препарати або кромони. Тяжка астма потребує високо інтенсивного лікування для дотримання належного астма-контролю. Тому при визначенні стану життєдіяльності оцінка тяжкості астми повинна проводитися з урахуванням рівня підтримуючої терапії, що дозволяє досягти оптимального контролю захворювання.

Перспективним напрямком у визначенні ступеня тяжкості астми та прогнозу захворювання є виділення фенотипів пацієнтів з астмою. На сьогоднішній день визначено декілька клінічно значущих фенотипів астми, зокрема, еозинофільний, запальний або аспірін-індукований фенотип. Перебіг захворювання у цих груп пацієнтів має свої відмінності, наприклад, доведено, що пацієнти з запальним фенотипом схильні до помірного перебігу захворювання з нечастими загостреннями і т. ін.

Як засвідчив аналіз, до неправильного винесення експертного рішення у бік необгрунтованого завищення групи інвалідності, як правило, призводить неправильна оцінка ступеня тяжкості БА, адекватності контролю захворювання, неефективності

лікування, що проводиться.

Класифікація, що призначена для первинної оцінки тяжкості астми, не враховує рівень контролю захворювання. На подальших ступенях оцінки тяжкості захворювання необхідно визначати рівень астма-контролю за допомогою таких показників, як вираженість симптомів астми вдень та вночі, кількість прокидань через астму протягом ночі, обмеження повсякденної активності, добова потреба у швидкодіючих медикаментах для купірування нападів (короткодіючі β 2-агоністи – SABA), та показники ОФВ1 або ПОШвид.

Виділяють 3 рівні астма-контролю:

1. Повний контроль, коли пацієнт відзначає мінімальну симптоматику астми та не має потреби у SABA.
2. Частковий контроль – пацієнт відзначає хоча б один прояв з перерахованого: прояви астми більше ніж 2 дні на тиждень, деяке обмеження повсякденної активності, користування SABA більше ніж двічі на тиждень, показник ОФВ1 менше за 80% від належного.
3. Неконтрольований перебіг астми – про нього йдеться, коли пацієнт має загострення, або коли він має три та більше складових часткового астма-контролю.

Для оцінки рівня контролю перебігу астми використовуються стандартизовані опитники, такі як ACQ, АСТ та інші.

Досягнення повного астма-контролю асоційовано зі зменшенням кількості загострень, а відповідно, й зі збереженням

життєдіяльності хворого на належному рівні. У більшості хворих із персистою астмою захворювання може бути адекватно контрольоване шляхом проведення оптимальної фармакотерапії з мінімальними (або відсутністю) побічними ефектами з дотриманням відповідної ступінчастості: збільшення дози препаратів і комбінація різних медикаментів при погіршенні стану та зменшення дози і кількості препаратів при стабілізації стану [6].

Медикаментозна реабілітація хворих на бронхіальну астму в період ремісії захворювання включає проведення базисної підтримуючої та протирецидивної терапії. Нині ГКС є найефективнішими протизапальними препаратами для лікування БА. Дослідження показали їхню ефективність у плані поліпшення функції зовнішнього дихання, зниження гіперреактивності дихальних шляхів, зменшення вираженості симптомів, зниження частоти і тяжкості загострень і поліпшення якості життя (рівень доказовості А). Інгаляційні ГКС є препаратом вибору для хворих із персистою БА будь-якого ступеня тяжкості. Слід віддавати перевагу приєднанню препарату з іншого класу базисних препаратів перед збільшенням дози інгаляційних ГКС (рівень доказовості А). Більш доцільним є не збільшення дози ГКС, а додавання β 2-агоніста тривалої дії, що дозволяє досягти кращого контролю захворювання, ніж просто збільшення дози ГКС вдвічі і більше [7].

Незалежно від ступеня тяжкості захворювання, крім щоденного прийому базисних препаратів для контролю захворювання, для купірування гострої симптоматики необхідно застосовувати інгаляційний β 2-агоніст швидкої дії за потребою, однак не частіше ніж 3-4 рази на день.

Лікарські засоби, що рекомендуються, у залежності від ступеня тяжкості захворювання.

Ступінь 1 – інтермітуюча БА: низькодозові інгаляційні ГКС або антагоністи лейкотрієнових рецепторів.

Ступінь 2 – легка персистоюча БА: низькодозовий інгаляційний ГКС + довгодіючий β 2-агоніст (LABA), або низько-/середньодозовий інгаляційний ГКС, або низькодозовий інгаляційний ГКС + антагоніст лейкотрієнових рецепторів, або низькодозовий інгаляційний ГКС + пролонгований теофілін.

Ступінь 3 – персистоюча БА середнього ступеня тяжкості: середньо-/виськодозовий інгаляційний ГКС + LABA, та за необхідністю антагоніст лейкотрієнових рецепторів або пролонгований теофілін.

Ступінь 4 – тяжка персистоюча БА – до лікування, яке застосовується на 3-му ступені, додається оральний ГКС у малій дозі або антагоністи IgE.

Антагоністи лейкотрієнових рецепторів (монтелукаст, зафірлукаст) продемонстрували у клінічних дослідженнях свою здатність здійснювати бронходилатуючий ефект. Згідно з рекомендаціями GINA-

2010, використання таких препаратів у вигляді мототерапії доцільно у хворих із БА помірної тяжкості, аспіринзалежною астмою, а також як доповнення до базисної терапії, у хворих на тяжку БА з метою досягнення більш повного контролю перебігу захворювання.

Останнім часом до терапії БА увійшли антагоністи імунoglobуліну Е (омалізумаб). Показанням для їх призначення є тяжка БА у пацієнтів, які отримують високі дози ІКС, але не досягають повного астма-контролю. Призначення омалізумабу призводить до зменшення використання β 2-агоністів короткої дії та до зменшення кількості загострень.

Для хворих із середньотяжкою та тяжкою БА у деяких випадках хороший бронходилатуючий ефект здійснює використання антихолінергічних препаратів – комбінованого препарату беродуал, та тіотропія броміду (Спірива).

Для всіх ступенів: після досягнення контролю БА і його збереження протягом принаймні 3 місяців слід спробувати поступово зменшувати підтримуючу терапію, щоб встановити мінімальний обсяг лікування, що вимагається для підтримки контролю. В таблиці 1 наведено розрахункові еквівалентні дози (мкг) інгаляційних ГКС [7].

Як свідчать останні дослідження,

Таблиця 1. Розрахункові еквівалентні дози (мкг) інгаляційних ГКС

Препарат	Низька доза	Середня доза	Висока доза
Бекламетазону дипропіонат	200-500	>500–1000	>1000-2000
Будесонід	200–400	>400–800	>800-1600
Флютиказону пропіонат	100–250	>250–500	>500-1000
Мометазону фураат	200	∃400	∃800
Триамцинолона ацетонід	400–1000	>1000–2000	>2000

використання комбінації ІКС з β 2-агоністом тривалої дії (серетид) є більш доцільним і ефективним у досягненні повного контролю бронхіальної астми у порівнянні з монотерапією інгаляційними кортикостероїдами. Серетид є комбінованим двокомпонентним лікарським засобом, до складу якого входять інгаляційний глюкокортикостероїд флютиказона пропіонат та β 2-агоніст тривалої дії сальметерол. Уні-

кальна комбінація цих двох препаратів у одному флаконі дозволяє досягти більшої ефективності та зменшення дози ІКС (у два рази) за рахунок їх взаємопотенціюючої дії (спаринг-ефект) та досягти астма-контролю в 70% випадків [7].

Ступінь ремоделювання дихальних шляхів (оборотність обструктивного синдрому)

Одним із важливих моментів обсте-

ження хворого з БА є оцінка оборотності обструкції та ступеня ремоделювання дихальних шляхів за допомогою тесту з бронхолітиком (стандартний тест з салбутамолом). Наші спостереження засвідчили, що у інвалідів внаслідок БА з різко вираженим порушенням бронхіальної прохідності в одній п'ятій випадків після бронхолітичного тесту воно стає легким або прохідність повертається до норми. Функціональні проби дають важливу інформацію про максимальну спроможність легенів, що має велике значення для визначення реабілітаційного потенціалу інваліда. Також представляється важливим динамічне дослідження функції зовнішнього дихання в процесі реабілітації, яке дозволяє контролювати ефективність лікування, що проводиться.

Обстеження хворих БА також нерідко знаходиться не на належному рівні. Так, у медико-експертній документації дані спірографічного дослідження були відсутні у четверті первинно визнаних інвалідами внаслідок БА, а у частині випадків наводився тільки висновок без цифрових показників, що не дозволяло об'єктивно судити про ступінь бронхіальної прохідності і дихальної недостатності. Тест на оборотність обструкції проводився лише в поодиноких випадках.

Як вказано в GINA, одна з основних цілей лікування хворих на БА – «досягнення і підтримка функції легенів на максимально можливому індивідуально кра-

щому рівні», а постбронходилатаційний ОФВ1 показує максимальну спроможність легенів і ця величина надзвичайно важлива для оцінки реабілітаційного потенціалу хворих. Проте, слід пам'ятати, що астма – це захворювання, для якого характерна значна варіабельність клінічних показників, тому оцінка тяжкості перебігу захворювання, ефективності лікування повинна ґрунтуватися на регулярному моніторингові клінічного статусу і об'єктивному функціональному обстеженні.

Оцінка тільки початкової спірограми абсолютно недостатня, передбачити максимальну здатність легенів не представляється можливим, крім того, проба з бронхолітиком дає цінну інформацію про ефективність терапії, що проводиться, і реабілітаційний потенціал інваліда.

Характер морфологічних змін у легенях (наявність емфіземи, пневмосклерозу та ін.).

При тривалому перебігу захворювання, приєднанні інфекційних агентів, повторних пневмоніях, у хворих нерідко розвивається пневмосклероз, емфізема легенів, ХОЗЛ.

Ступінь легеневої недостатності

При визначенні ступеня легеневої недостатності необхідно брати до уваги не лише показники спірографічних досліджень, а й клінічну симптоматику захворювання.

До невірної винесення експертного рішення у бік необґрунтованого завищення

групи інвалідності призводить неадекватна оцінка ступеня легеневої недостатності через неправильне трактування спірографічних показників (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 та ін.). – вони у деяких хворих були або в межах норми, або дещо понижені, що, у свою чергу, сприяло завищенню ступеня легеневої недостатності. Для достовірного трактування спірографічних показників велике значення має дотримання стандартів виконання дослідження згідно з рекомендаціями NHANES 2007, ATS та ERS.

Ступінь серцевої недостатності

Клінічний прогноз захворювання (сприятливий, несприятливий, сумнівний)

Повнота та ефективність проведених раніше реабілітаційних заходів

Аналіз якості лікування інвалідів за даними медико-експертної документації показав, що більш ніж у половині випадків у виписках з історії хвороби та амбулаторних карток немає відомостей про те, які медикаменти приймає хворий постійно (базисна терапія). Прийом пероральних глюкокортикостероїдів був вказаний у 38,3% випадку, хоча реально ця цифра значно вища. Препарати базисної терапії були вказані значно менше: інгаляційні бронхолітики – у 21,6% та інгаляційні кортикостероїди – у 8,8%. І це при тому, що препарати базисної терапії повинні приймати абсолютно всі хворі на БА, окрім легкої форми, і тим більше інваліди внаслідок астми. Можливо, ці дані занижені у зв'язку з неякісним заповненням медичної

документації хворих, направлених на огляд у МСЕК для встановлення групи інвалідності, проте це тільки підтверджує відсутність належної уваги лікарів лікувальних установ до проблем реабілітації і лікування хворих на БА.

Оцінка реабілітаційного потенціалу інваліда (РП)

У залежності від можливостей відновлення працездатності інваліди розподіляються на 3 клініко-реабілітаційні підгрупи (КРГ):

КРГ-1 – інваліди з високим РП, у яких можливе встановлення працездатності. Результат досягається як шляхом встановлення функцій життєдіяльності, так і шляхом медико-професійної реабілітації – вибору професії, рівноцінної втраченій унаслідок захворювання, та без медичних протипоказань до її виконання. Іноді при цьому виникає потреба і в професійній реабілітації – направлення до служби зайнятості для навчання новій професії та/або цільового працевлаштування на робочому місці.

Критерієм ефективності реабілітації інвалідів КРГ-1 є “повна реабілітація інваліда” – визнання його працездатним та повернення до праці.

До цієї групи належать хворі з легкою БА та БА середньої тяжкості з ЛН I-II ст. при неадекватно призначеному лікуванні. Необхідне призначення ІКС у дозах, відповідних тяжкості захворювання, застосування бронхолітиків тривалої дії з контро-

лем ефективності лікування, освітні заняття в астма-школі. Попередня оцінка ефективності лікування повинна проводитися не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду інтенсивного лікування. Як правило, такі хворі швидко досягають часткового і навіть повного контролю захворювання, у них значно покращуються показники спірографії.

При достатньо високому рівні освіти (вищий та середньо-спеціальний), у молодому віці (можливість навчання і перенавчання), можливе подальше раціональне працевлаштування з навичками, що є.

КРГ-2 включає інвалідів із середнім РП, у яких можливе часткове встановлення працездатності в звичайних виробничих умовах. До цієї підгрупи потрапляють інваліди II-III груп, які в зв'язку із втратою профпридатності припинили трудову діяльність, а нове працевлаштування можливе лише із зниженням рівня їхньої професійної реабілітації. Ці інваліди потребують професійної реабілітації сумісно зі службою зайнятості.

Критерії ефективності реабілітації хворих КРГ-2 складаються зі зниження тяжкості інвалідності (до III групи) або повернення до праці інвалідів III групи, які припинили роботу внаслідок встановлення інвалідності.

Наприклад, БА середньої тяжкості та тяжкого перебігу, з ЛН I-II ст. або II ст., гормонозалежна, при неадекватно призначеному лікуванні (не застосовуються ІКС,

або недостатнє їх дозування), незадовільний контроль захворювання. При цьому відзначається підвищена реактивність бронхів, різко позитивна проба з бронхолітиком. Необхідне призначення ІКС у дозах, відповідних тяжкості захворювання, застосування бронхолітиків тривалої дії з контролем ефективності лікування, перевіркою правильності прийому препаратів, техніки інгаляцій (заняття в астма-школі). Попередня оцінка ефективності лікування повинна проводитися не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду інтенсивного лікування. Як правило, такі хворі досягають хорошого і задовільного контролю захворювання, у них значно покращуються показники спірографії, у тому числі і пост-бронходилатаційний ОФВ1.

При хорошому комплаєнсі хворого у подальшому можливе зменшення дозувань препаратів до мінімальної підтримуючої дози. Такі хворі, особливо при наявності високого рівня освіти, можуть бути раціонально працевлаштовані і частково (тяжка БА) або повністю реабілітовані (БА середньої тяжкості). За наявності ознак ремоделювання дихальних шляхів (пост-бронходилатаційний ОФВ1 < 60 %), середньому і низькому рівнях освіти, протипоказаній професії, ускладненому раціональному працевлаштуванні (сільська місцевість, безробіття), поганому комплаєнсі, наявності ускладнень (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет), повна реабілітація не завжди можлива.

КРГ-3 – інваліди з низьким РП, до яких належать інваліди I або II груп, які можуть бути адаптовані до праці в спеціальних умовах, або інваліди, які потребують соціально-побутової реабілітації. У цій підгрупі провідне місце посідає медична та соціально-побутова реабілітація. Остання включає матеріальне забезпечення, забезпечення побутовими технічними засобами та адаптацію до них, засобами руху, послугами територіальних центрів соціального захисту, адаптацію житла. Після часткового або повного встановлення соціально-побутової активності приєднується професійна реабілітація, спрямована на формування можливості праці вдома або працевлаштування інвалідів I та II груп на звичайному підприємстві зі спеціальним обладнанням робочого місця.

До цієї групи, як правило, належать інваліди внаслідок БА тяжкого перебігу (IV ступінь) з ЛН II та II-III ст. з гормонозалежністю або гормонорезистентністю з неможливістю досягти задовільного контролю захворювання навіть при застосуванні високих доз ІКС (> 2000 мкг), постійний прийом пероральних КС, виражені ознаки ремоделювання дихальних шляхів (пост-бронходилатаційний ОФВ1 < 40 % на фоні адекватної терапії), ознаки хронічного легеневого серця в ст. суб- та декомпенсації. У таких хворих, навіть при хорошому комплаєнсі, у подальшому можлива тільки часткова реабілітація.

Вік хворого.

Психологічні фактори (стан вищих психічних функцій, наявність порушень емоційно-вольової сфери, особистісні особливості, відношення до хвороби, комплаєнтність хворого) та якість життя хворого.

Соціальні фактори: соціально-побутовий статус (сімейний стан, соціально-побутові взаємовідносини, житлово-побутові умови, матеріальне положення, умови соціально-побутової та соціально-середовищної адаптації особи, яка проходить огляд, можливість виконання побутової діяльності і/або її залежність від допоміжних засобів, інших осіб, здатність до самообслуговування, самостійного пересування, орієнтації, спілкування, здатність контролювати свою поведінку), професійно-трудова ситуація (рівень освіти, професія, кваліфікація, займана посада, профмаршрут, загальний трудовий стаж, характер і умови праці, раціональність працевлаштування, збереження його професійних знань та навичок, трудова спрямованість та рівень професійних притягань, місце проживання та ін.).

Комплексна оцінка зазначених вище позицій клініко-функціональної, психологічної, соціальної діагностики дозволяє зробити висновок про наявність та ступінь обмеження окремих категорій життєдіяльності у особи, яка проходить огляд. Сполучення обмежень окремих категорій життєдіяльності можуть посилювати соціальну недостатність і призводити до більш тяж-

кого ступеня інвалідації.

Незначні порушення функції з боку дихальної та серцево-судинної систем, як правило, не призводять до суттєвого обмеження життєдіяльності, що потребує заходів соціального захисту; зниження здатності до професійної діяльності у деяких хворих, (зокрема, на БА I, II ст.) може бути обумовлене не стільки наявністю незначних функціональних порушень, скільки фактом професійної непридатності хворих для окремих професій, наприклад водія.

Хворим на БА, незалежно від ступеня тяжкості захворювання протипоказана робота в несприятливих метеорологічних умовах, в умовах підвищеної запиленості та загазованості повітря, в контакт з алергенами, види трудової діяльності, раптове припинення яких у зв'язку з виникненням приступу може заподіяти шкоду самому хворому або оточуючим особам (наприклад водії транспорту, монтажники-висотники), робота, яка пов'язана з обслуговуванням механізмів, які рухаються.

При БА I та II ст., ЛН 0-I та I ст., СН 0-I та I ст., ДЕП 0-I та I ст. за наявності раціонального працевлаштування групи інвалідності не встановлюють.

Критерії встановлення груп інвалідності

Перша група інвалідності

Підставою для встановлення першої групи інвалідності є стійкі, значно вираженої тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням,

травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до самообслуговування і викликають потребу в постійному, що не регулюються, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю нездатні до самообслуговування, потребують повного постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду, абсолютно залежні від інших осіб, або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування, потребують постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду, залежні від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій.

Критерії встановлення I групи інвалідності при БА у поєднанні з АГ: значне обмеження життєдіяльності за основними категоріями, тобто нездатність до самообслуговування та повна залежність від інших осіб, нездатність самостійно пересуватися, нездатність до навчання, нездатність до трудової діяльності.

Перша група інвалідності встановлюється хворим на БА з тяжким прогресуючим перебігом (IV ступінь), терапієрезистентністю, дихальною недостатністю III ст., з наявністю легеневого серця (СН II Б – III ст.) та інших тяжких незворотніх ускладнень, з обмеженням основних категорій життєдіяльності (здатність до пересування, самообслуговування, навчання,

спілкування, трудової діяльності) у межах третього ступеня.

Наприклад: БА IV ст., тяжкий персистуючий перебіг. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН III ст. Хронічне легеневе серце в ст. декомпенсації. СН ІІБ ст. або НК III ст.

БА IV ст., тяжкий персистуючий перебіг, гормонозалежність. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II-III ст. Хронічне легеневе серце в стадії декомпенсації. НК II Б ст.

Критерії обмеження життєдіяльності: здатність до пересування – 2-3; здатність до самообслуговування – 2-3; здатність до орієнтації – 0; контроль за своєю поведінкою – 0; здатність до спілкування – 2; здатність до навчання – 1; здатність до виконання трудової діяльності 2-3.

Друга група інвалідності

Підставою для встановлення другої групи інвалідності є стійкі, визначеної тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій здатності до самообслуговування, однак не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Критерії встановлення II групи інвалідності:

Друга група інвалідності встановлюється хворим на БА середньої тяжкості та з тяжким перебігом захворювання (III та

IV ст.), легеневою недостатністю II та II-III ст., з наявністю легеневого серця (СН I-II А ст. та II А ст.), ДЕП I-II та II ст., з обмеженням основних категорій життєдіяльності (здатність до пересування, самообслуговування, навчання, трудової діяльності) у межах другого ступеня.

Проте інваліди II групи можуть виконувати ту чи іншу роботу в спеціально створених умовах з урахуванням професійних навичок: у спеціальних для інвалідів цехах, де забезпечується організація особливого режиму праці (скорочення робочого дня, індивідуальні норми виробітку, додаткові перерви у роботі, суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм, медичний нагляд і систематична лікарська допомога і т. ін.), на спеціально створених робочих місцях, у надомних умовах з індивідуальним ритмом роботи без обов'язкових норм виробітку, з доставкою в необхідних випадках сировини додому та прийманням вдома готової продукції.

Інваліди II групи можуть виконувати не протипоказані види праці, в тому числі і висококваліфікованої, у будь-яких установах і на підприємствах різних форм власності, де адміністрація забезпечує спеціальні умови (наприклад, ненормований робочий день, невеликий обсяг роботи, необхідні перерви в роботі, режим харчування, окремі приміщення і т. ін.).

Наприклад: БА III ст., середньої тяжкості, персистуючий перебіг. Емфізема легень. Пневмосклероз. ХОЗЛ III ст., ЛН II

ст. Хронічне легеневе серце в ст. субкомпенсації, СН II А ст.

БА III ст., середньої тяжкості, персистуючий перебіг. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст. СН II А ст.

БА IV ст., тяжкий персистуючий перебіг, гормонозалежність. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст., СН I-IIА ст. Симптоматична артеріальна гіпертензія. ДЕП I-II ст. (на період активного лікування).

Критерії обмеження життєдіяльності: здатність до пересування – 1-2; здатність до самообслуговування – 1; здатність до орієнтації – 0; контроль за своєю поведінкою – 0; здатність до спілкування – 1; здатність до навчання – 0-1; здатність до виконання трудової діяльності 1-2.

Третя група інвалідності

Підставою для встановлення третьої групи інвалідності є стійкі, помірної тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або уродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критерії встановлення III групи інвалідності:

Третя група інвалідності встановлюється хворим на БА із середньою тяжкістю перебігу захворювання (III ст.) з легеневою недостатністю I та I-II ст., з наявністю легеневого серця (СН I ст. та II-A), ДЕП I та

I-II ст. з обмеженням основних категорій життєдіяльності (здатність до пересування, самообслуговування, навчання, трудової діяльності) у межах першого ступеня.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності визначається частковою втраченою можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне зниження кваліфікації або зменшення обсягу трудової діяльності; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні): значне зменшення обсягу трудової діяльності; втрата професії чи значне зниження кваліфікації; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні в осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії.

Наприклад: БА III ст., середньої тяжкості, персистуючий перебіг, гормонозалежність. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН I-II ст. СН I ст.

БА III ст., середньої тяжкості, персистуючий перебіг. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст. СН I ст.

БА II ст., легкий персистуючий перебіг. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН I-II ст. Хронічне легеневе серце в ст. субкомпенсації. СН I ст. Якщо хворий має низьку кваліфікацію, працює в несприятливих умовах праці, виконує протипоказану роботу, проживає у сільській місцевості, де є труднощі з працевлаштуванням на період раціонального працевлаштування.

Критерії обмеження життєдіяльності: здатність до пересування – 0-1; здатність

до самообслуговування – 0-1; здатність до орієнтації – 0; контроль за своєю поведінкою – 0; здатність до спілкування – 0; здатність до навчання – 0; здатність до виконання трудової діяльності 1.

Висновки:

1. Основними критеріями медико-соціальної експертизи при бронхіальній астмі є ступінь тяжкості бронхіальної астми, характер морфологічних змін у легенях, вираженість обструктивного синдрому та його оберненість, ступінь легеневої та серцевої недостатності, клінічний прогноз захворювання та характер його перебігу, рівень астма-контролю, вік хворого, його психологічні особливості, рівень освіти, характер трудової діяльності, а також повнота й ефективність проведених реабілітаційних заходів.

2. Підходи до визначення ступеня тяжкості перебігу захворювання та його прогнозу мають ґрунтуватися на сучасних рекомендаціях та гайдлайнах національного та міжнародного рівнів. Необхідно посилення контролю над впровадженням сучасних стандартів діагностики та реабілітації хворих на бронхіальну астму, моніторинг показників функції зовнішнього дихання в динаміці, впровадженням та правильним виконанням сучасних спірографічних методик (у т.ч. проби з бронхоліком) та призначення адекватної протизапальної терапії сучасними інгаляційними кортикостероїдами в комбінації з β -2 агоністами тривалої дії (LABA) з метою дося-

гнення повного астма-контролю.

3. Впровадження єдиних підходів до медико-соціальної експертизи згідно з сучасними рекомендаціями дозволить досягти стабілізації і навіть зниження первинної інвалідності внаслідок бронхіальної астми, а також слугуватиме чинником профілактики настання інвалідності. Належне виконання індивідуальних програм реабілітації хворих та інвалідів може привести до часткової або, в деяких випадках, навіть повної реабілітації хворих на бронхіальну астму.

Література:

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2008-2010 роки: Аналітико-інформаційний довідник / А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін, С.І. Черняк та ін.; за редакцією нач. Управління МСЕ МОЗ України В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008-2010. – 104 с.

2. Епідеміологія первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок бронхіальної астми протягом 2008–2009 років / А.В. Іпатов, Н.О. Гондуленко, С.С. Паніна, Т.С. Ігумнова // Астма та алергія. – 2010. – №1-2. – С. 91-92.

3. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: наказ МОЗ України від 19 березня 2007 р. № 128 // 2007. – С. 63-68.

4. Гондуленко Н.О. Медико-соціальна реабілітація хворих та інвалідів внаслідок

бронхіальної астми: дис... канд. мед. наук / Н.О. Гондуленко. – К., 2005. – 19 с.

5. Методика складання індивідуальної програми реабілітації інвалідів внаслідок бронхіальної астми та контроль ефективності її виконання: методичні рекомендації / А.В. Іпатов, Т.О. Перцева, С.С. Паніна та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 30 с.

6. Лемко І.С. Сучасні підходи до реабілітації хворих на бронхіальну астму / І.С. Лемко // Астма та алергія. – 2002. – № 2. – С. 42-45.

7. GINA (Global Initiative for Asthma): Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2010: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ginasthma.org>



УДК 616.8-085.851-056.24

Психологические исследования в практике медико-социальной экспертизы

И.П. Куш, К.А. Суганяк, В.В. Храмцова

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

У статті визначено принципи організації психологічного дослідження в рамках медико-соціальної експертизи. Обґрунтовано поділ психодіагностичного процесу в залежності від цілей і завдань дослідження. Визначено принципи оцінки психологічної складової реабілітаційного потенціалу. Визначено принципи проведення психотерапевтичної реабілітації в залежності від рівня психологічної складової реабілітаційного потенціалу.

Ключові слова: психологічна складова реабілітаційного потенціалу, психодіагностика, медико-соціальна експертиза.

Summary

In this article we defined the principles of psychological research in the medical and social expertise. Grounded division psychodiagnostic process depending on the goals and objectives of the study. We defined the principles of psychological assessment component of rehabilitation potential. We have identified the principles of psychotherapeutic rehabilitation depending on the psychological component of rehabilitation potential.

Keywords: psychological component of the rehabilitation building, psychodiagnostics, medical and social expertise.

Ключевые слова: психологическая составляющая реабилитационного потенциала, психодиагностика, медико-социальная экспертиза.

Современные подходы к исследованию инвалидности рассматривают инва-

лидность не как снижение профессиональных возможностей или неспособность за-