

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТА КРИТЕРІЇ ОБМЕЖЕННЯ СТУПЕНЯ ВТРАТИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця)

reab@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведено в межах науково-дослідної роботи «Вивчити стан та динаміку інвалідності при гіпотиреозі та розробити рекомендації з медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів», державний реєстраційний номер 0116U001420.

Вступ. Питання трудової експертизи хворих на гіпотиреоз нерідко складні, тому що вимагають всебічної оцінки не лише важкості гіпотиреозу і його ускладнень, але й наявності супутніх захворювань, перебіг яких при гіпотиреозі значно погіршується. Можуть бути випадки, коли сам по собі гіпотиреоз, або окремо взяті супутні захворювання у хворого на гіпотиреоз формально не дають підстави для встановлення групи інвалідності, але разом взяті вони обмежують його життєдіяльність.

Під життєдіяльністю слід розуміти сукупність усіх видів діяльності людини. Її порушення у конкретних осіб проявляється у повній чи частковій втраті змоги до пересування, спілкування, навчання, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, повноцінної трудової діяльності. Життєдіяльність являє собою інтеграцію фізичних, психологічних та соціальних функцій людини. Виділяють три ступеня обмеження життєдіяльності:

1. Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості пересування, спілкування, навчання, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, участь у трудовій діяльності.

2. Виражене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів і систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості пересування, спілкування, навчання, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, участь у трудовій діяльності.

3. Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів і систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості пересування, спілкування, навчання, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, участь у трудовій діяльності та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді.

Обмеження життєдіяльності – неможливість виконувати повсякденну діяльність способом та в об'ємі звичайних для людини, що створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить її в незручне становище порівняно зі здоровими і проявляється частковою або повною втратою здатності до пересування, спілкування, навчання, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності,

зниженням кваліфікації і призводить до соціальної дезадаптації.

Метою нашого дослідження було вивчення медико-соціальної експертизи та визначення чітких критеріїв обмеження ступеня втрати життєдіяльності хворих на гіпотиреоз.

Об'єкт і методи дослідження. Досліджувалася медико-експертна документація 746 хворих та інвалідів внаслідок післяопераційного гіпотиреозу та 414 хворих та інвалідів внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу у Вінницькій області.

Результати дослідження та їх обговорення. Рішення про інвалідизацію ґрунтується на оцінці комплексу клінічних, психологічних, соціальних і професійних факторів. При цьому враховується характер захворювання, ступінь порушення функцій організму, ефективність лікування та реабілітаційних заходів, стан компенсаційно-адаптаційних можливостей організму, клінічний та трудовий прогноз, здатність до соціальної адаптації, потреба в різних видах соціальної допомоги, особисті установки, конкретні умови і зміст праці, освіта та професійна підготовка, вік, необхідність, працевлаштування та інше. З метою об'єктивної оцінки стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації при огляді у МСЕК у кожному випадку проводиться комплексний огляд всіх органів і систем організму, вивчення даних лабораторних та функціональних методів дослідження, аналіз необхідних документів. Звертається увага на соціально-побутові умови особи яка оглядається, економічний стан у районі мешкання, вивчається можливість соціальної адаптації.

Працездатність хворих визначається станом їх здоров'я на фоні замісної гормональної терапії, а не станом при госпіталізації.

Тимчасова непрацездатність обумовлюється погіршенням загального стану та необхідністю стаціонарного обстеження і лікування. На термін тимчасової непрацездатності впливає характер патологічного процесу і вираженість проявів хвороби. При оцінці обмеження ступеня втрати життєдіяльності необхідно враховувати ступінь важкості та стан компенсації порушеної функції щитоподібної залози.

Стан компенсації оцінюється на підставі клінічних, біохімічних та гормональних даних і свідчить про адекватність терапії. Його характеризує відсутність клінічних проявів; нормалізація лабораторних показників (аналізу крові, ліпідограми, білкового спектру крові, коагулограми); рівня ТТГ в крові; нормальні характеристики ЕКГ, ЕхоКГ, РВГ, РЕГ, часу ахіллового рефлексу.

Стан субкомпенсації характеризується наявністю помірно виражених симптомів порушення функції ЩЗ. Дози препаратів, що отримують хворі, не забезпечують повної компенсації захворювання, але

Вагові коефіцієнти показників, що визначають втрату працездатності при гіпотиреозі

| | | Вік | Енцефалопатія | Кардіопатія | Периф. нейропатія | Анемія | Холестерин | ТТГ |
|---|----------|------|---------------|-------------|-------------------|--------|------------|-------|
| діапазон показника | мінімум | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0,7 |
| | максимум | 60 | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | 100 |
| ваговий коефіцієнт (доля впливу одного показника порівняно з іншими) $F=140$ | | 5 | 30 | 30 | 25 | 15 | 15 | 20 |
| % вагового коефіцієнта $\Sigma=100$ | | 3,6 | 21,4 | 21,4 | 17,9 | 10,7 | 10,7 | 14,3 |
| А | | 0,09 | 10,7 | 10,7 | 5,967 | 3,567 | 1,783 | 0,144 |
| В $\Sigma=9,03$ | | 1,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7,13 | 0,1 |

Примітка: значення заокруглені.

наближаються до оптимальних (що оцінюється в тому числі за даними гормонального обстеження). Клінічно у хворих зберігається помірна брадикардія, сухість шкіри, пастозність обличчя, зниження рефлексів (в т. ч. подовження часу ахіллового рефлекса до 360 мс), підвищений вміст в крові холестерину, ліпідів або в межах норми. Рівень тиреоїдних гормонів в нормальних межах при підвищеному рівні ТТГ.

Стан декомпенсації характеризується наявністю виражених симптомів порушення функції ЩЗ. Клінічні ознаки: набрячний синдром, сухість шкіри, брадипсихізм, уповільнення мови, огрубіння голосу, симптоми гіпотиреоїдної міокардиодистрофії (можливий гідроперикардит), енцефалопатії, міопатії, дисфункції яєчників.

Лабораторні ознаки: виражена гіперліпідемія, сплюснена цукрова крива, анемія. Рівень ТТГ в крові більше ніж 10 мМО/л, зниження Т4.

При легкій формі гіпотиреозу лікування можна проводити в амбулаторних умовах без звільнення хворого від роботи. Особи інтелектуальної праці, адміністративно-господарські працівники, як правило, працездатні. У ряді випадків хворим необхідно створити полегшені умови праці за заключенням ЛКК лікувальної установи (звільнення від нічних змін, відраджень та ін.) [1].

Хворі повинні направлятись на МСЕК лише в стані компенсації захворювання, а при неможливості її досягнення – після використання всіх можливостей корекції гормонотерапії в стаціонарних чи амбулаторних умовах [2].

При погіршенні загального самопочуття, посиленні явищ астенії, збільшенні набряків, необхідно звільнювати хворого від роботи. Для компенсації захворювання термін тимчасової непрацездатності, як правило, складає не більше 20 днів, при важкій формі – 30-40 днів, стаціонарних чи амбулаторних умовах.

При несприятливому клінічному та трудовому прогнозі, коли заходи з медичної та соціально-трудової реабілітації виявляються безуспішними, хворих направляють на МСЕК.

Завдяки широкому спектру тиреоїдних препаратів і удосконалення методів діагностики I група інвалідності при гіпотиреозі встановлюється надзвичайно рідко. Першу групу визначають при вродженому гіпотиреозі з вираженими розладами психіки (якщо лікування в дитинстві не розпочато своєчасно), при

Таблиця 1. сформованому в дитинстві кретинізмі, у випадку вираженої мікседеми, зі схильністю до розвитку гіпотиреоїдної коми. Ці хворі потребують постійного догляду. Хворим з ускладненою формою захворювання (важка форма гіпотиреозу), при мікседемі протипоказаний будь-який професійний труд, в зв'язку з чим

їм визначається II група інвалідності [3]. При гіпотиреозі середньої важкості (значне порушення обміну речовин, зміни збоку серцево-судинної системи і психічної сфери, набряки, стійка гіпер- або гіпотензія) хворі не можуть виконувати роботу зі значним і навіть помірним фізичним навантаженням, їм протипоказана робота з нервовим перенапруженням, яка потребує швидкої і точної реакції (водій транспортних засобів, станочник, робота на конвеєрі, диспетчер, телефоніст, лікар хірургічного профілю), важка фізична праця та праця, пов'язана з переохолодженням, їх переводять на іншу роботу з виключенням факторів, що призводять до втрати кваліфікації. Це є підставою для визначення їм III групи інвалідності [4,5].

Вірна оцінка клінічного та трудового прогнозу, своєчасна патогенетична терапія, звільнення хворих від протипоказаних видів робіт, раціональне працевлаштування і диспансерний нагляд є важливими формами профілактики прогресування захворювання, що сприяє відновленню працездатності хворих.

В кожному конкретному випадку експертне рішення базується на комплексі медичних і соціальних критеріїв, основними з яких є діагноз і прогноз. Без оцінки характеру і тяжкості захворювання, порушень функцій дуже важко визначити не тільки ступінь вираженості обмежень життєдіяльності, але й клінічний і трудовий прогноз.

Для прогнозування та покращення медико-соціальної експертизи нами запропоновано спосіб прогнозування групи інвалідності у хворих на гіпотиреоз, що полягає у використанні розробленої формули

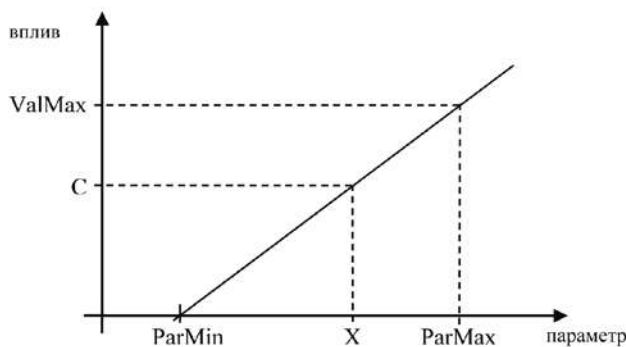


Рис. Метод інтерполяції границь діапазону показника і величини його вагового коефіцієнта.

Визначення групи інвалідності за загальною кількістю балів

| № | Прізвище | Вік, роки | Енцефалопатія | Кардіопатія | Периф. нейропатія | Анемія | Холестерин | ТТГ | Загалом балів | Група |
|----|-------------------|-----------|---------------|-------------|-------------------|--------|------------|-------|---------------|-------|
| 1 | Катріненко В.П. | 47 | 2 | 2 | 2 | 3 | 10 | 32 | 83,073 | 2 |
| | | 2,430 | 21,4 | 21,4 | 11,934 | 10,701 | 10,7 | 4,508 | | |
| 2 | Бровко К.І. | 52 | 2 | 1 | 3 | 1 | 6,2 | 29,7 | 64,549 | 2 |
| | | 2,88 | 21,4 | 10,7 | 17,901 | 3,567 | 3,925 | 4,177 | | |
| 3 | Куринчук В.А. | 43 | 2 | 2 | 2 | 1 | 6,5 | 12 | 66,456 | 2 |
| | | 2,070 | 21,4 | 21,4 | 11,934 | 3,567 | 4,460 | 1,628 | | |
| 4 | Шевчук Ю.А. | 47 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 7,9 | 68,904 | 2 |
| | | 2,43 | 21,4 | 21,4 | 11,934 | 7,134 | 3,568 | 1,038 | | |
| 5 | Дзюба М.І. | 50 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7,1 | 16,4 | 68,792 | 2 |
| | | 2,7 | 21,4 | 21,4 | 11,934 | 3,567 | 5,529 | 2,262 | | |
| 6 | Кривляк Е.М. | 48 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5,6 | 3 | 53,308 | 3 |
| | | 2,520 | 21,4 | 10,7 | 11,934 | 3,567 | 2,855 | 0,332 | | |
| 7 | Білоус Т.Б. | 32 | 2 | 0 | 1 | 1 | 5 | 0,57 | 33,817 | 3 |
| | | 1,08 | 21,4 | 0 | 5,967 | 3,567 | 1,785 | 0,018 | | |
| 8 | Кандирал В.В. | 56 | 2 | 2 | 1 | 0 | 6,6 | 3 | 56,977 | 3 |
| | | 3,24 | 21,4 | 21,4 | 5,967 | 0 | 4,638 | 0,032 | | |
| 9 | Лесовець С.С. | 45 | 2 | 2 | 1 | 0 | 5,2 | 0,74 | 53,165 | 3 |
| | | 2,25 | 21,4 | 21,4 | 5,967 | 0 | 2,142 | 0,07 | | |
| 10 | Лохтенко Т.М. | 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4,7 | 12,7 | 34,273 | 3 |
| | | 0,360 | 10,7 | 10,7 | 5,967 | 3,567 | 1,25 | 1,729 | | |
| 11 | Топольська А.В. | 27 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4,2 | 0,94 | 11,724 | 0 |
| | | 0,630 | 0 | 10,7 | 0 | 0 | 0,359 | 0,035 | | |
| 12 | Виговський П.А. | 52 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5,8 | 4,4 | 28,025 | 0 |
| | | 2,88 | 10,7 | 10,7 | 0 | 0 | 3,211 | 0,534 | | |
| 13 | Новоселецька Н.В. | 41 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5,7 | 1,73 | 15,772 | 0 |
| | | 1,89 | 0 | 10,7 | 0 | 0 | 3,033 | 0,149 | | |
| 14 | Полюхович І.І. | 21 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1,12 | 10,853 | 0 |
| | | 0,090 | 10,7 | 0 | 0 | 0 | 0,002 | 0,061 | | |
| 15 | Чигуневич В.П. | 36 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4,6 | 1,08 | 23,968 | 0 |
| | | 1,44 | 21,4 | 0 | 0 | 0 | 1,072 | 0,057 | | |

прогностичного індексу із врахуванням вагових коефіцієнтів низки показників [6].

На групу інвалідності при гіпотиреозі впливають такі показники, як вік, енцефалопатії, кардіопатії, периферичні нейропатії, анемії, холестерин, ТТГ крові.

Для визначення відносної величини впливу окремого показника нами введено ваговий коефіцієнт в балах. Величини коефіцієнтів отримані методом експертних оцінок. Шкала вимірювання окремого показника підібрана таким чином, що його вплив змінюється лінійно, по зростаючій.

Для кожного показника введено можливий діапазон його зміни – максимальне і мінімальне значення (див. табл. 1).

Результуючу формулу шукаємо у вигляді:

$$y = \sum_{i=1}^N C_i \quad (1)$$

де N – кількість параметрів;

C_i – величина внеску окремого показника в загальний результат.

Цю величину знайдемо методом інтерполяції границь діапазону показника і величини його вагового коефіцієнта (при цьому величина вагового коефіцієнта відповідає верхній границі діапазону; для нижньої границі вплив вважаємо нульовим) – див. рис.

$$C = \frac{(X - ParMin) \cdot ValMax}{(ParMax - ParMin)} \quad (2)$$

де X – величина показника в прийнятих одиницях;
 $ParMin$ – мінімальне значення показника;
 $ParMax$ – максимальне значення показника;
 $ValMax$ – відсоток впливу параметра відносно інших параметрів ($\sum_{i=1}^N ValMax_i = 100$), що відповідає максимальному значенню показника.

$$ValMax = \frac{Koeff}{\sum_{i=1}^N Koeff_i} \cdot 100\% \quad (3)$$

де $Koeff$ – ваговий коефіцієнт.

Для полегшення практичного використання цю величину приведемо до вигляду:

$$C = A \cdot X - B \quad (4)$$

Тоді

$$A = \frac{ValMax}{ParMax - ParMin} \quad (5)$$

$$B = \frac{ValMax \cdot ParMin}{ParMax - ParMin} \quad (6)$$

Результуючу формулу шукаємо у вигляді:

$$y = \sum_{i=1}^N C_i' \quad (1)$$

де N – кількість параметрів;

C_i – величина внеску окремого показника в загальний результат.

Цю величину знайдемо методом інтерполяції границь діапазону показника і величини його вагового коефіцієнта (при цьому величина вагового коефіцієнта відповідає верхній границі діапазону; для нижньої границі вплив вважаємо нульовим) – див. рис.

Таким чином, маємо формулу (1) на основі (4), значення якої вимірюватимемо в балах і результативність якої залежатиме від оцінки вагових коефіцієнтів.

Застосування способу:

Для визначення групи інвалідності за загальною кількістю балів використовувалась табл. 1, в якій наведені вагові коефіцієнти і автоматично враховані коефіцієнти А і В для кожного показника.

Саму формулу, взявши готові коефіцієнти А та В, можна спростити:

$$y = (0,09 * \text{Вік} - 1,8) + 10,7 * \text{Енцефалопатії} + 10,7 * \text{Кардіопатії} + 5,967 * \text{Периферичні нейропатії} + 3,567 * \text{Анемії} + (1,783 * \text{Холестерин} - 7,13) + (0,144 * \text{ТТГ} - 0,1) \quad (7)$$

Розкривши дужки, остаточно маємо:

$$y = 0,09 * \text{Вік} + 10,7 * \text{Енцефалопатії} + 10,7 * \text{Кардіопатії} + 5,967 * \text{Периферичні нейропатії} + 3,567 * \text{Анемії} + 1,783 * \text{Холестерин} + 0,144 * \text{ТТГ} - 9,03 \quad (8)$$

Результати розрахунку наведено в табл. 2, де показано величини внесків показника в загальну суму,

а також результат формули в стовпці «загалом» і групу інвалідності для кожного хворого.

Як бачимо, втрата працездатності визначається при значенні прогностичного індексу (y) більше 30 балів; при величині від 30 до 60 балів встановлюється 3 група інвалідності, більше 60 балів – 2 група.

Конкретний приклад застосування способу:

Для хворого К. віком 47 років під №1 дані про групу інвалідності відсутні. Величини показників у вказаному діапазоні змін такі: енцефалопатія – 2, кардіопатія – 2, периферична нейропатія – 2, анемія – 3, холестерин – 10, ТТГ – 32. Підставляючи ці дані у формулу, отримуємо 83,073 балів, що дозволяє прогнозувати хворому К. II групу інвалідності.

Висновки

1. Аналіз динаміки інвалідності свідчить про зростання її важкості, переважно серед жінок працездатного віку, що пов'язано з недоліками в організації обстеження та лікування хворих з даною патологією, неврахування впливу супутньої серцево-судинної патології на перебіг основного захворювання, а отже і на рівень інвалідності у даного контингенту хворих.

2. Поширеність гіпотиреозу, інвалідизація працездатного населення обумовлюють наукову і практичну значимість розробки індивідуальної програми реабілітації цих хворих.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні медико-соціальної експертизи та визначенні чітких критеріїв обмеження ступеня втрати життєдіяльності хворих на гіпотиреоз.

Література

1. Zelynskiy BA, Zelynskaia NB. Hypothyreoz (Rukovodstvo dlia vrachei). Vynnytsa: Kontyent-PRYM; 1998. 116 s. [in Russian].
2. Mytnyk ZM, Zhdanova MP, Krushynska ZH, Holubchukov MV, Larin OS, Taftai SM, et al. Stan endokrynolohichnoi sluzhby Ukrainy v 2007 r. ta perspektvyu rozvytku medychnoi dopomohy khvorym z endokrynnoi patolohiiei. Mizhnarodnyi endokrynnyi zhurnal. 2008 Cherv;3(15):8-15. [in Ukrainian].
3. Mitu F, Cojocar E, Tamba B, Leon MM. Prevalence of cardiovascular diseases in patients with hypothyroidism. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2012 Apr-Jun;116(2):413-8.
4. Smyrnova YuA, Radykova YuN, Kuznetsova VM. Medyko-sotsyalnaia ekspertyza y reabylytatsiya pry hypotyreoze s pozytsiyi sovremennoi tyreodolohyy. Medyko-sotsyalnye problemy ynvalydnosti. 2012;4:28-33. [in Russian].
5. Baevskiy RM, Berseneva AP. Otsenka adaptatsionnykh vozmozhnostey organizma i risk razvitiya zabolvaniy. M.: Meditsina; 1997. s. 15. [in Russian].
6. Ipatov AV. Invalidnist vnaslidok khvorob endokrynnoi systemy: stan, tendentsii ta medyko-sotsialni problemy. Endokrynolohiia. 2003;2(8):150-7. [in Ukrainian].

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТА КРИТЕРІЇ ОБМЕЖЕННЯ СТУПЕНЯ ВТРАТИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Фетісова Н. М., Вернигородський В. С., Вернигородська М. В.

Резюме. Питання трудової експертизи хворих на гіпотиреоз нерідко складні, тому що вимагають всебічної оцінки не лише важкості гіпотиреозу і його ускладнень, але й наявності супутніх захворювань, перебіг яких при гіпотиреозі значно погіршується.

Метою нашого дослідження було вивчення медико-соціальної експертизи та визначення чітких критеріїв обмеження ступеня втрати життєдіяльності хворих на гіпотиреоз.

Об'єкт і методи. Досліджувалася медико-експертна документація 1160 хворих та інвалідів внаслідок гіпотиреозу у Вінницькій області.

Результати та їх обговорення. Рішення про інвалідизацію ґрунтується на оцінці комплексу клінічних, психологічних, соціальних і професійних факторів.

Висновок. Аналіз динаміки інвалідності свідчить про зростання її важкості, що пов'язано з недоліками в організації обстеження та лікування хворих з даною патологією.

Ключові слова: реабілітація, обмеження життєдіяльності, гіпотиреоз.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И КРИТЕРИИ ОГРАНИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ ПОТЕРИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Фетисова Н. М., Вернигородский В. С., Вернигородская М. В.

Резюме. Вопросы трудовой экспертизы больных гипотиреозом нередко сложны, так как требуют всесторонней оценки не только тяжести гипотиреоза и его осложнений, но и наличия сопутствующих заболеваний, течение которых при гипотиреозе значительно ухудшается.

Целью нашего исследования было изучение медико-социальной экспертизы и определения четких критериев ограничения степени потери жизнедеятельности больных гипотиреозом.

Объект и методы. Исследовалась медико-экспертная документация 1160 больных и инвалидов вследствие гипотиреоза в Винницкой области.

Результаты и их обсуждение. Решение о инвалидизации основывается на оценке комплекса клинических, психологических, социальных и профессиональных факторов.

Вывод. Анализ инвалидности свидетельствует о росте ее тяжести, что связано с недостатками в организации обследования и лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: реабилитация, ограничения жизнедеятельности, гипотиреоз.

MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND CRITERIA FOR LIMITING THE DEGREE OF LOSS OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Fetisova N. M., Vernigorodsky V. S., Vernigorodskaya M. V.

Abstract. The questions of labor examination of patients with hypothyroidism are often complex, because they require a comprehensive assessment of not only the severity of hypothyroidism and its complications, but also the presence of concomitant diseases, the course of which during hypothyroidism significantly deteriorates. There may be cases when in itself a hypothyroidism, or separately taken concomitant diseases in a patient with hypothyroidism, formally do not give grounds for establishing a disability group, but together they limit their livelihoods.

The purpose of our study was to study medical and social expertise and to define clear criteria for limiting the degree of loss of life of patients with hypothyroidism.

Object and methods. The medical-expert documentation of 746 patients and invalids was investigated as a result of postoperative hypothyroidism and 414 patients and invalids due to idiopathic hypothyroidism in the Vinnytsia region.

Results and discussion. The decision on disability is based on an assessment of the complex of clinical, psychological, social and professional factors. It takes into account the nature of the disease, the degree of violation of the functions of the organism, the effectiveness of treatment and rehabilitation measures, the state of compensatory and adaptive capabilities of the body, clinical and labor forecast, the ability to social adaptation, the need for various types of social assistance, personal settings, specific conditions and content of work, education and training, age, necessity, employment, and so on. In order to objectively assess the state of health and the degree of social adaptation at the inspection in MSEC in each case, a comprehensive review of all organs and systems of the organism, the study of data laboratory and functional methods of research, analysis of the required documents. Attention is paid to the social and living conditions of the person being examined, the economic situation in the area of residence, the possibility of social adaptation is being studied.

In each case, an expert judgment is based on a set of medical and social criteria, the main of which is the diagnosis and prognosis. Without an assessment of the nature and severity of the disease, functional impairment, it is very difficult to determine not only the degree of severity of life limitation, but also the clinical and labor forecast.

To predict and improve the medical and social expertise we have proposed a method for predicting the disability group in patients with hypothyroidism, which consists in using the developed formula of the prognostic index taking into account the weight coefficients of a number of indicators.

Conclusions

1. Analysis of the dynamics of disability indicates an increase in its severity, mainly among women of working age, due to the disadvantages of organizing the examination and treatment of patients with this pathology, ignoring the influence of concomitant cardiovascular disease on the course of the main disease, and therefore on the level disability in this contingent of patients.

2. Prevalence of hypothyroidism, disability of the able-bodied population, determine the scientific and practical significance of the development of an individual program for the rehabilitation of these patients.

Key words: rehabilitation, limitation of vital functions, hypothyroidism.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 24.09.2018 року