

УДК 616.248-036.866

Г. П. Победенная

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Бронхиальная астма: вопросы экспертизы трудоспособности

Ключевые слова: бронхиальная астма, экспертиза трудоспособности.

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний дыхательных путей у детей и взрослых [10]. По данным ВОЗ во всем мире БА наблюдается у 300 млн человек. Несмотря на разработку современных средств и стратегий лечения от БА, в среднем умирает 250 тысяч человек в год, полного контроля над заболеванием удастся достичь не более чем в 5 % случаев. Больные с тяжелыми формами БА составляют до 5 % от общего количества, однако на их лечение тратится до 50 % всех средств [11]. Существенным медико-социальным и экономическим следствием БА является утрата больным трудоспособности. На сегодня только в Луганской области 43 человека имеют II и III группу инвалидности вследствие БА.

Трудоспособность – совокупность физических и духовных возможностей человека (зависящих от состояния его здоровья), позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью. Ограничение трудоспособности больному БА осуществляется после экспертизы трудоспособности, произведенной комиссией медико-социальной экспертизы (МСЭК) [1].

Экспертиза трудоспособности – это медицинское исследование трудоспособности человека, проводимое с целью определения степени и длительности его нетрудоспособности [7]. Медицинский критерий трудоспособности – это наличие заболевания БА, его осложнений и клинический прогноз. Медицинский критерий является ведущим в установлении факта нетрудоспособности.

Врач МСЭК, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения БА, выполняемой работы пациента, условий его труда, решает вопрос о социальном критерии его трудоспособности и о выдаче больному листка нетрудоспособности.

Следовательно, социальный критерий трудоспособности при наличии заболевания БА определяет трудовой прогноз при конкретной должности и условиях труда. Медицинский и социальный критерии должны быть всегда четко определены и отражены в амбулаторной карте больного человека [8]. Для больного БА медицинский критерий – это полный диагноз, а социальный – трудовые рекомендации (является ли пациент трудоспособным в своей профессии).

Задачи экспертизы трудоспособности

Основной задачей экспертизы трудоспособности является определение возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности в зависимости от медицинского и социального критериев. Кроме того, в задачи врачебной экспертизы трудоспособности входит:

- определение лечения и режима, необходимых для восстановления и улучшения здоровья человека;
- определение степени и длительности нетрудоспособности;
- рекомендация наиболее рационального и полного использования труда лиц с ограниченной трудоспособностью без ущерба для их здоровья;
- выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности и направление таких больных на медико-социальную экспертную комиссию.

Если изменения в состоянии здоровья носят временный, обратимый характер и в ближайшее время ожидается выздоровление или значительное улучшение, а также восстановление трудоспособности, – такой вид нетрудоспособности считается временным. Временную нетрудоспособность по характеру подразделяют на полную или частичную.

Полная нетрудоспособность значит, что человек вследствие заболевания не может и не должен выполнять никакой работы и нуждается в специальном лечебном режиме.

Частичная нетрудоспособность — это нетрудоспособность в своей профессии при сохранении способности выполнения другой работы. Если человек может работать в облегченных условиях или выполнять меньший объем работы — он считается частично утратившим трудоспособность.

Стойкая нетрудоспособность или инвалидность — это постоянная или длительная, полная или частичная потеря трудоспособности. Инвалид (лат. *invalidus* — бессильный, слабый) — лицо, навсегда или на длительное время потерявшее трудоспособность частично или полностью в результате болезни или травмы.

Для больного БА важным результатом лечения является достижение контроля над заболеванием [11]. Критериями полного контроля над заболеванием являются отсутствие дневных и ночных симптомов БА, отсутствие необходимости в использовании короткодействующих бронхолитиков, нормальные показатели функции внешнего дыхания у больных, отсутствие обострений БА и госпитализаций.

При достижении полного контроля над заболеванием прогноз благоприятный. Это значит, что больной может выполнять работу:

- не связанную с наличием промышленных аэрозолей;
- не связанную с частыми переохлаждениями;
- в условиях контрастных температур.

При плохо контролируемом течении и частых обострениях у больных ограничивается трудоспособность в соответствии с существующими правилами.

При проведении медико-социальной экспертизы врачу-эксперту нужно установить:

- Достигнут ли контроль над заболеванием?
- Все ли средства достижения контроля использованы?
- Возможные причины неконтролируемого течения БА.
- Имеются ли осложнения со стороны органов и систем организма, связанные с БА.
- Может ли больной, при условии достижения контроля, продолжать выполнять свою работу?
- Есть ли возможность у пациента сменить профессию или трудоустроиться с ограничениями?

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при БА будут определяться тяжестью обострения, ответом на проводимую терапию, состоянием сопутствующей патологии.

Приводим ориентировочные сроки нетрудоспособности при БА [9]:

- персистирующая БА легкого течения — 12–14 дней;
- персистирующая БА средней тяжести — 30–45 дней, в том числе 18–25 дней стационарного лечения;
- персистирующая БА тяжелого течения — 85–90 дней, в том числе 55–60 дней стационарного лечения.

Однако эти сроки могут быть сокращены с учетом выполнения разработанных четких схем ведения

обострения заболевания и всех требований отечественного Протокола (приказ от 08.10.2013 г. № 868).

Больные БА, которые длительно находятся на больничном листе, подлежат направлению на МСЭК в соответствии с приказом МЗ Украины от 13.11.2001 г. № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову неприцездатність громадян» с изменениями и дополнениями приказом МЗ Украины от 6.12.2011 г. № 882.

При этом не только врач-эксперт, но и семейный врач должен знать о противопоказанных видах и условиях труда для больных БА и участвовать в рациональном выборе их профессии.

Осложнения БА, такие как легочная недостаточность (ЛН) и недостаточность кровообращения (НК), должны определяться в соответствии с критериями, разработанными Украинской ассоциацией пульмонологов и фтизиатров [3, 4].

Противопоказанные виды и условия труда для больных с БА:

- тяжелый физический труд (шахтеры, крепильщики, навалотбойщик и т.д.);
- повышенное нервно-психическое напряжение (например, руководители, водители транспорта, врачи скорой помощи, операторы пультов управления, диспетчеры ж/д, аэропорта, машинисты, работа на конвейере и т.д.);
- неблагоприятные микро- и макрометеорологические условия (например, повара, пекари, обходчики железнодорожных путей, строители, банщики и т.д.);
- запыленность, загазованность, наличие промышленных аэрозолей, контакт с резко пахнущими веществами (рабочие обогатительных фабрик, основных цехов химических и металлургических предприятий, парикмахеры, маникюрши, маляры);
- контакт с аллергенами (при доказанном «виновном» аллергене, например, при наличии аллергии к шерсти животных — не рекомендуется работать ветеринаром, к библиотечной пыли — архивариусом и т.д.);
- работы, внезапное прекращение которых может принести вред больному и окружающим (операторы пультов управления, диспетчеры и машинисты железнодорожного транспорта, аэропорта, работа на конвейере и т.д.);
- длительные командировки;
- работы с движущимися механизмами;
- значительная речевая нагрузка в течение рабочего дня;
- при ЛН II степени — физическое напряжение средней степени тяжести;
- при ЛН II степени и НК I степени — средняя физическая нагрузка, работа с длительным пребыванием на ногах, умственная работа со значительным нервно-физическим напряжением, речевой нагрузкой;
- ЛН II степени и НК I степени — умственная работа средней степени интенсивности;
- НК III степени — противопоказана работа в обычных производственных условиях.

Показания для направления на МСЭК

1. Временная нетрудоспособность по заболеванию более 4 месяцев, при благоприятном прогнозе и эффективном лечении — для продления листка нетрудоспособности с целью завершения лечения (следует проверить выполнение протокола лечения).

2. Наличие противопоказанных условий и видов работ при невозможности рационального трудоустройства.

3. Неблагоприятный прогноз (тяжелое течение, неконтролируемое течение БА, наличие осложнений, сопутствующая патология, которая может утяжелить течение основного заболевания).

Задачи лечащего врача при направлении на МСЭК

Своевременно поставленный, точный, полный клинический диагноз с учетом:

- тяжести заболевания;
- характера течения заболевания (контролируемое или неконтролируемое);
- выраженности морфологических изменений (эмфизема легких, пневмофиброз);
- степени функциональных нарушений (наличие легочной недостаточности);
- наличия декомпенсации легочного сердца и ее стадии,
- осложнений.

Важным моментом корректной экспертной оценки является правильно сформулированный диагноз больного с БА, который даст представление о тяжести и особенностях течения заболевания (например, гормонозависимость), виде контроля (неконтролируемое), осложнениях и степени функциональных нарушений, поражении других органов и систем.

Примеры формулировки диагноза

Клинического: Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение (IV), фаза обострения (среднетяжелого или тяжелого) (или вид контроля). Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких, ЛН II степени. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, НК II степени тяжести.

Экспертного: БА, тяжелое персистирующее течение (IV) (с частыми — 4–5 раз в год — обострениями средней тяжести), неконтролируемая. Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких. ЛН II степени, хроническое декомпенсированное легочное сердце, НК II степени.

При профессиональном заболевании: Профессиональная бронхиальная астма (сенсibilизация к хрому, никелю) тяжелого персистирующего течения (IV), с частыми обострениями (4–5 раз в год) средней тяжести. Эмфизема легких II степени, ЛН II степени, хроническое декомпенсированное легочное сердце, НК II степени.

При направлении на МСЭК для установки полного диагноза необходимым является тщательное обследование больного [6]. Так, для больного БА при направлении на МСЭК врачу необходимо выполнить следующий объем обследований:

- клинический анализ крови и мочи;
- клинический анализ мокроты, посев на флору, определение чувствительности к антибактериальным препаратам;
- кислотно-основной состав крови и газовый состав крови;
- биохимические исследования крови (белок и фракции, С-реактивный белок, мукопротеиды, сиаловые кислоты);
- определение IgE;
- рентгенография органов грудной клетки;
- ЭКГ;
- исследование функции внешнего дыхания и тест с бронхолитиками;
- динамика объема форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ₁) и пиковой скорости выдоха (ПОС_{выд}) за период наблюдения (для повторного освидетельствования);
- доплерэхокардиоскопия (доплер-ЭхоКС);
- при проведении стероидной терапии более одного года:
 - исследование гормонов коры надпочечников;
 - денситометрия (для исключения либо определения степени выраженности остеопороза);
 - доплер-ЭхоКС.

Критерии медико-социальной экспертизы и степени ограничения жизнедеятельности вследствие БА [9]

Степень тяжести течения БА для врача-эксперта определяется:

- выраженностью бронхообструкции;
- состоянием в межприступный период;
- частотой приступов (особенно ночью);
- ответом на лечение (объем минимальной адекватной терапии);
- динамикой функциональных показателей в межприступный период;
- гормонозависимостью;
- уровнем контроля БА.

Степень обратимости обструктивного синдрома определяется:

- в стандартном тесте с сальбутамолом;
- динамикой ОФВ₁ в течение года.

Характер морфологических изменений в легких предполагает:

- выявление и распространенность эмфиземы;
- пневмосклероза.

В качестве критериев экспертизы трудоспособности при БА используют:

- степень легочной недостаточности;
- стадию недостаточности кровообращения;
- клинический прогноз заболевания (благоприятный, неблагоприятный, сомнительный).

Медико-социальная экспертиза при БА и критерии группы инвалидности

Группа инвалидности не устанавливается при легкой БА (I степени) и БА (II степени) с ЛН 0–I степени, НК 0–I степени при рациональном трудоустройстве.

I группа инвалидности

больные не могут себя обслужить, требуют постоянно-го постороннего ухода и наблюдения:

- БА с тяжелым прогрессирующим течением (IV) и медикаментозной резистентностью;
- ЛН III степени;
- хроническое легочное сердце;
- НК III степени;
- у пациента есть необратимые изменения со стороны других органов и систем;
- применение высоких доз ИГКС > 2000 мкг не обеспечивает эффективного контроля БА;
- постбронходилатационный ОФВ₁ < 40 % от должно-го на фоне адекватной по дозам базисной терапии.

II группа инвалидности

- БА со среднетяжелым и тяжелым течением (III–IV степени);
- ЛН II–III степени;
- хроническое легочное сердце;
- НК II–III степени;
- наличие осложнений стероидной терапии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, остеопороз, синдром Иценко–Кушинга).

Пациенты с данной группой инвалидности имеют средний реабилитационный потенциал, при котором возможно частичное восстановление трудоспособности. Нуждаются в профессиональной реабилитации совместно со службой занятости. Критерием эффективности реабилитации является снижение тяжести инвалидности до III группы.

При хорошем комплаенсе такие больные (особенно при высоком уровне образования) могут быть рационально трудоустроены и частично (тяжелая БА) или полностью (БА средней степени тяжести) реабилитированы.

При наличии признаков ремоделирования дыхательных путей (постбронходилатационный ОФВ₁ < 60 %), среднем или низком уровне образования, противопоказанной профессии, затрудненном рациональном трудоустройстве (сельская местность, безработица), плохом комплаенсе, наличии осложнений (АГ, СД,) – полная реабилитация не всегда возможна.

III группа инвалидности

- БА средней тяжести (III степени), ЛН II степени с ограничением основных категорий жизнедеятельности в границах I степени, при наличии противопоказанных видов и условий труда и невозможности рационального трудоустройства;
- БА с тяжелым персистирующим течением при эффективном лечении (пероральные глюкокортикостероиды в дозе 10–12,5 мг в сутки), ЛН II при стабилизации клинического течения;
- лицу в возрасте до 16 лет категория «ребенок-инвалид» по БА может устанавливаться сроком от 6 месяцев до 2 лет, от 2 до 5 лет и до достижения им 16-летнего возраста в соответствии с медицинскими показаниями, утверждаемыми МЗ Украины.

Диагноз «профессиональной БА»

- профессиональный маршрут больного;
- достаточная экспозиция воздействия профессионального аллергена – более 5 лет;
- санитарно-гигиеническая характеристика условий труда (наличие сенсibiliзирующих веществ);
- клинические проявления;
- специфические аллергологические и иммунологические методы – кожные тесты (компрессные, скарификационные, внутрикожные), ингаляционные, иммунологические пробы.

В пользу профессиональной БА свидетельствует:

- наличие контакта с профессиональным аллергеном;
- возможное сочетание БА с другими клиническим и проявлениями профессиональной аллергии (поражение кожи, верхних дыхательных путей);
- наличие в клиническом течении симптомов элиминации и экспозиции;
- положительные кожные и ингаляционные пробы с производственным аллергеном;
- положительные результаты иммунологических реакций.

Связь с профессией устанавливается:

- при стаже в контакте более 5 лет;
- при наличии подробной выписки из амбулаторной карты о начальных признаках, развитии заболевания и характере изменений функции внешнего дыхания;
- при соответствующей санитарно-гигиенической характеристике условий труда.

Переосвидетельствование инвалида проводится в порядке, установленном для признания лица инвалидом. Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится один раз в 2 года, инвалидов II и III групп – один раз в год, детей-инвалидов – в сроки, установленные в соответствии с медицинскими показаниями. Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование. Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами.

Реабилитация больных и инвалидов с БА

Реабилитация больных и инвалидов с БА является важной не только для наиболее полного восстановления трудоспособности, но и для снижения социального стресса и повышения качества жизни пациентов.

Реабилитационная технология включает следующие этапы:

- экспертно-реабилитационная диагностика;
- определение реабилитационного потенциала;
- определение реабилитационного прогноза;
- проведение МСЭ;
- формирование экспертно-реабилитационного заключения;
- составление индивидуальной программы реабилитации (ИПР);
- реализация ИПР;
- оценка эффективности ИПР.

Эффективность ИПР

Критерием эффективности ИПР является «полная реабилитация инвалида» – признание его трудоспособным. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий должна проводиться не ранее, чем через 5 месяцев от начала терапии.

При планировании и проведении реабилитационных мероприятий следует использовать возможности, предоставляемые государством: лечение пациентов с БА в реабилитационных центрах Закарпатья – Украинской аллергологической больнице (пос. Солотвино) и научно-практическом объединении «Реабилитация». Рациональная комбинация воздействия уникальных климатических условий, природных возможностей (вдыхание сухого аэрозоля соли хлорида натрия), использование вспомогательных средств и методов физической реабилитации – комплекс дыхательной гимнастики, терренкуры, физиотерапия, инновации, разрабатываемые сотрудниками этих центров (галоаэрозольтерапия, аэроионотерапия) [2, 5] – создает предпосылки для повышения эффективности лечения трудоспособных больных БА и наиболее полной реабилитации инвалидов.

Таким образом, экспертиза трудоспособности при БА является важным медико-социальным этапом ведения больного БА, с помощью которого осуществляется его социальная поддержка, контроль за лечением пациента и его адаптацией, способствующим повышению качества его жизни.

Работа выполнена за деньги госбюджета.

Список литературы

1. *Артюнина, Г. П.* Основы социальной медицины. Учебное пособие для вузов [Текст] / Г. П. Арутюнова. – М.: Академический проспект, 2005 – 476 с.
2. *Бакай, И. Д.* 20-летний опыт применения немедикаментозных методов лечения в УАБ [Текст] / И. Д. Бакай, А. И. Бакай: Матер. 1-го Национального Астма-Конгрессу, Украина, м. Київ, 2007 // Астма та алергія. – 2007. – № 1–2. – С. 60.
3. *Гаврисюк, В. К.* Клиническая классификация дыхательных и гемодинамических нарушений при заболеваниях легких [Текст] / В. К. Гаврисюк // Ліки України. – 2004. – № 11 (88). – С. 29–31.
4. *Гаврисюк, В. К.* Нарушения сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой [Текст] / В. К. Гаврисюк // Укр. пульмонолог. журнал. – 2000. – № 2 (додаток). – С. 31–32.
5. *Лемко, І. С.* Спелеотерапія: механізми лікувального впливу, алгоритм комплексної оцінки підземних лікувальних об'єктів [Текст] / І. С. Лемко, О. І. Лемко // Астма та алергія. – 2012. – № 4. – С. 30–36.
6. *Медико-соціальна* експертиза при дифузних хворобах сполучної тканини, захворюваннях органів дихання та травлення [Текст]: навч.-метод. посібник. – Дніпропетровськ, 2008. – С. 73–93.
7. *Перцева, Т. А.* Качество жизни больных бронхиальной астмой: влияние длительного обучения и комплексной реабилитации в астма-школе [Текст] / Т. А. Перцева, Л. И. Конопкина, Л. А. Ботвинникова // Матер. наук. праць I з'їзду алергологів. – К., 2002. – С. 130.
8. *Тэн, Е. Е.* Основы медицинских знаний [Текст] / Е. Е. Тэн. – М.: Мастерство, 2002 – 256 с.
9. *Орієнтовні* терміни тимчасової непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань і травм / методичні рекомендації [Текст]. – Дніпропетровськ, 2008. – С. 53.

10. *Фещенко, Ю. И.* Трудно переоценить важность пульмонологических проблем для современного общества [Текст] / Ю. И. Фещенко // Здоров'я України. – 2008. – № 3/1. – С. 3.

11. *Яшина, Л. А.* Достижение контроля бронхиальной астмы – современная стратегия ведения заболевания [Текст] / Л. А. Яшина // Здоров'я України. – 2008. – № 3/1. – С. 10–11.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА: ПИТАННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Г. П. Победьонна

Резюме

У статті розглянуто питання експертизи працездатності при бронхіальній астмі (БА), висвітлено поняття працездатності, експертизи працездатності, її задачі, наведено обсяг необхідних обстежень для оцінки стану органів та систем організму хворого на БА для встановлення групи інвалідності. Встановлено роль та задачі лікаря-експерта при встановленні обмеження працездатності у пацієнта. Обговорено питання ознак професійної БА. Ретельний аналіз присвячено питанням оформлення медичного та експертного діагнозу, різниці між ними, які повинен враховувати лікар при спрямуванні пацієнта на медико-соціальну експертизу. Наведено критерії встановлення різних груп інвалідності, а також критерії, які лімітують вибір певної професії при БА. Акцент зроблено на ролі індивідуальних програм реабілітації, критерії ефективності індивідуальної програми реабілітації інваліда, необхідності використовувати всі можливі засоби реабілітаційного впливу, включаючи фізіотерапію, лікувальну фізкультуру, унікальні природні умови країни.

Ключові слова: бронхіальна астма, експертиза працездатності.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2015, № 1

Г. П. Победьонна

д-р. мед. наук, професор,

ДУ «Національний інститут фізіотерапії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»,

03680, Україна, м. Київ, вул. М. Амосова, 10

e-mail: G-pobeda@urk.net

BRONCHIAL ASTHMA: THE QUESTIONS OF CAPACITY'S EXAMINATION

G. P. Pobedonna

Summary

In the article the questions of capacity's estimation are examined for bronchial asthma (BA), lighted up concepts of capacity, examination of capacity, her task, the brought volume over of necessary inspections for the estimation of the state of organs and systems of organism sick on BA for establishment of group of disability. A role and tasks of doctor-expert are set at establishment of limitation of capacity for a patient. Discussed issues of signs of professional bronchial asthma. A careful analysis is sanctified to the questions of registration of medical and expert diagnosis, differences between them, that a doctor must take into account at aspiration of patient on medical and social examination. The brought criteria over of establishment of different groups of disability, and also criteria that limit choice of certain profession at BA. An accent is done on the role of the individual programs of rehabilitation, criteria of efficiency of the individual program of rehabilitation of invalid, necessity to use all possible facilities of rehabilitation influence, including physiotherapy, curative physical education, unique natural terms of country.

Key words: bronchial asthma, examination of capacity.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2015, 1

G. P. Pobedonna,

MD, professor,

SI «National Institute of phthysiology

and pulmonology named after F. G. Yanovskii NAMS of Ukraine»

03680, Ukraine, Kyiv, M. Amosova str., 10,

e-mail: G-pobeda@urk.net