

УДК [614.8.067.1:364.324-781]-056.26

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ У ДОДАТКОВИХ ВИДАХ ДОПОМОГИ ІНВАЛІДАМ УНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ НА ВИРОБНИЦТВІ

С. М. Дюбанов, І. Л. Випріцька, А. І. Клепачова, С. А. Савінков, О. С. Блюм

Луганський комунальний заклад «Обласний центр медико-соціальної експертизи», м. Луганськ

Резюме

Одним из основных направлений деятельности медико-социальных экспертных комиссий является организация и предоставление реабилитационной помощи инвалидам вследствие трудового увечья. В статье раскрыты особенности определения потребности в дополнительных видах помощи пострадавшим в результате несчастного случая на производстве в русской, белорусской и украинской экспертной практике. Авторами проведен сравнительный анализ нормативных документов по установлению потребности в специальном медицинском уходе и дополнительном питании, представлены медицинские критерии определения этих видов помощи.

Учитывая значительное внимание нашего государства к реабилитации инвалидов, разработка таких критериев в Украине систематизирует работу по качественному составлению индивидуальных программ реабилитации инвалидов специалистами МСЭК, улучшит взаимодействие медико-социальных экспертных комиссий с ЛПУ и Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Украины.

Ключевые слова: медико-социальные экспертные комиссии, несчастный случай на производстве, дополнительные виды помощи, специальный медицинский уход, дополнительное питание, медицинские показания.

Summary

In the activity of the medical-social expert commissions basic direction is the organization and provision of rehabilitation assistance to persons with disabilities consequently of industrial accident. The article reveals the features of definition of requirement for additional forms of assistance to persons with disabilities consequently of industrial accident in Russian, Belarusian and Ukrainian expert practice. The authors are performed a comparative analysis of normative documents to establish the need of special medical care and supplementary diet, represented medical criteria of definition these forms of assistance.

Our state is pays considerable attention to the rehabilitation to persons with disabilities. Medical criteria are systematize to quality compiling of the individual rehabilitation programs by experts of MSEK, that will improve the collaboration medical-social expert commissions with medical institutions and with the Fund of Social Insurance from consequently of industrial accidents and professional diseases in Ukraine.

Keywords: medical-social expert commissions, industrial accident, additional forms of assistance, special medical care, supplementary diet, medical criteria.

Інвалідність населення – одна з провідних проблем держави і суспільства. Кожна людина з особливими потребами має право на повноцінне життя і необхідну соціальну підтримку з боку суспільства.

Національне законодавство, зокрема, Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» спрямовують державну політику у вирішенні проблем інвалідів. Одним із головних напрямів діяльності медико-соціальних експертних комісій є організація та надання реабілітаційної допомоги інвалідам унаслідок трудового каліцтва.

Останнім часом перед спеціалістами МСЕК нашої області постала проблема визначення потреби у додаткових видах допомоги, зокрема спеціального медичного догляду та додаткового харчу-

вання інвалідам від нещасного випадку на виробництві з наслідками травм хребта, впливу фізичних, хімічних та біологічних чинників. Мета статті полягає у розкритті особливостей надання цих рекомендацій у нашій країні та країнах ближнього зарубіжжя, що дасть можливість виявити напрями розв'язання цієї проблеми.

Ми провели аналіз існуючих нормативних актів з визначення потреби у додаткових видах допомоги постраждалим унаслідок трудового каліцтва в російській, білоруській та українській експертній практиці.

В Україні потреба інвалідів, потерпілих від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у спеціальному медичному догляді, побутовому догляді, постійному сторонньому догляді та додатковому харчуванні визначається згідно з наказом МОЗ України № 420 05.06.2012 р. «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності

у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків» [2].

У наказі МОЗ України від 08.02.2008 № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів» за лікарською спеціальністю «Неврологія» й «Ортопедія і травматологія» критерії визначення потреби у додатковому харчуванні та спеціальному медичному догляді хворим з віддаленими наслідками спинальних травм відсутні.

Відповідно до положення «Про медико-соціальну експертизу», затвердженого постановою КМ України 03.12.2009 р. № 1317, медико-соціальні експертні комісії мають право одержувати від державних органів, установ та організацій відомості, необхідні для роботи комісії, тому далі ми посилаємось на постанови ФССНВ № 41 від 03.11.2011 р., № 42 від 03.11.2011 р.

У положенні «Про організацію, забезпечення та фінансування необхідних видів догляду за потерпілими внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання», затвердженого Постановою правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України 03.11.2011 р. № 41, у п.1.2 визначено, що спеціальний медичний догляд, вид догляду, яким забезпечуються інваліди із значно вираженими функціональними порушеннями в організмі, зумовленим травмою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності і які потребують спеціальних медичних і санітарних процедур, постійного медичного догляду, щоденних багаторазових медичних маніпуляцій в обсягах, передбачених стандартами надання медичної допомоги населенню та функціональними обов'язками медичного персоналу (ін'єкції, перев'язки, промивання порожнин тіла, катетеризація сечового міхура із введенням дезінфекційних засобів, накладання пов'язок хворим із пролежнями, масаж, лікувальна фізкультура тощо) [5].

В російській експертній практиці потреба в спеціальному медичному догляді визначається в разі необхідності надання потерпілому медичних і санітарних процедур, постійного медичного спостереження в об'ємі, передбаченому функціональними обов'язками молодшої медичної сестри (накладання пов'язок хворим з пролежнями, обробка раневих поверхонь, катетеризація сечового міхура з введенням дезінфікуючих засобів, бужування сечовивідного каналу тощо) [4].

Спеціалістами науково-дослідного інституту медико-соціальної експертизи та реабілітації Республіки Білорусь розроблені методичні рекомендації щодо встановлення додаткових видів догляду та додаткового харчування. Зазначено, що спеціальний медичний догляд – це комплекс спеціальних медичних маніпуляцій і санітарних процедур у хворих із значно вираженою фізичною залежністю, в обсязі функціональних обов'язків молодшої медичної сестри. Наведено критерії стороннього спеціального медичного догляду: необхідність негайного задоволення фізіологічних потреб спеці-

альним способом; необхідність здійснення медичних і санітарних маніпуляцій для забезпечення нормального функціонування зовнішніх штучних отворів, обов'язкових для підтримки загальних функцій організму; необхідність здійснення спеціальних медичних маніпуляцій по догляду за зовнішніми порожнинами тіла (природні та штучні) [8].

Медичні показання для визначення потерпілим стороннього спеціального медичного догляду такі: а) стан після оперативного лікування, що закінчився створенням штучних отворів, які вимагають уваги та догляду – наявність функціонуючої гастростоми, еюностомі, ілеостомі, калостомі, ентеростомі, цистостомі, наявність функціонуючої трахеостомі; б) хронічний дерматит, серозно-некротичні зміни шкіри і підшкірно-жирової клітковини, гнійно-запальні зміни шкіри навколо отворів – хворі з штучними отворами у разі загального важкого соматичного стану, під час заміни трахеотомічної трубки; в) свищі внутрішніх органів (свищ кишковий, свищ сечоміхуровий, свищ стравохідно-шкірний, свищ плеврально-шкірний, свищ уретро-промежневий) – на період ліквідації гнійних ускладнень до радикального хірургічного лікування свища; г) ілеус кишечника (минулий, паралітичний) – на період ліквідації симптомів; д) декубітальні виразки, пролежні – на період ліквідації пролежнів; ж) варикозні виразки нижніх кінцівок – під час важкого загального стану і порушенні системної гемодинаміки за синдрому нижньої порожнистої вени; з) атонія сечового міхура – на період ліквідації симптомів; е) стриктура уретри (спастична, травматична, посткатетеризаційна) – на період ліквідації симптомів; ж) черепно-мозкові травми за наявності трахеостомі, різко вираженої дисфагії, різко вираженому порушенні функції сечового міхура і товстого кишечника, пролежнях – на період ліквідації трахеостомі, на період відновлення порушених функцій ковтання, сечовипускання, дефекації. Термінами потреби у додаткових видах догляду вважають характер і динаміку порушення основних функцій організму хворого: порушення статодинамічної функції, психологічних і сенсорних функцій, функцій кровообігу, дихання, виділення тощо [8].

У багатьох випадках інвалідам унаслідок трудового каліцтва рекомендують додаткове харчування.

У нашій країні відповідно до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання» ст. 34 п. 4 додаткове харчування призначають на конкретно визначений строк за раціоном, який складений дієтологом або лікарем, котрий лікує.

Постановою правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України 03.11.2011 р. № 42 затверджено «Положення про забезпечення додатковим харчуванням потерпілих внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання». Додаткове харчування визначено як перелік харчових продуктів (раціон), що харак-

теризується певною харчовою цінністю (калорійністю та набором незамінних поживних речовин), що доповнюють звичайний раціон харчування потерпілого, з розрахунку на добу на одного потерпілого. Додаткове харчування рекомендують потерпілим на конкретний строк з метою забезпечення підвищеної потреби організму потерпілого у харчових речовинах, попередження виникнення недостатності незамінних харчових речовин, використання лікувально-профілактичних властивостей окремих харчових продуктів, що попереджують прогресування деяких професійних захворювань та наслідків нещасних випадків на виробництві [6].

Проте в українській експертній практиці недостатньо представлені показання для визначення потреби у додатковому харчуванні.

У Російській Федерації розроблені методичні рекомендації, якими визначені медичні критерії і показання, терміни і характер додаткового харчування постраждалим унаслідок нещасних випадків на виробництві. Також представлений перелік нозологічних форм. Медичні показання для надання додаткового харчування враховують тільки прямі наслідки ушкодження здоров'я внаслідок нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань. Характер додаткового харчування диференціюється за трьома групами постраждалих: а) додаткове харчування для постраждалих внаслідок важкого нещасного випадку на виробництві (раціон № 1); б) додаткове харчування для постраждалих внаслідок професійних захворювань, викликаних впливом хімічних, біологічних або фізичних факторів або з наслідками важких нещасних випадків на виробництві (раціон № 2); в) додаткове харчування для спинальних хворих з паралічем верхніх і нижніх кінцівок, порушенням функції тазових органів (раціон № 3) [1].

В експертній практиці Республіки Білорусь потребу у додатковому харчуванні постраждалим унаслідок нещасних випадків на виробництві встановлюють за наслідками або ускладненнями важких нещасних випадків на виробництві, що свідчать про порушення харчування та підвищення потреби в харчових речовинах та енергії. Існують такі критерії для визначення додаткового харчування:

- низька маса тіла (індекс маси тіла менше 18,9);
- втрата маси тіла на 10 % і більше, порівняно зі станом до хвороби, або за останні 6 місяців, за умови, що індекс маси тіла після втрати 10% маси не перевищує 22,0;
- порушення білкоутворюючої і транспортної функції печінки: низька концентрація в плазмі крові альбуміну (менше 35 г/л), трансферину (менше 2 г/л), преальбуміну (менше 180 мг/л);
- клініко-лабораторні ознаки токсичного ураження системи крові: анемія (рівень гемоглобіну менше 110 г/л у жінок і менше 120 г/л у чоловіків), цитопенічні реакції;
- хронічні інфекційні процеси, в тому числі місцеві інфекційно-запальні процеси (пролежні, трофічні виразки, незагойні рани, свищі, абсцеси);

- захворювання і ураження органів травного тракту (ентерити, коліти, захворювання підшлункової залози і гепатобіліарної системи), які супроводжуються діареєю і порушенням всмоктування і засвоєння їжі (синдрому мальабсорбції та мальдигестії, які проявляються підвищеним вмістом білка (креаторея) і жиру (стеаторея) в калі;

- стани після резекції шлунка, тонкої кишки (як наслідки важкого нещасного випадку на виробництві);

- стійка протеїнурія [3].

Рекомендації про потребу потерпілого у додатковому харчуванні визначає лікарсько-консультаційна комісія (ЛКК) державної установи охорони здоров'я, що надає медичну допомогу потерпілому. Характер додаткового харчування може змінюватися в процесі лікування та реабілітації потерпілого. Встановлюють потребу постраждалого у додатковому харчуванні не рідше одного разу на рік [3].

З погляду на порушене питання про додаткові види допомоги потерпілим унаслідок трудового каліцтва, наведемо приклад з нашого досвіду. Хворому Н., 1969 р. н., у 1990 р. за наслідками травми на виробництві встановлена перша група інвалідності та 100 відсотків втрати професійної працездатності за діагнозом: Компресійний перелом тіл Th4-Th5 хребців. Забій речовини спинного мозку III ст. Спинальний шок. Нижня млява параплегія, порушення функції тазових органів. Надані рекомендації про забезпечення додатковим харчуванням, постільними речами, кріслом-коляскою. У 2013 році хворому визначені додаткові види допомоги: санаторно-курортне лікування в Слов'янську 1 раз на рік, медикаментозне лікування по показаннях за наслідками травми спинного мозку, постільні речі, протезування коляскою, предмети медичного догляду. Спеціальний медичний догляд та додаткове харчування не рекомендовані. Відсутність критеріїв щодо потреби потерпілого внаслідок трудового каліцтва у спеціальному медичному догляді та додатковому харчуванні призвела до несвоєчасного призначення хворому цих видів допомоги, оскільки Н. був направлений спеціалістами МСЕК на обстеження. За результатами проведених обстежень хворому визначені спеціальний медичний догляд і додаткове харчування.

За наявності чітких критеріїв визначення цих видів допомоги інвалідам унаслідок нещасного випадку на виробництві спеціалісти МСЕК були б спроможні встановлювати додаткові види допомоги індивідуально в кожному конкретному випадку та у найбільш повному обсязі.

На нашу думку, в експертній російській та білоруській практиці питання про додаткові види допомоги є достатньо розробленими: визначені критерії надання спеціального медичного догляду та додаткового харчування потерпілим унаслідок нещасного випадку на виробництві. Досвід наших колег може бути врахований під час складання методичних рекомендацій щодо критеріїв забезпечення потерпілих унаслідок нещасних випадків на виробництві спеціальним медичним доглядом і дода-

тковим харчуванням з урахуванням стану здоров'я пацієнта і необхідності відновлення втрачених функцій.

Зважаючи на значну увагу держави до реабілітації інвалідів в Україні, розробка таких критеріїв систематизує роботу з якісного складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів фахівцями МСЕК, суттєво поліпшить взаємодію медико-соціальних експертних комісій з лікувально-профілактичними закладами та з Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України.

Література

1. Методические указания МУ 2001/127 «Обеспечение дополнительным питанием пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (утв. МЗО РФ 21.06.2001 г.). – [Электронный ресурс]/Режим доступа:

http://www.fegsen.ru/13/documents/140703_Dop_pitanie.doc

2. «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків»: наказ МОЗ України – № 420 05.06.2012 р.

3. Обеспечение дополнительным питанием пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (инструкция по применению), утверждено Министерством здравоохранения Республики Беларусь

16.01.2004 г. – [Электронный ресурс] / Режим доступа:

<http://www.belmapo.by/downloads/gastroenterology>.

4. Письмо Фонда социального страхования РФ от 19.05.05 № 02-18/ 11-4475. – [Электронный ресурс] / Режим доступа:

<http://www.Fesmu.ru/elib/Article.aspx>

5. Положення про організацію, забезпечення та фінансування необхідних видів догляду за потерпілими внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання від 12.01.2012 р. за № 30/20343, затверджено Постановою Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України 03.11.2011 р. № 41.

6. Положення про забезпечення додатковим харчуванням потерпілих унаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, затверджене Постановою Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України 03.11.2011 р. № 42.

7. Постанова КМУ від 03.12.2009 р. № 1317 «Положення про медико-соціальну експертизу».

8. Смычек В. Б. Медико-социальные критерии и показания для определения дополнительных видов ухода потерпевшим в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в практике работы медико-реабилитационных экспертных комиссий / В. Б. Смычек, Т. Т. Копать, Л. Г. Казак, И. Я. Чапко // Медицинские новости. – 2007. – № 11. – С. 43–48.



УДК 616-01:616-035

ВИВЧЕННЯ ДОДОБОВОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ

Ю. І. Марков¹, Є. В. Рибак²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,

² Київська міська клінічна лікарня № 1

Резюме

Надзвичайно важливим у лікуванні пацієнтів з невідкладними станами є завчасне вирішення організаційних питань. Узгодженість допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, взаємодія працівників служби швидкої медичної допомоги та приймального відділення лікарні впливають на кінцевий результат лікування. Про це свідчить відсутність венозного доступу, проведення фармакотерапії, оксигенотерапії, електрокардіографії на догоспітальному етапі у пацієнтів, що згодом померли додобово у багатпрофільному стаціонарі. Усунення вказаних недоліків покращить стан безпеки пацієнтів.

Ключові слова: безпека пацієнтів, невідкладні стани, додобова летальність, вік, стать.