

ПИТАННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

УДК 616-036.86:378.661

Л.Н. Бобро

Харьковский национальный медицинский университет

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Практика работы амбулаторно-поликлинической службы свидетельствует о недостаточном знании врачами общей практики особенностей медико-социальной экспертизы, что снижает эффективность лечения и может отрицательно повлиять на дальнейшую судьбу больного. Разработан алгоритм проведения экспертизы нетрудоспособности, который предложено использовать для решения вопросов медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза, врач общей практики.*

Недостаточное знание или недооценка особенностей медико-социальной экспертизы врачами общей практики снижает эффективность лечения и может негативно сказаться на судьбе больного [1–3]. Чтобы избежать этого, важно формировать у врача клинично-экспертное мышление, необходимое для самостоятельной работы каждому врачу и особенно семейному. Именно семейный врач в силу своей интегративной роли должен уметь наиболее полно оценить целесообразность и возможности коррекции трудовой деятельности больного [2–4].

При решении вопросов экспертизы трудоспособности мы предлагаем использовать алгоритм, разработанный на нашей кафедре. Алгоритм включает в себя два этапа: I – учет медицинских факторов; II – учет социальных факторов.

Медицинский критерий – это в первую очередь диагноз. Заключение о трудоспособности может быть правильным только тогда, когда поставлен точный диагноз. Диагноз должен обязательно отражать стадию и течение болезни, а также наличие и степень функциональных нарушений. При формулировании диагноза нужно пользоваться общепринятыми классификациями, так как терми-

нологическая неточность может служить причиной экспертных ошибок [3–5].

При оценке медицинских критериев необходимо учитывать характер основного заболевания (острое, хроническое); тяжесть течения (легкая, средней тяжести, тяжелая); характер течения (быстро прогрессирующее, медленно прогрессирующее, рецидивирующее, персистирующее); наличие или отсутствие пароксизмальных состояний (гипертонические кризы, нарушения ритма и проводимости и др.), их частоту и тяжесть; осложнения основного заболевания и степень их тяжести; характер морфологических изменений пораженных органов и систем по данным инструментальных методов обследования. Важнейшим критерием нетрудоспособности является не нозологический диагноз, а степень нарушения функций пораженных органов и систем в состоянии как покоя, так и при использовании проб с функциональными нагрузками. Необходимо также учесть адекватность и эффективность проведенного лечения (в том числе и физиотерапевтического, санаторно-курортного), поскольку именно отсутствие полноты комплексной терапии часто является предиктором пролонгации заболевания.

© Л.Н. Бобро, 2013

Пол и возраст пациента также являются важными факторами, влияющими на трудовой и реабилитационный прогноз у каждого конкретного пациента. Эти факторы можно рассматривать и как медицинские, и как социальные критерии. С одной стороны, с возрастом значительно повышается индекс коморбидности, что оказывает влияние на течение основного инвалидизирующего заболевания. С другой стороны, часто именно возраст и пол являются факторами, ограничивающими возможности социальной реабилитации больных (гендерные ограничения для некоторых видов работ, ограничение возможности к переобучению с возрастом и др.).

К социальным критериям относятся профессия, специальность, образование, условия труда и быта [5–7].

С учетом задач медико-социальной экспертизы все виды труда делят на два вида: с преобладанием факторов физического и нервно-психического напряжения. Для того чтобы дать правильную трудовую рекомендацию, помимо характера выполняемой работы, в каждом конкретном случае необходимо выяснить условия труда, которые могут быть совершенно различными у лиц с одинаковой профессией и по-разному влиять на состояние их здоровья.

Необходимо учитывать: основную профессию и уровень квалификации (квалификационный разряд); характер работы, которую выполняет больной (физическая, интеллектуальная, смешанная); темп (свободный, заданный); рабочую позу (свободная, вынужденная, стоя, сидя, с переменной положением); напряженность работы (незначительная, умеренная, выраженная, значительная); условия работы (в помещении, на улице, в горячем цехе, на сквозняках, на высоте); наличие профессиональных вредностей; уровень образования; профессиональный маршрут (длительность работы в других профессиях); возможность рационального трудоустройства [5–7].

При анализе материально-бытовых условий уточняются жилищные условия, наличие в семье лиц, которые могли бы ухаживать за больным, количество трудоспособных в семье и др.

Чтобы оценить трудовой и реабилитационный прогноз пациента, следуя предла-

гаемому алгоритму, врач пошагово оценивает все категории жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, обучению, передвижению, трудовой деятельности, ориентации, общению, способность контролировать свое поведение.

Степень ограничения жизнедеятельности характеризуется одной или соединением нескольких обозначенных наиважнейших ее критериев.

Выделяют три степени ограничения жизнедеятельности: умеренную, выраженную и значительную [5–7].

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности устанавливают I, II или III группу инвалидности, а также причины инвалидности либо признаков стойкой утраты трудоспособности не находят.

Основания для установления I группы инвалидности следующие: значительное ограничение жизнедеятельности человека, неспособность к самообслуживанию и потребность в постоянном постороннем присмотре или помощи в результате стойких, значительно выраженных функциональных нарушений в организме, предопределенных заболеванием, травмой или врожденным дефектом.

Критерием установления I группы инвалидности является ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности в значительной степени.

Основания для установления II группы инвалидности следующие: значительное ограничение жизнедеятельности человека при сохраненной способности к самообслуживанию, отсутствии потребности в постоянном постороннем присмотре, досмотре или помощи.

Критерием установления II группы инвалидности является ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности в выраженной степени.

Ко II группе инвалидности могут принадлежать также лица, которые имеют два заболевания или более, которые в совокупности функциональных нарушений приводят к значительному ограничению жизнедеятельности человека и его работоспособности.

Основаниями для установления III группы инвалидности являются: умеренно вы-

раженное ограничение жизнедеятельности, в том числе работоспособности, вследствие стойких, умеренной тяжести функциональных нарушений в организме, потребность в социальной помощи и социальной защите [6, 7].

Критерием установления III группы инвалидности является ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности в умеренно выраженной степени.

Отдельные элементы этого алгоритма хорошо известны, но мы их предлагаем в логической взаимосвязи, что повышает их эффективность.

Список литературы

1. Ферфильфайн И. Л. Классификационная модель стандартов медико-социальной экспертизы / И. Л. Ферфильфайн // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів: наук.-практ. конф. з міжнародною участю : матеріали конф. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006. – С. 44–46.
2. Шестаков В. П. О методологических принципах оценки эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов / В. П. Шестаков // Там само. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006. – С. 55–58.
3. Правова допомога при проведенні медико-соціальної експертизи як засіб правової просвіти громадян / [Кіяновська О., Коваль О., Тарасенко Л., Яцків Т.]. – Львів : Галицький друкар, 2010. – 147 с.
4. Семейная медицина : у 3 кн. / за ред. О. М. Гиріної. – К. : Медицина, 2007. – Книга I. Організаційні основи сімейної медицини. – 2007. – 392 с.
5. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні / Є. Є. Латишев. – К., 2007. – 176 с.
6. Семейная медицина на шляху до високої якості надання первинної медико-санітарної допомоги : матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю (29–30 травня 2008 р., м. Харків) / Харківська медична академія післядипломної освіти. – Харків, 2008. – 75 с.
7. Методичні рекомендації з організації роботи дільничних терапевтів та сімейних лікарів і превентивної медицини / [упоряд. Є. Я. Складаров та ін.] ; Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Л., 2007. – 46 с.

Л.М. Бобро

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Практика роботи амбулаторно-поліклінічної служби свідчить про недостатнє знання лікарями загальної практики особливостей медико-соціальної експертизи, що знижує ефективність лікування і може негативно вплинути на подальшу долю хворого. Розроблено алгоритм проведення експертизи непрацездатності, який запропоновано використовувати для вирішення питань медико-соціальної експертизи.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, лікар загальної практики.

L.N. Bobro

ROLE OF GENERAL PRACTITIONER IN SOLUTION OF PROBLEMS MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION

The practice of ambulatory-policlinic service indicates a lack of knowledge by general practitioners of the features of the medical and social examination, which reduces the effectiveness of treatment and may adversely affect the future of the patient. The algorithm for the examination of disability is developed, which is proposed to use to address the medical and social examination.

Key words: medical-social examination, general practitioner.