

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Медико-соціальна
експертиза при
захворюваннях органів
системи кровообігу

Автор: асистент кафедри
загальної практики-
сімейної медицини
Кулинич Т. О.

Запоріжжя 2016р.

1. ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА

1.1 Клініко-експертна характеристика

Клініко-експертна характеристика визначається:

- типом перебігу гіпертонічної хвороби;
- стадією, частотою і тяжкістю криза;
- швидкістю і ступенем відновлення порушених функцій внутрішніх органів і систем;
- наявністю супутнього атеросклерозу різних судинних басейнів та інших захворювань;
- професією хворого та умовами праці.

Розрізняють дві форми гіпертонічної хвороби: повільно і швидко прогресуючу (злюякісну). Повільно прогресуюча гіпертонічна хвороба протікає стадійно.

1. Гіпертонічна хвороба

Стадії розвитку гіпертонічної хвороби:

- При **I стадії** має місце збільшення тону артеріол, що спричинює підвищення АТ. Даних про наявність морфологічних змін в артеріолах і внутрішніх органах немає. Тривалість I стадії гіпертонічної хвороби коливається від 5 до 10 років.
- У **II стадії** відбуваються зміни в артеріолах серця, мозку та нирок. Під час дослідження очного дна виявляють звуження артерій та розширення вен, виражений періпапілярний набряк сітківки, іноді - крапкові крововиливи на сітківці. З боку серця характерна гіпертрофія лівого шлуночка, поява систолічного шуму над верхівкою і акцент II тону над аортою. Порушення функції нирок проявляється зниженням концентраційної функції. Поступово знижується і видільна функція нирок. Тривалість II гіпертонічної хвороби - 10 років і більше.
- У **III стадії** гіпертонічної хвороби значні зміни судин і внутрішніх органів є причиною вираженого порушення їх функцій. З боку серця характерно розвиток ліво-, а пізніше і правошлуночкової недостатності. Пошкодження мозкових судин викликають крововиливи і ішемію мозку. З боку нирок прогресуюче зморщування нирок призводить до вираженої ниркової недостатності. Тривалість життя хворих з III стадією гіпертонічної хвороби коливається від кількох місяців до кількох років, у середньому - 3 - 5 років.

1. Гіпертонічна хвороба

Захворювання може ускладнюватися **гіпертонічними кризами**, які негативно впливають на його хід.

Атеросклероз судин, що має місце при гіпертонічній хворобі, є самостійним захворюванням, протягом якого значно прискорюється і посилюється під впливом артеріальної гіпертензії. Ступінь атеросклеротичних змін і рівень АТ не визначають стадії гіпертонічної хвороби.

При **швидко прогресуючій (злоякісній) формі гіпертонічної хвороби** патологічний процес дуже швидко викликає зміни в артеріолах різних органів, особливо нирок. Характерний швидкий перехід від однієї стадії до іншої, рання поява артеріолонекротичних змін в різних органах і раннє порушення їх функцій.

1. Гіпертонічна хвороба

Методи виявлення морфологічних змін та функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини;
- 2) вимірювання артеріального тиску;
- 3) дослідження очного дна;
- 4) електро - та ехокардіографія;
- 5) реографія судин мозку, електроенцефалографія;
- 6) функціональне дослідження нирок (дослідження сечі за методом Зимницького, дослідження крові на залишковий азот і креатинін, сканування нирок, ізотопна реографія).

1. Гіпертонічна хвороба

1.2 Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови та види праці

Прогноз визначається стадією та характером перебігу гіпертонічної хвороби, наявністю супутнього атеросклерозу судин та інших хвороб, професією хворого і умовами праці.

- У хворих з I стадією гіпертонічної хвороби працездатність дещо знижена, їм протипоказана робота, пов'язана зі значною фізичною і нервово-психічною напругою, порушенням сну, в гарячих цехах, в умовах дуже низької температури і шуму.
- При II стадії захворювання працездатність хворих значно знижена, їм протипоказана робота, пов'язана з фізичним навантаженням, негативними емоціями, тривалим перебуванням у вимушеному положенні, робота на висоті, в холодному і сирому приміщеннях, пов'язана з виробничим шумом.
- За умови злоякісного перебігу гіпертонічної хвороби хворі вже з початку хвороби обмежено працездатні, а в подальшому - цілком непрацездатні.

1. Гіпертонічна хвороба

Тимчасова непрацездатність при гіпертонічній хворобі може бути викликана гіпертонічним кризом, приступом стенокардії, лівошлуночковою недостатністю, порушенням мозкового кровообігу.

Тривалість тимчасової непрацездатності хворого залежить від стадії захворювання, тяжкості гіпертонічного кризу, швидкості відновлення порушених функцій.

При I стадії гіпертонічної хвороби тимчасова непрацездатність хворого коливається в межах 5 - 7 днів, при II стадії - 10 - 12 днів.

У разі ускладнення гіпертонічної кризи порушенням мозкового або коронарного кровотоку тривалість періоду непрацездатності хворого різко збільшується.

1. Гіпертонічна хвороба

1.3 Критерії визначення груп інвалідності

- При I стадії гіпертонічної хвороби більшість хворих працездатні. Тільки при необхідності перекваліфікації хворому може бути тимчасово встановлена III група інвалідності.
- При II стадії хворі обмежено працездатні, що вимагає їх раціонального працевлаштування на місцях з меншим обсягом роботи і більш низькою кваліфікацією. Більшість хворих з II стадією захворювання, що протікає з частими гіпертонічними кризами, нападами стенокардії і динамічними порушеннями мозкового кровообігу, є інвалідами II групи.
- У разі III стадії гіпертонічної хвороби хворі повністю непрацездатні (інваліди II групи), а особи, які втрачають здатність до самообслуговування, є інвалідами I групи.

1. Гіпертонічна хвороба

1.4 Шляхи реабілітації

Велике значення має рання діагностика захворювання, раціональне працевлаштування і лікування хворих.

Диспансерне спостереження, своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів, виключення факторів ризику і шкідливих звичок дає можливість зберегти працездатність і збільшити тривалість життя більшості хворих гіпертонічною хворобою.

2. Ішемічна хвороба серця

2.1 Клініко-експертна характеристика

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ (ІХС) - гострий або хронічний патологічний процес в міокарді, обумовлений його неадекватним постачанням кров'ю внаслідок органічного пошкодження кінцевих артерій, рідше - їх функціональних змін (спазм, недостатність кровообігу у разі збільшення навантаження).

Згідно класифікації ВООЗ, ІХС виражається в таких клінічних формах:

- раптова коронарна смерть;
- стенокардія напруги, яка виникла вперше, стабільна, нестабільна);
- спонтанна стенокардія (Принцметала);
- інфаркт міокарда;
- постінфарктний кардіосклероз;
- порушення серцевого ритму або провідності;
- серцева недостатність;
- форма без больового синдрому.

Хронічна ІХС характеризується приступами стенокардії, що виникають під впливом нервово-психічної напруги або без явних причин (у стані спокою).

2. Ішемічна хвороба серця

Згідно класифікації, стабільна стенокардія напруги ділиться на функціональні класи (ФК), які визначаються інтенсивністю фізичного навантаження, в результаті якого виникає напад за грудинного болю.

- **I ФК** - «латентна» стенокардія: напади виникають при значних навантаженнях;
- **II ФК** - напади виникають при помірному фізичному навантаженні: швидкій ходьбі по рівній місцевості на відстань не менше 500 м, по драбині на 3-й поверх, при супутніх несприятливих факторах (психоемоційних стресах, в холодну погоду);
- **III ФК** - напади виникають при ходьбі в середньому темпі на відстань менше 500 м, підйомі по сходах на 2-й поверх, іноді в стані спокою;
- **IV ФК** - стенокардія спокою - виникає без фізичного навантаження. У більшості хворих цієї групи є недостатність кровообігу та інфаркт міокарда в анамнезі.

В експертній оцінці хворого ІХС необхідно визначити клінічну форму захворювання, функціональний клас стенокардії, наявність аритмії, серцевої недостатності, супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет).

2. Ішемічна хвороба серця

Методи виявлення морфологічних змін та функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання з докладним анамнезом;
- 2) загальне клінічне дослідження крові, ліпідограма, визначення вмісту глюкози в крові;
- 3) ЕКГ в динаміці, велоергометрія, фармакологічні проби (калієва, обзиданова, изадринова);
- 4) ехокардіографія;
- 5) полікардіографія;
- 6) коронарографія.

2. Ішемічна хвороба серця

2.2 Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови та види праці

Визначаються функціональним класом стенокардії, частотою нападів, ефективністю лікування, наявністю супутніх захворювань, професією та умовами праці хворого.

- Хворих стабільною стенокардією напруги **I ФК** протипоказана робота з фізичними та психоемоційним навантаженнями, в гарячих цехах, в нічну зміну, з постійним перебуванням на ногах. Розумова праця цим хворим не протипоказана.
- У разі стенокардії **II ФК** хворим протипоказана робота з помірними фізичними та психоемоційними навантаженнями. Вони можуть виконувати роботу в положенні сидячи, в сприятливих умовах і в першу зміну. Розумова праця, не пов'язана з нервово-психічним напруженням, цим хворим не протипоказана.
- При стенокардії **III ФК** хворим протипоказана будь-яка фізична робота. Більшість хворих розумової праці залишаються працездатними, якщо робота не пов'язана з нервово-психічним напруженням.
- Хворі зі стенокардією **IV ФК** непридатні для виконання. Окремі хворі можуть виконувати роботу вдома. Якщо стан здоров'я прогресивно погіршується, долучаються аритмія, серцева недостатність, такі хворі втрачають здатність до самообслуговування, а також потребують стороннього догляду.

2. Ішемічна хвороба серця

2.3 Критерії визначення груп інвалідності

- У разі стабільної стенокардії напруги **I ФК** хворих, які виконують важку фізичну роботу, визначають як обмежено працездатних (інваліди III групи) у зв'язку з необхідністю зміни місця роботи, інші хворі цієї групи працездатні.
- При наявності стенокардії напруги **II ФК** більшість хворих, що виконують фізичну працю, і частина хворих, зайнятих розумовою працею, пов'язаних з нервовими і психічними навантаженнями, визнають обмежено працездатними (інваліди III групи).
- Хворі зі стенокардією напруги **III ФК** і супутніми захворюваннями (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет) є непрацездатними, їх визнають інвалідами II групи. Деякі хворі можуть виконувати посильну роботу в домашніх умовах.
- У разі стенокардії **IV ФК** хворих визнають інвалідами II групи. Якщо в результаті прогресування серцевої недостатності хворі втрачають здатність до самообслуговування, потребують стороннього догляду, їх визнають інвалідами I групи

2. Ішемічна хвороба серця

2.4 Шляхи реабілітації

- диспансерне спостереження;
- своєчасне і повноцінне ведення лікувально-профілактичних заходів;
- виключення факторів ризику, шкідливих звичок;
- дієтотерапія;
- раціональне працевлаштування;
- адекватне медикаментозне та санаторно-курортне лікування.

Все вищеперелічене дає можливість зберегти працездатність, продовжити та покращити якість життя більшості хворих на ІХС

3. Інфаркт міокарду

3.1 Клініко-експертна характеристика

- ❖ Інфаркт міокарда характеризується утворенням вогнища некрозу в міокарді внаслідок гострого порушення коронарного кровотоку.
- ❖ Клінічна картина визначається величиною вогнища некрозу, характером і ступенем вираженості змін в міокарді, викликаних порушенням кровопостачання.
- ❖ Розмір вогнища некрозу залежить від величини обтурірованої артерії, наявності анастомозів і стану інших коронарних судин.
- ❖ Кінцевим результатом некрозу міокарда є утворення сполучнотканинного рубця. Якщо осередок некрозу досить великий, то під впливом внутрішньошлуночкового тиску на уражену ділянку виникає аневризма серця.

3. Інфаркт міокарду

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини;
- 1) загальний клінічний і біохімічне дослідження крові (активність ферментів ліпідограмма, глюкоза крові, міоглобін);
- 1) дослідження сечі на глюкозу і міоглобін;
- 1) ЕКГ в динаміці.

3. Інфаркт міокарду

3.2 Трудовой прогноз, показанные и противопоказанные условия и виды труда.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови та види праці

Прогноз визначають:

- ступінь порушення коронарного кровотоку,
- величина ділянки некрозу,
- супутні захворювання,
- стан центральної нервової системи,
- професія хворого і умови праці.

Локалізація інфаркту не впливає на працездатність хворого.

Всім хворим інфарктом міокарда протипоказана робота, пов'язана зі значним фізичним, нервово-психічним навантаженням, в нічний час і в несприятливих виробничих умовах.

3. Інфаркт міокарду

3.3 Тимчасова непрацездатність

Тимчасова непрацездатність визначається:

- клінічною картиною,
- перебігом захворювання,
- величиною зони інфаркту,
- наявністю ускладнень,
- віком хворого.

У разі дрібновогнищезового інфаркту тимчасова непрацездатність триває до 2 міс., а при великому і ускладненому інфаркті - 4 міс. і більше.

3. Інфаркт міокарду

3.4 Критерії визначення груп інвалідності

Головними критеріями є:

- величина перенесеного інфаркту міокарда,
- ступінь коронарної недостатності,
- наявність ускладнень,
- професія хворого і умови праці.

Більшість хворих після перенесеного інфаркту міокарда обмежено працездатні, не можуть виконувати тяжку фізичну роботу, їх визнають інвалідами III групи.

Частина хворих не може виконувати будь-яку роботу, їх визнають інвалідами II групи.

3. Інфаркт міокарду

3.5 Шляхи реабілітації

- здоровий спосіб життя,
- виключення факторів ризику і шкідливих звичок,
- диспансерне спостереження,
- раціональне працевлаштування,
- лікувальне харчування.

4. Ревматизм

4.1 Клініко-експертна характеристика

Ревматизм характеризується ураженням суглобів і серця. Розрізняють первинний ревмокардит без ураження клапанів серця, поворотний ревмокардит з вадами серця і міокардіосклероз.

За течією первинний ревмокардит поділяють на гострий (до 2 міс), підгострий (2-4 міс), безперервно рецидивуючий та латентний.

Внаслідок ревмокардиту протягом 3 - 6 міс. формується певний порок серця. Клінічна картина ревмокардиту визначається локалізацією, характером і ступенем ураження клапанів, ходом ревматичного процесу і станом кровообігу. Найчастіше спостерігаються вади мітрального клапана (50 - 65%), значно рідше - ізольовані аортальні вади (18 - 25%). Найбільш рідко зустрічаються вади тристулкового клапана, зазвичай поєднуються з вадами мітрального клапана. Іноді виникають комбіновані вади серця (мітрального-аортального-трикуспідального).

4. Ревматизм

Методи виявлення морфологічних змін та функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання,
- 2) дослідження крові загальне і на гострофазові показники запалення;
- 3) електро-, фоно - та ехокардіографія.

4. Ревматизм

4.2 Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови та види праці

Експертиза працездатності хворого ревматизмом повинна базуватися на характер перебігу захворювання, його клінічної форми, ступеня активності процесу і недостатності кровообігу.

- У випадках гострої та підгострої форм ревматизму хворі непрацездатні протягом 2,5 - 4 міс, а пізніше можуть приступати до роботи. Їм протипоказана робота, пов'язана зі значними фізичними та нервово-психічними навантаженнями, в несприятливих метеорологічних умовах і з нерегламентованим робочим днем.
- При млявому перебігу первинного ревмокардиту тимчасова непрацездатність хворих триває 5 - 6 міс. (дозвіл на продовження листка непрацездатності дає МСЕК).
- Хворим без недостатності кровообігу показана робота з незначними фізичними та нервово-психічними навантаженнями, бажано сидячи і в сприятливих виробничих умовах.

4. Ревматизм

4.3 Критерії визначення груп інвалідності

- Хворих, що перенесли гострий або підгострий первинний ревмокардит і працюючих у несприятливих умовах, після закінчення терміну тимчасової непрацездатності необхідно раціонально працевлаштувати. Якщо при цьому зменшується кваліфікація і обсяг роботи, то присвоюється III група інвалідності.
- Хворих з млявим перебігом первинного ревмокардиту, зайнятих важкою фізичною працею, визнають інвалідами III групи. Хворі розумової праці можуть продовжувати свої професійні обов'язки.

4. Ревматизм

4.4 Шляхи реабілітації

Хворим на ревматизм призначають:

- диспансерне спостереження, систематичне протирецидивне лікування,
- санацію вогнищ інфекції,
- санаторно-курортне лікування,
- раціональне працевлаштування,
- за показанням - хірургічне лікування.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

5.1 Клініко-експертна характеристика

визначається:

- характером захворювання,
- причина, яка призвела до порушення функцій міокарда,
- стадією недостатності кровообігу,
- наявністю ускладнень з боку внутрішніх органів і систем.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

Згідно класифікації (М. Д. Стражеско, В. Х. Василенко), виділяють три стадії недостатності кровообігу:

- **I стадія** - період скритої недостатності кровообігу, що характеризується тільки суб'єктивними ознаками (задишка, серцебиття, підвищена психічна і фізична втомлюваність, головний біль), які виникають тільки при значних фізичних зусиллях;
- **II А стадія** - характеризується наявністю суб'єктивних та об'єктивних ознак недостатності кровообігу. До об'єктивних ознак належить міогенна дилатація серця і застійні явища в малому колі кровообігу (при лівошлуночкової недостатності) або у великому колі (у разі правошлуночкової недостатності). Ця стадія недостатності кровообігу є оборотною і під впливом лікування зникає;
- **IIБ стадія** - характеризується вираженими суб'єктивними і об'єктивними ознаками тотальної недостатності кровообігу як в малому, так і у великому колі кровообігу. Під впливом лікування прояви недостатності кровообігу зменшуються, але повністю не зникають;
- **III стадія (дистрофічна)** - характеризується глибокими порушеннями функцій всіх органів і систем. Для неї характерні такі ускладнення, як серцевий цироз печінки, кардіомегалія, анасарка, кахексія.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

Методи виявлення морфологічних змін та функціональних порушень:

- 1) загальноклінічне обстеження хворого;
- 2) клінічне дослідження крові та сечі;
- 3) електро-, фоно - і ехокардіографія, велоергометрія, фармакологічні проби;
- 4) рентгенологічне дослідження органів грудної клітини.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

5.2 Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови та види праці

Прогноз залежить від причини виникнення та стадії недостатності кровообігу, віку хворого, професії та умов праці.

- У разі I стадії недостатності кровообігу хворим протипоказана важка фізична робота в несприятливих умовах. Такі хворі підлягають раціональному працевлаштуванню.
- При II А стадії недостатності кровообігу хворим протипоказаний помірно важкий фізичний труд і тривале перебування на ногах. Таким чином, працездатність хворих цієї групи знижена.
- При наявності II Б стадії недостатності кровообігу хворим протипоказаний помірно важкий фізичний труд і тривале перебування на ногах. Працездатність хворих цієї групи знижена.
- При III стадії недостатності кровообігу хворим протипоказана будь-яка робота.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

- Працездатність хворого з пароксизмальною миготливою аритмією залежить від частоти та тривалості пароксизмів. При стійкій миготливій аритмії хворим протипоказана важка і помірно тяжка праця.
- У разі повної поперечної блокади протипоказана важка і помірно тяжка праця. Якщо блокада супроводжується частими нападами Морган'ї - Адамса - Стокса, то хворих визнають непрацездатними.
- При блокадах пучка Гіса, екстрасистолія хворим протипоказана важка фізична робота. Всі вони підлягають раціональному працевлаштуванню або їх визнають непрацездатними.
- У разі постінфарктного кардіосклерозу працездатність хворих оцінюють залежно від величини рубцевих зон в міокарді, наявності аневризми серця і коронарної недостатності.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

5.3 Критерії визначення груп інвалідності

- Інвалідність III групи встановлюють хворим з недостатністю кровообігу II А стадії, які не можуть виконувати свою професійну роботу у зв'язку з наявністю протипоказань. До цієї групи відносять хворих з лівошлуночковою недостатністю, повної поперечної блокадою без нападів Морганьї - Адамса - Стокса, а також хворих з миготливою аритмією.
- Інвалідність II групи встановлюють хворим з II Б стадією недостатності кровообігу, при вираженій лівошлуночковій недостатності з частими нападами серцевої астми, а також при повній поперечній блокаді з частими нападами Морганьї - Адамса - Стокса.
- Інвалідність I групи встановлюють хворим з III стадією недостатності кровообігу і наявністю виражених змін з боку внутрішніх органів (серцевий цироз печінки, асцит, застійні нирки тощо). Такі хворі зазвичай втрачають здатність по самообслуговуванню.

5. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ.

5.4 Шляхи реабілітації

- диспансерне спостереження за хворими,
- адекватне лікування основного захворювання,
- раціональне працевлаштування,
- своєчасне встановлення групи інвалідності,
- санаторно-курортне лікування на початкових стадіях недостатності кровообігу.