

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА: диагностика и методические основы экспертизы трудоспособности

Учебное пособие



Владивосток
Медицина ДВ
2018

ISBN 978-5-98301-149-6



9 785983 011496



Издательство «Медицина ДВ»
690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4
Тел.: (423) 245-56-49. E-mail: medicinaDV@mail.ru

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тихоокеанский государственный медицинский университет

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА: диагностика и методические основы экспертизы трудоспособности

Учебное пособие



Владивосток
Медицина ДВ
2018

УДК 616.1/.4-07-036.865(075.8)

БК 53.5:51.1,3я73

К 493

*Издано по рекомендации редакционно-издательского совета
Тихоокеанского государственного медицинского университета*

Рецензенты:

С.В. Нарышкина – д.м.н., профессор,
зав. кафедрой факультетской и поликлинической терапии
Амурской государственной медицинской академии
Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.М. Давидович – д.м.н., профессор кафедры
факультетской терапии с курсом эндокринологии
Дальневосточного государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы:

Н.В. Кулакова, В.А. Невзорова, Т.А. Бродская, Н.В. Захарчук

К 493

Клиническая экспертиза в практике врача-терапевта: диагностика и методические основы экспертизы временной нетрудоспособности : учебное пособие / Н.В. Кулакова, В.А. Невзорова, Т.А. Бродская и др. – Владивосток : Медицина ДВ, 2018. – 148 с.
ISBN 978-5-98301-149-6

В учебном пособии представлены теоретические основы организации экспертизы временной нетрудоспособности, практические аспекты экспертной деятельности врача-клинициста, предложены ситуационные задачи по изучаемой проблеме.

Учебное пособие составлено по дисциплине «Внутренние болезни», предназначено для обучающихся по специальности Лечебное дело медицинских вузов.

УДК 616.1/.4-07-036.865(075.8)

БК 53.5:51.1,3я73

ISBN 978-5-98301-149-6

© Н.В. Кулакова с соавт. ТГМУ, 2018

© «Медицина ДВ», 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----|
| Список сокращений | 4 |
| Введение | 5 |
| Глава 1. Заболевания органов дыхания и экспертиза нетрудоспособности. | 7 |
| Глава 2. Заболевания органов кровообращения и экспертиза нетрудоспособности | 53 |
| Глава 3. Заболевания органов пищеварения и экспертиза нетрудоспособности | 88 |
| Глава 4. Заболевания органов мочевыделительной системы и экспертиза нетрудоспособности | 110 |
| Глава 5. Заболевания костно-мышечной системы и экспертиза нетрудоспособности | 124 |
| Тестовые задания | 136 |
| Задания с эталонами ответов | 141 |
| Рекомендуемая литература | 147 |
| Приложение 1. Нормативно-правовые документы | 147 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

| | |
|------------------|---|
| АГ | – артериальная гипертензия |
| АД | – артериальное давление |
| АКШ | – аортокоронарное шунтирование |
| АМП | – антимикробные препараты |
| АПФ | – ангиотензинпревращающие ферменты |
| АС | – астматический статус |
| БА | – бронхиальная астма |
| БЛНПГ | – блокада левой ножки пучка Гиса |
| ВН | – временная нетрудоспособность |
| ВП | – внебольничная пневмония |
| ГКС | – глюкокортикостероиды |
| ДН | – дыхательная недостаточность |
| ИБС | – ишемическая болезнь сердца |
| ИМ | – инфаркт миокарда |
| КТ | – компьютерная томография |
| МКБ-10 | – международная классификация болезней 10-го пересмотра |
| МРТ | – магниторезонансная томография |
| МСЭ | – медико-социальная экспертиза |
| НС | – нестабильная стенокардия |
| ОКСбпST | – острый коронарный синдром без подъема ST |
| ОПН | – острая почечная недостаточность |
| ОФВ ₁ | – объем форсированного выдоха за 1 секунду |
| ПЖ | – поджелудочная железа |
| ПОМ | – поражения органов-мишеней |
| ПСВ | – пиковая скорость выдоха |
| СКФ | – скорость клубочковой фильтрации |
| ССС | – сердечно-сосудистая система |
| ТЭЛА | – тромбоэмболия легочной артерии |
| УЗИ | – ультразвуковое исследование |
| ФВД | – функции внешнего дыхания |
| ФЖЕЛ | – форсированная жизненная емкость легких |
| ФК | – функциональный класс |
| ФП | – фибрилляция предсердий |
| ФР | – фактор риска |
| ХБП | – хроническая болезнь почек |
| ХОБЛ | – хроническая обструктивная болезнь легких |
| ХП | – хронический панкреатит |
| ХСН | – хроническая сердечная недостаточность |
| ЧД | – частота дыхания |
| ЧКВ | – чрескожные коронарные вмешательства |
| ЭКГ | – электрокардиография |
| ЭхоКГ | – эхокардиография |
| ЯБ | – язвенная болезнь |

ВВЕДЕНИЕ

Медицинские работники всех специальностей, как лечащие врачи государственных и частных клиник при наличии лицензии на основной вид медицинской деятельности и проведение экспертизы временной нетрудоспособности, так и в отдельных случаях по решению органов управления здравоохранением, средний медицинский персонал постоянно участвуют в оценке состояния здоровья пациента. Помимо анализа качества и эффективности проводимого лечения и обследования у пациента, определения степени и сроков временной утраты трудоспособности при необходимости решаются вопросы о направлении гражданина на заседание медико-социальной комиссии для решения вопросов по поводу стойкой утраты трудоспособности и иных экспертных моментов [1, 2].

Основополагающим документом для проведения основных видов экспертиз является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г.). Согласно Федеральному закону в Российской Федерации утверждены и действуют следующие виды экспертиз: временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая, профессиональной пригодности и связи заболевания с профессией, качества медицинской помощи.

Согласно статье 58 ФЗ № 323 дано правовое понятие медицинской экспертизы, под которой понимается «... проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина». Наиболее актуальной экспертизой для трудоспособного населения, с учетом юридического и экономического аспектов, является экспертиза временной нетрудоспособности. В масштабе государства наиболее социально-экономическое бремя несут именно заболевания с временной утратой трудоспособности.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, использу-

емых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» определены классификации, применяемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. В приказе уточнены основные виды стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Согласно упомянутому приказу лечащий врач-терапевт принимает решение для оформления документов на МСЭ в случае установления причин стойкой утраты трудоспособности пациентом.

Глава 1.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

И ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

ПНЕВМОНИИ. Пневмонии (код по МКБ X пересмотра J. 10, J. 12...–J.18) группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации [3, 4].

Согласно МКБ X пересмотра в разделе пневмоний не рассматриваются поражения легких при инфекционных заболеваниях (чуме, брюшном тифе, туляремии и др.), а также исключены заболевания, вызываемые физическими (лучевой пневмонит) или химическими («бензиновая пневмония» факторами, а также имеющие аллергическое (гиперсенсиитивный пневмонит, «эозинофильная пневмония») или сосудистое (инфаркт легкого на почве тромбоэмболии ветвей легочной артерии) происхождение, которые рассматриваются в других рубриках.

В классификации сохраняются разделы по этиологии, локализации и объему поражения, по осложнениям (экссудативный плеврит, септический шок и т.д.) (табл. 1). По тяжести течения заболевание делится на нетяжелую и тяжелую пневмонию.

Таблица 1

Классификация пневмонии

| Внебольничная пневмония | Нозокомиальная пневмония | Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи |
|---|-------------------------------------|---|
| <p>I. Типичная (у пациентов с отсутствием выраженных нарушений иммунитета):</p> <ul style="list-style-type: none"> •бактериальная; •вирусная; •грибковая; •микобактериальная; •паразитарная. | <p>I. Собственно нозокомиальная</p> | <p>I. Пневмония у жителей домов престарелых.</p> |

| Внебольничная пневмония | Нозокомиальная пневмония | Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи |
|--|--|---|
| <p>II. У пациентов с выраженными нарушениями иммунитета:</p> <ul style="list-style-type: none"> • синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); • прочие заболевания / патологические состояния. | <p>II. Вентиляторассоциированная</p> | <p>II. Прочие категории пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антибактериальная терапия в предшествовавшие 3 мес; • госпитализация (по любому поводу) в течение 2 сут. и более в предшествующие 90 дней; • пребывание в других учреждениях длительного ухода; • хронический гемодиализ в течение 30 сут. и более; • обработка раневой поверхности в домашних условиях; • иммунодефицитные состояния/заболевания |
| <p>III. Аспирационная пневмония/абсцесс легкого</p> | <p>III. Нозокомиальная пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета:</p> <ul style="list-style-type: none"> • у реципиентов донорских органов; • у пациентов, получающих цитостатическую терапию | |

Под внебольничной пневмонией (ВП) следует понимать острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, т.е. вне стационара, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения >14 суток, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Этиология ВП непосредственно связана с нормальной микрофлорой, колонизирующей верхние отделы дыхательных путей (полости рта, носа, рото- и носоглотки). Верхние дыхательные пути колонизированы множеством видов микроорганизмов. Лишь некоторые из них, об-

ладающие патогенностью и повышенной вирулентностью, способны при проникновении в респираторные отделы легких и нарушениях защитных механизмов вызывать воспалительную реакцию.

К госпитальным пневмониям относят заболевания, характеризующиеся появлением нового легочного инфильтрата спустя 48-72 часа после госпитализации в сочетании с наличием клинических данных, подтверждающих его инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз и др.). При этом должны быть исключены инфекции, которые находились в инкубационном периоде на момент поступления в стационар. Причиной этого являются существенные изменения в микрофлоре верхних дыхательных путей у лиц, находящихся в стационарах, поскольку сразу же после госпитализации пациента происходит колонизация кожи и слизистых оболочек верхних дыхательных путей микроорганизмами, циркулирующими в стационаре.

Для этиологии аспирационных пневмоний (как внебольничных, так и госпитальных) характерно участие неклостридиальных облигатных анаэробов в "чистом виде" или в сочетании с аэробной грамотрицательной микрофлорой. Эти микроорганизмы нередко вызывают тяжелую и рано возникающую деструкцию легочной ткани (абсцедирующая пневмония, абсцесс легкого, гангренозный абсцесс).

В развитии пневмонии у лиц с тяжелыми иммунологическими нарушениями участвует цитомегаловирусная инфекция, пневмоцисты, патогенные грибы, микобактерии туберкулеза наряду с прочими микроорганизмами, встречающимися при тяжелых пневмониях. При этой форме пневмонии рассматриваются и, так называемые, «вторичные» иммунодефициты (онкопатология, состояние после спленектомии, длительная терапия ГКС, цитостатиками, хронические болезни сердца, почек, легких, желудочно-кишечного тракта, наркомания, алкоголизм).

Клиника:

К типичным клиническим синдромам пневмонии относят:

- лихорадочный;
- инфильтрации легочной ткани;
- интоксикационный.

К клиническим критериям относятся жалобы. Местные симптомы: кашель сухой или с мокротой, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка. Общие симптомы: лихорадка выше 38°C, интоксикация.