

18. Статистична обробка даних /[В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка та ін.]. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

19. Аффифи А. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ: [монография] /А. Аффифи,

С. Эйзен. – М.: Мир, 1982. – 488 с.

20 Дадаев А. Я. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу коарктации аорты: дисс. ... кандидата мед. наук: 14.00.44 / Дадаев Адлан Ярасханович. – М., 2005. – 206 с.



УДК 616.233-002:616-036.86

КРИТЕРІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У СПОЛУЧЕННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

С. С. Паніна, Н. А. Саніна, Н. О. Гондуленко, В. М. Концур, Т. С. Ігумнова

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статье описаны современные критерии медико-социальной экспертизы и определения уровня ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие хронического обструктивного заболевания легких. 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: хроническое обструктивное заболевание легких, ограничение жизнедеятельности, медико-социальная экспертиза.

Summary

The article describes the modern criteria of medical and social expertise and determination of the level of life activity limitation in persons disabled due to chronic obstructive pulmonary disease. Comprehensive assessment of clinical, functional, psychological and social factors can make a proper conclusion about the presence and degree of limitation of certain categories of life activity of a person undergoing the expertise.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, life activity limitation, medical and social expertise.

Захворювання органів дихання, зокрема хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), сьогодні залишаються одним із найвагоміших чинників захворюваності та інвалідизації населення України. Виділення ХОЗЛ в окрему форму статистичної звітності Міністерством охорони здоров'я України наприкінці 2009 року дозволило отримати дані щодо рівня захворюваності на ХОЗЛ у країні. Так, у 2011 р. захворюваність на ХОЗЛ в Україні становила 207,8 на 100 тисяч дорослого населення, а поширеність ХОЗЛ в абсолютних значеннях склала 1116237 випадків [1]. Середні по Україні інтенсивні показники первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ за 2011–2012 рр. склали для дорослого населення 0,3 на 10 тис. та відповідно 0,4 та 0,5 на 10 тис. працездатного населення, із перевищенням середніх показників у промислово розвинених регіонах [2]. У деяких областях зафіксовано великий відсоток тяжкої інвалідності внаслідок

ХОЗЛ; це свідчить про різницю підходів лікарів-експертів до оцінки ступеня обмеження життєдіяльності хворих та недостатнє використання у лікарській практиці сучасних підходів до лікування цього захворювання. Найбільш розповсюдженими коморбідними станами при легеневих захворюваннях є захворювання серцево-судинної системи, які сприяють зростанню тяжкості основного захворювання [3,4]. Недооцінювання супутньої патології – одна з причин, які визначають неможливість досягнення контролю перебігу захворювання легень та обтяжують його перебіг, а отже, призводять і до зростання рівня інвалідизації хворих [5, 6].

Таким чином, виникає потреба у впровадженні та дотриманні сучасних підходів до проведення медико-соціальної експертизи та визначення ступеня обмеження життєдіяльності у хворих на ХОЗЛ у сполученні з серцево-судинною патологією.

Метою дослідження було виділення основних критеріїв медико-соціальної експертизи та обмеження життєдіяльності у інвалідів унаслідок ХОЗЛ у сполученні з серцево-судинною патологією.

Нами були виділені та науково обґрунтовані критерії, що необхідно враховувати при проведенні оцінки обмеження життєдіяльності хворих на ХОЗЛ із коморбідними станами серцево-судинної системи.

1. Вік хворого. Пацієнти молодого та працездатного віку (25–50 років) відрізняються більш високим реабілітаційним потенціалом, що пояснюється більшою спроможністю до соціалізації – отримання нової спеціальності, перекваліфікація, швидке пристосування до нових умов праці та побуту.

2. Стаж роботи у шкідливих та небезпечних умовах виробничого середовища. Чим більшою була тривалість роботи у шкідливих та небезпечних умовах виробничого середовища, тим більшим є ризик виникнення та прогресування захворювання легень та розвиток необоротних змін в органах та системах, які підлягали впливу шкідливих умов виробництва, отже, реабілітаційний потенціал у таких хворих є нижчим. Має значення продовження роботи у шкідливих умовах після появи перших ознак захворювання, а також різновид речовини, що викликала ХОЗЛ, оскільки це може впливати на особливості перебігу захворювання. Наприклад, при впливі пилу, який містить у своєму складі кварц, кремній, подразнюючих газів, вологого та нагріваючого мікроклімату можливий розвиток більш тяжкого та швидко перебігу захворювання.

Встановлюючи діагноз ХОЗЛ за будь-якої стадії процесу необхідно вирішувати питання про раціональне працевлаштування поза контактом з можливими виробничими шкідливостями. Адже своєчасне виявлення і запобігання впливу шкідливих професійних факторів дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних заходів. У молодих людей обов'язкове вирішення питань про профорієнтацію, якщо необхідно, то слід провести перепідготовку і перенавчання з виключенням протипоказаних видів праці. У випадках, коли необхідна зміна професії, слід враховувати наявні професійні навички і знання з урахуванням індивідуально-психологічних характеристик і реального ринку праці. Рішення продовжувати роботу за попередньою професією чи обрати нову визначається й економічним фактором, тобто врахуванням заробітної плати [7].

3. Стадія ХОЗЛ.

Спірометрична класифікація тяжкості ХОЗЛ включає чотири стадії: стадія I – легка із ОФВ₁ 80 % від належних величин; стадія II – середньотяжка із ОФВ₁ від 50 до 80 % від належної; стадія III – тяжка, ОФВ₁ від 30 до 50 %; стадія IV – вкрай тяжка, ОФВ₁ < 30 % [8].

Спірометричне дослідження є найважливішим при діагностиці захворювання, встановленні стадії захворювання та оцінці ступеня порушення функції

зовнішнього дихання у пацієнтів із легеневою патологією, у тому числі при ХОЗЛ [9]. Вірогідність отриманих спірометричних даних залежить від належного дотримання основних правил виконання спірографії. Результати дослідження мають відповідати міжнародним рекомендаціям ATS/ERS [0].

Основними помилками при виконанні дослідження є:

- недостатня кооперація з пацієнтом або свідоме заниження пацієнтом результатів, що призводить до неправильного виконання дихального маневру (недостатня тривалість вдиху та видиху, наявність кашлю та відсутність форсованого видиху);

- недостатня кількість виконуваних дихальних проб та їхня відтворюваність. Мінімальна кількість дихальних маневрів для вірогідної оцінки спірографії повинна бути не менше трьох. Різниця між показниками ФЗД (ОФВ₁ та ФЖЄЛ) між спробами не повинна бути більшою за 12 % та/або 150 мл;

- невідповідність наявного спірографічного обладнання міжнародним вимогам ATS/ERS, що призводить до відсутності стандартизації досліджень у різних клініках. Також є необхідним щоденний контроль якості обладнання за допомогою калібрування.

Інтерпретація отриманих результатів проводиться за допомогою референтних значень за таблицями нормальних індивідуальних значень з урахуванням росту, маси тіла, статі та раси пацієнта.

Використання спірометрії для визначення стадії ХОЗЛ має свої особливості – так, згідно з рекомендаціями Європейського та Американського респіраторних товариств, є необхідним проведення проби з бронхолітичними препаратами короткої дії (400 мкг сальбутамола). Інтерпретація отриманих даних проводиться тільки за постспірографічними показниками з метою відображення максимальних можливостей бронхолегеневої системи. Наявність бронхіальної обструкції, характерної для ХОЗЛ, є достовірною лише при отриманні ОФВ₁ < 70 % від належної величини та Індексу Тиффно < 70 %.

Як свідчить наш досвід обстеження хворих на ХОЗЛ, часто після проведення проби з бронхолітиком отримані дані значно відрізняються від преспірографічних. Так, у 30 % пацієнтів проба з бронхолітиком була позитивною, що відповідає даним літератури. У зв'язку з тим, що стадія ХОЗЛ у хворих була визначена без урахування постбронходилатаційного ОФВ₁, у 25–30 % обстежених вона потребувала подальшого уточнення.

4. Особливості перебігу захворювання.

Комплексна оцінка стану пацієнтів з ХОЗЛ за класифікацією GOLD 2011 року базується на ступені вираженості симптомів, ризику розвитку загострень у майбутньому, тяжкості бронхообструкції за даними спірометрії, а також ідентифікації супутніх захворювань. При цьому враховуються дані шкал mMRC, CAT та ступінь тяжкості бронхообструкції, що дозволяє розділити пацієнтів на 4 групи – від «А» до «D» із зазначенням ризику виникнення несприятливих подій (загострень ХОЗЛ,

госпіталізації через загострення ХОЗЛ, смерті) у майбутньому:

- група А – низький ризик, мало симптомів (mMRC < 2 або CAT < 10), як правило, ступінь тяжкості бронхообструкції за GOLD 1 або 2, 0-1 загострень за попередній рік;

- група В – низький ризик, багато симптомів (mMRC ≥ 2 або CAT ≥ 10), ступінь тяжкості бронхообструкції за GOLD 1 або 2, 0-1 загострень за попередній рік;

- група С – високий ризик, мало симптомів (mMRC < 2 або CAT < 10), як правило, ступінь тяжкості бронхообструкції за GOLD 3 або 4, ≥ 2 загострень за попередній рік;

- група D – високий ризик, багато симптомів (mMRC ≥ 2 або CAT ≥ 10), ступінь тяжкості бронхообструкції за GOLD 3 або 4, ≥ 2 загострень за попередній рік [0].

Необхідно враховувати такі показники, як кількість загострень ХОЗЛ за рік, швидкість прогресування хвороби, ефективність реабілітаційних заходів. Доцільним є оцінка рівня споживання медичних ресурсів – цей показник формується з кількості амбулаторних звернень хворого за рік, кількості викликів невідкладної допомоги, кількості госпіталізацій та їхньої тривалості (окремо визначаються госпіталізації у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації). Для моніторингу перебігу захворювання необхідне щорічне проведення спірографічного дослідження з аналізом аналогічних досліджень у минулі роки.

Велике значення мають варіанти перебігу захворювання: ранній або пізній розвиток захворювання, бронхоспастичний, інфекційно-запальний синдроми, розвиток вторинних бронхоектазів, частих пневмоній, швидко прогресуючий перебіг, наявність дифузної обструктивної емфіземи легень, темпи щорічного зниження ОФВ₁, стадія легеневої недостатності, наявність легеневого серця різного ступеня компенсації.

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

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

- Ступінь легеневої недостатності.

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

До неправильного винесення експертного рішення у бік необгрунтованого завищення групи інвалідності призводить неадекватна оцінка ступеня легеневої недостатності через неправильне трактування спірографічних показників (ЖЄЛ, ФЖЄЛ, 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 [10].

- Наявність супутньої патології та її тяжкість. За даними досліджень, найчастіше серед супутньої патології у хворих на ХОЗЛ зустрічаються розлади з боку серцево-судинної (89 % хворих), нервової систем (48 % хворих) та опорно-рухового апарату (30 % хворих).

При визначенні ступеня обмеження життєдіяльності необхідно врахувати ступінь функціональних порушень унаслідок супутньої патології, ступінь серцевої недостатності, а також можливості корекції виявлених порушень. Щодо патології з боку серцево-судинної системи, рекомендована рання її оцінка з метою попередження подальших ускладнень.

- Клінічний прогноз захворювання (сприятливий, несприятливий, сумнівний).

- Повнота та ефективність проведених раніше реабілітаційних заходів.

- Толерантність до фізичного навантаження.

Для визначення ступеня функціональних порушень та рівня обмеження щоденної активності хворих пульмонологічного профілю рекомендується використання стандартизованого тесту 6-хвилинної ходьби (6MWT), що є простим у виконанні та не потребує затрат. У рекомендаціях Американського Торакального товариства з проведення 6MWT ХОЗЛ є в переліку захворювань, за яких є потреба в проведенні дослідження функціонального стану пацієнта як предиктора смертності в осіб з ОФВ₁ < 50 %, корелює з показниками максимального споживання кисню, якості життя, а також використовується в прогнозуванні ризику настання інвалідності у хворих на ХОЗЛ. Відтвореність тесту порівняна з таким для ОФВ₁, отже, тест можна використовувати як додатковий критерій ефективності реабілітації з достовірним збільшенням пройденої дистанції понад 50 м [11]. За даними статистичного аналізу було виділено три градації зниження толерантності до фізичного навантаження як предиктора смертності у хворих на ХОЗЛ: < 250 м, 250–349 м, > 350 м.

- Оцінка реабілітаційного потенціалу інваліда (РП).

При оцінці реабілітаційного потенціалу інваліда внаслідок ХОЗЛ врахувати як фактори, збережені вище, так і додаткові, наприклад, фактор паління. Відомий негативний вплив паління на функцію легень. Ключове значення повинно надаватися бажанню хворого припинити паління; тоді реабілітаційний потенціал повинен визначатися як більш високий. Згідно з міжнародними рекомендаціями з лікування легневих захворювань GOLD, припинення паління є першим обов'язковим етапом у лікуванні хворих на ХОЗЛ. Інакше реабілітаційні заходи, які проводяться, у тому числі й медикаментозні, залишаються неефективними.

Обов'язково проводиться оцінка обсягу та ефективності лікування ХОЗЛ, яке отримує хворий. Оцінюється відповідність обсягу лікувальних заходів стадії захворювання згідно з сучасними стандартами [8, 9], які передбачають певний алгоритм призначення бронхолітичних, протизапальних інгаляційних та пероральних медикаментозних

препаратів, адекватність їхніх доз та тривалість лікування. Необхідно враховувати повноту призначеної базисної терапії, її відповідність особливостям перебігу захворювання, комплаєнтність/прихильність хворого до лікування (додержання кратності приймання препарату, дозувань, тривалості лікування, правильна техніка інгаляції). При проведенні МСЕ рекомендовано проводити перевірку наявності інгаляторів у хворого, знання їхніх назв, техніки інгаляції. Об'єктивним методом, який дозволяє визначити ступінь комплаєнтності пацієнта, є шкала Моріскі-Грина [12].

Правильна оцінка реабілітаційного потенціалу залежить також від особливостей відповіді хворого на реальний обсяг лікування і можливість/необхідність його ескалації з урахуванням, у тому числі, економічних можливостей пацієнта, адже деякі препарати не завжди доступні для непрацюючих та малозабезпечених верств населення.

Згідно з сучасними уявленнями, завдяки появі високоефективних лікувальних засобів, ХОЗЛ у не вважається необоротним, невпинно прогресуючим захворюванням [8]. Правильно призначене лікування, проведення комплексу реабілітаційних заходів, регулярне приймання препаратів базисної терапії сприяють уповільненню прогресування захворювання, зниженню швидкості падіння і навіть покращенню показників функції зовнішнього дихання (ОФВ1), зменшенню вираженості запальних явищ, модифікації перебігу захворювання, зменшенню системних ефектів ХОЗЛ, особливо явищ міопатії, підвищенню толерантності до фізичного навантаження та відновлення працездатності хворих [13, 14].

– Освіта та професія хворого. За наявності високої освіти реабілітаційний потенціал інваліда розцінюється як високий, адже рівень освіти визначає ступінь ресоціалізації пацієнта та можливість перенавчання.

При проведенні реабілітації важливе значення має проведення професійної реабілітації хворих. Професійна та трудова реабілітація проводяться МСЕК та лікарсько-консультативними комісіями ЛПЗ. Оцінюються потенційні професійні спроможності хворого, рівень та можливість професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації та відновлення знижених або втрачених професійних функцій. Хворим на ХОЗЛ протипоказана робота в контакт з пилом, алергенами, хімічними та іншими речовинами з подразнювальним або токсичним впливом (бронхо- та пульмонотропної дії), тривале мовне та дихальне навантаження, робота в умовах високої та низької температур повітря, підвищеної вологості, наявності протягів, підвищеного атмосферного тиску та його перепадів; робота, яка вимагає тривалої ходьби, частого спускання та підймання по східцях, вимушеного положення тіла, важка фізична праця і середньої важкості, значне нервово-психічне напруження.

Професії, що рекомендуються при ХОЗЛ I–II стадій з дихальною недостатністю I ступеня: токар-револьверник, токар-карусельник, токар-розточувальник, фрезерувальник, різьбофрезерувальник,

свердлувальник, стругальник, розмітник, водій електро- та автовізка, слюсар-ремонтник, слюсар-інструментальник, електромонтер з експлуатації електролічильників, намотувальник котушок, обмотувальник електричних машин, електрослюсар із ремонту електричних машин, волочильник дроту, електромонтер із обслуговування електроустаткування, електромонтер з ремонту та обслуговування апаратури та пристроїв зв'язку, електромонтер лінійних споруд та абонентських пристроїв, машиніст компресорних установок, машиніст насосних установок, слюсар-сантехнік, апаратник повітропіділу, машиніст сушильної установки, машиніст крана, прийомоздавальник багажу та вантажу, водій автомобіля (автобуса), таксі та автофургонів, слюсар із ремонту автомобілів, модельник дерев'яних моделей, модельник із металевих моделей, верстатник широкого профілю, столяр.

Хворі на ХОЗЛ II стадії з дихальною недостатністю II ступеня і ХОЗЛ III стадії можуть виконувати розумову, адміністративно-господарську і канцелярську працю невеликого обсягу – обліковець (реєстратор бухгалтерських даних), статистик, табельник, комірник, вагар, черговий бюро перепусок, черговий біля ескалятора, швейцар, музейний наглядач, приймальник товарів.

– Психологічні особливості особистості хворого та його мотивація, комплаєнтність щодо лікування.

Основними психологічними факторами, які впливають на рівень психологічного реабілітаційного потенціалу інваліда, є такі: тип відношення особистості до хвороби, рівень нервово-психічного стану, самооцінка, рівень вибагливості, рівні реактивної й особистісної тривожності, тип особистісного контролю над середовищем, мікросоціальне оточення (сім'я, родичі), ступінь задоволеності інвалідів у професійній сфері. У структурі психологічного реабілітаційного потенціалу можна виділити кілька складових: мотиваційну, емоційно-вольову, когнітивну. Визначальну, провідну роль у цій структурі відіграє мотиваційний компонент особистості, завдяки якому можлива не тільки компенсація порушень інших складових ПРП, але також – недостатнього рівня інших аспектів реабілітаційного потенціалу: медичного, соціального, професійного.

При оцінці реабілітаційного потенціалу вирішального значення при ХОЗЛ набуває прогностична оцінка можливого виходу реабілітації, у зв'язку із чим оцінюється реабілітаційний прогноз, який може бути:

– сприятливий – за можливості повного встановлення порушених категорій життєдіяльності та повної соціальної, у тому числі професійної реабілітації інваліда;

– відносно сприятливий – за можливості часткового встановлення порушених категорій життєдіяльності, при зменшенні ступеня їхньої визначеності та стабілізації, розширенні здібностей до соціальної інтеграції та переходу до повної або часткової соціальної та матеріальної підтримки;

– сумнівний (невизначений) – невизначений прогноз;

– несприятливий – за неможливості встановлення або компенсації порушених категорій життєдіяльності, деяких суттєвих позитивних змін особистісного, соціального та соціально-середовищного статусу інваліда.

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 тяжкого ступеня інвалідизації.

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 ХОЗЛ I -II, II стадій) може бути обумовлене не стільки наявністю незначних функціональних порушень, скільки фактом професійної непридатності хворих для окремих професій, наприклад, при роботі, пов'язаній із впливом аерогенних професійних шкідливостей.

При ХОЗЛ 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 групу інвалідності не встановлюють.

Критерії встановлення груп інвалідності

Перша група інвалідності

Підставою для встановлення першої групи інвалідності є стійкі, значно виражені, тяжкі 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 регулюється, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю нездатні до самообслуговування, потребують 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 ХОЗЛ у поєднанні з серцево-судинною патологією: 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 ХОЗЛ з важким порушенням вентиляційної функції легень (IV стадія), що потребують проведення оксигенотерапії ≥ 12 годин на добу, частотою загострень, які потребують госпіталізації та терапії антибактеріальними засобами та системними глюкокортикостероїдами ≥ 5 на рік, зниженням сатурації кисню менше 90 %, недостатньою

відповіддю на терапію, дихальною недостатністю III ст., з наявністю легеневого серця (СН ІБ – III ст.) та інших тяжких незворотних ускладнень, систолічною дисфункцією лівого шлуночка, за наявності онкологічного процесу в легенях, за належності хворого до групи «D» за класифікацією GOLD-2011, з рівнем обтяження ХОЗЛ серцево-судинною патологією ≥ 70 балів за кількісною шкалою, індексом BODE 7–10 балів, індексом коморбідності Чарлсона > 7 балів, рівнем задишки за шкалою mMRC 5 балів, тяжкою респіраторною симптоматикою (сума балів за опитувальником CAT > 30), дистанцією тесту 6-хвилинної ходьби < 100 м, з обмеженням основних категорій життєдіяльності (здатність до пересування, самообслуговування, навчання, спілкування, трудової діяльності) у межах третього ступеня.

Наприклад: ХОЗЛ IV ст., фаза н/ремісії, група «D» за GOLD-2011. Емфізема легень. Дифузний пневмосклероз. ЛН III ст. Хронічне легеневе серце в стадії декомпенсації. СН ІБ ст. або НК III 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 важкості 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 ХОЗЛ з тяжким та дуже тяжким перебігом захворювання (III та IV ст.), легеневою недостатністю II та II–III ст., з наявністю легеневого серця (СН I–II А ст. та ІА ст.), частотою загострень, які потребують госпіталізації та терапії антибактеріальними засобами та системними глюкокортикостероїдами ≥ 3 на рік, рівнем сатурації кисню 90–95 %, ДЕП I–II та II ст., необоротних ураженнях серцево-судинних органів-мішеней (гостре порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда тощо) на період реабілітації, за належності хворого до групи «C» або «D» за класифікацією GOLD-2011, з рівнем обтяження ХОЗЛ серцево-судинною патологією 51–69 балів за кількісною шкалою (кризовий перебіг артеріальної гіпертензії, тяжка гіпертензія, III функціональний клас стенокардії), індексом BODE 4–6 балів, індексом коморбідності Чарлсона 5–6 балів, рівнем задишки за шкалою mMRC 4 бали, вираженою респіраторною симптоматикою (сума балів за опитувальником CAT 25–30), дистанцією тесту 6-хвилинної ходьби < 250 м, 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 та ін.), на спеціально створених робочих місцях, у домашніх 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 та ін.).

Наприклад: ХОЗЛ III ст., фаза ремісії, група «С» або «D» за GOLD-2011. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст. Хронічне легеневе серце в стадії субкомпенсації, СН II А ст.

ХОЗЛ III-IV ст., фаза ремісії, група «С» або «D» за GOLD-2011. Емфізема легень. Дифузний пневмосклероз. ЛН II-III ст. СН II А ст.

ХОЗЛ III ст., фаза ремісії, група «С» або «D» за GOLD-2011. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст., СН I-II А ст. Симптоматична артеріальна гіпертензія II ст., 3-го ступеня, ризик 3 або 4. ДЕП I-II ст. (на період активного лікування).

ХОЗЛ III ст., фаза ремісії, група «С» або «D» за GOLD-2011. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст., ІХС: стенокардія напруги III ФК. Дифузний кардіосклероз. СН I-II А 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, помірно важкої функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюваннями, наслідками травм або уродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, у тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критерії встановлення III групи інвалідності:

Третя група інвалідності встановлюється хворим на ХОЗЛ із середньої тяжкості перебігом захворювання (III ст.) з легеневою недостатністю II ст., з наявністю легеневого серця (СН I ст. та II-A), частотою загострень, які потребують госпіталізації та терапії антибактеріальними засобами та системними глюкокортикостероїдами ≥ 2 на рік, рівнем сатурації кисню $\geq 95\%$, ДЕП I-II ст. и II ст., при належності хворого до групи «В» або «С» за кла-

сифікацією GOLD-2011, з рівнем обтяження ХОЗЛ серцево-судинною патологією 41-50 балів за кількісною шкалою (кризовий перебіг артеріальної гіпертензії, тяжка гіпертензія, II функціональний клас стенокардії), індексом BODE 4-6 балів, індексом коморбідності Чарлсона 4-5 балів, рівнем задишки за шкалою mMRC 3 бали, помірно вираженою респіраторною симптоматикою (сума балів за опитувальником CAT 10-20), дистанцією тесту 6-хвилинної ходьби 251-300 м, з обмеженням основних категорій життєдіяльності (здатність до пересування, самообслуговування, навчання, трудової діяльності) у межах першого ступеня.

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

Наприклад: ХОЗЛ III ст., фаза ремісії, група «В» або «С» за GOLD-2011. Емфізема легень. Пневмосклероз. ЛН II ст. Артеріальна гіпертензія II ст., 2-го ступеня, кризовий перебіг, ризик 3. СН I ст.

ХОЗЛ III ст., фаза ремісії, група «В» або «С» за GOLD-2011. Пневмосклероз. ЛН II ст. ІХС: стенокардія напруги II ФК. Постінфарктний кардіосклероз (Q- інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка 31.05.11 р.). СН I ст.

ХОЗЛ II ст., фаза н/ремісії, група «В» або «С» за GOLD-2011. Пневмосклероз. ЛН I-II ст. Хронічне легеневе серце в стадії субкомпенсації. СН I ст. N.B.! Якщо хворий має низьку кваліфікацію, працює в несприятливих умовах праці, виконує протипоказану роботу або проживає у сільській місцевості, де є труднощі з працевлаштуванням на період раціонального працевлаштування та/або перенавчання.

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 ХОЗЛ у сполученні з серцево-судинною патологією є стадія захворювання, характер морфологічних змін у легенях, ступінь легеневої та серцевої недостатності, клінічний прогноз захворювання та характер його перебігу, вік хворого, його психологічні особливості, рівень освіти, характер трудової діяльності, особливо контакт з професійними шкідливостями, належність хворого до певної групи за класифікацією GOLD 2012, клінічний прогноз захворювання, 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 гайд-

лайнх національного та міжнародного рівнів. Необхідне посилення контролю над додержанням сучасних стандартів діагностики та реабілітації хворих на ХОЗЛ, широким впровадженням та правильним виконанням сучасних спірографічних методик (у т.ч. проби з бронхолітиком) та призначення адекватної комплексної терапії з урахуванням наявної супутньої серцево-судинної патології, що сприятиме зменшенню кількості загострень, меншій вираженості респіраторної симптоматики та уповільненню прогресування захворювання та зниженню інвалідизації.

Впровадження єдиних підходів до медико-соціальної експертизи згідно з сучасними рекомендаціями дозволить досягти стабілізації і навіть зниження первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ, 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 ХОЗЛ.

Література

1. Сегодня отмечается Всемирный день борьбы против хронической обструктивной болезни легких [Електронний ресурс] // 2011. – Режим доступу: <http://medpharmconnect.com/News/7823.htm>.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011–2012 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.]; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку мед. допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012–2013. – 149 с.
3. Comorbidity and some markers of cardiovascular disorders in disabled COPD patients / S. Panina, N. Sanina, N. Gondulenko, et al. // *European Respiratory Journal*. – Vol. 39, Suppl.50. – 2012.
4. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // *Пульмонология*. – 2008. – № 2. – С. 5–14.

5. Шмелев Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / Е. И. Шмелев // *Пульмонология*. – 2007. – № 2. – С. 5–9.

6. Кароли Н. А. Коморбидность при хронической обструктивной болезни легких / Н. А. Кароли, Е. Е. Орлова, А. В. Маркова, А. П. Ребров // *Тер. архив*. – 2008. – Т. 80, № 3. – С. 20–23.

7. Оптимізація реабілітації та складання ІПР у інвалідів унаслідок професійних захворювань легень: методичні рекомендації / А. В. Іпатов, М. Г. Карнаух, С. С. Паніна та ін.; ДУ «Укр. Держ. НДІ МСП МОЗ України». – Дніпропетровськ: Пороги, 2011. – 41 с.

8. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Updated, 2012, 2013: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>.

10. Celli, B. R. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper / B. R. Celli, W. MacNee // *Eur. Respir. J.* – 2004. – 23 (6): 932–946.

11. ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test // *American journal of respiratory and critical care medicine*. – 2002. – Vol. 166 (1). – P. 111–117.

12. Morisky D. E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // *Med Care*. – 1986. – № 24. – P. 67–73.

13. Перцева Т. А. Мышечная дисфункция при ХОБЛ: переоценка проблемы, новые возможности терапии / Т. А. Перцева // *Здоров'я України*. – 2008. – № 3/1. – С. 17.

14. Фещенко Ю. И. Хронические обструктивные заболевания легких: классификация, диагностика, лечение (часть 1) / Ю. И. Фещенко, В. К. Гаврисюк // *Ліки України*. – 2004. – № 7–8. – С. 22–25.

