



Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України
Сумський державний університет
Медичний інститут

4610 Методичні вказівки
до практичних занять
на тему «**Основи медико-соціальної експертизи**
хворих на туберкульоз»
із дисципліни «**Фтизіатрія**»
для студентів медичних закладів вищої освіти
IV рівня акредитації та лікарів-інтернів



Суми
Сумський державний університет
2019

Методичні вказівки до практичних занять на тему «Основи медико-соціальної експертизи хворих на туберкульоз» із дисципліни «Фтизіатрія» / укладач Г. П. Олещенко. – Суми : Сумський державний університет, 2019. – 37 с.

Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії Медичного інституту

ЗМІСТ

	С.
Список скорочень.....	4
Актуальність проблеми.....	5
Основні поняття	7
Аналіз статистичних показників.....	13
Критерії встановлення групи інвалідності внаслідок туберкульозу.....	16
Встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків.....	21
Реабілітація інвалідів внаслідок туберкульозу.....	25
Тестові завдання.....	28
Еталони правильних відповідей.....	34
Список літератури.....	35

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини.

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

ДН – дихальна недостатність.

ЛКК – лікарсько-консультативна комісія.

ЛН – легенева недостатність.

МБТ – мікобактерія туберкульозу.

МКХ Х – Міжнародна класифікація захворювань.

Х-го перегляду.

МСЕ – медико-соціальна експертиза.

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія.

НК – недостатність кровообігу.

СН – серцева недостатність.

СНІД – синдром набутого імунодефіциту.

ТБ – туберкульоз.

ТН – тимчасова непрацездатність.

ПТП – протитуберкульозні препарати.

ХНЗЛ – хронічні неспецифічні захворювання легень.

Актуальність проблеми

Туберкульоз (ТБ) залишається не лише медичною, а й соціально-політичною проблемою, яка корелює із соціально-економічним розвитком країни та вимагає міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії.

Незважаючи на те, що показник захворюваності та кількість випадків смерті від ТБ і продовжують знижуватися, у 2017 році за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у світі виявлено близько 10 млн нових випадків туберкульозу, що спричинив приблизно 1,3 млн смертей ВІЛ-негативних людей і було ще 300 000 смертей від туберкульозу ВІЛ-позитивних [12].

В усьому світі зростає кількість хворих із поєднаною патологією ВІЛ/СНІД-туберкульоз. Не є винятком і Україна. Якщо у 2007 році захворюваність на ко-інфекцію становила 5,0 на 100 тис. населення, то вже у 2017 році цей показник становив 13,3.

У структурі вперше виявлених хворих 56 % у 2017 році були люди працездатного віку, які не працюють, що підсилює соціально-економічну напругу в країні.

Близько 10 % хворих мають позалегеновий туберкульоз. І це не враховуючи хворих із позалегеновою локалізацією процесу, поєднаної з туберкульозом легень, оскільки реєстрацію випадку здійснюють за останнім. Діагностика ж позалегенових форм туберкульозу надзвичайно складна і часто буває несвоєчасною. Так само зростає питома вага хворих на поширені деструктивні, а отже, і за давні форми туберкульозу легень.

Окремою проблемою є стрімке зростання кількості хворих зі стійкими до протитуберкульозних препаратів штамми мікобактерій, особливо з мультирезистентністю та розширеною резистентністю (практично невиліковних). Лікування таких хворих вимагає значних фізичних, психологічних і фінансових витрат.

Також ефективність лікування залишається низькою. Якщо з хворих на чутливий туберкульоз у 2016 році вдалося вилікувати 73,3 % осіб, то з хворих на резистентні форми ефективно завершили лікування лише 50,8 %, у 2017 році – 61,0 %.

Усе це зумовлює розвиток незворотних змін в організмі, призводить до появи ускладнень із боку дихальної, серцево-судинної та інших систем і, як наслідок, до стійкої втрати працездатності. Отже, держава втрачає матеріальні та людські ресурси.

З огляду на це своєчасне «надання» хворим статусу з тимчасовою чи стійкою втратою працездатності має величезне морально-психологічне та фінансово-економічне значення. З метою виконання цих завдань в Україні організовані лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) і медико-соціальні експертні комісії (МСЕК).

Основні поняття

Туберкульоз являє собою хронічне специфічне запалення, що спричиняє втрату хворими працездатності, яка зі свого боку може бути *тимчасовою чи стійкою*.

Тимчасова втрата непрацездатності являє собою такий стан людського організму, за якого хворий позбавлений можливості *тимчасово* займатися тією чи іншою трудовою професійною діяльністю, до якої він підготовлений.

Причинами тимчасової непрацездатності в разі туберкульозу можуть бути:

- 1) такі форми туберкульозу, які мають оборотний характер;
- 2) санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз;
- 3) хвороби членів сім'ї в разі необхідності догляду за хворим;
- 4) тимчасове переведення хворого на туберкульоз на іншу роботу;

У таких випадках тимчасову втрату працездатності підтверджує листок непрацездатності, який частіше називають лікарняним листком.

Листок непрацездатності виконує медичну функцію, оскільки в ньому зазначається захворювання, яке спричинило тимчасову втрату працездатності, хоча за бажанням хворого може вказуватися лише код захворювання відповідно до Міжнародної класифікації захворювань X перегляду (МКХ X) чи не робитися взагалі записів про хворобу. Окрім цього, лікарняний листок має юридичну силу, тобто в ньому визначається термін захворювання та можливість виконання хворим на туберкульоз своїх професійних і громадських обов'язків протягом встановленого часу.

Залежно від певних чинників (вік, стаж роботи, причина втрати працездатності та ін.) хворий на туберкульоз має право на отримання допомоги за соціальним страхуванням, що і визначає страхову та фінансову функції листка непрацездатності. Насамкінець він є статистичним документом, на основі якого робиться звіт про тимчасову втрату працездатності, виконується аналіз для одержання певних висновків.

За стійкої непрацездатності порушення функцій організму набуває незворотного чи частково незворотного характеру.

У разі стійкого порушення функцій організму, зумовлених туберкульозом, що спричинило обмеження життєдіяльності, вирішується питання їхньої *медико-соціальної експертизи* (МСЕ). МСЕ призначається особам, що звертаються для встановлення групи інвалідності за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я. Направлення таких осіб здійснюється після проведення комплексу діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів [9].

Медико-соціальну експертизу хворих на туберкульоз здійснюють спеціалізовані фтизіо-пульмонологічні *медико-соціальні експертні комісії*.

У своїй діяльності медико-соціальні експертні комісії оперують такими основними поняттями [2]:

Особа з інвалідністю – особа зі стійким розладом функцій організму, що під час взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням на туберкульоз, що під час взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи.

Обмеження життєдіяльності – помірно виражена, виражена або значно виражена втрата особою внаслідок захворювання на туберкульоз здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності нарівні з іншими громадянами.

Медико-соціальні експертні комісії встановлюють [2]:

- групу інвалідності, її причину і час настання;
- види трудової діяльності, що рекомендуються особі з інвалідністю від туберкульозу за станом здоров'я;
- причинний зв'язок захворювання на туберкульоз з інвалідністю;

- ступінь втрати професійної працездатності в разі професійного захворювання на туберкульоз;
- потребу у сторонньому догляді;
- необхідність відповідних видів санаторно-курортного лікування;
- потребу соціального захисту хворого на туберкульоз для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи.

Окрім цього, медико-соціальні експертні комісії визначають компенсаторно-адаптаційні можливості інваліда, впровадження яких сприяє професійній, медичній, трудовій, психолого-педагогічній, фізичній, фізкультурно-спортивній, соціальній і психологічній реабілітації. З цією метою складаються індивідуальні програми реабілітації особи з інвалідністю із зазначенням реабілітаційних заходів і термінів їх виконання, а також здійснюється контроль за виконанням цієї програми. МСЕК вивчає виробничі, медичні, психологічні, екологічні і соціальні чинники, що спричиняють виникнення інвалідності через туберкульоз. На основі аналізу цих чинників комісія бере участь у розробці заходів для зниження інвалідності, її профілактики та удосконалення заходів реабілітації.

Комісія приймає документи осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, за наявності у них стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у разі безперервної тимчасової непрацездатності в разі захворювання на туберкульоз протягом 10 місяців із дня настання непрацездатності.

Хоча, на думку вітчизняних науковців [1] десятимісячний термін перебування хворого на лікарняному перебільшений на 3–4 міс. Хворого можливо і потрібно вилікувати протягом 5–6 місяців за допомогою антибактеріальної хіміотерапії. Продовження ж листка непрацездатності та терміну стаціонарного лікування ще на 1,5–2 міс. потребують 18–24 % хворих, яким показане оперативне лікування і вони на нього погоджуються.

Розрізняють міські, міжрайонні, районні, обласні, центральні міські комісії та Центральну медико-соціальну експертну комісію Міністерства охорони здоров'я України.

В особливо складних випадках під час встановлення інвалідності з метою проведення медико-соціального експертного обстеження хворі направляються до клініки Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпро) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця).

Комісія видає особі, яку визнано особою з інвалідністю або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, довідку та індивідуальну програму реабілітації і надсилає у триденний термін випуску з акта огляду комісії органу, в якому особа з інвалідністю перебуває на обліку як отримувач пенсії чи державної соціальної допомоги (щомісячного довічного грошового утримання), що призначається замість пенсії, та разом з індивідуальною програмою реабілітації – органу, що здійснює загальнообов'язкове державне соціальне страхування, випуску з акта огляду комісії про результати визначення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках і потреби в наданні додаткових видів допомоги [9].

Копія індивідуальної програми реабілітації надсилається також лікувально-профілактичному закладу й органу праці та соціального захисту населення за місцем проживання особи з інвалідністю. За місцем роботи зазначених осіб надсилається повідомлення щодо групи інвалідності та її причини, а в разі встановлення ступеня втрати професійної працездатності – витяг з акта огляду комісії про результати визначення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках і потреби в додаткових видах допомоги.

Інвалідність, що настала внаслідок професійного захворювання, передбаченого переліком професійних захворювань, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 [7], встановлюється в разі наявності акта розслідування хронічного професійного захворювання, складеного за формою згідно з додатком 15 до Порядку розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 р. № 1112 [8], та висновку спеціалізованого лікувально-

профілактичного закладу охорони здоров'я, який має право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань.

Здатність до трудової діяльності – сукупність фізичних і духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє їй займатися різною трудовою діяльністю [4].

Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, передбачену конкретною професією, яка дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог змісту і обсягу виробничого навантаження, встановленого режиму роботи та умов виробничого середовища.

Порушення професійної працездатності – найчастіша причина соціальної недостатності, яка може виникати первинно, коли інші категорії життєдіяльності не порушені, або вторинно на основі обмеження життєдіяльності.

Здатність до праці за конкретною професією в інвалідів з обмеженням інших критеріїв життєдіяльності може бути збережена повністю або частково чи відновлена засобами професійної реабілітації, після чого інваліди можуть працювати у звичайних або спеціально створених умовах із повною чи неповною тривалістю робочого часу.

Ступінь обмеження життєдіяльності – величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується одним або поєднанням декількох зазначених найважливіших його критеріїв.

Розрізняють три ступені обмеження життєдіяльності: *помірно виражене, виражене, значне.*

Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлено порушеннями функції органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Виражене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів і систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування,

орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності, та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Особі, що визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється I, II або III група інвалідності. I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

Висновки комісії, реабілітаційні заходи, визначені в індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю, обов'язкові для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними підприємствами, установами та організаціями, в яких працює або перебуває особа з інвалідністю, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності [9].

Повторний огляд осіб з інвалідністю з нестійкими, оборотними змінами та порушеннями функцій організму з метою визначення ефективності реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації здійснюється раз на один – три роки.

Повторний огляд осіб з інвалідністю, а також осіб, інвалідність яких встановлено без зазначення терміну проведення повторного огляду, здійснюється раніше зазначеного терміну за заявою такої особи з інвалідністю, інших зацікавлених осіб у разі настання змін у стані здоров'я і працездатності або за рішенням суду.

Рішення комісії може бути оскаржене в суді в установленому законодавством порядку.

Аналіз статистичних показників

Протягом 2016–2018 років у Сумській області встановлено інвалідність від туберкульозу у 167 осіб (табл. 1, 2). У 2016 році визнано інвалідами від туберкульозу 56 осіб (0,6 на 10 тис. населення), з них у працездатному віці – 55 осіб (0,9 на 10 тис. населення). У 2017 році визнано особами з інвалідністю від туберкульозу – 56 осіб (0,6 на 10 тис. населення), всі вони були працездатного віку (0,9 на 10 тис. населення). За 2018 рік – 56 осіб (0,6 на 10 тис. населення), всі працездатного віку (0,9 на 10 тис. населення).

Таблиця 1 – Первинна інвалідність внаслідок туберкульозу в Сумській області

Рік	Доросле населення		Працездатне населення	
	Абсолютні цифри	на 10 тис. населення	Абсолютні цифри	на 10 тис. населення
2016	56	0,6	55	0,9
2017	56	0,6	56	0,9
2018	56	0,6	56	0,9

Таблиця 2 – Первинна інвалідність внаслідок туберкульозу в Сумській області за віком

Вік	2016		2017		2018	
	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%
До 39 років	22	39,2	21	37,5	21	37,5
Чоловіки 40–60 років	28	50,2	30	53,6	31	55,3
Жінки 40–58 років	5	8,9	5	8,9	4	7,2
Пенсіонери	1	1,7	–	–	–	–

З первинних осіб з інвалідністю від захворювання на туберкульоз не працювали: у 2016 році – 51 особа (92,7 %), у 2017 році – 48 осіб (85,7 %) та у 2018 році – 49 осіб (87,5 %).

Визнано інвалідами внаслідок туберкульозу в місцях позбавлення волі: 2 (3,9 %) особи – у 2016 році, 1 (1,8 %) особа – у 2017 та 2 (3,5 %) особи – у 2018 році.

З хворих, яких визнано інвалідами від туберкульозу у 2016–2018 роках самотніми були: 2 (3,9 %) особи; 2 (3,5 %) особи та 4 (7,1 %) особи відповідно.

У структурі первинної інвалідності від туберкульозу протягом 2016–2018 років переважали особи чоловічої статі (табл. 3). Питома вага осіб жіночої статі становила 21,4–16,1 %. Жителі міст у 2016–2017 роках становили 57,2 % усіх хворих, визнаних інвалідами, у 2018 році – 44,6 %.

Таблиця 3 – Структура первинної інвалідності від туберкульозу за статтю та місцем проживання дорослого населення

Рік	За статтю				За місцем проживання			
	чоловіки		жінки		місто		село	
	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%
2016	44	78,6	12	21,4	32	57,2	24	42,8
2017	47	83,9	9	16,1	32	57,2	24	42,8
2018	47	83,9	9	16,1	25	44,6	31	55,4

Найчастіше встановлювали II групу інвалідності: 67,8 % – у 2016 році, 75,1 % – у 2017 році та 62,5 % – у 2018 році (табл. 4). Третю групу інвалідності внаслідок туберкульозу встановлено у 32,2; 21,4 та 28,6 % осіб відповідно. У 2016 році I група інвалідності не була встановлена зовсім, у 2017 році – 3,5 % осіб, у 2018 – 8,9 %.

Таблиця 4 – Первинна інвалідність від туберкульозу дорослого населення

Рік	I група		II група		III група	
	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%
2016	–	–	38	67,8	18	32,2
2017	2	3,5	42	75,1	12	21,4
2018	5	8,9	35	62,5	16	28,6

3 легеневих форм туберкульозу, що стали причиною інвалідності у 2016 році, переважали інфільтративна (32,2 %) і дисемінована (26,7 %) (табл. 5). У 2017 році їхня питома вага становила 28,5 та 33,9 % відповідно; у 2018 році – 32,2 і 30,3 %. Протягом 2016–2018 років туберкульоз кісток спостерігався у 14,2; 14,2 та 16,2 % хворих відповідно. За цей період 19,7; 10,8 та 14,2 % хворих встановлено групи інвалідності після перенесеного

оперативного лікування туберкульозу. У 2017 році 1 (1,8 %) хворий був визнаний інвалідом внаслідок туберкульозу сечостатевої системи.

Таблиця 5 – Первинний вихід на інвалідність за нозологічними формами

Форма туберкульозу	Рік					
	2016		2017		2018	
	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%	Абсолютні цифри	%
Фіброзно-кавернозний	4	7,2	6	10,8	4	7,1
Інфільтративний	18	32,2	16	28,5	18	32,2
Дисемінований	15	26,7	19	33,9	17	30,3
Стан після оперативного лікування	11	19,7	6	10,8	8	14,2
Туберкульоз кісток	8	14,2	8	14,2	9	16,2
Туберкульоз сечостатевої системи	–	–	1	1,8	–	–
Усього	56	100,0	56	100,0	56	100,0

Критерії встановлення групи інвалідності внаслідок туберкульозу

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування [2].

Перша група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я особи з інвалідністю та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

До підгрупи А першої групи інвалідності належать особи з виключно високою мірою втрати здоров'я, надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування.

До підгрупи Б першої групи інвалідності належать особи з високою мірою втрати здоров'я, значною залежністю від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій і які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи в значному III ступені:

- нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до пересування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);
- нездатність до спілкування;
- нездатність контролювати свою поведінку;
- значні обмеження здатності до навчання;
- нездатність до окремих видів трудової діяльності.

Підставою для встановлення II групи інвалідності є стійкі, вираженої тяжкості функціональні порушення в організмі,

зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, за умови збереженої здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності в помірно вираженому I ступені.

Третя група інвалідності внаслідок туберкульозу встановлюється в разі наявності таких форм туберкульозу [6]:

– вогнищового туберкульозу з розпадом. Зазвичай хворі на цю форму туберкульозу лікуються протягом декількох місяців на лікарняному, після цього за умови протипоказань до виходу на роботу за спеціальністю у зв'язку зі шкідливими умовами праці, епідемічними протипоказаннями або неможливістю раціонального працевлаштування. Прикладами таких професій може бути шахтар чи учитель у сільській місцевості;

– інфільтративного туберкульозу з деструкцією та дисемінацією з помірною інтоксикацією та дихальною недостатністю (ДН) I–II ст. Це хворі з уперше діагностованим туберкульозом, яких проліковано протягом 10 місяців, відмічається позитивна рентгенологічна динаміка, але вони потребують продовження лікування, раціонального працевлаштування чи перекваліфікації;

– дисемінованого туберкульозу, який обмежується верхніми частками легень, одночасно спостерігаються невеликі порожнини розпаду, ДН I–II ст., помірні явища інтоксикації;

– фіброзно-кавернозного туберкульозу у верхніх частках легень із нечастими загостреннями, помірною інтоксикацією та дихальною недостатністю (I–II ст.);

– циротичного туберкульозу легень із ДН I–II ст. і серцевою недостатністю (СН) I ст.;

– неструктивних форм туберкульозу легень, поєднаних із професійними пиловими захворюваннями (пневмоконіозами) і ДН I–II ст.;

– емпієми плеври без формування нориці, одночасно ДН I–II ст.;

– стану після виконаної операції з приводу лобектомії, емпієми плеври, торакопластики, ДН I–II ст. у комбінації із СН I ст. чи без неї;

– стану після видалення однієї легені за умови відсутності патологічних змін в іншій, ДН I–II ст.;

– великих залишкових метатуберкульозних змін у комбінації з хронічними неспецифічними захворюваннями легень (ХНЗЛ) із ДН I–II ст. у комбінації із СН I ст. чи без неї;

Друга група інвалідності внаслідок туберкульозу встановлюється в разі наявності таких форм туберкульозу [6]:

– міліарного туберкульозу легень у поєднанні з вираженою загальною інтоксикацією та ДН II ст.;

– інфільтративного туберкульозу з розпадом легеневої тканини у фазі дисемінації; наявності великих за розміром порожнин розпаду; дисемінації, розповсюдженої на усю легеневу паренхіму, ДН II ст.;

– дисемінованого туберкульозу легень із розпадом, із прогресуючим перебігом чи стійкістю мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП), ДН II ст.;

– казеозної пневмонії за наявності ДН II ст.;

– фіброзно-кавернозного туберкульозу легень, одночасно деструктивні зміни значних розмірів, спостерігаються інтоксикація та ДН II ст.;

– циротичного туберкульозу зі значною поширеністю, булами, ДН I–II ст. у комбінації із СН I–II ст.;

– емпієми плеври з норицею чи ДН II ст.;

– недеструктивних форм туберкульозу легень, поєднаних із професійними пиловими захворюваннями (пневмоконіозами) і ДН II ст.;

– стану після видалення однієї легені з патологічними змінами в іншій чи розвитком післяопераційних ускладнень, ДН II ст.;

– стану після проведеної операції з приводу лобектомії, емпієми плеври, торакопластики в комбінації зі значними післяопераційними ускладненнями, ДН II ст.;

– великих залишкових метатуберкульозних змін чи метатуберкульозних змін у комбінації із ХНЗЛ зі значними функціональними порушеннями (ДН II ст. із СН II ст. чи без неї).

Перша група інвалідності внаслідок туберкульозу встановлюється в разі наявності таких форм туберкульозу [6]:

– тяжкого перебігу казеозної пневмонії за наявності вираженої інтоксикації;

– поширеного хронічного дисемінованого туберкульозу легень із великими порожнинами розпаду, інтоксикацією, виснаженням, тяжким перебігом, ДН II ст. чи ДН II–III ст.;

– поширеного фіброзно-кавернозного туберкульозу легень із великими порожнинами розпаду, інтоксикацією, виснаженням, тяжким перебігом, резистентністю МБТ до ПТП, ДН II ст. чи ДН II–III ст.;

– циротичного туберкульозу зі значною поширеністю, великими булами, ДН III ст. у комбінації з СН IIб–III ст. або без такої;

– коніотуберкульозу III ст. із великими коніотуберкуломами, порожнинами розпаду, значною емфіземою, тяжким перебігом, вираженими функціональними порушеннями, ДН II ст. чи ДН II–III ст.;

– емпієми плеври з норицею, інтоксикацією та різко вираженими функціональними змінами, ДН II ст. чи ДН II–III ст., у комбінації чи без комбінації із СН II ст.;

– стану після перенесеної операції (видалення однієї легені чи операції з приводу емпієми плеври) за наявності виражених післяопераційних ускладнень, патологічного процесу в іншій легені, різко вираженими функціональними змінами за типом ДН III ст. у комбінації із СН IIб ст. чи без такої.

За наявності певних анатомічних чи незворотних функціональних розладів органів і систем за окремих форм туберкульозу і станів, спричинених туберкульозом, група інвалідності встановлюється без встановлення строку проведення повторного огляду. До них належать [10]:

– хвороби органів дихання з проградієнтним перебігом, що супроводжуються стійкою легеневою недостатністю (ЛН) III ступеня та поєднуються з недостатністю кровообігу

(НК) ІБ–ІІІ ступенів. Одночасно встановлюється ІБ група інвалідності;

– відсутність однієї легені та хронічна легенева недостатність ІІ ступеня внаслідок патологічних змін другої легені. Одночасно встановлюється ІІ група інвалідності;

– деформація грудної клітки внаслідок торакопластики з резекцією п'яти чи більше ребер за наявності легеневої недостатності ІІ ступеня. Одночасно встановлюється ІІ група інвалідності;

– наявність єдиної функціонуючої нирки, що є показанням до встановлення ІІІ групи інвалідності.

Встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків

Ступінь втрати професійної працездатності [5] у відсотках встановлюється, зважаючи на наслідки ушкодження здоров'я внаслідок професійного захворювання з урахуванням професійних здібностей, клініко-функціональних можливостей і важливих професійних якостей, які дозволяють продовжувати виконання роботи за попередньою професією до професійного захворювання. Враховуються зниження кваліфікації, зменшення обсягу виконуваної роботи та тяжкість праці у звичайних, спеціально створених виробничих або інших умовах, ступінь втрати професійної працездатності встановлюється в межах від 5 до 100 %.

Основним принципом експертизи професійної працездатності потерпілого є сукупний аналіз таких критеріїв:

- клініко-функціональних;
- характеру професійної діяльності (кваліфікації, якості і обсягу праці, здатності до його виконання);
- виду і ступеня обмеження життєдіяльності.

Клініко-функціональні критерії містять:

- характер і тяжкість професійного захворювання;
- особливості перебігу патологічного процесу, зумовленого професійним захворюванням (регресивний, прогресивний, стабільний);
- характер (вид) порушень функцій організму; ступінь порушень функцій організму (значно виражений, виражений, помірний, легкий);
- клінічний і реабілітаційний прогнози;
- професійні здібності;
- клініко-трудова прогноз.

Ступінь стійкої втрати професійної працездатності працівникам за умови професійного туберкульозу регламентований Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2012 № 420 «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» [5] (табл. 6).

Таблиця 6 – Ступінь стійкої втрати професійної працездатності

№ пор.	Наслідки професійних захворювань і форми їх прояву при туберкульозі дихальної системи	Відсотки втрати професійної працездатності
1	2	3
1	Видалення частини легені або пуньмонектомія	
1.1	Видалення частини легені з:	
1.1.1	ЛН 0 ступеня	5
1.1.2	ЛН I ступеня	10–20
1.1.3	ЛН I–II ступенів	20–25
1.1.4	ЛН II ступеня	40–60
1.1.5	ЛН II–III ступенів	65–90
1.2	Відсутність однієї легені:	
1.2.1	ЛН I ступеня	30
1.2.2	ЛН I–II ступенів	40–50
1.2.3	ЛН II ступеня	70
2	Внаслідок резекції 5 та більше ребер за наявності:	
2. 1	ЛН I ступеня	30
2. 2	ЛН II ступеня	40–50
2. 3	ЛН III ступеня	70–90
3	Туберкульоз легень:	
3.1	Категорія 5 (група 5.1) – залишкові зміни після вилікування туберкульозу (ЗЗТБ) різної локалізації:	
3.1.1	Малі залишкові зміни туберкульозу: обмежений фіброз, зміни після резекції сегмента чи частки легені, плевроапикальні і плеврокостальні нашарування шириною до 1 см	0–10

Продовження таблиці 6

1	2	3
3.1.2	Великі залишкові зміни туберкульозу: поширений фіброз, масивні плевральні нашарування шириною більше ніж 1 см, зміни після резекції сегмента чи частки легені за наявності післяопераційних змін у легеневій тканині і плеврі (залежно від функціональних порушень)	відповідно до пункту 1 цієї таблиці
3.1.3	Циротичний туберкульоз, фіброзно-кавернозний, туберкуломи більше 4 см за наявності:	
3.1.3.1	ЛН I ступеня	20–25
3.1.3.2	ЛН I–II ступенів	30
3.1.3.3	ЛН II ступеня	40–60
3.1.4	Зміни після пульмонектомії, торакопластики, плевроектомії, каверноектомії, екстраплеврального пневмолізу	відповідно до пункту 1 цієї таблиці
3.1.5	Категорія 1 з тяжкими та поширеними формами, вираженою інтоксикацією, розпадом та за наявності мультирезистентності, які підлягають активному лікуванню	70–80
3.1.6	Категорії 2 та 4 – хронічний туберкульоз, рецидиви туберкульозу з урахуванням активності процесу та функціональних порушень	30–50
3.1.7	За наявності ускладнень легеневого туберкульозу (легенева кровотеча, спонтанний пневмоторакс, ателектаз), вираженої інтоксикації на період лікування	70–80

Продовження таблиці 6

1	2	3
3.1.8	За наявності вираженої дихальної недостатності, декомпенсації легеневого серця, занепаду харчування II–III ступенів	90–100
3.1.9	За незначних функціональних порушень у випадках втрати професії (можливе визначення на період раціонального працевлаштування на 1–2 роки)	30

Реабілітація інвалідів внаслідок туберкульозу

Важливим розділом роботи фізіатричної МСЕК є організація проведення реабілітації інвалідів, що містить систему медичних, психологічних, фізичних, професійно-трудова, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам з обмеженими можливостями допомоги у відновленні та компенсації втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

Обсяг реабілітаційних заходів, терміни та місце проведення, виконавці відображаються в індивідуальній програмі реабілітації інваліда [3], яка розробляється фахівцями медико-соціальної експертної комісії на кожного інваліда.

Відновного лікування потребує майже 100 % осіб, вперше визнаних інвалідами. Для хворих на туберкульоз – це основний курс лікування, що здійснюється в спеціалізованих закладах з амбулаторним лікуванням у подальшому.

Метою медичної реабілітації інвалідів внаслідок туберкульозу легень є клінічне лікування, що є ліквідацією клінічних проявів туберкульозу і стійким загоєнням туберкульозних змін із формуванням за можливості мінімальних змін у легенях, із повним відновленням працездатності та соціальної функції хворих. Медична реабілітація інвалідів з активними формами здійснюється у спеціалізованих протитуберкульозних диспансерах і відділеннях, з неактивними – у стаціонарах лікувально-профілактичних закладів загального профілю та протитуберкульозних санаторіях України.

Важливою складовою частиною єдиного реабілітаційного процесу є професійна реабілітація, спрямована на відновлення працездатності хворих чи інвалідів, повернення їх до суспільно-корисної праці в доступних за станом здоров'я умовах праці.

З огляду на соціально-економічну ситуацію, що склалась у зв'язку із скороченням робочих місць, зупиненням багатьох підприємств, питання працевлаштування інвалідів є досить складним. Одним із факторів залишається відсутність бажання

самих інвалідів працювати. Фахівцями фізіатричної МСЕК проводиться обстеження робочих місць на підприємствах, визначених для роботи інвалідів, підтримується зв'язок із Центрами зайнятості, Управлінням соціального захисту населення для вирішення усіх проблем осіб з обмеженими можливостями.

Комплексна програма реабілітації інвалідів внаслідок туберкульозу легень поряд із заходами медичної реабілітації містить заходи щодо професійної реабілітації: профорієнтацію, професійне навчання, визначення показаних і протипоказаних умов праці [11].

До протипоказаних умов праці для інвалідів внаслідок туберкульозу легень належать несприятливі метеорологічні чинники: зокрема, низька або висока температура повітря на робочому місці, різка зміна температури, протяги, підвищена вологість; забруднення повітря, наявність виробничого пилу (металевої, цементної, тютюнової, текстильної); вплив на дихальні шляхи подразнювальних і токсичних речовин; значне фізичне і нервово-психічне напруження, а також фактори, що порушують правильний режим праці і відпочинку (нічні зміни), роботи в позаурочний час, тривалі і часті відрядження.

За наявності епідемічних протипоказань до праці в декретованій групі хворих протипоказана робота в установах, пов'язаних з обслуговуванням дітей до 18 років, в пологових будинках, в контакті з харчовими продуктами.

До показаних умов праці для інвалідів внаслідок туберкульозу легень належать: помірне фізичне або нервово-психічне напруження, фактори виробничої сфери – температура, вологість, пил у межах санітарних норм, відсутність впливу токсичних речовин. Помірні фізичні динамічні і статичні навантаження під час підйому, переміщення й утримання тягарів. Робота за графіком із можливістю його корекції.

Особам високої кваліфікації, творчої праці можливий активний пошук інформації в разі її нестачі; робота зі створення нової інформації. Робота в одну–дві зміни тривалістю не більше ніж 8 годин (без нічної зміни). Можливий скорочений робочий день (тиждень).

Хворим та інвалідам внаслідок туберкульозу легень можуть бути рекомендовані для навчання і працевлаштування такі професії: вишивальниця, комірник, декоратор вітрин, контролер, годинникар, телеграфіст, приймальник замовлень, складальник, адміністратор, адвокат, юрист, бухгалтер, діловод, інженер-програміст, технік-програміст, статистик, економіст.

Основними перепонами на шляху до повної медичної, соціальної і трудової реабілітації є [11]:

- недостатня ефективність лікування хворих, що пов'язано з несвоєчасним виявленням захворювання, побічною дією ПТП, стійкістю МБТ до ПТП, особливості перебігу туберкульозного процесу та ін.;

- використання не повною мірою методів лікування, що сприяють відновленню функцій, таких як лікувальна фізкультура, масаж, санаторно-курортне лікування, фізіотерапевтичні методи та ін.;

- поєднання туберкульозу з іншими захворюваннями та станами (ВІЛ-інфекція, цукровий діабет, ХНЗЛ, виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки) і збільшення кількості хворих зі шкідливими звичками (тютюнопаління, зловживання алкоголю, наркоманія);

- недостатня увага до раціонального працевлаштування чи набуття нової професії за умови, якщо робота за попередньою спеціальністю протипоказана;

- значна питома вага хворих з асоціальною поведінкою, які негативно налаштовані до роботи.

Тестові завдання

1. Дати визначення тимчасової непрацездатності:

- а) незворотна втрата функцій організму;
- б) неможливість виконання роботи протягом нетривалого часу;
- в) тривала чи постійна втрата працездатності зі значними порушеннями функцій організму;
- г) тривала чи постійна втрата працездатності з незначними порушеннями функцій організму;
- д) неможливість виконання роботи протягом тривалого часу.

2. Які документи засвідчують тимчасову непрацездатність?

- а) листок непрацездатності та свідоцтво про інвалідність;
- б) листок непрацездатності та довідки різних зразків;
- в) довідки різних зразків;
- г) листок непрацездатності та довідки учням всіх категорій;
- д) довідки студентам вузів і технікумів, школярам у разі захворювання.

3. Які функції виконує листок непрацездатності?

- а) медичну, юридичну, фінансову;
- б) статистичну, юридичну;
- в) статистичну, юридичну, медичну, фінансову;
- г) статистичну, медичну, фінансову;
- д) медичну, фінансову.

4. Хто входить у склад лікувально-консультативної комісії:

- а) головний лікар, лікар-куратор;

б) головний лікар, лікарі-експерти: терапевт, хірург, невропатолог;

в) заступник головного лікаря з експертизи працездатності, завідувач відділення, лікар-куратор;

г) заступник головного лікаря з експертизи працездатності, завідувач відділення, лікар-експерт терапевт;

ґ) головний лікар, завідувач відділення, лікар-експерт терапевт і невропатолог.

5. Медико-соціальна експертиза стійкої непрацездатності виконується:

а) лікарями-кураторами;

б) санітарно-профілактичними закладами;

в) лікарсько-консультативними комісіями;

г) довіреними лікарями профсоюзних комітетів;

ґ) медико-соціальними експертними комісіями.

6. Які документи необхідні в разі направлення хворого на МСЕК?

а) амбулаторна карта хворого, заява хворого, листок непрацездатності;

б) направлення на МСЕК, довідка з місця роботи, заява хворого;

в) направлення на МСЕК, виписка з медичної карти стаціонарного хворого;

г) направлення на МСЕК, документ що посвідчує особу, листок непрацездатності;

ґ) листок непрацездатності, виписка з медичної карти стаціонарного хворого.

7. І група інвалідності встановлюється, коли хворий у зв'язку з порушенням функцій організму, викликаним захворюванням або комбінованим анатомічним дефектом, вимагає:

- а) епізодичного стороннього догляду або допомоги;
- б) спеціально створених полегшених умов праці;
- в) скорочення обсягу професійної діяльності;
- г) постійного стороннього догляду, допомоги, нагляду;
- г) звільнення від всіх видів праці.

8. Лікарем-фтизіатром після тривалого диспансерного спостереження пацієнта ухвалене рішення щодо переведення його на інвалідність. Хто повинен скерувати хворого до МСЕК?

- а) завідувач відділення сімейної медицини поліклініки;
- б) лікарсько-консультативна комісія;
- в) лікар-спеціаліст;
- г) сімейний лікар;
- г) завідувач стаціонарного відділення.

9. Тимчасова непрацездатність засвідчується:

- а) санітарно-протиепідемічними закладами;
- б) лікарями-кураторами, завідувачами профільних відділень, лікарсько-консультативними комісіями;
- в) медико-соціальними експертними комісіями;
- г) лікарями та фельдшерами швидкої медичної допомоги;
- г) лікарями центрів здоров'я.

10. Право на отримання листка непрацездатності в разі захворювання мають:

- а) звільнені з роботи;
- б) учні;
- в) особи, що працюють;
- г) пенсіонери;

г) зареєстровані в державній службі зайнятості як безробітні.

11. Провідним критерієм відмінності тимчасової непрацездатності від стійкої є:

- а) ступінь функціональних порушень організму;
- б) тривалість перебування на листку непрацездатності;
- в) часте перебування на листку непрацездатності;
- г) сприятливий прогноз для праці;
- г) сприятливий клінічний прогноз.

12. Яке основне завдання МСЕК з експертизи втрати працездатності?

- а) санкціонування продовження листка непрацездатності;
- б) виявлення та встановлення групи інвалідності;
- в) трудові рекомендації. Працевлаштування;
- г) встановлення права на отримання соціальної допомоги;
- г) видача листка непрацездатності.

13. Одним з основних показників, що характеризують стан інвалідності серед населення, є рівень первинної інвалідності. Чим зумовлений стан первинної інвалідності в Україні?

- а) загальними захворюваннями;
- б) інвалідністю з дитинства;
- в) інвалідністю від трудового каліцтва та професійних захворювань;
- г) інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС;
- г) інвалідністю військовослужбовців.

14. На який максимальний термін (у місяцях) може бути видано листок непрацездатності у разі безперервного лікування туберкульозу:

- а) 10;
- б) 9;
- в) 8;
- г) 4;
- г) 7.

15. Найчастіший вид інвалідності внаслідок:

- а) травми;
- б) загального захворювання;
- в) онкологічного захворювання;
- г) професійного захворювання.

16. Завдання МСЕК:

- а) виявлення причин інвалідності, встановлення груп інвалідності, трудові рекомендації інвалідам;
- б) видача та продовження листка непрацездатності;
- в) визначення видів, обсягів і термінів проведення їхньої реабілітації та заходів соціального захисту;
- г) правильно а, в.

17. Підставами для визнання громадянина інвалідом є:

- а) порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами;
- б) обмеження життєдіяльності;
- в) повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю;

- г) необхідність здійснення заходів соціального захисту громадянина;
- г) усе перелічене вище.

18. Тимчасова втрата працездатності – це стан, за якого:

- а) пацієнт змушений припинити свою трудову діяльність;
- б) порушені функції організму, що перешкоджають праці, мають тимчасовий, зворотний характер;
- в) порушені функції організму, незважаючи на комплексність лікування, стали стійко незворотними або частково зворотними.

19. Стійка втрата працездатності це – це стан, за якого:

- а) пацієнт змушений припинити свою трудову діяльність;
- б) порушені функції організму, що перешкоджають праці, мають тимчасовий, зворотний характер;
- в) порушені функції організму, незважаючи на комплексність лікування, набули стійкого необоротного або частково оборотного характеру.

20. Основним принципом експертизи професійної працездатності потерпілого є сукупний аналіз таких критеріїв:

- а) клініко-функціональних;
- б) характеру професійної діяльності (кваліфікації, якості й обсягу праці, здатності до його виконання);
- в) виду і ступеня обмеження життєдіяльності;
- г) усе перелічене вище.

Правильні відповіді

1	б
2	а
3	в
4	в
5	г
6	Г
7	г
8	б
9	б
10	в
11	а
12	б
13	а
14	а
15	б
16	г
17	г
18	б
19	в
20	г

Список літератури

1. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври : монографія. Київ : Здоров'я, 2003. 560 с.

2. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України № 2961-IV від 06.10.2005. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.

3. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2007 № 623. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07>.

4. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 № 561. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>.

5. 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 Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2012 № 420. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-12>.

6. Організація, структура та функціонування спеціалізованих фтизіопульмонологічних медико-соціальних експертних комісій та методичні підходи до визначення інвалідності при туберкульозі та хронічних неспецифічних захворюваннях легень : посіб. для лікарів-експертів та реабілітаторів фтизіопульмонологічних МСЕК, Центрів медико-соціальної експертизи, лікарів ЛКК, організаторів охорони здоров'я, студ. вищ. навч. закл. та курсантів ф-ту вдосконалення лікарів / А. В. Іпатов [та ін.] ; Управління медико-соціальної експертизи, Український держ. НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. Дніпропетровськ : Пороги, 2004. 114 с. Бібліогр. : с. 113.

7. Про затвердження переліку професійних захворювань : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-п>.

8. Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 р. № 1112. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1112-2004-п>.

9. Питання медико-соціальної експертизи : Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-п>.

10. Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.01.2015 № 10. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/10-2015-п>.

11. Хоменко А. Г. Туберкулез. Руководство для врачей / под ред. А. Г. Хоменко. Москва: Медицина, 1996. 496 с.

12. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2017. Geneva : WHO, 2018. URL : http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

Навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять
на тему «**Основи медико-соціальної експертизи**
хворих на туберкульоз»
із дисципліни «**Фтизіатрія**»
для студентів медичних закладів вищої освіти
IV рівня акредитації та лікарів-інтернів

Відповідальний за випуск І. Д. Дужий
Редактор І. О. Кругляк
Комп'ютерне верстання Г. П. Олещенко

Підписано до друку 26.07.2019, поз. 100.
Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,09. Обл.-вид. арк. 2,26. Тираж 5 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.