

Запорізький державний медичний
університет

Медико-соціальна експертиза при
захворюваннях нирок, захворюваннях
крові, захворюваннях ендокринної
системи та обміну речовин

Автор: асистент кафедри
загальної практики-сімейної
медицини, к. мед. н.
Лісова О.О.

Запоріжжя 2016

ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Клініко-експертна характеристика.

ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ найчастіше виникає як наслідок гострого гломерулонефриту. Якщо після гострого гломерулонефриту протягом року і більше виявляється протеїнурія, протягом півроку - мікрогематурія, протягом 3 міс. - гіпертензивний синдром, частіше - одночасно два-три з цих ознак, встановлюють діагноз хронічного гломерулонефриту.

Клінічно розрізняють:

- латентну форму,
- гіпертензивну форму,
- набрякло-альбумінурическую форму,
- змішану форму.

ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Латентна

- слабо виражений сечовий синдром без набряків;
- артеріальна гіпертензія;
- змін на очному дні немає, відносна щільність сечі тривалий час не перевищує 1020.

Гіпертензивна

- артеріальна гіпертензія з переважним підвищенням діастолічного артеріального тиску;
- сечовий синдром виражений незначно;
- набряки зазвичай відсутні;
- рано виникають гіпертрофія лівого шлуночка і склеротичні зміни в судинах сітківки очей.

Набряково-альбумінурична

- значна протеїнурія (більше 3,5 г на добу);
- гіпопротеїнемія;
- масивні набряки і ліпемія.

Змішана

- нефротичний синдром;
- гіпертензивний синдром;
- прогностично найменш сприятливий.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові та сечі, дослідження сечі за методами Нечипоренко і Зимницького;
- 3) дослідження на залишковий азот, креатинін, сечовину, холестерин, тригліцериди, В-ліпопротеїди, загальний білок і білкові фракції;
- 4) електрокардіографія, радіоізотопні дослідження та УЗД нирок, біопсія нирки, дослідження очного дна, дослідження артеріального тиску в динаміці.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

При правильному лікуванні і оптимальному працевлаштуванні хворого на хронічний гломерулонефрит має відносно сприятливий перебіг.

Незалежно від форми перебігу та ступеня функціональних розладів нирок, всім хворим на хронічний гломерулонефрит протипоказані:

- ❖ значні фізичні і нервово-психічні навантаження,
- ❖ несприятливі метеорологічні чинники,
- ❖ токсична дія різних речовин,
- ❖ радіоактивне опромінення,
- ❖ вакцинація.

Оцінюючи працездатність таких хворих, разом з соціальними факторами необхідно враховувати клінічну форму, характер перебігу, ступінь хронічної ниркової недостатності, ускладнення.

Критерії визначення групи інвалідності

- ❖ Більшість хворих на хронічний гломерулонефрит при відсутності частих загострень і наявності I ступеня ХНН зберігають працездатність. Інвалідність III групи таким хворим може бути визначена тільки в тих випадках, коли неможливо їх раціональне працевлаштування.
- ❖ При хронічному гломерулонефриті з явищами ХНН II ступеня осіб фізичної праці частіше визнають інвалідами II групи; у осіб розумової праці часто нехтується значне скорочення обсягу виробничої діяльності, їх визнають інвалідами III групи.
- ❖ У разі ускладнення хронічного гломерулонефриту ХНН III ступеня зазвичай встановлюють інвалідність II групи. Розвиток важких ускладнень - інфаркту міокарда, інсульту - призводить до визначення інвалідності II групи і без явищ ХНН. При необхідності постійного стороннього догляду за хворими визначають інвалідність I групи

Шляхи реабілітації:

- ▶ диспансерний нагляд за хворими,
- ▶ своєчасне раціональне працевлаштування,
- ▶ навчання та перенавчання за показаними спеціальностями,
- ▶ дієтотерапія,
- ▶ санаторно-курортне лікування.

ХРОНІЧНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ

Клініко-експертна характеристика.

ХРОНІЧНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ часто є наслідком гострого пієлонефриту, симптоми якого спостерігають протягом 3 міс. і довше.

Розрізняють:

- первинний (частіше двосторонній)
- вторинний хронічний пієлонефрит (частіше однобічний).

Класифікація хронічного пієлонефрита за перебігом

- ▶ **Латентний** - характеризується невеликою кількістю симптомів: незначні дизуричні явища під час загострення, субфебрилітет, ниючий біль в попереку. Іноді підвищується артеріальний тиск. Відносна щільність сечі дещо знижена, визначають незначну протеїнурію, періодично лейкоцит- і бактериурію.
- ▶ **Рецидивуючий** - протікає у вигляді загострень захворювання і ремісій. Клінічна симптоматика більш виражена: болі в попереку, періодичне підвищення температури тіла, гіпертонічний синдром, анемія, лейкоцит- і протеїнурія, циліндрурія, іноді мікрогематурія. Ці ознаки найбільш виражені під час загострення захворювання.
- ▶ **Пієлонефрітично** - зморщену нирку (азотемічна форма) - розвивається протягом десятиліть як термінальна фаза хронічного пієлонефриту. Зазвичай в анамнезі наявність інших проявів: інфекція сечових шляхів, субфебрилітет, виражена асиметрична біль в попереку, періодичні дизуричні розлади, лейкоцитурія, бактеріурія. У стадії зморщеної нирки зазвичай ознаки ХНН.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові та сечі, проби по Нечипоренко, Зимницьким;
- 3) визначення рівня бактуріурії;
- 4) дослідження крові на вміст креатиніну, сечовини, загального білка і білкових фракцій;
- 5) динамічне дослідження артеріального тиску, електрокардіографія, рентгенологічні, ультразвукові та радіоізотопні методи дослідження нирок.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

Найчастіше трудовий прогноз у разі активного лікування пієлонефриту, крім азотемической стадії, сприятливий.

Однак всім хворим на хронічний пієлонефрит протипоказані:

- важка фізична праця,
- переохолодження,
- екзо і ендогенні інтоксикації,
- іонізуюче опромінення,
- вібрація.

Крім цього, показані види праці залежать від ступеня порушення функцій нирок, артеріального тиску і частоти загострень.

Критерії визначення груп інвалідності

- ▶ Хронічний пієлонефрит з порушенням функції нирок I ступеня за відсутності частих загострень рідко призводить до стійкої втрати працездатності. Тільки особам, що займаються важкою фізичною працею, встановлюють III групу інвалідності на період отримання нової спеціальності.
- ▶ У випадках, коли у хворого є функціональні порушення нирок II ступеня, коло доступних професій зменшується, тому таким хворим визначають III групи інвалідності. Хворі можуть виконувати тільки легку фізичну і розумову роботу в невеликому обсязі.
- ▶ При III ступеня ХНН з ознаками азотемії, гіпертензивного синдрому з ускладненнями хворих визнають інвалідами II, а іноді і I групи.

Шляхи реабілітації:

- ▶ диспансерне спостереження за хворими,
- ▶ повноцінне і своєчасне лікування запальних процесів в інших органах,
- ▶ раціональне працевлаштування,
- ▶ навчання та перенавчання професіям, які не протипоказані,
- ▶ дієтотерапія,
- ▶ санаторно-курортне лікування хворих

ХРОНІЧНА НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Клініко-експертна характеристика.

ХРОНІЧНА НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ - це клініко-лабораторний симптомокомплекс, що виникає внаслідок порушення функцій нирок і пов'язаний з двостороннім їх поразкою.

СТУПЕНІ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ НИРОК

- ▶ У разі ХНН I ступеня в сечі визначають білок, еритроцити, лейкоцити і циліндри. При пробі методом Зимницького максимальна щільність сечі нижче ніж 1023, виявляють малі коливання кількості сечі в окремих порціях, незначну ніктурию. Мінливо вранці спостерігають набряк обличчя, незначне підвищення (до 160/90 мм рт.ст.) артеріальний тиск і невиражені зміни на очному дні. Показник вмісту креатиніну, залишкового азоту і хлоридів в крові в межах норми.
- ▶ При II ступеня ХНН крім попередніх проявів визначають зниження здатності нирок до розведення та концентрації, про що свідчать зниження максимальної відносної щільності сечі в пробі за Зимницьким нижче 1020 гіпоізостенурія, ніктурия. Виявляють незначні набряки на ногах і обличчі, часто - приховані набряки (невмотивоване збільшення маси тіла), АТ зазвичай перевищує 160/90 мм рт.ст., спостерігають часті гіпертензивні кризи, на очному дні набряк соска здорового нерва, звуження артерій сітківки, іноді - точкові крововиливи. Показники вмісту залишкового азоту, креатиніну і сечовини в крові не перевищує верхніх меж норми.
- ▶ При наявності хронічної ниркової недостатності III ступеня майже повністю втрачається здатність нирок до концентрації і розведення сечі. При пробі за Зимницьким максимальна відносна щільність сечі не перевищує 1013. Гіпостенурія супроводжується ізостенурією. Артеріальний тиск значно підвищений, гіпертензивні кризи погано піддаються лікуванню, виражений ангиоспастический ретиніт. Зміст залишкового азоту, креатиніну, сечовини в крові значно перевищує межі норми.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові та сечі, проби по Нечипоренко, Зимницьким, визначення бактеріурії;
- 3) визначення змісту в крові креатиніну, сечовини, кальцію, магнію, холестерину, тригліцеридів, В-ліпопротеїдів, загального білка і білкових фракцій;
- 4) динамічне дослідження артеріального тиску, електрокардіографія, рентгенологічні, ультразвукові та радіоізотопні методи дослідження нирок.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- ▶ Трудовий прогноз навіть при I ступені ХНН викликає занепокоєння. Таким хворим протипоказані значні фізичні і нервово-психічні перевантаження, несприятливі впливи метеорологічних факторів, різні токсичні впливи, радіоактивне опромінення. Осіб, які працюють в сприятливих умовах, зазвичай інвалідами не визнають.
- ▶ Хворі II ступеня ХНН можуть виконувати роботу в теплом, сухому приміщенні, а також розумову працю в невеликому обсязі без психоемоційного напруження.

Критерії визначення груп інвалідності

- ❖ Хворих з I ступенем ХНН, що працюють в несприятливих умовах, переводять на іншу роботу, на період перепідготовки їх визнають інвалідами III групи.
- ❖ При II ступеня ХНН більшість хворих потребують значних обмежень в роботі, тому найчастіше їх визнають інвалідами III групи.
- ❖ У разі III ступеня ХНН хворі не можуть працювати, їм встановлюють II групу інвалідності, а при наявності ускладнень, коли хворі не можуть себе обслужити, їх визнають інвалідами I групи.

Шляхи реабілітації:

- ❑ диспансерний нагляд за хворими,
- ❑ раціональне працевлаштування,
- ❑ перенавчання новим спеціальностям,
- ❑ дієтотерапія,
- ❑ санаторно-курортне лікування.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Клініко-експертна характеристика

За ступенем тяжкості клінічних проявів, які залежать насамперед від вираженості основних симптомів захворювання, визначають три ступеня тяжкості тиреотоксикозу:

- ✓ У разі тиреотоксикозу I ступеня екзофтальм виражений незначно, тахікардія помірна, незначне зниження маси тіла, загальна слабкість, легкий тремор пальців витягнутих рук, підвищення основного обміну на 30%.
- ✓ При II ступеня екзофтальм помітно виражений, тахікардія більше 100 за 1 хв, значна втрата маси тіла, виражений тремор пальців рук, субфебрильна температура тіла, підвищення основного обміну більше 30%, нерідко підвищення артеріального тиску (сistolічного), помірно виражені дистрофічні зміни міокарда.
- ✓ При наявності тиреотоксикозу III ступеня значно виражений екзофтальм, тахікардія більше 120 за 1 хв, значне схуднення, м'язова слабкість, виражений тремор пальців, стійка субфебрильна температура тіла, основний обмін збільшений на 50%, часто приєднується порушення з боку травної системи, у жінок порушується менструальний цикл, чоловіки скаржаться на імпотенцію. Тиреотоксикоз III ступеня може супроводжуватися психічними порушеннями.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини;
- 2) загальне клінічне дослідження крові (гіпохромна анемія, лімфоцитоз, лейкопенія, нейтропенія)
- 3) визначення основного обміну;
- 4) визначення поглинання радіоактивного йоду щитовидною залозою;
- 5) сканування щитовидної залози, УЗД.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- ▶ Трудовий прогноз визначається ступенем тяжкості тиреотоксикозу. Хворим на тиреотоксикоз протипоказана робота зі значним нервово-психічним і фізичним навантаженням.
- ▶ При II ступені тиреотоксикозу хворі не можуть виконувати роботу, пов'язану з постійною напругою, навіть з помірним навантаженням, а також роботу, пов'язану з точними маніпуляціями.
- ▶ При III ступені тиреотоксикозу хворі можуть виконувати тільки надомну роботу.

Критерії визначення груп інвалідності

- При I ступені тиреотоксикозу більшість хворих працездатні. В окремих випадках, при наявності протипоказаних факторів на роботі і неможливості працевлаштування без зниження кваліфікації, хворим може бути встановлена інвалідність III групи.
- При II ступені тиреотоксикозу більшість осіб фізичної праці стає інвалідами III групи. Значна кількість інвалідів III групи є і серед осіб розумової праці, тому що їм протипоказано систематичне нервово-психічну напругу. Іноді рекомендується робота зі скороченим робочим днем.
- Хворі на тиреотоксикоз III ступеня є інвалідами II групи.

Шляхи реабілітації.

При I і II ступенях тиреотоксикозу своєчасне хірургічне втручання, а частіше консервативне лікування, дають хороший клінічний ефект і можуть відновити ти працездатність. Раціональне працевлаштування в період лікування сприяє реабілітації хворих.

ГІПОТИРЕОЗ

Клініко-експертна характеристика

Форми гіпотиреоза:

- ◆ **первинні форми** - захворювання, пов'язані з природженою відсутністю залози або недостатнім розвитком, ураженням запальним процесом, травмою залози або її видаленням в зв'язку з попереднім тиреотоксикозом.
- ◆ **вторинні форми** гіпотиреозу обумовлені порушенням функції гіпоталамічної області або гіпофіза.

Ступені тяжкості гіпотиреоза

- Легка форма гіпотиреозу призводить до незначних набряків і сухості шкіри. Основний обмін або незмінений або знижений на 15%. Поглинання радіоактивного йоду щитовидною залозою відповідає нижній межі норми. Рівень холестерину в крові дещо підвищений. Зміст загального тироксину в крові дещо знижений.
- Захворювання середньої тяжкості має наступні симптоми: апатія, депресія, сонливість, набряки по всьому тілу, блідість і сухість шкіри, облісіння, ламкість нігтів, брадикардія, артеріальна гіпертензія, ослаблення серцевих тонів, зниження основного обміну до 20-40%, в крові значно знижені показники тироксину і йоду, пов'язаного з білком. Рівень холестерину в крові значно підвищений, гіпохромна анемія, збільшена ШОЕ. Добовий діурез знижений, в пробі за Зимницьким - ізостенурия. На ЕКГ виявляють зниження зубців Р і Т та інші зміни.

Ступені тяжкості гіпотиреоза

- **Важка форма гіпотиреозу (мікседема)** характеризується крайніми проявами всіх ознак і наявністю ускладнень: загальмованість, адинамічність у хворих, сонливість, різко виражені набряки по всьому тілу з накопиченням рідини в порожнинах (асцит, гідроторакс), задишка при незначному фізичному навантаженні і в спокої, значна брадикардія і гіпотензія, «мікседематозне» серце (гіпертрофія міокарда і дилатація шлуночків, гідроперикард). Значно підвищується рівень холестерину, В-ліпопротеїдів, тригліцеридів, знижується рівень тироксину і основний обмін (від -40 до -60%). Виражені зміни на ЕКГ, значна анемія. Можливий розвиток гіпотиреоїдний коми.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові
- 3) дослідження сечі пробою за Зимницьким;
- 4) дослідження крові на глюкозу, холестерин, В-ліпопротеїди, тригліцериди, тироксин і трийодтиронін;
- 5) електрокардіографія, визначення основного обміну, УЗД щитовидної залози і її сканування.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- ❑ Трудовий прогноз хворого на гіпотиреоз залежить від форми захворювання і умов його праці. Хворим з легким перебігом захворювання протипоказана робота зі значним фізичним і нервово-психічним напруженням. Такі хворі потребують раціонального працевлаштування. Однак компенсація захворювання за допомогою замісної терапії досягається досить успішно, тому інвалідність зазвичай не встановлюється.
- ❑ У разі середньої тяжкості захворювання протипоказана робота, що вимагає швидкої і точної реакції людини (всі види роботи, пов'язані з водінням і рухом транспорту, робота диспетчера, оператора, верстатника, біля конвеєрів і т.д.). Хворі, які виконують протипоказану роботу, вимагають відповідного працевлаштування.
- ❑ Хворим на тяжку форму гіпотиреозу протипоказана будь-яка робота в виробничих умовах.

Критерії визначення груп інвалідності

- ▶ Більшість хворих з легкою формою гіпотиреозу зберігають працездатність. Тільки в тих випадках, коли перевод з протипоказаної роботи на іншу супроводжується зниженням кваліфікації, тимчасово встановлюють III групи інвалідності.
- ▶ При середній тяжкості гіпотиреозу значна частина хворих не може бути працевлаштована на протипоказану роботу і визнається інвалідами III групи.
- ▶ Важка форма гіпотиреозу призводить до інвалідності II групи, а при наявності ускладнень, що обмежують можливість самообслуговування, - до інвалідності I групи.

Шляхи реабілітації

- ✓ В комплексі реабілітаційних заходів важливе значення має відповідне працевлаштування хворого.
- ✓ Другим важливим фактором комплексу реабілітаційних заходів є відповідне лікувальне харчування, за допомогою якого можна зменшити метаболічні порушення, що виникають при гіпотиреозі.
- ✓ Найефективнішим фактором в реабілітації хворих на гіпотиреоз легкої та середньої форм тяжкості є замісна терапія тиреоїдними гормонами.
- ✓ Також призначають ліпотропні засоби і антиоксиданти.
- ✓ Для реабілітації хворих на гіпотиреоз використовують санаторії кардіологічного профілю.

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Клініко-експертна характеристика

Працездатність при цукровому діабеті визначається формою перебігу захворювання, швидкості прогресування, характером і ступенем обмінних порушень, супутніми захворюваннями і ускладненнями, а також ефективністю лікування, в тому числі чутливістю хворих до протидіабетичних препаратів. Хворим на цукровий діабет необхідно виключити фізичне і нервово-психічне навантаження, надати можливість застосовувати дієтичний режим і проведення інсулінотерапії. Раціональне працевлаштування і лікування сприяють збереженню працездатності хворих багато років.

Цукровий діабет поділяють на:

- панкреатичний, обумовлений недостатнім утворенням інсуліну,
- непанкреатичний, що виникає внаслідок ураження інших ендокринних залоз і центральної нервової системи.

Ступені захворювання за порушенням обміну

- ▶ При I ступені (початковому) порушується переважно вуглеводний обмін, інші види обміну порушуються незначно - рівень глюкози в крові не перевищує 7,8 ммоль / л, глюкозурія не вище 20 г / л, діурез дещо підвищений або нормальний. Показники жирового обміну (рівень кетонових тіл, β-ліпопротеїдів) в межах норми, ацетонурія відсутня. Порушень білкового обміну не спостерігається.
- ▶ II ступінь (виражений) характеризується порушенням вуглеводного, жирового, білкового та інших видів обміну - рівень глюкози в крові натще становить 7,8-14 ммоль / л. спостерігається поліурія, слабо позитивна реакція сечі на ацетон, рівень β-ліпопротеїдів крові підвищений. Для компенсації обмінних порушень необхідно вводити щодоби до 60 ОД інсуліну.
- ▶ III ступінь (значно виражений) характеризується значним порушенням всіх видів обміну - значно підвищений рівень глюкози в крові (більше 14 ммоль / л). Добова глюкозурія досягає більш 60 г / л; виявляють ацетон у сечі, високу інсулінорезистентність; є велика кількість кетонових тіл; значно порушений білковий обмін.

Форми цукрового діабету

- ❖ Легка форма ЦД характеризується тим, що захворювання протікає без погіршення самопочуття хворого, відчуває легку спрагу і незначну сухість у роті. Під час клінічного обстеження визначають ступінь порушення обміну речовин, дієтичний режим легко компенсує порушений обмін.
- ❖ При ЦД середньої тяжкості хворий відчуває значну спрагу, у нього знижується працездатність, виникає загальна слабкість, свербіж шкіри, розхитування зубів, кровоточивість ясен. При обстеженні виявляють ураження всіх органів і систем (обмінні порушення II ступеня). Хворим для компенсації цього стану необхідно вводити інсулін.
- ❖ У разі важкої форми ЦД прогресує загальна слабкість, спрага, проявляють свербіння шкіри, зниження зору, поліневрит і інші ускладнення, обмінні порушення III ступеня. Формується схильність до діабетичної коми. Добова доза інсуліну перевищує 60 од.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

Обов'язкові

визначення рівня глюкози в крові

глікемічна крива (при легкій формі)

визначення вмісту глюкози в сечі

визначення вмісту ацетону в сечі

визначення загального діурезу

рентгено скопія ОГК

ЕКГ

консультація невролога

консультація окуліста

консультація хірурга

осцилографія

Рекомендовані

визначення інсулінорезистентності

визначення основного обміну

визначення рівня В-ліпопротеїдів

визначення рівня кетонових тіл

визначення рівня білкових фракцій

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень повинні забезпечити уточнення ступеня обмінних порушень, форми перебігу, ускладнень і супутніх захворювань при СД.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці залежать від форми (тяжкості) захворювання

- ▶ При **легкій формі** ЦД хворим протипоказана робота, яка вимагає значного фізичного або нервово-психічної напруження, а також робота, пов'язана з дією токсичних речовин, в умовах високої і низької температури повітря, на висоті, пов'язана з рухом автотранспорту і рухливими механізмами. Майже всі види інтелектуальної праці залишаються доступними для хворого. Легка форма ЦД часто є супутньою патологією при інших захворюваннях (гіпертонічна хвороба, атеросклероз і т.д.), трудовий прогноз при цьому визначається основним захворюванням.
- ▶ У разі захворювання **середньої тяжкості** хворим протипоказана робота з систематичними, помірними, фізичними і нервово-психічними навантаженнями. Таким хворим протипоказана робота з заданим темпом і строгим режимом, постійною напругою уваги. Вони повинні дотримуватися режиму прийому їжі і мати можливість проводити антидіабетичне лікування. Це обмежує працездатність осіб фізичної праці. Погіршують трудовий прогноз ускладнення.
- ▶ При **важкій формі** ЦД трудовий прогноз несприятливий. Однак на початковій стадії особи інтелектуальної праці можуть бути працевлаштовані на скорочений робочий день. Значно погіршує трудовий прогноз схильність до гіпоглікемічним комам. Цим хворим протипоказана робота водія, робота у рухомих механізмів і робота на висоті. Схильність до діабетичної коми характерна для важкої форми ЦД, коли хворі стають непрацездатними.

Критерії визначення груп інвалідності

- визначаються клінічним і трудовим прогнозом, доступними хворому умовами і видами праці. Виходячи з цього, хворі з легкою формою цукрового діабету працездатні, при середній тяжкості захворювання хворі стають інвалідами III групи. У разі тяжкої форми ЦД більшість хворих визнають інвалідами II групи. В окремих випадках їм можна рекомендувати роботу вдома або в спеціально створених умовах.

Шляхи реабілітації

- залежать від раннього виявлення, систематичного лікування, працевлаштування хворих. Своєчасне, правильне працевлаштування може зберегти працездатність хворих або відновити її. Можливість працевлаштування в умовах сучасного виробництва достатня.

ОЖИРІННЯ

Клініко-експертна характеристика

Ожиріння може бути самостійним захворюванням (аліментарно-обмінна форма 85 - 90%) або проявом іншого захворювання, найчастіше порушенням функцій ендокринних залоз (ендокринно-обмінна форма, 5 - 10%) і центральної нервової системи (церебральна форма 2 - 5%).

В експертній практиці для оцінки ступеня ожиріння можна визначити надлишок маси тіла хворого щодо ідеальної маси тіла, яку розраховують за формулою Брока (ідеальна маса тіла людини в кілограмах дорівнює кількості сантиметрів зросту людини мінус 100).

Перевищення реальної маси тіла більше ідеальної на 6 - 14% свідчить про надмірне харчування.

Особи, маса тіла яких перевищує показники ідеальної маси на 15 - 29%, відносяться до категорії хворих на ожиріння I ступеня, - на 30 - 49% - II ступеня, - 50 - 99% - III ступеня, - на 100% і більше - IV ступеня.

Клініко-експертна характеристика ендокринно-обмінної і церебральної форм ожиріння залежить від захворювання, на ґрунті якого воно виникло, а також від ускладнень і супутніх захворювань, які часто супроводжують аліментарно-обмінне ожиріння III - IV ступеня.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- 1) аналіз клінічної картини захворювання і оцінки показників росту і маси тіла;
- 2) визначення в крові рівня глюкози, типу гіперліпопротеїнемії;
- 3) визначення в сечі вмісту 17-КС;
- 4) визначення основного обміну, рентгенографія основи черепа, УЗД ниркових залоз, яєчників і щитовидної залози, електрокардіографія.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- ▶ Прогноз при аліментарно-обмінної формі ожиріння I - II ступеня частіше сприятливий.
- ▶ При ендокринно-обмінній і церебральній формах - залежить від характеру основного захворювання.
- ▶ Хворі ожирінням I і II ступеня зазвичай працездатні. Таких хворих бажано переводити на роботу, пов'язану з невеликими фізичними навантаженнями.
- ▶ При III ступені ожиріння хворі не завжди можуть виконувати роботу, пов'язану з тривалим фізичним навантаженням, проте від роботи з короткочасними фізичними навантаженнями таких хворих звільняти не слід.
- ▶ Тільки в разі IV ступеня ожиріння, наявності ускладнень і супутніх захворювань хворі втрачають працездатність, хоча вони повинні виконувати певну фізичну роботу в спеціально створених умовах за умови постійного контролю їх стану.

Критерії визначення груп інвалідності

- ❖ Ожиріння III ступеня може стати причиною встановлення III групи інвалідності для тих хворих, робота яких пов'язана з тривалими фізичними навантаженнями.
- ❖ При IV ступеня ожиріння іноді утруднене пересування хворих, що призводить до інвалідності II групи.
- ❖ До цього ж може призвести ускладнення з боку системи кровообігу навіть у разі ожиріння II або III ступеня.

Шляхи реабілітації

- ❑ диспансерне спостереження,
- ❑ дієтотерапія,
- ❑ раціональне працевлаштування,
- ❑ санаторно-курортне лікування,
- ❑ заняття фізичною культурою і спортом при легких ступенях ожиріння.

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ

Клініко-експертна характеристика

З точки зору експертизи непрацездатності у хворих слід підтвердити вторинний характер залізодефіцитної анемії, яка виникає внаслідок захворювань шлунка, операцій, порушення всмоктування заліза або хронічної крововтрати.

За вираженості клінічної картини і результатів гематологічного дослідження розрізняють:

- у разі **легкої форми** кількість еритроцитів знижена до $3,5 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобіну - до 100 г / л, колірний показник - до 0,7 - 0,8. Якісних змін еритроцитів зазвичай немає, функції системи кровообігу та інших систем не порушені.
- при анемії **середньої тяжкості** кількість еритроцитів знижується до $2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобін - до 80 г / л. Виявляють якісні зміни еритроцитів (анізія і пойкилоцитоз), незначну лейкопенію з відносним лімфоцитозом, ретикулоцитоз. Іноді визначають недостатність кровообігу I - II А стадії.
- для **важкої форми** залізодефіцитної анемії характерні зниження кількості еритроцитів більше $2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобіну - до 60 - 50 г / л з колірним показником - 0,5 - 0,4. Виявляють виражені якісні зміни еритроцитів, часто ретикулоцитопенію. Зазвичай є значні порушення з боку системи кровообігу та нервової системи.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові, визначення кількості тромбоцитів і ретикулоцитів, дослідження пунктату кісткового мозку
- 3) електрокардіографія, дослідження шлункового соку, фіброгастродуоденоскопія.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- Прогноз в разі відповідного лікування зазвичай сприятливий. Всім хворим із залізодефіцитною анемією протипоказана праця з фізичною напругою і контакти з промисловими отрутами.
- При середній тяжкості анемії хворим доступні види роботи, не пов'язані з систематичним фізичним напруженням, тривалим перебуванням на ногах, в умовах впливу високої температури і на висоті.
- У разі тяжкої форми анемії хворий може виконувати тільки легку роботу на дому.

Критерії визначення груп інвалідності

- ▶ При наявності легкої форми залізодефіцитної анемії працездатність більшості хворих збережена. Деякі обмеження в роботі визначаються через ВКК.
- ▶ При середньої тяжкості анемії значно звужується коло доступних професій, виникає необхідність визначення III групи інвалідності.
- ▶ При важкій формі анемії хворі зазвичай непрацездатні, тому їх визнають інвалідами II групи.

Шляхи реабілітації

- ▶ диспансерне спостереження,
- ▶ з'ясування першопричин захворювання та їх ліквідація,
- ▶ систематичне лікувальне харчування і вживання препаратів заліза,
- ▶ раціональне працевлаштування і перенавчання доступним професіям,
- ▶ санаторно-курортне лікування.

В12-(ФОЛІЄВА) ДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ (ПЕРНІЦІОЗНА, ХВОРОБА АДДІСОНА - БІРМЕРА) Клініко-експертна характеристика

- виникає внаслідок недостатності в організмі вітаміну В12, який не всмоктується в кишечнику при відсутності в шлунку гастромукопротеїна (фактора Касла) або споживається в кишечнику гельмінтами.

По тяжкості перебігу виділяють три форми анемії:

- ▶ **легка форма** характеризується тривалими ремісіями (1 - 2 роки). Під час рецидивів захворювання кількість еритроцитів знижується до $3,5 - 2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, рівень гемоглобіну - до 100 г / л, кольоровий показник наближається до 1. Якісні зміни еритроцитів виражені незначно. Визначають незначну лейкопенію з відносним лімфоцитозом і схильністю до тромбоцитопенії.
- ▶ **форма середньої тяжкості** має менш тривалі ремісії. Загострення захворювання супроводжуються зниженням кількості еритроцитів до $2,1 - 1,5 \times 10^{12}$ в 1 л, рівень гемоглобіну - до 80 г / л при кольоровому показнику 1,1 - 1,2. Виявляють еритробласти, мегалобласти, значна кількість пойкилоцитів. Неповноцінні еритроцити легко піддаються гемолізу, що призводить до збільшення кількості білірубіну в крові і уробіліну в сечі. Печінка і селезінка збільшені. Визначається лейкопенія і тромбоцитопенія.
- ▶ у разі **важкої форми B12 (фолієвої) дефіцитної анемії** ремісії дуже короткі, захворювання безперервно прогресує. Кількість еритроцитів знижується до $1,5 - 1 \times 10^{12}$ в 1 л, рівень гемоглобіну - до 60 - 50 г / л при кольоровому показнику 1,5 - 1,8. У периферичній крові велика кількість мегалобластів, виражена лейкопенія. Характерна картина фуникулярного мієлоза: різка атаксія, порушення функцій сфінктерів, парапарези і паралічі, іноді бульбарні симптоми. Анемізація призводить до розладів кровообігу.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові з визначенням кількості тромбоцитів і мегалобластів, осмотичної резистентності еритроцитів;
- 3) дослідження сечі на уробіліну;
- 4) дослідження крові на білірубін і його фракції, дослідження мієлограми;
- 5) аналіз шлункового вмісту, фіброгастродуоденоскопія, УЗД печінки і селезінки.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- ▶ Прогноз при В12 (фолієвій) дефіцитній анемії при своєчасному початку лікування сприятливий. Лікування таких хворих вітаміном В12 і фолієвою кислотою швидко призводить до ремісії, запобігає виникненню рецидивів.
- ▶ У разі легкої форми пернициозної анемії протипоказана робота з тривалим фізичним напруженням і під дією токсичних речовин.
- ▶ При формі середньої тяжкості працездатність значно обмежена. Їм протипоказана робота з помірним фізичним навантаженням і значним нервово-психічним напруженням.
- ▶ Хворі з важкою формою анемії непрацездатні.

Критерії визначення груп інвалідності

- ▶ При легкій формі перниціозної анемії більшість хворих зберігають працездатність. У разі протипоказаних умов праці може бути встановлена інвалідність III групи.
- ▶ При середньої тяжкості анемії хворим встановлюють III групу інвалідності, проте особи, які виконують розумову працю, можуть зберегти працездатність.
- ▶ Хворі з важкою формою анемії повністю непрацездатні, їм призначають II групу інвалідності, а в окремих випадках - I. Інваліди II групи можуть виконувати тільки роботу в домашніх умовах.

Шляхи реабілітації

- ▶ диспансерне спостереження,
- ▶ систематичне лікування ціанокобаламіном,
- ▶ дієтотерапія,
- ▶ раціональне працевлаштування,
- ▶ професійне навчання і перенавчання,
- ▶ дегельмінтизація в разі виявлення глистових інвазій.

ГЕМОЛІТИЧНА АНЕМІЯ

Клініко-експертна характеристика

Виникає у зв'язку з дією різних фізичних і хімічних факторів: температурних, медикаментозних, бактеріальних, паразитарних та інших.

Залежно від тяжкості перебігу розрізняють три форми гемолітичної анемії:

- ▶ **легка форма** характеризується незначною, але стійкою жовтяницею, незначною анемією і помірним збільшенням селезінки. Гемолітичні кризи спостерігаються рідко (один раз в декілька років).
- ▶ у разі **форми середньої тяжкості** жовтяниця більш виражена, помірна анемія, кількість еритроцитів знижується до $3,5 - 2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, лейкоцитоз, значна спленомегалія. Гемолітичні кризи повторюються кілька разів на рік, супроводжуються підвищенням температури тіла хворого, колікоподібною болем в області печінки. Поступово збільшується концентрація білірубіну в крові.
- ▶ **важка форма** гемолітичної анемії супроводжується гемолітичними кризами з прогресуванням анемії, зменшенням кількості еритроцитів до $1 - 2 \times 10^{12}$ в 1 л і гемоглобіну до 30 - 50 г / л. Хворі виснажені, відзначається порушення функції печінки зі значною жовтяницею, спленомегалія, недостатність кровообігу.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) загальне клінічне дослідження крові, визначення величини, форми і осмотичної резистентності еритроцитів, ретикулоцитоз;
- 3) біохімічне дослідження крові на білірубін і його фракції, дослідження сечі на уробіліну і жовчні пігменти;
- 4) дослідження крові на аутоаглютініни (проба Кумбса)
- 5) УЗД печінки і селезінки.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані види і умови праці

- ▶ У разі легкої форми гемолітичної анемії протипоказана робота в контактi з гемолітичними отрутами, аніліном, похідними бензолу, в несприятливих метеорологічних умовах.
- ▶ Хворим з середньою тяжкістю захворювання протипоказана важка фізична робота і нервово-психічні перевантаження, а також робота в умовах вібрації.
- ▶ Прогноз при придбаній гемолітичній анемії менш сприятливий, ніж при вродженій.

Критерії визначення груп інвалідності

- ▶ При **легкій формі** гемолітичної анемії часто працездатність збережена. Робота в несприятливих умовах вимагає перекваліфікації, що є підставою для встановлення III групи інвалідності.
- ▶ При формі **середньої тяжкості** працездатність хворих значно обмежена. Хворі можуть виконувати роботу з помірними фізичними навантаженнями, а також займатися адміністративно-господарською діяльністю в невеликому обсязі. Тому їх частіше визнають інвалідами III групи.
- ▶ Хворі з **важкою формою** гемолітичної анемії до професійної діяльності не здатні, вони не підлягають ніякому працевлаштуванню, в основному їм встановлюють II, а іноді і I групу інвалідності.

Шляхи реабілітації

- диспансерний нагляд за хворими,
- систематичне консервативне або хірургічне лікування,
- ліквідація чинників, що сприяють гемолізу еритроцитів,
- раціональне працевлаштування і перенавчання доступним професіям, які не впливають на перебіг захворювання.