

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА
ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ**

Навчально-методичний посібник до практичних занять та
самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни
«Загальна практика - сімейна медицина»

Запоріжжя - 2017

Рекомендовано Центральною методичною Радою Запорізького державного медичного університету в якості навчально-методичного посібника для студентів та викладачів вищих медичних навчальних закладів (протокол № 3 від 02.02.2017 р.)

Рецензенти:

Фуштей І. М., доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»;

Доценко С.Я., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб З Запорізького державного медичного університету.

Автори: доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики - сімейної медицини ЗДМУ **Михайловська Н.С.**, асистент кафедри загальної практики - сімейної медицини ЗДМУ **Кулинич Т.О.**

У навчально-методичному посібнику наведені загальні питання та алгоритми медико-соціальної експертизи при захворюваннях внутрішніх органів. Навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я». Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами VI курсу 1,2 медичного факультетів під час підготовки до практичних занять з відповідної теми.

Запорізький державний
медичний університет
Видавництво ЗДМУ

ЗМІСТ

Передмова.....	5
Тематичний план практичних занять, самостійної роботи.....	6
Актуальність теми, мета навчання, основні учбові цілі, матеріали для самопідготовки.....	8
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИКОСОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	10
Основні завдання медико-соціальної експертизи.....	10
Експертиза тимчасової непрацездатності.....	12
Експертиза стійкої непрацездатності.....	21
Критерії визначення груп інвалідності.....	22
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ НАЙПОШИРЕНІШИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ.....	24
Хронічний бронхіт.....	24
Бронхоектатична хвороба.....	27
Бронхіальна астма.....	30
Емфізема легень.....	34
Пневмосклероз.....	36
Дихальна недостатність.....	37
Гіпертонічна хвороба.....	39
Ішемічна хвороба серця.....	43
Інфаркт міокарда.....	46
Ревматизм.....	47
Хронічна недостатність кровообігу.....	49
Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки.....	51
Хронічний панкреатит.....	53
Хронічний гепатит і цироз печінки.....	57
Жовчнокам'яна хвороба.....	62
Хронічний холецистит.....	65
Хронічний гломерулонефрит.....	66

Хронічний пієлонефрит.....	70
Хронічна ниркова недостатність.....	73
Тиреокосикоз.....	76
Гіпотиреоз	78
Цукровий діабет	80
Ожиріння	85
Залізодефіцитна анемія	87
V ₁₂ -(фолієво)дефіцитна анемія	88
Гемолітична анемія.....	90
Хронічні лейкози.....	92
Еритремія (поліцитемія).....	93
Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань студентів.....	96
Ситуаційні задачі для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань студентів.....	120
Додатки	125
Рекомендована література.....	164

ПЕРЕДМОВА

Медицина експертиза як самостійна галузь медичних знань знаходиться на стику медицини і права. Основна її особливість - необхідність вирішувати в порядку, встановленому чинним законодавством, не тільки медичні питання, що стосуються проведення діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів, а й соціальні проблеми, пов'язані з матеріальними пільгами для окремих категорій громадян. У зв'язку з цим лікарі здійснюють як лікувально-діагностичний процес, так і в необхідному обсязі експертні заходи. Вони вимагають знання клінічних дисциплін і нормативних правових актів у сфері охорони здоров'я і соціального захисту населення, що регулюють відносини між лікарем і пацієнтом і визначають організаційну роботу медичних організацій.

У навчальному посібнику наведені загальні питання та алгоритми медико-соціальної експертизи при захворюваннях внутрішніх органів.

Медико-соціальна експертиза проводиться особам, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Необхідність створення такого посібника зумовлена відсутністю підручників та методичних матеріалів, які б цілком відповідали основним розділам програми з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина».

Навчальний посібник може бути рекомендований для студентів ВМНЗ ІV рівня акредитації при вивченні відповідної теми, інтернам, лікарям загальної практики – сімейної медицини та лікарям будь-якої спеціальності.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ДИСЦИПЛІНИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»
 для студентів VI курсу I, II медичного факультету ЗДМУ
Модуль 1: «Організаційні аспекти системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні, її пріоритетна роль у розвитку і реформуванні охорони здоров'я»

№	Тема	К-ть годин
Змістовий модуль 1. Сучасні підходи до соціально-медичного та організаційного обґрунтування первинної медико-санітарної допомоги		
1.	1.1. Місце сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи сімейного обслуговування населення. Організація роботи сімейного лікаря. Основна облікова медична документація в закладах сімейної медицини.	4
	1.2. Значення сучасних комп'ютерних технологій у практиці сімейного лікаря. Основи інформаційного забезпечення поліклініки, амбулаторії сімейного лікаря*.	3
Змістовий модуль 2. Медико-соціальні аспекти здоров'я населення - основа профілактичної та лікувальної медицини. Організація позалікарняної допомоги (наступність догоспітального та госпітального етапів).		
2.	2.1. Медико-соціальні аспекти здоров'я населення. Диспансеризація, реабілітація та санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря.	4
	2.2. Структура медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини. Моделі страхової медицини у країнах світу та перспективи їх розвитку в Україні*.	3
3.	3.1. Оцінка поширеності факторів ризику в розвитку основних хронічних неінфекційних захворювань та розробка профілактичних заходів з урахуванням синдромального підходу. Національні програми з попередження, діагностики та лікування найпоширеніших захворювань в Україні. Роль сімейного лікаря в популяризації здорового способу життя та профілактиці. Профілактичне харчування. "Школи здоров'я".	4
	3.2. Профілактика ВІЛ-інфекції*.	3
4.	4.1. Організація позалікарняної допомоги при найпоширеніших захворюваннях терапевтичного профілю. Загальні питання медико-соціальної експертизи. Організація роботи денних та домашніх стаціонарів.	4
	4.2. Консультування в контексті ВІЛ-інфекції, добровільне тестування з до- та післятестовим консультуванням*.	1,5
	4.3. Консультування в контексті невиліковного захворювання та близької смерті. Організація медичної допомоги інкурабельним хворим. Принципи мультидисциплінарного підходу в роботі з інкурабельними хворими та їх близькими. Догляд, методи паліативного лікування основних симптомів та синдромів*.	1,5
Змістовий модуль 3. Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря.		
5.	5.1. Надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі при зупинці серцевої діяльності та зовнішнього дихання, аритміях, гіпертензивному кризі, бронхообструктивному синдромі.	4
	5.2. Складання алгоритму надання невідкладної допомоги при зупинці серцевої діяльності та зовнішнього дихання, аритміях, гіпертензивному кризі, бронхообструктивному синдромі; заповнення практикуму*.	3
6.	6.1. Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при больовому синдромі. Клінічна класифікація болю.	4
	6.2. Механізм виникнення болю в інкурабельних хворих. Принципи лікування хронічного больового синдрому, сучасні схеми лікування. Невідкладні стани в контексті невиліковного захворювання та близької смерті*.	3

7.	7.1. Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при судомах та втраті свідомості, коматозних станах при цукровому діабеті, гострій печінковій недостатності, отруєнні алкоголем, гострій нирковій недостатності, отруєнні наркотичними речовинами. 7.2. Складання алгоритму надання невідкладної допомоги при судомах та втраті свідомості, коматозних станах при цукровому діабеті, гострій печінковій недостатності, отруєнні алкоголем, гострій нирковій недостатності, отруєнні наркотичними речовинами; заповнення практикуму*.	4 3
8.	8.1. Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при пожежах, укусах, електротравмах, утопленнях, дії низьких та високих температур. 8.2. Складання алгоритму надання невідкладної допомоги при пожежах, укусах, електротравмах, утопленнях, дії низьких та високих температур; заповнення практикуму*. Підсумковий модульний контроль	2 3 2
	РАЗОМ	32/24

Примітки: * - позначені теми самостійної аудиторної роботи, яку виконує студент під наглядом викладача.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ З ДИСЦИПЛІНИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

№	Тема	К-сть годин
1	Підготовка до практичних занять, теоретична підготовка:	18
	Психологічні, духовні та соціальні питання паліативної допомоги інкурабельним хворим та їх близьким. синдромів.	4
	Консультування в контексті невиліковного захворювання та близької смерті. Поняття консультування та його етичні принципи. Навички консультування.	4
	Організація медичної допомоги інкурабельним хворим. Догляд, методи паліативного лікування основних симптомів та синдромів.	4
	Принципи мультидисциплінарного підходу в роботі з інкурабельними хворими та їх близькими. Повідомлення поганих новин. Поняття синдрому емоційного вигорання, методи профілактики.	2
	Організація медичної допомоги ВІЛ-інфікованим. Догляд та психологічна підтримка ВІЛ-інфікованих. Симптоматичне лікування та ведення хворих в термінальній стадії.	2
	Первинна профілактика ВІЛ-інфекції. Організація профілактичних програм інфікування ВІЛ для різних груп населення.	2
2.	Опрацювання практичних навичок:	12
	Оформлення документації сімейного лікаря	4
	Підготовка та написання протоколу ведення в амбулаторних умовах хворих з найпоширенішими захворюваннями внутрішніх органів	4
	Розробка алгоритмів з надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі в практиці сімейного лікаря	4
3.	Підготовка до підсумкового модульного контролю	4
	РАЗОМ	34

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

I. Актуальність теми

Експертиза працездатності є невід'ємною частиною роботи лікаря. Вона має і клінічне, соціально-економічне і правове значення. Встановлено, що більше ніж 1/3 всіх хворих, які відвідують поліклініку, становлять особи з тимчасовою втратою працездатності.

Право визнати хворого непрацездатним накладає на лікаря велику моральну і юридичну відповідальність та вимагає оволодіння теоретичними основами і практичними навичками медико-соціальної експертизи.

Від якості експертизи працездатності залежить зниження показників захворюваності населення з тимчасовою непрацездатністю. Правильно організована експертиза дає виражений профілактичний ефект, тому що своєчасне звільнення від роботи у випадках, коли хворий потребує спокою, нерідко має вирішальне значення для ефективного завершення лікування. Звільнення від праці, таким чином, перетворюється на важливий лікувальний захід.

Соціологи стверджують, що 96 із 100 звернень за медичною допомогою – це так звані амбулаторні хворі. Лікар загальної практики повинен досконало володіти методами організації позалікарняної допомоги хворим з найпоширенішими захворюваннями різних органів і систем і в першу чергу це стосується хворих з патологією органів дихання та кровообігу. Йому необхідно знати основні клінічні прояви та діагностичні критерії хвороб, перелік обов'язкових та додаткових обстежень, основні принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування, диспансеризації хворих, термінів повторного обстеження та кратності звернення до лікаря.

II. Мета навчання

Засвоїти основні принципи медико-соціальної експертизи та організації позалікарняної терапевтичної допомоги при найпоширеніших захворюваннях внутрішніх органів.

III. Основні учбові цілі:

- Вміти надавати клініко-експертну характеристику захворювань внутрішніх органів.
- Вміти оформлювати основні документи для направлення хворого на МСЕ.
- Знати критерії визначення тимчасової та стійкої втрати працездатності хворих при захворюваннях внутрішніх органів.
- Знати критерії визначення груп інвалідності.
- Вміти визначати клінічний і трудовий прогноз при захворюваннях внутрішніх органів.
- Знати шляхи реабілітації хворих з найпоширенішим захворюваннями внутрішніх органів.

IV. Матеріали для самопідготовки

Питання, що підлягають самостійному вивченню

Загальні питання медикосоціальної експертизи:

- Основні завдання медико-соціальної експертизи
- Види непрацездатності
- Експертиза тимчасової непрацездатності
- Функціональні обов'язки лікаря
- Обов'язки завідувача відділення щодо експертизи тимчасової непрацездатності
- Функціональні обов'язки ЛКК
- Експертиза стійкої непрацездатності
- Критерії визначення груп інвалідності

Медико-соціальна експертиза при найпоширеніших терапевтичних захворюваннях:

- Клініко-експертна характеристика
- Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень

- Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці
- Критерії визначення груп інвалідності
- Шляхи реабілітації

IV.Методичні вказівки до роботи на практичному занятті

На початку заняття проводиться тестовий контроль вихідного рівня знань, далі опитування за темою заняття. Під керівництвом викладача проводиться клінічний розбір тематичних хворих (історій хвороб) з докладним обговоренням діагнозу та диференційного діагнозу за синдромальним підходом, основних методів діагностики та принципів лікування, надання невідкладної допомоги при ускладненнях. Студентам пропонується також вирішити клінічні задачі. Заслуховується реферативна доповідь за темою заняття з відповідною презентацією. При завершенні заняття проводиться заключний тестовий контроль знань студентів. Викладач відповідає на питання, що виникли в процесі заняття.

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИКОСОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

За останні роки з'явилася низка документів, що регламентують експертну діяльність лікаря. Це закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; «Положення про медико-соціальну експертизу» і «Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів», затверджені Постановою кабінету Міністрів України від 22.02.1992 р. № 83; «Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи», затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 04.04.1994 р. № 221.

Медико-соціальна експертиза визначає ступінь обмеження життєдіяльності та працездатності людини, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування їх до суспільного життя.

Медико-соціальної експертизі підлягають особи, які втратили здоров'я внаслідок захворювання, травми та вроджених дефектів, що обмежує їх життєдіяльність, а також особи, які за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків.

Основні завдання медико-соціальної експертизи:

- науково обґрунтована оцінка обмеження життєдіяльності людини, у тому числі й стану працездатності, визначення групи, причини і часу настання інвалідності при різних захворюваннях, травмах і каліцтві;
- вивчення причин втрати працездатності, опрацювання та реалізація заходів, спрямованих на запобігання тимчасовій непрацездатності та інвалідності;
- визначення ступеня втрати працездатності для використання залишкової працездатності людини;
- опрацювання науково обґрунтованих трудових рекомендацій хворим та інвалідам, які дозволяють без шкоди для здоров'я виконувати певні види праці;
- організація та проведення реабілітаційних заходів і визначення показань до різних видів соціальної допомоги хворим та інвалідам;
- оцінка стану здоров'я населення і прогноз динаміки захворюваності і первинної інвалідності.

Види непрацездатності. Працездатність слід вважати порушеною або втраченою повністю чи частково, якщо виконання професійної діяльності є неможливим у зв'язку з хворобою, а функціональні порушення і патологічні зміни виражені в такому ступені, що слід дотримуватися ліжкового або амбулаторного режиму.

Розрізняють два види непрацездатності — тимчасову і стійку.

Під *тимчасовою непрацездатністю* розуміють такий стан організму, з якого гостре захворювання, загострення хронічного захворювання або

травма не дають хворому можливості тимчасово займатися трудовою професійною діяльністю.

Тимчасова непрацездатність може бути частковою або повною. Якщо хворий тимчасово не може продовжувати свою професійну трудову діяльність, але загальний стан його здоров'я дозволяє виконувати іншу роботу, не порушуючи процесу лікування, це свідчить про часткову тимчасову непрацездатність. Такий хворий потребує переведення на іншу роботу на визначений термін.

Тимчасову непрацездатність вважають повною, якщо хворий у зв'язку із захворюванням або травмою потребує звільнення від усіх робіт на визначений термін.

Експертиза тимчасової непрацездатності. Причинами тимчасової непрацездатності можуть бути:

- 1) хвороби або травми, що мають оборотний характер;
- 2) санаторно-курортне лікування;
- 3) хвороби членів сім'ї у разі необхідності догляду за хворим;
- 4) карантин;
- 5) тимчасове переведення на іншу роботу у зв'язку з туберкульозом або професійним захворюванням;
- 6) протезування з перебуванням у стаціонарі протезно-ортопедичного підприємства;
- 7) вагітність, пологи та аборт;
- 8) усиновлення дитини віком до 2 міс. з дня її народження з пологового будинку.

Тимчасову непрацездатність застрахованого засвідчує листок непрацездатності (лікарняний листок). Застрахованим листки непрацездатності видають лікарі лікувально-профілактичних закладів системи Міністерства охорони здоров'я Міністерства шляхів сполучення України, стаціонарів протезно-ортопедичних установ Міністерства праці та соціальної політики, лікарі туберкульозних санаторіїв. Лікарям лікувальних закладів

інших відомств і науково-дослідних інститутів право видавати лікарняні листки може бути надано лише за розпорядженням Міністерства охорони здоров'я України. Видача лікарняних листків у платних поліклініках та інших лікувальних закладах заборонена.

У місцевості, де немає лікарів, право видавати лікарняні листки може бути дано фельдшеру, який завідує медичним пунктом, під контролем завідувача лікарської дільниці.

Під час видачі лікарняного листка керуються інструкцією «Про порядок заповнення бланка листка непрацездатності» (2000).

У випадку втрати працездатності внаслідок хвороби або каліцтва лікарняні листки видаються лікарями-кураторами поліклінік, амбулаторій, диспансерів, лікарень та пунктів охорони здоров'я.

Лікарняний листок виконує такі функції:

- медичну — у лікарняному листку зазначають захворювання, яке є причиною тимчасової непрацездатності;
- юридичну — лікарняний листок свідчить про непрацездатність хворого, характеризує загальний стан його здоров'я, визначає встановлений на термін хвороби режим і можливості виконання тих або інших громадських обов'язків у значений термін;
- страхову та фінансову (ці функції взаємозв'язані) — лікарняний листок є право на отримання допомоги по соціальному страхуванню, залежно від віку, стажу роботи, причин непрацездатності та інших факторів, визначає розмір допомоги;
- статистичну — лікарняний листок є єдиним документом, на основі якого надається звіт про захворюваність з тимчасовою втратою працездатності та вводить її аналіз.

Для того, щоб лікарняний листок виконував усі функції, слід оформляти його безпомилково. Відповідальність за це в кожному окремому випадку несе лікар-куратор.

Підчас оформлення лікарняного листка слід дотримуватися таких положень:

1) у лікувальних закладах, де видають лікарняний листок, заповнюють лише його лицевий бік, відмітки на зворотньому боці роблять у разі призначення допомоги;

2) у графі «Діагноз заключний» записують остаточний діагноз, а на полі для кодування — код відповідно до МКХ 10-го перегляду;

3) у графі «Причина звільнення від роботи» вказують, що лікарняний листок видано в зв'язку із захворюванням, нещасним випадком на виробництві чи в побуті карантинном, доглядом за хворим членом сім'ї, допологовою чи післяпологовою відпусткою; санаторно-курортним лікуванням, протезуванням чи абортom;

4) у графі «Режим» лікар зазначає, який режим призначено хворому (ліжковий, амбулаторний, госпітальний, домашній). Якщо хворий порушив призначений йому режим, то у верхній частині поля для кодування лікар робить відповідний запис;

5) у графі «Приступити до роботи» відзначають число й місяць, коли робітник повинен стати до роботи, або вказують номер лікарняного листка, яким продовжено попередній.

Печатку лікувального закладу ставлять справа в першому розділі лицевого боку лікарняного листка, зверху і внизу в разі виписки на роботу або продовження лікарняного листка. Лікарняний листок видають тільки в день встановлення непрацездатності (крім лікування в стаціонарі).

Лікарі зобов'язані записати в історію хвороби або амбулаторну картку номер лікарняного листка, термін непрацездатності і дату виписування на роботу.

Якщо втрата працездатності сталася у зв'язку з побутовою травмою, листок непрацездатності видають у день встановлення непрацездатності. Якщо захворювання виникло внаслідок сп'яніння або дій, пов'язаних зі сп'янінням, а також унаслідок зловживання алкоголем (травма, алкогольний психоз, біла гарячка хронічний алкоголізм), лікарняні листки під час амбулаторного і

стаціонарного лікування видають з обов'язковою відміткою про це в ньому та в медичній карті, амбулаторного чи стаціонарного хворого.

Лікар має право особисто видавати лікарняні листки кожний раз не більше ніж на 5 днів, а загалом із причини одного випадку захворювання або травми не більше ніж на 10 днів.

Продовження лікарняного листка понад 10 днів проводить лікар-куратор тільки за погодженням із головним лікарем або ЛКК. У лікувально-профілактичних закладах, де організовані спеціалізовані відділення, продовження лікарняних листків на термін понад 10 днів покладається на завідувачів відділень. У великих лікувальних закладах функції з експертизи непрацездатності покладають на заступника головного лікаря з медико-соціальної експертизи, який є головою ЛКК, що продовжує лікарняний листок після 30 днів.

Пацієнтів, які хворіють або мають несприятливий трудовий прогноз, направляють на МСЕК не пізніше як через 4 міс. з дня настання безперервної непрацездатності та не пізніше як через 5 міс. тимчасової непрацездатності в загальній сукупності протягом 12 міс. у разі повторних загострень однієї і тієї самої хвороби.

Усі службові особи, яким надано право продовження лікарняного листка понад 10 днів, можуть санкціонувати продовження його тільки після особистого огляду хворого. У разі тривалого перебігу захворювання ці огляди треба повторювати не рідше ніж через 10 днів.

У випадках звернення хворих у пункт охорони здоров'я вночі, коли лікар відсутній, чергова медична сестра або фельдшер, який надає медичну допомогу, видає довідку й пропонує наступного дня звернутися в поліклініку чи амбулаторією або викликати лікаря додому. Якщо лікар наступного дня встановив непрацездатність, то він видає лікарняний листок з моменту, зазначеного в довідці.

Під час лікування в стаціонарі лікарняний листок видає або продовжує на весь період лікування лікар-куратор разом із завідувачем відділення. У лікувальних закладах з одним лікарем йому надається право видавати лікарняні листки особисто на весь період захворювання.

У випадку вагітності та пологів лікарняний листок видають лікарі жіночих консультацій або лікар, який веде загальний прийом. У разі фізіологічних пологів лікарняний листок видають на 126 днів.

У випадку штучного переривання вагітності за бажанням жінки лікарняний листок видають на 3 дні з урахуванням дня операції. Якщо у разі штучного переривання вагітності виникає ускладнення під час операції чи у післяабортний період, листок непрацездатності видається на весь період непрацездатності. У випадку абортів за медичними показаннями або спонтанного абортів лікарняний листок видають на весь період тимчасової непрацездатності.

Лікарняний листок з догляду за хворим членом сім'ї видає лікар, який лікує цього хворого. Лікарняний листок з догляду за дорослим хворим членом сім'ї видають на термін не більше ніж 3 календарні дні. Продовжити цей термін у виключних випадках залежно від тяжкості захворювання мають право лікар-куратор разом з головним лікарем, однак не більше ніж на 7 днів у загальній сумі, а по догляду за хворою дитиною, яка не досягла 14 років, лікарняний листок видають на весь період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше ніж на 14 календарних днів. Якщо дитина продовжує хворіти після закінчення максимального терміну, видають довідку про тимчасове звільнення від роботи (ф. № 138/о).

По догляду за здоровою дитиною віком до 3 років лікарняний листок видають працюючим особам, які здійснюють догляд за дитиною у випадку хвороби матері, яка перебуває у відпустці по догляду за дитиною віком до 3 років, на весь період, поки мати не може доглядати за дитиною. Листок непрацездатності видає лікар-педіатр на підставі довідки, що засвідчує захворювання матері. У випадку її госпіталізації листок непрацездатності видає дільничний лікар на підставі довідки зі стаціонару.

Лікарняний листок у разі карантину видає лікар ЛПЗ на весь час карантину згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС. Для санаторно-курортного лікування лікарняний листок видає ЛКК, а де її немає, — лікар-куратор разом із головним лікарем на кількість днів, що перевищують основну і додаткову

відпустки хворого, однак необхідні для лікування та переїзду хворого в санаторій і додому, якщо необхідність санаторно-курортного лікування встановлена ЛКК лікувально-профілактичного закладу за місцем спостереження.

Працюючим інвалідам, незалежно від групи та причини інвалідності, листок непрацездатності видається не більше ніж на 2 міс. відразу і 3 міс. у календарному році. Якщо непрацездатність продовжується більше цього терміну і немає підстав для перегляду групи інвалідності, то лікарняний листок видається і далі, тому що він є єдиним документом, який підтверджує тимчасову непрацездатність працюючого, однак час понад 2 міс. оплаті не підлягає. У цьому випадку виконуються медична, юридична і статистична функції лікарняного листка, однак не виконуються страхова і фінансова.

Якщо тимчасова непрацездатність працюючого інваліда зумовлена професійним захворюванням або трудовим каліцтвом, оплату лікарняного листка потрібно проводити до одужання або перегляду групи інвалідності у зв'язку з новим захворюванням.

Зазначені вище терміни оплати лікарняного листка не стосуються працюючих пенсіонерів, видача листків непрацездатності та оплата яких проводиться на загальних підставах.

Лікарняний листок видає лікувальний *заклад*, до якого звернувся пацієнт за місцем його праці або проживання. Якщо тимчасова непрацездатність настала не за місцем постійного проживання або праці, листок непрацездатності видається в місці тимчасового перебування хворого, однак його затверджує головний лікар лікувально-профілактичного закладу.

Звільненим із роботи лікарняний листок не видається. У разі втрати лікарняного листка дублікат видає той заклад, який видав оригінал. Листок непрацездатності видається з дня огляду лікарем і встановлення непрацездатності хворого, крім випадків лікування в стаціонарі. Заповнюється лікарняний листок згідно з вимогами, зазначеними в інструкції. За неправильну видачу або неправильне заповнення лікарняного листка лікарі несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

Відповідальність за всю роботу з експертизи непрацездатності, зберігання, видачу та облік лікарняних листків покладається на головного лікаря лікувально-профілактичного закладу.

У «Положенні про експертизу тимчасової непрацездатності в лікувально-профілактичних закладах» описано загальні функціональні обов'язки з питань експертизи тимчасової непрацездатності застрахованих.

Функціональні обов'язки лікаря. Лікар-куратор встановлює факт тимчасової непрацездатності та видає лікарняний листок терміном до 5 днів. Він може продовжувати лікарняний листок ще до 5 днів (до 10 днів разом).

Обов'язки завідувача відділення щодо експертизи тимчасової непрацездатності. Завідувач відділення продовжує лікарняні листки після 10 днів хвороби до 1 міс. разом із лікарем-куратором. Крім цього, завідувач відділення продовжує лікарняні листки по догляду задітьми; представляє хворого на ЛКК для вирішення питань про продовження лікарняного листка на термін понад 1 міс.; разом із лікарем-куратором продовжує лікарняний листок після виписування хворого зі стаціонару; контролює терміни лікування, своєчасність обстеження, шість лікування, своєчасність і обґрунтованість направлення хворих зі стійкою втратою працездатності на МСЕК; консультує складних у діагностичному, лікувальному і експертному плані хворих; аналізує захворюваність з тимчасовою втратою працездатності, вивчає причини несприятливих показників, розробляє заходи щодо зниження рівня тимчасової непрацездатності; проводить навчальну роботу серед лікарів із питань захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, загальних принципів експертизи непрацездатності; готує звіти з питань тимчасової непрацездатності за рік.

Функціональні обов'язки ЛКК. ЛКК продовжує листки непрацездатності до відновлення працездатності хворих або встановлення групи інвалідності; видає лікарняні листки для санаторно-курортного лікування; вирішує складні та

конфліктні питання експертизи тимчасової непрацездатності; видає висновки про необхідність надання академічної відпустки, переведення на інший факультет або про відрахування студентів, учнів професійно-технічних училищ і шкіл за станом здоров'я; здійснює контроль за обґрунтованістю видачі та продовження лікарняних листків, якістю і терміном обстеження хворих; консультує складних у діагностичному, лікувальному і експертному плані хворих; контролює своєчасність і обґрунтованість направлення хворих на МСЕК, облік, диспансерне спостереження та працевлаштування осіб, що часто та тривало хворіють; проводить інструктивну і навчальну роботу серед лікарів із питань експертизи непрацездатності, аналіз захворюваності з втратою працездатності та стану експертизи тимчасової непрацездатності.

Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність:

1. Листок непрацездатності (лікарняний листок).
2. Довідка про тимчасову непрацездатність студентів, учнів професійно-технічних училищ (ф. № 095), що затверджена наказом МОЗ України від 29.12.2000 р. №369.
3. Довідка з догляду за хворим членом сім'ї (ф. № 138/о).
4. Довідка довільної форми.

Довідки довільної форми видають у таких випадках:

- звернення хворого у пункт охорони здоров'я у нічний час, коли чергує тільки середній медичний персонал (довідка з коротким описом захворювання або отравми, зазначенням дати і часу звільнення від роботи);
- обстеження в поліклінічних умовах або в умовах стаціонару у робочий час а відсутності в обстеженого ознак тимчасової непрацездатності;
- стаціонарне, диспансерне, поліклінічне обстеження осіб за направленням військкоматів у період їх призову на військову службу; за направленням слідчих

органів, прокуратури і суду;

- тимчасової непрацездатності осіб, звільнених із роботи;
- на час бактеріологічного обстеження осіб, що перенесли інфекційні захворювання;
- на термін обстеження і профілактичного лікування працездатних осіб, як контактували з хворими на венеричні захворювання;
- на термін обстеження з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці.

Таблиця 1

Фактори, які враховують під час експертизи непрацездатності

Медичні фактори			Соціальні фактори
Етіологічні та діагностичні фактори	Перебіг захворювання	Характер перебігу та прогноз	
1. Своєчасність і точність встановлення діагнозу. 2. Диференціально-діагностичне значення анамнезу, скарг хворого. 3. Етіологічний фактор. 4. Характер і ступінь функціональних порушень органів та систем.	1. Загострення або ремісія. 2. Частота, характер, тривалість загострень. 3. Компенсація або декомпенсація: гостра, хронічна. Ступінь декомпенсації (I, II, III). 4. Ускладнення	1. Стадія захворювання (I, II, III) у разі прогресування перебігу. 2. Форма — легка, середньої тяжкості при захворюваннях без прогресування розвитку. 3. Клінічний прогноз: сприятливий, несприятливий, сумнівний	1. Превалюючий фактор фізичного або нервово-психічного навантаження в роботі хворого, його ступінь (значне, помірне, незначне). 2. Основна професія хворого. 3. Умови праці. 4. Робоча поза.

5. Потенційні можливості компенсаторних механізмів			5. Наявність несприятливих зовнішніх впливів. 6. Наявність професійних шкідливостей.
--	--	--	---

Експертиза стійкої непрацездатності. Згідно із Законом «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» інвалідом є особа зі стійкими розладами функцій організму, які зумовлені захворюванням, травмою або природженими дефектами, що призводять до обмеження життєдіяльності та потреби в соціальній допомозі й захисті.

Питання про встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності) розглядає МСЕК після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів.

МСЕК у кожному випадку, незалежно від характеру захворювання чи дефекту, здійснює комплексне обстеження всіх систем організму хворого для об'єктивного оцінювання стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації, використовує дані лабораторних і функціональних методів дослідження, проводить опитування хворого, аналіз необхідних документів. Звертається увага на особисті наміри хворого, можливість соціальної адаптації. Фактори, що впливають на працездатність хворого, поділяють на медичні та соціальні (див. табл. 1).

Причинами інвалідності можуть бути:

- а) загальне захворювання;
- б) професійне захворювання;
- в) трудове каліцтво або виробнича травма;
- г) інвалідність з дитинства; поранення, каліцтво, контузії, одержані під час виконання обов'язків військової служби.

Критерії визначення груп інвалідності. У разі виражених анатомо-морфологічних або інших функціональних порушень і значного зниження кваліфікації Людини встановлюється стійка непрацездатність (інвалідність). Залежно від ступеня втрати здоров'я інвалідність поділяється на три групи.

Підставою для встановлення I групи інвалідності є різко виражене обмеження життєдіяльності, зумовлене захворюванням, наслідками травми, приниженими дефектами, що призводить до значної соціальної дезадаптації внаслідок неможливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності, якщо вказані порушення зумовлюють потребу в постійному сторонньому догляді допомозі.

Другу групу інвалідності встановлюють у разі вираженого обмеження життєдіяльності, зумовленого захворюваннями, наслідками травми, природженими дефектами, що не потребує постійного стороннього догляду чи допомоги інвалідові, але призводить до вираженої соціальної дезадаптації внаслідок значного утруднення навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності або неможливості працювати. За умови забезпечення засобами компенсації анатомічних дефектів чи порушених функцій організму, створення спеціальних умов праці на виробництві чи вдома інваліди II групи можуть виконувати різні види роботи.

Третю групу інвалідності встановлюють у разі обмеження життєдіяльності, зумовленого захворюванням, наслідками травми, природженими дефектами, що призводить до зниження можливостей соціальної адаптації внаслідок утруднення навчання, спілкування, пересування, участі у трудовій діяльності (значне зменшення обсягу трудової діяльності або зниження кваліфікації, значні утруднення у виконанні професійної роботи внаслідок анатомічних дефектів).

Третю групу інвалідності встановлюють у разі значного зниження працездатності у таких випадках:

а) за станом здоров'я хворого необхідно перевести на іншу роботу, нижчої кваліфікації;

б) потрібні значні зміни умов праці попередньої професії, які призведуть до значного скорочення обсягу виробничої діяльності;

в) за станом здоров'я існує значне обмеження можливостей працевлаштування внаслідок виражених функціональних порушень в осіб із низькою кваліфікацією або тих, хто раніше не працював.

Групи інвалідності визначають МСЕК, що організуються у самостійні центри, бюро при головних управліннях охорони здоров'я.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ НАЙПОШИРЕНІШИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Хронічний бронхіт

Клініко-експертна характеристика. Для проведення медико-соціальної експертизи хворих на хронічний бронхіт виділяють три стадії захворювання:

- *I стадія* (легкий перебіг), коли хворого непокоїть сухий кашель або з виділенням невеликої кількості слизистого чи слизово-гнійного мокротиння. У легенях вислуховують жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. Функція зовнішнього дихання не порушена;

- *II стадія* (перебіг середньої тяжкості) характеризується значним інфікуванням бронхів і явищами бронхоспазму. Бронхіт ускладнюється емфіземою легень, а іноді приєднується пневмонія чи сегментарний пневмосклероз. Виникають ознаки дихальної недостатності. Під час рентгенологічного дослідження виявляють посилення прозорості легеневих полів, стовщення стінок бронхів, ущільнення коренів легень. Визначається ДН II— III ступеня;

- *III стадія* (тяжкий перебіг) характеризується наявністю вираженої емфіземи легень, пневмофіброзу, легеневої недостатності II — III ступеня, декомпенсованим легеневим серцем.

Окремо виділяють пиловий бронхіт, який виникає внаслідок забруднення повітря на виробництві. Нерідко пиловий бронхіт спостерігають у шахтарів, бурильників, формувальників, а також в осіб, які мають тривалий контакт з борошняним, бавовняним, деревним та іншими видами пилу.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень. Діагноз хронічного бронхіту — це насамперед діагноз клінічний. Ретельно зібраний анамнез та об'єктивне клініко-рентгенологічне обстеження хворого відіграють основну роль у діагностиці. Важливе значення мають

функціональні методи дослідження зовнішнього дихання, легеневого газообміну, оксигенації крові тощо.

Дані бронхоскопії дозволяють підтвердити наявність і уточнити характер пального процесу в бронхах, виявити функціональні порушення у трахеобронхіальному дереві. Залежно від змін, що виявлені під час бронхоскопії, ендобронхіти поділяють на катаральні, гіпертрофічні та гнійні. Біопсія бронхів має лише допоміжне значення у діагностиці хронічного бронхіту, однак її слід застосовувати в разі підозри на пухлину бронха для диференціації з іншими захворюваннями.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Трудовий прогноз при хронічному бронхіті залежить від фази захворювання, ступеня вираженості проявів дихальної і легенево-серцевої недостатності, характеру основної професії та умов праці хворого.

Хворих на хронічний бронхіт вважають тимчасово непрацездатними час фази загострення захворювання і в разі наростання дихальної та легенево-серцевої недостатності. Вони можуть працювати у чистому, сухому і теплому приміщенні, повітря якого не містить промислових отрут і алергенів. Існує низка професій, які протипоказані хворим на хронічний бронхіт незалежно від ступеня дихальної недостатності. До них належать професії ливарника, дробильника каміння, шліфувальника, нікелювальника, фасувальника розсипчастих матеріалів, а також професії, що пов'язані з виготовленням ватяних і вовняних виробів, впливом високої та низької температур, вогкості, йонізуючого випромінювання, пилу, токсичних і таких, що подразнюють дихальні шляхи, речовин.

Припустимий ступінь фізичного навантаження хворого на хронічний бронхіт на виробництві визначається за тяжкістю порушень дихання і кровообігу. Хворим з ДН I ступеня протипоказане навіть короткочасне значне фізичне навантаження, при II ступені протипоказана праця, пов'язана з незначним фізичним чи значним мовним навантаженням (педагога, лектора, співака тощо).

У разі хронічної недостатності кровообігу I стадії, що розвинулася на фоні ДН I ступеня, у хворих, що виконують легку фізичну роботу або є особами інтелектуальної праці, працездатність зберігається.

Критерії визначення груп інвалідності. Якщо професія хворого на хронічний бронхіт II стадії з ДН I ступеня пов'язана з несприятливими метеорологічними або санітарно-гігієнічними умовами чи зі значним фізичним та мовним навантаженням, його переводять на іншу роботу. Коли це переведення призводить до зниження кваліфікації, то на час перенавчання хворого іншої професії його тимчасово визнають інвалідом III групи.

При III стадії хронічного бронхіту з ДН II ступеня і частих загостреннях бронхіту більшість хворих, котрі мають ще й ознаки недостатності кровообігу I — IIА стадії, до професійної праці непридатні, їх визнають інвалідами II групи. Однак хворих молодого віку, що мають відповідну освіту, високу кваліфікацію і працюють у сприятливих умовах, визнають обмежено працездатними (інвалідами III групи). У разі ДН III ступеня і недостатності кровообігу II Б — III стадії хворі не можуть виконувати жодної роботи у виробничих умовах і є інвалідами II групи, недостатності кровообігу III стадії, якщо хворий потребує стороннього догляду його визнають інвалідом I групи.

Захворювання кваліфікується як професійне, за умови що пиловий фактор визначається вирішальним у розвитку хронічного бронхіту. Для визначення інвалідності за професійним захворюванням необхідні такі документи: копія трудової книжки, санітарно-гігієнічна характеристика умов праці, виписки з амбулаторної картки та історії хвороби відділення професійної патології, дані медичного огляду під час вступу на роботу.

Шляхи реабілітації. Можливості реабілітації хворих на хронічний бронхіт потрібно розглядати індивідуально, залежно від форми захворювання і ступеня порушення легеневої вентиляції. Для відновного лікування широко використовують можливість санаторно-курортного лікування на Південному березі Криму, в Одесі, а також спелеотерапію. Своєчасна перекваліфікація та раціональне працевлаштування при I стадії захворювання сприяють припиненню його

прогресування, забезпечують медичну і значною мірою професійну реабілітацію хворих на хронічний бронхіт.

При II — III стадіях захворювання хворі потребують ретельного диспансерного спостереження з проведенням постійного відновного лікування та терапії ускладнень в амбулаторних умовах, лікарні, місцевих санаторіях і на курортах.

Бронхоектатична хвороба

Клініко-експертна характеристика. За клінічним перебігом розрізняють легку, виражену, тяжку і ускладнену форми (стадії) бронхоектатичної хвороби.

У разі легкої форми загострення патологічного процесу відбувається 1-2 рази на рік. Під час ремісії мокротиння виділяється у невеликій кількості або відсутнє. Ремісія продовжується тривало, що залежить від кліматичних умов проведення профілактичних заходів, спрямованих на запобігання респіраторними захворюванням та загостренням бронхоектатичної хвороби.

При вираженій формі захворювання постійно виділяється мокроти 30 — 100 мл за добу, загострення виникають 3 — 5 разів за рік. Під час загострення кількість мокротиння збільшується до 200 мл на добу, воно стає слизисто-гнійним.

За наявності тяжкої форми бронхоектатичної хвороби постійно виділяється слизово-гнійне чи гнійне мокротиння, 100 — 400 мл за добу. У хворих наявна задишка різного ступеня, ціаноз, зумовлені дихальною недостатністю і хронічним легенеvim серцем.

Ускладнена форма захворювання проявляється ознаками хронічного легеневого серця з недостатністю кровообігу, кровохарканням та легеневою кровотечею, а також вогнищевим нефритом чи амілоїдозом нирок з хронічною нирковою недостатністю.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень. Найпостійнішою скаргою хворих на бронхоектатичну хворобу є кашель з виділенням слизово-гнійного або гнійного мокротиння, особливо зранку; під час

загострення процесу — загальна слабкість, посилення кашлю, збільшення кількості мокротиння, анорексія, підвищення температури тіла.

Під час огляду хворого виявляють блідість шкіри та видимих слизових оболонок, наявності дихальної недостатності — ціаноз, задишку, симптом барабанних паличок та годинникових скелець. Можна виявити відставання рухливості легені на боці переважного ураження. Під час аускультатії — жорстке дихання, велико- та середньопухирчасті хрипи.

Ознаками загострення бронхоектатичної хвороби є гіпохромна анемія, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, зменшення кількості альбумінів, збільшення ШОЕ, рівня α - і γ -глобулінів, сіалових кислот, фібриногену, серомукоїду в крові.

У мокротинні виявляють багато нейтрофілів, еластичні волокна, інколи еритроцити.

Рентгенологічно часто визначають ознаки пневмосклерозу у вигляді посилення легеневого малюнка, інтенсивне затемнення різко зменшеної частки легень. Найінформативнішою для діагностики хвороби є бронхографія, за допомогою якої виявляють циліндричні або мішкоподібні розширення бронхів III-IV порядку, деформацію, відсутність контрастування дистально розміщених гілок бронхів. Під час бронхоскопії виявляють гнійний ендобронхіт, спірографічно — рестриктивний або змішаний тип дихальної недостатності.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. Під час експертизи працездатності хворих на бронхоектатичну хворобу слід урахувати частоту загострень, кровохаркань і легневих кровотеч, ступінь дихальної серцевої недостатності, соціальні фактори.

У випадку легкої форми бронхоектатичної хвороби під час загострень хворих і тимчасово непрацездатними. Рідкі (1 — 2 рази за рік) і короткочасні (по 10 — 15 днів) загострення тривало не порушують працездатності у більшості професій. Не є причиною для встановлення групи інвалідності рідкі (1 — 2 рік) та нетривалі (1 — 2 дні) кровохаркання, а також ДНІ ступеня. Таких хвориху разі несприятливих умов праці працевлаштовують за рішенням ЛКК.

Виражена форма захворювання з частими (4 — 6 разів за рік), хоч і короткими (10—15 днів) загостреннями або рідкими (2 — 3 рази за рік), але тривалими (40 — 60 днів) загостреннями є підставою для визнання хворих обмежено працездатними у професіях фізичної та розумової зі значним нервово-психічним напруженням праці. Їм встановлюють інвалідність III групи.

Хворі на бронхоектатичну хворобу, в яких спостерігається виражена схильність до повторних кровохаркань або легеневих кровотеч, потребують значних трудових обмежень і стають інвалідами III групи.

Обмежено працездатними з установленням інвалідності III групи є також хворі на бронхоектатичну хворобу, в яких на тлі дихальної недостатності I або II ступеня виявляється схильність до повторних загострень, частих (кілька разів протягом місяця), незначних (крововтрата не перевищує 50 мл) або рідких (1 раз за місяць або кілька місяців), але значних (крововтрата досягає 100 — 200 мл) кровохаркань.

Тяжка й ускладнена форми бронхоектатичної хвороби, що супроводжуються частими та тривалими загостреннями, значними кровохарканнями або легенежними кровотечами, ДН II ступеня, хронічною недостатністю кровообігу ПА—ПБ стадії, розвитком амілоїдозу нирок, є підставою для визнання хворого непрацездатним у звичайних виробничих умовах і встановлення йому II групи інвалідності.

Інвалідність I групи встановлюють хворим на бронхоектатичну хворобу за наявності нестихаючих загострень, що супроводжуються тяжкою інтоксикацією, частими та значними легенежними кровотечами, розвитком ДН III ступеня, серцевої недостатності III стадії, амілоїдозу нирок із ХНН II — III ступеня.

Шляхи реабілітації. Важливим напрямом реабілітації хворих на бронхоектатичну хворобу є своєчасна діагностика і відповідне працевлаштування, а також відмова від тютюнопаління.

Харчування повинно сприяти підвищенню захисних сил організму хворого, поповненню втрат білків, зменшенню інтоксикації та запального процесу. Енергетична цінність добового раціону підвищується до 2870 — 3350

ккал за рахунок збільшення кількості білків (130 — 135 г), незначного зменшення кількості вуглеводів (350 — 400 г), жирів (70 — 90 г) і кухонної солі (6 — 8 г на день). Для стимуляції захисних сил організму потрібно споживати їжу, багату на вітаміни (особливо вітаміни групи В, аскорбінову кислоту, ретинол): пивні дріжджі, відвар шипшини, капусту, інші овочі та фрукти.

Відновна етіотропна фармакотерапія спрямована на пригнічення життєздатності патогенних мікроорганізмів після визначення їхньої чутливості. Антибактеріальні засоби вводять перорально, парентерально й ендобронхіально. Із патогенетичних засобів відновної терапії застосовують відхаркувальні засоби, постуральний дренаж і лікувальну бронхоскопію для відсмоктування мокротиння з подальшим промиванням бронхів антисептичними розчинами.

Саногенетична відновна терапія спрямована на підвищення реактивності організму та посилення імунної системи (альбумін, γ -глобулін, левамізол, тималін, тактивінтощо). Цьому ж сприяє лікування на курортах зі стійкою теплою погодою, сухим і чистим повітрям (приморські курорти Південного берета Криму та санаторії Одеси).

Перевагу віддають консервативному відновному лікуванню хворих на бронхоектатичну хворобу. Якщо діагностовано обмежене формування бронхоектазів, показані хірургічні методи лікування, хоча повного одужання після операції досягають не всі хворі.

Бронхіальна астма

Клініко-експертна характеристика. Бронхіальна астма є частою причиною інвалідності. Перебіг і форми захворювання досить різноманітні. Напади мають різні ступені тяжкості, частоту і тривалість інтервалів між загостреннями захворювання. Залежно від тяжкості перебігу розрізняють три ступені і три стадії захворювання.

При *легкому ступені* бронхіальної астми I стадії загострення захворювання нетривалі, виникають до 2 — 3 разів протягом року. Напади ядухи тривають 15 — 30 хв. Хворі скаржаться на утруднене дихання, відчуття нестачі повітря під час нападу. У легенях вислуховують розсіяні сухі хрипи. Пульс нормальний або прискорений. Хворі під час нападу легко переміщуються, не займаючи вимушеної пози. Напади ядухи знімають шляхом застосування спазмолітиків усередину або в інгаляціях.

У разі *середнього ступеня* тяжкості бронхіальної астми загострення спостерігаються не менше ніж 3 — 4 рази за рік. Під час загострення напади ядухи проявляються відчуттям нестачі повітря з різкоутрудненим видихом, інколи болему ділянці серця. Пози хворого вимушена, з фіксацією плечового пояса, шкіра бліда, слизові оболонки ціанотичні. Під час перкусії над легенями — коробковий звук. Вислуховують велику кількість сухих хрипів, які чути навіть на відстані. Пульс частий. Тривалість нападів становить 1 — 2 год, вони знімаються застосуванням ін'єкційних препаратів. У період між нападами зберігаються ознаки бронхоспазму (задишка, розсіяні сухі хрипи в легенях).

За *тяжкого перебігу* захворювання загострення повторюються протягом 5 — 8 разів і більше. Під час загострення напади ядухи тривалі, часто переходять в астматичний стан. Хворі займають вимушене положення, у них виявляють виражений ціаноз, поверхнєве дихання, частий пульс слабого наповнення. Над легенями визначають перкуторний коробковий звук, під час аускультатії — велику кількість сухих хрипів. В особливо тяжких випадках унаслідок генералізованого спазму дрібних бронхів, коли зникають умови для утворення хрипів, вони стають менш звучними і вислуховуються у меншій кількості. Напади ядухи зникають лише після застосування інтенсивної комплексної терапії, що включає бронхолітики, холінолітики, серцеві глікозиди та кортикостероїди. Унаслідок частих і тяжких нападів ядухи формуються емфізема легень, ДНП — III ступеня.

При II стадії бронхіальної астми (стадія ускладнень) розвивається емфізема легень з ДН III ступеня, хронічне легеневе серце з недостатністю кровообігу II Б — III стадії. Цю стадію захворювання за ступенями тяжкості не поділяють.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень. Для гностики бронхіальної астми мають значення анамнез, спостереження типового нападу ядухи, наявність у мокротинні характерних елементів (еозинофіли, спіралі Куршмана і кристали Шарко—Лейдена), збільшення у периферичній крові еозинофілів до 10 %. Ознаками порушення прохідності бронхів є зниження показників функціональної ЖЄЛ, потужності видиху, ЖЄЛ і максимальної вентиляції легень. Емфізему легень виявляють за допомогою рентгенологічного обстеження, котре дозволяє також визначити ознаки гіпертрофії правого шлуночка серця. Атопічну бронхіальну астму виявляють шляхом збирання алергологічного анамнезу, проведення аплікаційних, скарифікаційних, внутрішньо-шкірних і провокаційних проб з алергенами. Зміни на ЕКГ засвідчують ознаки перевантаження правого шлуночка.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. Хворим легким перебігом бронхіальної астми протипоказана робота у несприятливих метеорологічних умовах, на запиленому та загазованому повітрі, праця в умовах контакту з алергенами, а також професії, за яких раптове припинення трудової діяльності у зв'язку з нападом ядухи небезпечно для самого хворого і оточуючих його осіб чи шкодить роботі (водії транспорту, викладачі, лектори, телефоністи, музиканти, кранівники). Таким хворим можна рекомендувати всі види розумової праці в кабінетних умовах, канцелярську і адміністративно-господарську роботу, легку та помірну фізичну працю тощо у сприятливих умовах.

У разі середньої тяжкості бронхіальної астми хворим доступна праця лиш незначним фізичним напруженням та інтелектуальні види діяльності у сприятливих умовах.

Тяжкий перебіг захворювання значно погіршує трудовий прогноз і виключає будь-які види праці у виробничих умовах. Прогноз щодо працездатності хворих також значно погіршується у зв'язку з розвитком хронічного легеневого серця та переходом захворювання у II стадію.

Показання для направлення в бюро МСЕ: наявність протипоказань в умовах і характері праці і неможливість трудового влаштування в доступній

професії без зниження кваліфікації або істотного зменшення обсягу виробничої діяльності; несприятливий клініко-трудоий прогноз (важкий, ускладнений перебіг, неефективність лікування і т. п.).

Критерії визначення груп інвалідності. У випадках бронхіальної астми легкого перебігу хворі можуть оволодіти значною кількістю професій. Працевлаштування їх проводять здебільшого без зниження кваліфікації та встановлення групи інвалідності. Трудові рекомендації визначають ЛКК лікувально-профілактичних закладів (Додаток 1).

У разі бронхіальної астми середнього ступеня тяжкості кількість доступних видів праці зменшується. Переведення таких хворих на іншу роботу звичайно супроводжується зниженням кваліфікації, здебільшого їх визнають інвалідами III групи.

Зазвичай тяжкий перебіг захворювання виключає можливість виконувати будь-яку працю, у зв'язку з чим такі хворі незалежно від професії є інвалідами II групи. При II стадії бронхіальної астми причиною непрацездатності хворих стають ускладнення патологічного процесу — хронічне легеневе серце і недостатність кровообігу. При хронічній недостатності кровообігу II Б стадії хворі здебільшого є інвалідами II групи, а при III стадії з втратою можливостей де самообслуговування — інвалідами I групи.

Інвалідність III групи встановлюється хворим БА легкого і середнього тяжкості перебігу, в тому числі гормонозалежної, ДН I і II ст. з обмеженням здатності до трудової діяльності, самообслуговування, пересування - I ст., працюючим в протипоказаних видах і умовах праці та потребують раціонального працевлаштування (зниження кваліфікації або зменшення обсягу виробничої діяльності).

Інвалідність II групи встановлюється хворим БА середньої тяжкості і тяжкого перебігу зі стійкими вираженими порушеннями функції дихання і кровообігу (ДН II-III ст. і СН II А ст.), а також порушеннями функцій ендокринної системи (цукровий діабет, недостатність надниркових залоз),

обумовлених стероїдною терапією, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересуванню, навчання II ст. У ряді випадків хворі можуть працювати в спеціально створених умовах, зокрема - на дому, з урахуванням професійних навичок.

Інвалідність I групи встановлюють при важкому прогресивному перебігу БА, рефрактерності до лікування, розвиток ДН III ст., СН ІІБ-III ст., інших необоротних ускладнень, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересуванню, трудової діяльності III ст.

Шляхи реабілітації. Для хворих на бронхіальну астму легкого перебігу є значні можливості медичної та соціальної реабілітації. Важливе значення при цьому має раціональне працевлаштування хворого. Диспансерне спостереження, регулярне патогенетичне та санаторно-курортне відновне лікування дозволяють таким хворим продовжувати трудову діяльність. Для цього використовують і спелеотерапію.

Лікування таких хворих на курортах призводить до зменшення симптоматики захворювання, кількості ліків, що вживають хворі, частоти простудних захворювань, які спричиняють загострення бронхіальної астми. Лікування на курортах зморським кліматом показане хворим старшого віку з хронічним бронхітом. Хворим молодого віку з невротичними симптомами та схильністю до алергії рекомендують лікування на курортах з гірським кліматом.

За тяжкого перебігу бронхіальної астми з ДН, а також при II стадії захворювання, коли приєднуються ускладнення основного патологічного процесу, можливості медичної реабілітації обмежені, однак активна медикаментозна терапія дозволяє досягти певних успіхів у соціальній реабілітації хворих.

Емфізема легень

Клініко-експертна характеристика. Емфізема легень — хронічне прогресуюче захворювання, яке характеризується зниженням еластичності та

атрофією легеневої тканини, збільшенням залишкового вмісту повітря в грудній клітці, яка змінює свою конфігурацію, що необхідно для глибокого вдиху (діжкоподібна грудна клітка). Розрізняють обструктивну і рестриктивну емфізему легень. Найбільше клінічне і соціальне значення має дифузна обструктивна емфізема легень, яка розвивається при хронічному бронхіті, бронхіальній астмі, пневмосклерозі, бронхоектатичній хворобі та інших захворюваннях легень.

За наявності хронічної обструктивної емфіземи збільшується залишкова ємність легень: у нормі цей показник дорівнює 25 % від загальної ємності легень; при помірній емфіземі досягає 35 — 45 %; при вираженій — 45 — 50 % і більше. Співвідношення вдиху до видиху становить 1:3 замість 1:1,2. Спостерігається розвиток альвеолярної гіповентиляції, гіперкапнії та артеріальної гіпоксемії. Гіповентиляція і гіпоксемія призводять до підвищення тонуусу судин і збільшення тиску в системі легеневої артерії, внаслідок чого поступово розвивається гіпертрофія правого шлуночка, яка закінчується правошлуночковою недостатністю (декомпенсоване хронічне легеневе серце).

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) ретельно зібраний анамнез;
- 2) рентгенологічне дослідження;
- 3) клінічне обстеження із застосуванням функціональних проб, а також методик визначення дихальної недостатності.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. У випадку емфіземи легень без явищ дихальної недостатності працездатність визначається характером хронічного захворювання легень, що призвело до емфіземи. Хворим показана робота, не пов'язана зі значним фізичним навантаженням, у сприятливих метеорологічних і санітарно-гігієнічних умовах. Протипоказана робота, пов'язана з наявністю запилення органічного та неорганічного походження та дією бронхо- і пульмотропних отрут.

Критерії визначення груп інвалідності. За появи ознак ДН I ступеня протипоказана робота, пов'язана з помірним фізичним навантаженням, у несприятливих метеорологічних і санітарно-гігієнічних умовах.

У разі ДН II ступеня, що часто супроводжується порушенням кровообігу I стадії, більшість хворих не здатні до професійної праці (інваліди II групи), їм порекомендувати надомну роботу. Хворі інтелектуальної праці можуть бути обмежено працездатними (інваліди III групи).

При емфіземі легень з ДН III ступеня у хворих спостерігають правошлуночкову серцеву недостатність II ступеня. Такі хворі непрацездатні і часто потребують сторонньої допомоги (інваліди I — II групи).

Шляхи реабілітації. Хворі потребують проведення медикаментозного та санаторно-курортного лікування основного захворювання, яке супроводжується навіть незначними функціональними порушеннями, перекваліфікації, раціонального працевлаштування.

При вираженій емфіземі легень із дихальною недостатністю II — III ступеня можливості професійної реабілітації незначні. У цей період хворі потребують диспансерного спостереження, проведення лікування, щоб запобігти тяжчій інвалідності.

Пневмосклероз

Клініко-експертна характеристика. Пневмосклероз характеризується розростанням у легенях рубцевої сполучної тканини, що порушує функцію дихання. У розвитку пневмосклерозу відіграють роль різноманітні захворювання: хронічний бронхіт з емфіземою легень, абсцедуюча пневмонія, бронхоектазія, туберкульоз легень, системні ураження легень, хронічний венозний застій у легенях хворих із серцевою недостатністю.

Дифузний пневмосклероз проявляється клінічною картиною хронічного бронхіту і явищами дихальної недостатності.

Клініко-експертна характеристика хворих із пневмосклерозом залежить від частоти загострень хронічного бронхіту та ступеня дихальної недостатності.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень базуються на анамнезі, клініко-рентгенологічному обстеженні, вивченні функцій зовнішнього дихання, легеневого газообміну, оксигенації та інших показників, що характеризують наявність і ступінь дихальної та серцевої недостатності.

Клінічний і трудовий прогноз більш сприятливий у хворих із вогнищевим сегментарним і плеврогенним пневмосклерозом і менш сприятливий при дифузному пневмосклерозі.

За відсутності загострень і дихальної недостатності хворі з пневмосклерозом здатні виконувати будь-яку роботу, що не потребує значного фізичного навантаження.

За появи ДН I ступеня хворим протипоказана робота зі значним і постійним фізичним напруженням, у несприятливих метеорологічних і санітарно-гігієнічних умовах. У разі ДН II ступеня з порушенням кровообігу за правошлуночковим типом більшість хворих непрацездатні (інваліди II групи).

Для хворих з ДН III ступеня з порушенням кровообігу II стадії будь-яка праця неможлива, тому вони є інвалідами I або II групи.

Критерії визначення груп інвалідності у хворих із пневмосклерозом базуються на основі етіопатогенезу захворювання, частоти загострень, ступеню дихальної недостатності (див. «Дихальна недостатність»).

Шляхи реабілітації. Лікування основного захворювання та раціональне працевлаштування проводять відповідно до висновків ЛКК і МСЕК.

Дихальна недостатність

Клініко-експертна характеристика. Дихальна недостатність — стан організму, за якого нормальна функція системи дихання недостатня для

забезпечення організму необхідною кількістю кисню та виведення відповідної кількості вуглекислого газу.

За тяжкістю перебігу і ускладненнями розрізняють три ступені дихальної недостатності. При ДН I ступеня газовий склад крові не змінений, наявна тільки вентиляційна недостатність.

У разі ДН II ступеня до вентиляційної недостатності приєднується артеріальна гіпоксемія.

За наявності ДН III ступеня до легеневої недостатності приєднується серцева (правошлуночкова) недостатність (табл. 2).

Таблиця 2

Критерії дихальної недостатності

Показники	ДН I ступеня	ДН II ступеня	ДН III ступеня
Проба Тіффно (ФЖЄЛ) за 1 с	До 72-75%	60-65%	50-55%
ЖЄЛ	До 62-65%	52-55%	До 50%
МВЛ	До 55-60%	48-50%	45-47%
Частота дихання	20-22	23-25	28
Хвилинний об'єм дихання	До 135%	150-155%	До 163%
Р _{О₂} , мм рт.ст.	97	85-90	81
Р _{СО₂} , мм рт.ст.	36	42-45	45,6
Поглинання кисню в стані спокою	120%	127%	-
Насичення артеріальної крові киснем	92-93%	85-89%	До 85%

Примітка: ФЖЄЛ – форсована життєва ємність легень, ЖЄЛ – життєва ємність легень, МВЛ – максимальна вентиляція легень.

Методи виявлення морфологічних змін та функціональних порушень.

Важливе значення має анамнез, огляд хворого, ЕКГ, рентгенографія грудної клітки, визначення показників функції зовнішнього дихання, легеневого газообміну.

Клінічний і трудовий прогноз, показані та протипоказані види і умови праці. У більшості хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень при ДН I — II ступеня клінічний прогноз сприятливий. Доступна більшість професій у сприятливих санітарно-гігієнічних умовах. Протипоказані види праці, пов'язані з контактом бронхо- і пульмотропними отрутами, у несприятливих метеорологічних умовах. За певності ДН III ступеня протипоказані всі види праці в умовах виробництва.

Критерії визначення груп інвалідності. У разі ДН I ступеня хворі підлягають працевлаштуванню, якщо в основній професії є протипоказані виробничі фактори (наприклад, робота в лакофарбових цехах).

Хворі з ДН II ступеня частіше обмежено працездатні (інваліди III групи). Здебільшого рекомендують роботу, пов'язану лише з незначним фізичним і помірним нервово-психічним напруженням. Недоступна робота, яка потребує постійного мовного навантаження (викладачі, вчителі, лектори, співаки), напруження дихального апарату (склодуви, музиканти, що грають на духових інструментах), частих відряджень, експедицій.

У випадках ДН III ступеня більшість хворих непрацездатні (інваліди III групи), а іноді в разі потреби в сторонньому догляді — інваліди I групи.

Шляхи реабілітації. За наявності ДН I — II ступеня потрібен постійний диспансерний нагляд за хворими на обструктивний бронхіт, емфізему легень, з пневмосклерозом, на бронхоектатичну хворобу, бронхіальну астму. Однак важливим є проведення медикаментозного і санаторно-курортного лікування.

У разі ДН III ступеня потрібно проводити медичну реабілітацію, тоді як професійна реабілітація часто неможлива.

Гіпертонічна хвороба

Клініко-експертна характеристика визначається типом перебігу гіпертонічної хвороби, стадією, частотою і тяжкістю кризів, швидкістю і ступенем відновлення порушених функцій внутрішніх органів і систем, наявністю

супутнього атеросклерозу різних судинних басейнів та інших захворювань, професією хворого й умовами праці. Розрізняють дві форми гіпертонічної хвороби: повільно і швидко прогресуючу (злоякісну). Повільно прогресуюча гіпертонічна хвороба перебігає стадійно. При I стадії має місце збільшений тонус артеріол, який 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 і нирок. Під час дослідження очного дна виявляють звуження артерій і розширення вен, виражений перипапілярний набряк сітківки, іноді — точкові крововиливи в сітківці. З боку серця характерна гіпертрофія лівого шлуночка, поява систолічного шуму над верхівкою і акцент II тону аортою. Порушення функції нирок проявляється зниженням концентраційної функції. Поступово знижується і видільна функція нирок. Тривалість II стадії гіпертонічної хвороби — 10 років і більше. У III стадії гіпертонічної хвороби значні зміни судин і внутрішніх органів є причиною виражених пор їх функцій. З боку серця характерним є розвиток ліво-, а пізніше і правошлуночкової недостатності. Ушкодження мозкових судин спричинюють крововиливи та ішемію мозку. З боку нирок прогресуюче зморщення 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. Захворювання може ускладнюватися гіпертензивними кризами, які негативно впливають на його перебіг. Атеросклероз судин, що має місце при гіпертонічній хворобі, є самостійним захворюванням, перебіг 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 спричинює зміни в артеріолах різних органів, особливо нирок. Характерний швидкий перехід від однієї стадії до іншої, рання поява артеріолонекротичних змін у різних органах і раннє порушення їх функцій.

Методи виявлення морфологічних змін і 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).

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Прогноз визначається стадією і характером перебігу гіпертонічної хвороби, наявністю супутнього атеросклерозу судин та інших хвороб, професією хворого й умовами праці. У хворих із I стадією гіпертонічної хвороби працездатність незначно знижена, їм протипоказана праця, пов'язана зі значним фізичним і нервово-психічним напруженням, порушенням сну, у гарячих цехах, в умовах дуже низької температури та шуму. При II стадії захворювання працездатність хворих значно знижена, їм протипоказана праця, пов'язана з фізичним навантаженням, негативними емоціями, тривалими перебуваннями у вимушеному положенні, робота на висоті, в холодному і вогкому приміщеннях, пов'язана з виробничим шумом. За злоякісного перебігу гіпертонічної хвороби хворі уже на початку хвороби обмежено працездатні, а в подальшому — цілком непрацездатні. Тимчасова непрацездатність при гіпертонічній хворобі може бути причинена гіпертензивним кризом, нападом стенокардії, лівошлуночковою недостатністю, порушенням мозкового кровообігу. Тривалість тимчасової непрацездатності хворого залежить від стадії захворювання, тяжкості гіпертензивного 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 гіпертензивного кризу порушенням мозкового чи коронарного кровотоку тривалість періоду непрацездатності хворого різко збільшується.

Критерії визначення груп інвалідності. При І стадії гіпертонічної хвороби більшість хворих працездатні. Лише за необхідності перекваліфікації хворому може бути тимчасово встановлена ІІІ група інвалідності. При ІІ стадії хворі обмежено працездатні, що вимагає їх раціонального працевлаштування на місцях з меншим обсягом роботи і нижчою кваліфікацією. Більшість хворих з ІІ стадією захворювання, яка перебігає з частими гіпертензивними кризами, нападами стенокардії та динамічними порушеннями мозкового кровообігу, є інвалідами ІІ групи. У разі ІІІ стадії гіпертонічної хвороби хворі цілком непрацездатні (інваліди ІІІ групи), а ті, що втрачають здатність до самообслуговування, є інвалідами І групи (Додаток 2).

ІІІ група інвалідності встановлюється хворим АГ ІІ ст. з повільно прогресуючим перебігом при мінімальних ураженнях органів-мішеней, з низьким, рідше - середнім ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, ефективності лікування, відсутності важких супутніх захворювань, з обмеженням здатності до трудової діяльності, самообслуговування, пересування І ст., які потребують раціонального трудового влаштування (зменшення обсягу виробничої діяльності або переведення на роботу за іншою професією, нижчої кваліфікації).

ІІ група інвалідності встановлюється хворим із злоякісною АГ, АГ ІІ і ІІІ ст. при помірному ураженні органів-мішеней, середнім і високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, нестійким ефектом лікування, помірної декомпенсацією серцевої діяльності (СН ІІА ст.), ДЕ ІІ ст., з обмеженням здатності до самообслуговування, пересуванню, спілкуванню, трудової діяльності, навчання - ІІ ст. У ряді випадків при стабілізації процесу хворі можуть виконувати працю в спеціально створених умовах, переважно вдома, з урахуванням професійних навичок.

І група інвалідності встановлюється хворим АГ ІІІ ст. прогресуючого перебігу (в тому числі при злоякісній АГ) з важкими ускладненнями (СН ІІБ-ІІІ ст., ХНН ІІБ-ІІІ ст., ДЕ ІІІ ст.), рефрактерністю до лікування, з

обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, спілкування, орієнтації - III ст.

Шляхи реабілітації. Велике значення має рання діагностика захворювання, раціональне працевлаштування та лікування хворих. Диспансерне спостереження, своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів, виключення факторів ризику та шкідливих звичок дає можливість зберегти працездатність і продовжити тривалість життя більшості хворих на гіпертонічну хворобу.

Ішемічна хвороба серця

Клініко-експертна характеристика. Ішемічна хвороба серця (ІХС) - гострий або хронічний патологічний процес у міокарді, зумовлений його неадекватним постачанням кров'ю внаслідок органічного пошкодження вінцевих артерій, значно рідше — їхніх функціональних змін (спазм, недостатність с кровообігу в разі збільшення навантаження). Згідно з класифікацією ВООЗ, ІХС виражається в таких клінічних формах: раптова коронарна смерть, стенокардія напруження (що 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 нападами стенокардії, що виникають під впливом нервово-психічного напруження або без явних причин (у стані спокою). Згідно з класифікацією, стабільна стенокардія напруження поділяється на функціональні класи (ФК), які визначаються інтенсивністю фізичного навантаження, внаслідок якого виникає напад за груднинного болю. Перший ФК — «латентна» стенокардія: напади виникають при значних і навантаженнях; II ФК — напади виникають при помірному фізичному навантаженні: швидкій ходьбі по рівній місцевості на відстань не менше ніж 500 м, сходами на 3-й поверх, при супутніх несприятливих факторах (психоемоційних стресах, у холодну погоду); III ФК — напади виникають під

час ходьби в середньому темпі на відстань менше ніж 500 м, підйомі сходами на 2-й поверх, іноді в стані спокою. IV ФК — стенокардія спокою — виникає без будь-якого фізичного навантаження. У більшості хворих цієї групи наявні недостатність кровообігу та інфаркт міокарда в анамнезі.

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

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

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

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці визначаються функціональним класом стенокардії, частотою нападів, ефективністю лікування, наявністю супутніх захворювань, професією й умовами праці хворого.

Хворим на стабільну стенокардію напруження I ФК протипоказана праця зі фізичним і психоемоційним навантаженням, у гарячих цехах, у нічну зміну, з постійним перебуванням на ногах. Розумова праця цим хворим не протипоказана.

У разі стенокардії II ФК хворим протипоказана праця з помірним фізичним і психоемоційним навантаженням. Вони можуть виконувати роботу в положенні сидячи, у 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 праця. Більшість хворих розумової праці залишаються працездатними, якщо праця не пов'язана з нервово-психічним напруженням.

Хворі зі стенокардією IV ФК непрацездатні. Окремі хворі можуть виконувати роботу вдома. Якщо стан здоров'я прогресує погіршується, приєднуються аритмія, серцева недостатність, такі хворі втрачають здатність до самообслуговування навіть потребують стороннього догляду.

Критерії визначення груп інвалідності. У разі стабільної стенокардії напруження I ФК хворих, що виконують тяжку фізичну працю, визначають обмежено працездатними (інваліди III групи) у зв'язку з необхідністю змінити місце роботи, інші хворі цієї групи працездатні.

За наявності стенокардії напруження II ФК більшість хворих, що виконують фізичну працю, і частину хворих, зайнятих розумовою працею, пов'язаною із нервовим і психічним навантаженням, визнають обмежено працездатними (інваліди III групи).

Хворі зі стенокардією напруження 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. Унаслідок прогресування серцевої недостатності хворі втрачають здатність до самообслуговування, потребують стороннього догляду, їх визнають інвалідами I групи (схема 14).

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 це дає можливість зберегти працездатність, подовжити тривалість та поліпшити якість життя більшості хворих на ІХС.

Інфаркт міокарда

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 у міокарді, спричинених порушенням кровопостачання. Величина вогнища некрозу залежить від величини obtурованої артерії, наявності анастомозів і стану інших в'язцевих судин. Кінцевим наслідком некрозу міокарда є утворення сполучнотканинного рубця. Якщо вогнище некрозу досить велике, то під впливом внутрішньощлуночкового тиску на уражену ділянку виникає аневризма серця.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини;
- 2) загальне клінічне і біохімічне дослідження крові (активність ферментів ліпдограма, глюкоза крові, міоглобін);
- 3) дослідження сечі на глюкозу і міоглобін;
- 4) ЕКГ у динаміці.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Прогноз визначають ступінь порушення коронарного кровотоку, величина ділянки некрозу, супутні захворювання, стан центральної нервової системи, професія хворого та умови праці. Локалізація інфаркту не впливає на працездатність хворого. Усім хворим на інфаркт міокарда протипоказана праця, пов'язана зі значним фізичним, нервово-психічним навантаженням, у нічний час і в несприятливих виробничих умовах.

Тимчасова непрацездатність визначається клінічною картиною, перебігом захворювання, величиною зони інфаркту, наявністю ускладнень і віком хворого. У разі дрібновогнищевого інфаркту тимчасова непрацездатність триває до 2 міс., а при обширному й ускладненому інфаркті — 4 міс. і більше.

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 працю, їх визнають інвалідами III групи. Частина хворих не може виконувати будь-яку роботу, їх визнають інвалідами II групи (Додатки 3, 4).

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

Ревматизм

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

За перебігом первинний ревмокардит поділяють на гострий (до 2 міс), підгострий (2—4 міс), млявий (більше ніж 4 міс), безперервно рецидивуючий і латентний.

Унаслідок ревмокардиту протягом 3 — 6 міс. формується певна вада серця. Клінічна картина ревмокардиту визначається локалізацією, характером і ступенем ураження клапанів, перебігом ревматичного процесу і станом кровообігу. Найчастіше спостерігаються вади мітрального клапана (50 — 65 %), значно рідше ізольовані аортальні вади (18 — 25 %). Найрідше трапляються тристулкового клапана, які зазвичай поєднуються з вадами мітрального клапана. Іноді виникають комбіновані вади серця (мітрально-аортально-трикуспідальні).

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання;
- 2) дослідження крові загальне і на гострофазові показники запалення;

3) електро-, фоно- та ехокардіографія.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. Експертиза працездатності хворого на ревматизм повинна базуватися на характері перебігу захворювання, його клінічній формі, ступені активності процесу і недостатності кровообігу (Додаток 5).

У випадках гострої і підгострої форм ревматизму хворі непрацездатні протягом 2,5 — 4 міс, а пізніше можуть приступити до праці. Їм протипоказана праця, пов'язана зі значним фізичним і нервово-психічним навантаженням, у 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 праця з незначним фізичним і нервово-психічним навантаженням, бажано сидячи і в сприятливих виробничих умовах.

Критерії визначення груп інвалідності. Хворих, що перенесли гострий чи підгострий первинний ревмокардит і працюють у несприятливих умовах, після закінчення терміну тимчасової непрацездатності необхідно раціонально працевлаштувати. Якщо при цьому зменшується кваліфікація і обсяг роботи, то встановлюють III групу інвалідності.

Хворих із млявим перебігом первинного ревмокардиту, які зайняті важкою фізичною працею, визнають інвалідами III групи. Хворі розумової праці можуть продовжувати свої професійні обов'язки.

Шляхи реабілітації. Хворим на ревматизм призначають диспансерне спостереження, систематичне протирецидивне лікування, санацію вогнищ інфекції, санаторно-курортне лікування, раціональне працевлаштування, за показаннями — хірургічне лікування.

Хронічна недостатність кровообігу

Клініко-експертна характеристика визначається характером захворювання, що призвело до порушення функцій міокарда, стадією недостатності кровообігу, наявністю ускладнень з боку внутрішніх органів і систем.

Згідно з класифікацією (М.Д. Стражеско, В.Х. Василенко), виокремлюють три стадії недостатності кровообігу:

- I стадія — період прихованої недостатності кровообігу, що характеризується тільки суб'єктивними ознаками (задишка, серцебиття, підвищена психічна і фізична втомлюваність, головний біль), які виникають тільки під час значних фізичних зусиль;

- II A стадія — характеризується наявністю суб'єктивних і об'єктивних ознак недостатності кровообігу. До об'єктивних ознак належить міогенна дилатація серця і застійні явища у 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;

- II B стадія — характеризується вираженими суб'єктивними і об'єктивними ознаками тотальної недостатності кровообігу як у малому, так і у великому кровообігу. Під впливом лікування прояви недостатності кровообігу зменшуються, але повністю не зникають;

- III стадія (дистрофічна) — характеризується глибокими порушеннями функцій усіх органів і систем. Для неї характерні такі ускладнення, як серцевий цироз печінки, кардіомегалія, анасарка, кахексія.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

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

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

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

У разі I стадії недостатності кровообігу хворим протипоказана важка фізична праця в несприятливих умовах. Такі хворі підлягають раціональному працевлаштуванню.

При II А стадії недостатності кровообігу хворим протипоказана помірно важка фізична праця і тривале перебування на ногах. Таким чином, працездатність хворих цієї групи знижена.

За наявності II Б стадії недостатності кровообігу хворим протипоказана помірно важка фізична праця і тривале перебування на ногах. Працездатність хворих цієї групи знижена.

При III стадії недостатності кровообігу хворим протипоказана будь-яка праця.

Працездатність хворого із пароксизмальною миготливою аритмією залежить від частоти і тривалості пароксизмів. За стійкої миготливої аритмії хворим протипоказана важка і помірно важка праця.

У разі повної поперечної блокади протипоказана важка і помірно важка праця. Якщо блокада супроводжується частими нападами Морганьї — Адамса — Стокса, то хворих визнають непрацездатними.

При блокадах передсердно-шлуночкового пучка, екстрасистоліях хворим протипоказана важка фізична праця. Усі вони підлягають раціональному працевлаштуванню або їх визнають непрацездатними.

У разі постінфарктного кардіосклерозу працездатність хворих оцінюють залежно від величини рубцевих зон у міокарді, наявності аневризми серця і коронарної недостатності.

Критерії визначення груп інвалідності. Інвалідність III групи встановлюють хворим із недостатністю кровообігу II А стадії, які не можуть виконувати свою професійну працю у зв'язку з наявністю протипоказань. До цієї групи відносять хворих із лівошлуночковою недостатністю, повною

поперечною блокадою без нападів Морганї — Адамса — Стокса, а також хворих із миготливою аритмією.

Інвалідність II групи встановлюють хворим із II Б стадією недостатності кровообігу, у разі вираженої лівошлуночкової недостатності з частими нападами серцевої астми, а також при повній поперечній блокаді з частими нападами Морганї — Адамса — Стокса.

Інвалідність I групи встановлюють хворим із III стадією недостатності кровообігу і наявністю виражених змін з боку внутрішніх органів (серцевий цироз печінки, асцит, застійні нирки тощо). Такі хворі здебільшого втрачають здатність з самообслуговування.

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

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки

Клініко-експертна характеристика. Під час експертизи працездатності хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки слід враховувати тяжкість клінічного перебігу захворювання, ускладнення і соціальні фактори. За тяжкістю перебігу виокремлюють легку, середню і тяжку форми виразкової хвороби.

Легка форма характеризується рідкими (1 раз на 2 — 3 роки) загостреннями, що виникають унаслідок значних порушень режиму харчування та нервово-психічних або фізичних перенапружень. Больовий та диспептичний синдроми виражені незначно. Підчас клінічної ремісії хворі скарг не висловлюють.

У разі виразкової хвороби *середньої тяжкості* загострення виникають 2—3 рази на рік і тривають 4—6 тиж. Загострення супроводжуються вираженими больовим і диспептичним синдромами. У хворих спостерігають

блювання, порушення секреторної та моторно-евакуаторної функцій шлунка, порушення харчування. Під час ремісії клінічні симптоми повністю не зникають.

Тяжка форма виразкової хвороби проявляється загостреннями протягом року 5—6 разів і частіше. Кожне загострення триває 6 — 8 тиж. і супроводжується різко вираженими больовим і диспептичним синдромами. Часто захворювання набуває безперервно рецидивуючого характеру. Виявляють різні ускладнення, порушення харчування. Консервативні методи лікування малоефективні.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень оснований на даних клінічної картини захворювання, результатах фіброгастроуденоскопії, рентгеноскопії органів травлення, які відображають стан моторно-евакуаторної та секреторної функцій шлунка.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. За сучасних методів лікування виразкової хвороби прогноз здебільшого сприятливий. При легкій формі захворювання протипоказана робота, пов'язана зі значним фізичним напруженням, тремтінням тіла, травмуванням надчеревної ділянки, контактом із промисловими отрутами, випаровуванням кислот і лугів, частими відрядженнями, що перешкоджають дотриманню режиму харчування.

Ще більших обмежень у праці потребують хворі на виразкову хворобу середньої тяжкості, однак особам розумової праці під час загострення виразкової хвороби визначають тимчасову непрацездатність. Після закінчення курсу лікування працездатність у них відновлюється.

Хворим із тяжким перебігом виразкової хвороби праця у звичних виробничих умовах протипоказана. Однак в окремих випадках вони можуть виконувати роботу без визначеного темпу і фізичного напруження, поблизу від місця проживання, у денну зміну або вдома. Робітники розумової праці можуть працювати за скороченим робочим часом.

У разі ускладненої виразкової хвороби працездатність хворих залежить від характеру ускладнень. За наявності компенсованого стенозу воротаря та інших ускладнень, що не потребують хірургічного лікування, працездатність

визначають за тими самими критеріями, що і при виразковій хворобі без ускладнень.

Критерії визначення груп інвалідності. У разі легкої форми виразкової хвороби хворі здебільшого залишаються працездатними, а необхідні обмеження щодо трудової діяльності можуть бути визначені ЛКК, за рішенням якої хворих влаштовують на іншу роботу без зниження кваліфікації та обсягу виробничої діяльності.

Хворим на виразкову хворобу середньої тяжкості, що працюють у несприятливих умовах, на період перенавчання, а також у разі переведення на роботу нижчої кваліфікації інколи встановлюють інвалідність III групи.

За тяжкої форми перебігу виразкової хвороби хворі професійну працю зазвичай виконувати не можуть, їх визнають інвалідами II групи. Однак робітники інтелектуальної сфери можуть виконувати свої функції за скороченим робочим часом або з обмеженням обсягу виконання професійних завдань. їм звичайно качають інвалідність III групи.

У разі некомпенсованого стенозу вихідного відділу шлунка, при хронічних кальозних і пенетруючих виразках, повторних кровотечах хворих здебільшого визнають інвалідами II групи. Найчастіше такі хворі потребують оперативного лікування. Після операції працездатність хворих залежить від її результатів, ступеня морфологічних і функціональних змін, соціальних факторів.

Шляхи реабілітації. Сучасні методи комплексного відновного лікування хворих на виразкову хворобу значно підвищують можливості трудової реабілітації.

У разі неефективності консервативної терапії рекомендують хірургічні методи лікування (особливо при ускладненнях виразкової хвороби).

Хронічний панкреатит

Клініко-експертна характеристика. Питання стійкої втрати працездатності на хронічний панкреатит вирішується залежно від клінічної форми захворювання, ступеня порушень зовнішньої та внутрішньої секреції підшлункової залози, а також соціальних факторів.

В експертному відношенні виокремлюють три ступеня тяжкості хронічного панкреатиту: легкий, середній і тяжкий. У разі *легкого ступеня* захворювання загострення короточасні, виникають рідко, приблизно 1 — 2 рази на рік. Біль знімається шляхом застосування спазмолітичних засобів. Тривалість тимчасової непрацездатності під час загострення хронічного панкреатиту становить 1 — 2 тиж. Захворювання прогресує повільно, без вираженого больового синдрому. У фазі ремісії стан хворого задовільний. При *середньому ступені* хронічного панкреатиту загострення виникають 3-5 разів на рік, тривають 3 — 4 тиж., супроводжуються підвищенням температури тіла, нейтрофільним лейкоцитозом. Рівень амілази крові та сечі зазвичай підвищений. Больовий синдром значно виражений, він знімається лише за допомогою спазмолітичних засобів разом із інгібіторами трипсину. Під час ремісії визначається зниження зовнішньої секреції підшлункової залози, що зумовлює виникнення диспептичного синдрому і схуднення хворого.

Тяжкий ступінь хронічного панкреатиту характеризується безперервно рецидивним перебігом, наявністю проносу, мегалофекалії, креатореї, стеатореї, амилореї. Відзначається значне і стійке пригнічення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, що сприяє розвитку диспептичного синдрому і прогресуючому схудненню хворого. Можливий розвиток ЦЦ внаслідок зменшення внутрішньосекреторної функції підшлункової залози.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1)аналіз клінічної картини захворювання",
 - 2) загальне клінічне дослідження крові, дослідження калу на наявність стеато-,креато- та амилореї;
 - 3)визначення рівня білірубіну, амілази і глюкози в сечі та крові;
 - 4)визначення рівня ферментів у підшлунковому соку;
 - 5)ультразвукове, тепловізійне і рентгенологічне дослідження підшлункової залози; лапароскопія (за необхідності).
- При псевдотуморозній формі часто виникає жовтяниця.

Трудовий прогноз, показані і протипоказані умови і види праці залежать від ступеня тяжкості хронічного панкреатиту.

У разі легкого перебігу захворювання працездатність хворих у звичайних виробничих умовах найчастіше збережена. Їм протипоказана праця, що пов'язана з тяжким фізичним навантаженням, вібрацією, напруженням м'язів передньої черевної стінки, порушеннями дієтичного режиму.

За середнього ступеня тяжкості працездатність хворих зазвичай порушується. Фізична праця та робота зі значним нервово-психічним напруженням таким хворим протипоказані. Протипоказані також тривала ходьба, вимушене положення тіла і напруження м'язів передньої черевної стінки.

Хворим на хронічний панкреатит тяжкого ступеня найчастіше доступна лишена домна праця.

Критерії визначення груп інвалідності. У разі легкої форми хворі стають тимчасово непрацездатними лише під час загострення захворювання.

За середнього ступеня тяжкості хронічного панкреатиту хворих, що виконують тяжку фізичну роботу чи роботу зі значним нервово-психічним напруженням, у разі переведення їх на іншу роботу зі зниженням кваліфікації або обмеженням обсягу діяльності, визнають інвалідами III групи.

Тяжкий ступінь хронічного панкреатиту не дозволяє хворим виконувати будь-яку роботу у звичайних умовах. Їм призначають II групу інвалідності.

Показання для направлення на МСЕ

На МСЕ направляють хворих з хронічним панкреатитом:

- при II і III стадіях захворювання;
- з частими кровотечами;
- з тромбозом глибоких вен і порушенням функції органів малого тазу і статико-динамічної функції нижніх кінцівок;
- після оперативного лікування з середньою і важкою ступенями порушення функції травлення;
- після оперативного лікування і наявності не закриваються зовнішніх свищів.

Стандарти обстеження при направленні на МСЕ:

- рутинні аналізи;
- визначення активності ферментів в крові;
- визначення активності амілази в сечі;
- визначення активності ферментів у вмісті дванадцятипалої кишки (натще і з навантаженням);
- копрограма;
- проба Штауб - Трауготт з подвійною цукровим навантаженням;
- рентгеноскопія шлунка і дванадцятипалої кишки (в умовах гіпотонії);
- УЗД печінки, позапечінкових жовчних шляхів, жовчного міхура, підшлункової залози;
- комп'ютерна томографія залози (при каменях головного протока підшлункової залози).

Критерії груп інвалідності. Помірне обмеження життєдіяльності визначається хворим з II стадією захворювання, хворим після оперативного лікування без ускладнень, без порушення або при легкому ступені порушенні функцій підшлункової залози в протипоказаних професіях і неможливості раціонального працевлаштування без зниження кваліфікації або зменшення обсягу виробничої діяльності (інваліди III групи).

Виражене обмеження життєдіяльності визначається хворим при III стадії захворювання, з частими повторними кровотечами і при безуспішності інтенсивної терапії, хворим після оперативного лікування з зовнішніми жовчними і панкреатическими свищами, хворим з великими псевдокистами (II група інвалідності).

Різко виражене обмеження життєдіяльності визначається хворим з різко вираженою екзокринної і ендокринної недостатністю, з різко вираженим порушенням функції травлення, кахексією, аліментарної дистрофією при потребу в постійному сторонньому догляді (I група інвалідності).

Шляхи реабілітації. Реабілітація хворих на хронічний панкреатит є найефективнішою в разі раннього виявлення захворювання. Комплекс реабілітаційних заходів включає лише показані умови праці, дієтичне харчування,

систематичне лікування з використанням інгібіторів трипсину і ферментних препаратів, що поліпшують травлення. Важливе значення у реабілітації має санаторно-курортне лікування (Карпати, Квітка Полонини, Миргород, Моршин, СонячнеЗакарпаття, Трускавець, Феодосія тощо).

Хронічний гепатит і цироз печінки

Клініко-експертна характеристика. Хронічний гепатит за морфологічними та клінічними ознаками поділяють на три групи: активний (агресивний), персистувальний і холестатичний. Виокремлюють сприятливий (легкий), середньоїтяжкості і тяжкий перебіг хронічного гепатиту.

Цироз печінки — це комбіноване ураження паренхіми і строми, що супроводжується дистрофією та некрозом гепатоцитів, вузловою регенерацією печінковоїтканини, дифузним розвитком сполучної тканини, перебудовою паренхіми і судинної системи печінки.

Для вирішення питань експертизи непрацездатності хворих на цироз печінки затворювання поділяють на чотири стадії.

У *I стадії*(легкий перебіг), що межує з хронічним гепатитом, хворі відзначають загальну слабкість, тупий біль у правій підребровій ділянці. Об'єктивно виявляють збільшену та щільну печінку, телеангіектазії на обличчі, кінцівках, тулубі. Під час загострення з'являється жовтяниця, відзначається помірне збільшення в сироватці крові фракції γ -глобулінів, зменшення вмісту β -ліпопротеїдів, підвищення рівня білірубину і поява уробіліну в сечі, що свідчить про I ступінь гепатоцелюлярної недостатності. Наявність портальної гіпертензії I ступеня проявляється метеоризмом, диспепсичними розладами, нестійкістю випорожнень, збільшенням селезінки.

При *II стадії* захворювання (перебіг середньої тяжкості) хворі скаржаться на загальну слабкість, підвищену втомлюваність, зниження працездатності. Об'єктивно визначають жовтяницю, геморагічний синдром, збільшену та щільну печінку, портальну гіпертензію I ступеня, явища гіперспленізму (анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія). Значне порушення

функції гепатоцитів проявляється гіпопротеїнемією і гіпоальбумінемією, зниженням протромбіноутворювальної функції (протромбінового індексу), гіпербілірубінемією та уробілінурією.

У *III стадії* (тяжкий перебіг) цироз печінки проявляється розгорнутою клінічною картиною: печінка часто зменшена, щільна, портальна гіпертензія III ступеня (варикозне розширення вен стравоходу і шлунка, а також передньої стінки живота), порушення функцій печінки III ступеня (виражена інтоксикація, жовтяниця, олігурія, функціональні проби печінки різко змінені, а також синдром гіперспленізму).

За наявності *IV стадії* цирозу печінки (тяжкий перебіг) спостерігається виражена дистрофія печінки: постійна жовтяниця, асцит, зниження маси тіла, лена та щільна печінка, збільшена селезінка, явища гіперспленізму, різко виражена портальна гіпертензія, що проявляється періодичними стравохідно-шлунковими кровотечами.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень: 1) аналіз клінічної картини захворювання;
2) загальне клінічне та біохімічне дослідження крові (на білірубін, трансамінази, білки та їх фракції, протромбін, ліпидограма), дослідження сечі на уробілін; визначення тиску в портальній системі, фіброезофагогастроскопія, УЗД печінки та селезінки.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.
Сучасні і лікування дозволяють в окремих випадках досягти тривалої ремісії та позитивної динаміки працездатності хворих на хронічний гепатит і цироз печінки.

При хронічному гепатиті будь-якої морфологічної форми хворому протипоказана робота, пов'язана із дією гепатотропних отрут (етильований бензин, чотирихлористий вуглець, бензол, ксилол, ртуть, миш'як, фосфор), високих або низьких температур, інших несприятливих факторів. Показані професії з виконанням легкої та середньої тяжкості фізичної, а також розумової праці.

Трудовий прогноз при цирозі печінки визначається характером клінічного перебігу захворювання, ступенем порушення функцій печінки та проявами портальної гіпертензії, а також характером і умовами праці.

Критерії визначення груп інвалідності. Хворих на хронічний гепатит найчастіше визнають тимчасово непрацездатними під час загострення процесу. Однак у разі вираженої клінічної симптоматики хронічного активного гепатиту, значного порушення функцій печінки, несприятливих умов праці хворих визнають обмежено працездатними (III група інвалідності), а в окремих випадках цілком непрацездатними (інвалідами II групи).

При I стадії цирозу печінки особи розумової праці залишаються працездатними, хворі можуть виконувати легку та середньої тяжкості фізичну роботу. Необхідність переведення на іншу роботу зі зниженням кваліфікації є причиною для встановлення таким хворим III групи інвалідності.

У II стадії захворювання особи розумової праці можуть також залишатися працездатними, однак пацієнти, що виконують фізичну працю, можуть її виконувати лише при легкому фізичному навантаженні, їм найчастіше встановлюють III групу інвалідності.

У разі III стадії цирозу печінки всіх хворих зазвичай направляють на МСЕК визнають обмежено працездатними (інвалідами III групи) або непрацездатними у звичайних виробничих умовах (інвалідами II групи).

При IV стадії цирозу печінки хворих визнають інвалідами II групи, а у випадках, коли вони потребують стороннього догляду, — інвалідами I групи

Необхідний мінімум обстеження при направленні хворих в бюро МСЕ:

- клінічний аналіз крові, аналіз сечі на уробіліну і жовчні пігменти;
- біохімічні дослідження крові: АСТ, АЛТ, ЛДГ, білірубін, лужна
- фосфатаза, у - ГТП, холестерин, загальний білок і фракції, фібриноген,
- протромбіновий індекс, цукор, креатинін; УЗД органів черевної

порожнини,

- сканування печінки і селезінки: біопсія печінки (за показаннями).

Критерії інвалідності: стадія, характер перебігу, частота загострень, ступінь активності, якість і тривалість ремісій, ступінь порушення функції печінки, важкість позапечінкових (системних) поразок, тяжкість портальної гіпертензії та гіперспленизма, ступінь обмеження життєдіяльності - здатності до самообслуговування, пересування, професійної трудової діяльності; соціальні чинники.

III група інвалідності визначається у зв'язку з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності I ст., хворим ХГ II стадії повільно прогресуючого перебігу з загостреннями, що продовжуються 4-6 тижнів., наступаючими 2-3 рази на рік, активністю процесу I ст., порушенням функцій печінки легкого, рідше середнього ступеня, і хворим ХГ IV ст. (цироз печінки, стадія А по Чайлд-П'ю) з такою ж частотою і тривалістю загострень, ступенем активності і тяжкістю порушень функції печінки, з портальною гіпертензією II ст., різко вираженим синдромом гіперспленизма без геморагічних проявів, працюючим в протипоказаних видах і умовах праці та в зв'язку з цим які потребують переведення на роботу за іншою, доступною професією, або істотному зменшенні обсягу виробничої діяльності.

II група інвалідності визначається в зв'язку з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності II ст., хворим ХГ II і III стадії переривчасто-рецидивного перебігу з частими (до 4-5 разів на рік) тривалими (6-8 тиж.) загостреннями, активністю II ст., порушенням функцій печінки середнього або важкого ступеня, вираженими позапечінковими (системними) проявами, а також хворим ХГ IV ст. (цироз печінки стадії В по Чайлд-П'ю) з такою ж частотою і тривалістю загострень, ступенем активності і вагою порушень функцій печінки, з портальною гіпертензією III ст., вираженими проявами синдрому гіперспленизма (анемія, лейкопенія,

тромбоцитопенія). В окремих випадках може бути рекомендована праця в спеціально створених умовах (надому).

I група інвалідності визначається в зв'язку з обмеженням здатності досамообслуговування, пересування, трудової діяльності III ст., хворим ХГ III стадії швидко прогресуючого, безперервно рецидивуючого перебігу, за активністю III ст., розвитком важкої печінкової недостатності, системних уражень з важким порушенням функцій підшлункової залози, нирок, інших органів, виснаженням, а також хворим ХГ IV ст. (Цироз печінки стадії С за Чайлд-П'ю), з активністю II-III ст., тяжкою недостатністю функцій печінки, портальною гіпертензією IV ст., інтоксикацією і енцефалопатією.

Причина інвалідності: найчастішою є «загальне захворювання»; привідповідних анамнестичних даних документально підтверджених, може бути встановлена «інвалідність з дитинства». У медичного персоналу, працюючого в центрах гемодіалізу, приготування препаратів крові, відділеннях для лікування хворих на вірусний гепатит; осіб, які працюють в контакт з гепатотропними токсичними агентами, при наявності відповідних висновків, бюро МСЕ встановлює причину «професійне захворювання». У разі зараження і подальшого захворювання на гострий вірусний гепатит хірургів, акушерів-гінекологів, урологів та інших фахівців, які отримали випадкову травму в процесі оперативного лікування хворих - носіїв вірусу гепатиту, що підтверджено актом про нещасний випадок на виробництві за формою Н-1, причиною тимчасової непрацездатності, а в разі переходу в ХГ, зумовив втрату працездатності і інші обмеження життєдіяльності. Причиною інвалідності буде «трудове каліцтво». Причиною інвалідності може бути «захворювання, отримане в період військової служби».

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження за хворими, дієтотерапія, раціональне працевлаштування, санаторно-курортне лікування, виключення контакту з гепатотоксичними речовинами.

Жовчнокам'яна хвороба

Клініко-експертна характеристика. Для оцінювання працездатності хворих на жовчнокам'яну хворобу виокремлюють три форми захворювання: легку, середньої тяжкості і тяжку.

Легка форма характеризується повторенням нападів жовчної коліки 1 — 5 разів на рік, під час яких короткотривало може підвищуватися температура тіла, спостерігатися помірний лейкоцитоз, збільшена ШОЕ. Жовтяниці зазвичай не спостерігається, напади легко знімаються за допомогою спазмолітиків, ужитих усередину. Між нападами можливий ниючий біль у правій підребровій ділянці. Функції печінки не порушені.

Форма середньої тяжкості характеризується повторенням нападів жовчної коліки 1 раз за 1,5 — 2 міс, що тривають до 6 годі супроводжуються підвищенням температури тіла, блюванням, відчуттям гіркоти в роті, іншими диспепсичними явищами, інколи — механічною жовтяницею. При цьому спостерігають лейкоцитоз, диспротеїнемію, збільшення ШОЕ. Напади знімають за допомогою ін'єкцій спазмолітиків, однак і в період між нападами спостерігають постійний ниючий біль у правій підребровій ділянці, загальне нездужання, розбитість. Часто приєднуються хронічний персистувальний гепатит і панкреатит, відбувається незначне порушення функцій печінки.

Тяжка форма жовчнокам'яної хвороби проявляється больовими нападами 1 — 4 рази на місяць, що тривають протягом доби і більше та знімаються лише і шляхом застосування наркотичних засобів. У період між нападами зберігаються стійкий больовий синдром, диспептичні розлади, субфебрильна температура тіла. У хворих часто діагностують такі ускладнення, як хронічний холестатичний гепатит з порушенням функцій печінки, хронічний панкреатит з розладами зовнішньосекреторної функції підшлункової залози.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання;
- 2) загальне клінічне та біологічне дослідження крові (на білірубін та його фракції, трансамінази, лужну фосфатазу);

3) УЗД жовчного міхура та печінки.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Трудовий проноз при жовчнокам'яній хворобі залежить від клінічного перебігу, ступеня порушення функцій печінки, ускладнень та соціальних факторів. При всіх формах захворювання протипоказана робота у вимушеному положення тіла, з гепатотропними отрутами, робота, що супроводжується вібрацією тіла, робота водіїв транспортних засобів, тяжка фізична праця.

Критерії визначення груп інвалідності. У разі легкої форми жовчнокам'яної хвороби працездатність хворих на тривалий час не втрачається. Деякі обмеження щодо праці можуть бути надані через ЛКК. Хворі із середньою тяжкістю захворювання у разі виконання протипоказаних видів праці отримують інвалідність III групи на період перенавчання непротипоказаним видам праці. Затяжкої форми протипоказана будь-яка праця в умовах виробництва, хворих визнають інвалідами II групи.

Показання для направлення на МСЕ:

- форма середньої тяжкості захворювання і ПХЕС при необхідності раціонального працевлаштування через вираженого зниження життєдіяльності;
- важка форма перебігу захворювання та ускладнень після операції з вираженим і різко вираженим порушенням життєдіяльності;
- незавершена адаптація та компенсація після складних реконструктивно-відновлювальних операцій на жовчних шляхах і печінки.

Стандарти обстеження при направленні на МСЕ:

- клінічні аналізи крові і сечі;
- біохімічні аналізи крові (білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, білок і фракції, амілаза, холестерин, протромбін);
- дуоденальне зондування;
- копрограма;
- УЗД;

- рентгеноконтрастні дослідження печінки, жовчних шляхів, жовчного міхура;
- фібродуоденоскопія.

Критерії груп інвалідності. Помірне обмеження життєдіяльності (III група інвалідності) настає у хворих:

- з формою середньої тяжкості хронічного запального і калькульозного процесу в жовчовивідних шляхах при консервативному лікуванні;
- з формою середньої тяжкості ПХЕС;
- при незначній втраті жовчі (до 150-200 мл / добу) через зовнішній свищ.

Якщо трудова діяльність проходить в несприятливих умовах, то таким хворим встановлюється *III група інвалідності* для раціонального працевлаштування або обмеження обсягу праці.

Виражене обмеження життєдіяльності (*II група інвалідності*) настає при:

- перфективному консервативному лікуванні з переходом процесу в важку форму, приєднання захворювань інших органів шлунково-кишкового тракту і декомпенсації функції травлення;
- важких супутніх захворюваннях.

Важка форма ПХЕС і необхідність тривалого відновлення життєдіяльності після складних реконструктивних операцій для усунення основних причин ПХЕС також дають підстави для встановлення II групи інвалідності. При значних втратах жовчі через зовнішній свищ, зниженні маси тіла і частих перев'язках (більше 7 разів в день) також встановлюється II група інвалідності.

Різко виражене обмеження життєдіяльності настає при важких ускладненнях (кахексія, анемія), неефективному лікуванні та потребі в постійному сторонньому догляді. Цим хворим може бути встановлена *I група інвалідності*.

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження за хворими, дієтотерапія, фітотерапія та санаторно-курортне лікування, раціональне працевлаштування, вживання спазмолітиків під час коліки. При формах середньої тяжкості та тяжій хворим рекомендують раннє оперативне лікування в разі відсутності протипоказань. У реабілітації таких хворих набуває значення літотрипсія.

Хронічний холецистит

Клініко-експертна характеристика. Медико-соціальна експертиза при хронічному холециститі визначається клінічною формою захворювання, ускладненнями, ефективністю лікування, соціальними факторами. Виокремлюють три клінічні форми хронічного холециститу.

Легка форма характеризується помірно вираженим болем у правій підребровій ділянці та диспепсичними розладами, що посилюються після фізичного напруження або порушень у дієті. Загострення виникають 1 — 2 рази на рік і тривають по 1 — 2 тиж. Функції жовчного міхура порушуються незначно.

Форма середньої тяжкості проявляється постійним болем у правій підребровій ділянці, що посилюється підчас фізичного та нервово-психічного напруження. При цьому підвищується температура тіла. Загострення повторюються 5 — 6 разів на рік і тривають по 3 тиж. Значно порушується функція жовчного міхура. Нерідко розвиваються хронічний гепатит, панкреатит та інші ускладнення.

Для *тяжкої форми* характерні безперервні рецидиви загострень, наявність таких ускладнень, як гепатит, панкреатит, холангіт тощо.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1)аналіз клінічної картини захворювання;
- 2)загальне клінічне дослідження крові, дослідження дуоденального вмісту;
- 3)холецистографія та УЗД жовчного міхура.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані види і умови праці. Хворі з легкою формою хронічного холециститу працездатні при більшості професій, їм протипоказана робота у вимушеному положенні, пов'язана з постійним напруженням м'язів черевної стінки. У разі середньої тяжкості захворювання доступна легка фізична робота і розумова праця з помірним нервово-психічним напруженням.

Критерії визначення груп інвалідності. При легкій формі хронічного холециститу деякі обмеження щодо умов праці хворих можуть реалізуватися через ЛКК. У разі необхідності переведення на іншу роботу зі зниженням кваліфікації, хворому із захворюванням середньої тяжкості встановлюють III групу інвалідності.

Працездатність хворих з тяжкою формою захворювання в звичайних виробничих умовах втрачається, їх визнають інвалідами II групи. Особи кваліфікованої розумової праці (лікарі, юристи, викладачі, інженери) можуть виконувати свою роботу як консультанти у спеціально створених умовах.

Шляхи реабілітації. Диспансерне спостереження за хворими на хронічний холецистит, дієто- та фітотерапія, санаторно-курортне лікування сприяють реабілітації. При формах середньої тяжкості та тяжкій оперативне лікування часто сприяє одужанню.

Працездатність хворих на хронічний холецистит, що перенесли холецистектомію, зазвичай відновлюється, і вони повертаються до своєї професії, крім осіб, що виконують важку фізичну роботу.

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, часто — одночасно дві-три з цих ознак, встановлюють діагноз хронічного гломерулонефриту. Клінічно розрізняють латентну, гіпертензивну, набряково-

альбумінуричну (нефри-фротичним компонентом) і змішану форми хронічного гломерулонефриту.

У разі *латентної форми* захворювання зазвичай має місце слабковиражений сечовий синдром без набряків і артеріальної гіпертензії. Змін на очномудні не виявляють. Відносна густина сечі тривалий час не перевищує 1020. Основною клінічною ознакою *гіпертензивної форми* хронічного гломерулонефритує артеріальна гіпертензія з переважним підвищенням діастолічного артеріального тиску, сечовий синдром виражений незначно, набряки зазвичай відсутні. Рано виникають гіпертрофія лівого шлуночка та склеротичні зміни у судинах і та сітківці очей. *Набряково-альбумінурична (нефротична) форма* захворювання характеризується тетрадою симптомів — значною протеїнурією (понад 3,5 г на добу), гіпопротеїнемією, масивними набряками та ліпемією. Змішана форма має прояви нефротичного і гіпертензивного синдромів, у прогностичному відношенні вона найменш сприятлива.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання;
- 2) загальне клінічне дослідження крові та сечі, дослідження сечі за методами Нечипоренка і Зимницького;
- 3) дослідження на залишковий азот, креатинін, сечовину, холестерин, тригліцериди, β -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 та протипоказані види і умови праці.

Здебільшого у разі правильного лікування та оптимального працевлаштування хворого хронічний гломерулонефрит має відносно сприятливий перебіг. Незалежно від форми перебігу і ступеня функціональних розладів нирок, усім хворим на хронічний гломерулонефрит протипоказані значні фізичні та нервово-психічні навантаження, несприятливі метеорологічні фактори (переохолодження, перегрівання, вологість, інсоляція), токсична дія різних

речовин (алкоголь, препарати важких металів, інсектициди), радіоактивне опромінення, вакцинація.

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

III група інвалідності встановлюється хворим ХГН при наявності протипоказаних умов праці для перевodu на іншу роботу зі зниженням кваліфікації або обсягу виробничої діяльності: терміном на один рік з подальшим працевлаштуванням при ізольованих зміні сечі, клінічної ремісії НС, стабільної АГ I-II ступеня (класифікація ВООЗ - МІГ); хворим з ГГН при підозрі на хронізації процесу (ізольовані зміні сечі, прикордонна АГ).

У хворих визначаються легкі (1ст.) порушення функцій органів і систем, можуть бути встановлені обмеження здатності до самообслуговування, пересуванню, а також трудової діяльності 1 ст.

II група інвалідності встановлюється хворим:

- з ГГН, які перенесли ГНН з подальшим частковим відновленням екскреторної функції нирок (розвиток доазотеміческой або початкової ХНН);
- ПГН з порушенням функцій нирок середнього ступеня тяжкості;
- ХГН при безперервному рецидивуванні хвороби і відсутності ефекту терапії (IgM - варіант, мембранозно-проліферативний і мембранозний ГН, фокально-сегментарний гломерулосклероз);
- ХГН при персистирующем НС, погано коррігіруемой медикаментами АГ (III ступінь за класифікацією ВООЗ - МІГ);
- будь-яким ГН при розвитку значущих ускладнень лікування (психоз, стероїдний діабет, цитопенія, сепсис і т.д.) або значущих екстраренальних ускладнень (тромбози, флебіти, крововиливи, важка СН і т.д.).

У хворих в подібних випадках визначаються середнього ступеня (2 ст.) порушення функцій органів і систем і обмеження здатності до

самообслуговування, пересування, трудової діяльності 2 ст. В окремих випадках визначається трудова рекомендація для роботи в спеціально створених виробничих умовах або вдома.

I група інвалідності встановлюється хворим:

- з ПГН і ХГН з важким і швидко прогресуючим перебігом при розвитку термінальної ХНН і наявності необоротних ускладнень уремії;
- при розвитку термінальної ХНН і відмову в діалізній терапії;
- при важких екстрарепальних ускладненнях хвороби або лікування; які тягнуть за собою порушення функцій органів і систем 3 ст. і обмеження здатності до самообслуговування, пересуванню, трудової діяльності 3 ст., що вимагає постійної сторонньої допомоги та догляду.

Критерії визначення групи інвалідності. Більшість хворих на хронічний гломерулонефрит у разі відсутності частих загострень і наявності I ступеня ХНН зберігають працездатність. Інвалідність III групи таким хворим може бути визначена лише в тих випадках, коли неможливе їхнє раціональне працевлаштування. При хронічному гломерулонефриті з явищами ХНН II ступеня осіб фізичної праці найчастіше визнають інвалідами II групи; особи розумової праці часто гребують значного скорочення обсягу виробничої діяльності, їх визнають інвалідами III групи. У разі ускладнення хронічного гломерулонефриту ХНН III ступеня зазвичай встановлюють інвалідність II групи. Розвиток тяжких ускладнень — інфаркту міокарда, інсульту — зумовлює визначення інвалідності II групи і без явищ ХНН. За необхідності постійного стороннього догляду за хворими визначають інвалідність I групи.

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження за хворими, своєчасне раціональне працевлаштування, навчання та перенавчання за показаними спеціальностями, дієтотерапія, санаторно-курортне лікування.

Хронічний пієлонефрит

Клініко-експертна характеристика. Хронічний пієлонефрит часто є наслідком гострого пієлонефриту, симптоми якого спостерігають протягом 3 міс. та довше. Розрізняють первинний (частіше двобічний) та вторинний хронічний пієлонефрит (частіше однобічний). За перебігом хронічний пієлонефрит поділяють на латентний, рецидивний та пієлонефритично зморщену нирку (азотемічна форма).

Латентна форма характеризується невеликою кількістю симптомів: незначні дизурічні явища під час загострення, субфебрилітет, ниючий біль у поперековій ділянці. Інколи підвищується артеріальний тиск. Відносна густина сечі дещо знижена, визначають незначну протеїнурію, періодично лейкоцит- і бактеріурію.

Рецидивна форма перебігає у вигляді загострень процесу та ремісій. Клінічна симптоматика більш виражена: біль у поперековій ділянці, періодичне підвищення температури тіла, гіпертензивний синдром, анемія, лейкоцит- та протеїнурія, циліндрурія, інколи мікрогематурія. Ці ознаки більше виражені під час загострення захворювання. Пієлонефритично зморщена нирка розвивається протягом десятиріч як термінальна фаза хронічного пієлонефриту. Зазвичай в анамнезі є наявність інших проявів: інфекція сечових шляхів, субфебрилітет, виражений асиметричний біль у поперековій ділянці, періодичні дизурічні розлади, лейкоцитурія, бактеріурія. У стадії зморщеної нирки зазвичай є ознаки ХНН.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) Аналіз клінічної картини захворювання;
- 2) Загальне клінічне дослідження крові і сечі, проби за нечипоренком, Зимницьким;
- 3) Визначення рівня бактуріурії;
- 4) Дослідження крові на вміст креатиніну, сечовини, загального білка та білкових фракцій;

- 5) Динамічне дослідження артеріального тиску, електрокардіографія, рентгенологічні, ультразвукові та радіоізотопні методи дослідження нирок.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Найчастіше прогноз у разі активного лікування пієлонефриту, крім азотемічної стадії, сприятливий. Однак усім хворим на хронічний пієлонефрит протипоказані важка фізична праця, переохолодження та екзотичні 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 із порушенням функцій нирок I ступеня за відсутності частих загострень (2-3 рази на рік) рідко призводить до стійкої втрати працездатності. Лише особам, які займаються важкою фізичною працею, встановлюють III труппу інвалідності на період одержання нової спеціальності.

У випадках, коли у хворого є функціональні порушення нирок II ступеня, коло доступних професій зменшується, тому таким хворим визначають III групу інвалідності. Хворі можуть виконувати лише легку фізичну та розумову працю у невеликому обсязі.

При III ступені ХНН з ознаками азотемії, гіпертензивного синдрому з ускладненнями хворих визнають інвалідами II, а інколи і I групи.

Показання для направлення на МСЕ:

Тимчасова втрата працездатності > 4 міс. при 3-го ступеня активності процесу і сприятливому трудовому прогнозі (ХНН не більше ІБ стадії).

Тимчасова втрата працездатності < 4 міс. при 3-го ступеня активності та несприятливому трудовому прогнозі (ХНН II А і більш важкій стадії).

Тимчасова втрата працездатності < 4 міс. в разі безперервно-рецидивуючого перебігу захворювання з високою активністю (2-3 ступеня), вираженою артеріальною гіпертензією.

Тимчасова втрата працездатності < 4 міс. при швидкому прогресуванні ХНН або приєднання екстраренальних ускладнень, які чинять спротив консервативної терапії.

Вперше виявлений хронічний пієлонефрит поза загостренням з хронічною нирковою недостатністю 0 або I стадії і неможливості раціонального трудоустроюста за висновком ВК лікувально-профілактичних установ.

Додаткові методи дослідження при направленні хворих на МСЕ:

- а) посів сечі з підрахунком колоній;
- б) ультразвукове і радіоізотопне сканування;
- в) внутрішньовенна урографія;
- г) консультація уролога.

Критерії інвалідності

III група інвалідності встановлюється:

а) хворим на хронічний пієлонефрит, що працюють в професіях середнього і важкої фізичної праці при рецидивуючому перебігу захворювання з 2 і більше загостреннями на рік, які потребують переведення на роботу за іншою професією, нижчої кваліфікації;

б) хворим, які працюють в професіях фізичної та розумової праці при хронічному пієлонефриті з високою стабільною артеріальною гіпертензією, хронічною нирковою недостатністю I стадії, які потребують раціонального працевлаштування за іншою професією, нижчої кваліфікації, або в зменшенні обсягу виробничої діяльності;

в) хворим на хронічний пієлонефрит, ускладненим ХНН II А стадії, які працюють в професіях розумової і легкої фізичної праці.

II група інвалідності встановлюється хворим:

- а) на хронічний пієлонефрит при розвитку ХНН II Б стадії;
- б) на хронічний пієлонефрит, ускладнений вираженою хронічною недостатністю мозкового кровообігу при вторинній артеріальній гіпертензії з кризовим перебігом;

в) наявність важких екстраренальних ускладнень.

I група інвалідності визначається в разі формування ХНН ІІБ стадії, важких екстраренальних ускладнень (СН ІІІ стадії, інсульт, виражена анемія і т. п.), що обумовлюють потребу хворих на хронічний пієлонефрит в постійному сторонньому догляді.

Шляхи реабілітації. Диспансерне спостереження за хворими, повноцінне і своєчасне лікування запальних процесів в інших органах, раціональне працевлаштування, навчання та перенавчання професіям, що не протипоказані, дієтотерапія, санаторно-курортне лікування хворих.

Хронічна ниркова недостатність

Клініко-експертна характеристика. Хронічна ниркова недостатність – це клініко-лабораторний симптомокомплекс, який виникає внаслідок порушення функцій нирок і пов'язаний із двобічним їх ураженням. У практиці МСЕК прийнято градацію на три ступені порушення функцій нирок.

У разі ХНН І ступеня в сечі визначають білок, еритроцити, лейкоцити та циліндри. При пробі за методом зимницького максимальна густина сечі нижча ніж 1023, виявляють малі коливання кількості сечі в окремих порціях, незначну ніктурію. Непостійно вранці спостерігають набряк обличчя, незначне підвищення (до 160/90 мм рт.ст.) АТ та невиражені зміни на очному дні. Показник вмісту креатиніну, залишкового азоту і хлоридів у крові в межах норми.

При ІІ ступені ХНН крім попередніх проявів визначають зниження здатності нирок до розведення та концентрації, про що свідчать зниження максимальної відносної густини сечі у пробі за Зимницьким нижче за 1020, гіпоізостенурія, ніктурія. Виявляють незначні набряки на ногах і обличчі, часто – приховані набряки (немотивоване 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, деколи

– точкові крововиливи. Показники вмісту залишкового азоту, креатиніну та сечовини в крові не перевищують верхніх меж норми.

За наявності ХНН III ступеня майже цілком втрачається здатність нирок до концентрації та розведення сечі. При пробі за Зимницьким максимальна відносна густина сечі не перевищує 1013. Гіпостенурія супроводжується ізостенурією. Артеріальний тиск значно підвищений, гіпертензивні кризи погано піддаються лікуванню, виражений ангіоспастичний ретиніт. Вміст 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 й сечі, проби за Нечипоренком, Зимницьким, визначення бактеріурії;
- 3) визначення вмісту в крові креатиніну, сечовини, кальцію, магнію, холестерину, тригліцеридів, β -ліпопротеїдів, загального білка та білкових фракцій;
- 4) динамічне дослідження артеріального тиску, електрокардіографія, рентгенологічні, ультразвукові та радіоізотопні методи дослідження нирок.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Трудовий прогноз навіть при I ступені ХНН викликає занепокоєння. Таким хворим протипоказані значні фізичні та нервово-психічні перевантаження, несприятливі впливи метеорологічних факторів (переохолодження, перегрівання, надмірна вологість) різноманітні токсичні впливи, радіоактивне опромінення. Осіб, які працюють у 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 у несприятливих умовах, переводять на іншу роботу, на період перепідготовки їх визнають інвалідами III групи.

При II ступені ХНН більшість хворих потребують значних обмежень у праці, тому найчастіше їх визнають інвалідами III групи.

У разі III ступеня ХНН хворі не можуть працювати, їм встановлюють II групу інвалідності, а за наявності ускладнень, коли хворі не можуть себе обслужити, їх визнають інвалідами I групи.

I група інвалідності визначається хворим з термінальною ХНН при вкрай тяжких порушеннях функцій органів і систем; при прогресуванні ознак азотемії і уремії на тлі діалізу і нефротрансплантації, наявності важких (протягом місяців), розвитку незворотних ускладнень уремії, діалізу, нефротрансплантації і супутніх захворювань, що обумовлюють обмеження здатності до самообслуговування, пересуванню, трудової діяльності 3 ст.

Хворі потребують постійної сторонньої допомоги протягом більш ніж 50% денного часу.

II група інвалідності визначається хворим з термінальною ХНН при порушеннях функцій органів і систем II ст.; відсутності ознак прогресування уремії і азотемії на тлі діалізу або трансплантації нирки протягом 1-2 років, відсутності необоротних ускладнень уремії, діалізу, нефротрансплантації, основного і супутніх захворювань, обмеження здатності до самообслуговування, пересуванню II ст., трудової діяльності II ст. В окремих випадках хворим визначається трудова рекомендація для роботи в спеціально створених виробничих умовах або вдома.

III група інвалідності визначається хворим з доазотеміческою і початковою ХНН при відсутності важких ускладнень основного захворювання (нефротичний синдром з набряками, гіпоальбуминемією; белковоенергетическіе недостатність 2 ст .; АГ 3 ступеня за класифікацією ВООЗ - МОАГ; загострення інфекції сечостатевих шляхів, макрогематурія з вираженою супутньою анемією) , з легкими і помірними порушеннями

функцій різних органів і систем; при наявності протипоказань в характері умови праці. У хворих визначаються обмеження здатності до самообслуговування, пересуванню, трудової діяльності I ст.

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження за хворими, раціональне працевлаштування, перенавчання новим спеціальностям, дієтотерапія, санаторно-курортне лікування.

Тиреоксикоз

Клініко-експертна характеристика. За ступенем тяжкості клінічних проявів, який залежить насамперед від вираженості основних симптомів захворювання, визначають три ступені тяжкості тиреоксикозу (I,II,III).

У разі тиреотоксикозу I ступеня екзофтальм виражений незначно, тахікардія помірна (пульс 85-100 за хв.), незначне зниження маси тіла (до 20%), загальна слабкість, легкий тремор пальців витягнутих рук, підвищення основного обміну на 30%.

При II ступені екзофтальм помітно виражений, тахікардія понад 100 за 1 хв, значна втрата маси тіла (більше ніж 20%), виражений тремор пальців рук, субфебрильна температура тіла, підвищення основного обміну понад 30%, нерідко підвищення АТ (систоличного), помірно виражені дистрофічні зміни міокарда.

За наявності тиреотоксикозу III ступеня значно виражений екзофтальм, тахікардія понад 120 за 1 хв, значне схуднення (на 30-50%), м'язова слабкість, виражений тремор пальців, стійка субфебрильна температура тіла, основний обмін збільшений на 50%, часто приєднується порушення з боку травної системи (блювання, пронос), 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 (гіпсохромна анемія, лімфоцитоз, лейкопенія, нейтропенія);
- 3) визначення основного обміну;
- 4) визначення поглинання радіоактивного йоду щитоподібною залозою;
- 5) сканування щитоподібної залози, УЗД.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Прогноз визначається ступенем тяжкості тиреотоксикозу. Хворим на тиреотоксикоз протипоказана праця зі значним нервово-психічним і фізичним навантаженням. При II ступені тиреотоксикозу хворі не можуть виконувати роботу, пов'язану з постійним напруженням, навіть із 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, за 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 рошумової праці, тому що їм протипоказане систематичне нервово-психічне напруження. Інколи рекомендована робота зі скороченим робочим днем. Хворі на тиреотоксикоз III ступеня є інвалідами II групи.

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

Гіпотиреоз

Клініко-експертна характеристика. В експертному відношенні необхідно з'ясувати причини гіпотиреозу. Розрізняють первинні та вторинні форми недостатності щитоподібної залози. До первинних відносять захворювання, що пов'язані з природженою відсутністю залози або недостатнім її розвитком, ураженням запальним процесом, травмою залози або її видаленням у зв'язку з попереднім тиреотоксикозом. Вторинні форми гіпотиреозу зумовлені порушенням функції гіпоталамічної ділянки або гіпофіза.

За ступенем тяжкості перебігу захворювання виокремлюють легку, середньої тяжкості і тяжку форми гіпотиреозу.

Легка форма гіпотиреозу призводить до незначних набряків і сухості шкіри. Основний обмін або незмінений, або знижений на 15%. Поглинання радіоактивного йоду щитоподібною залозою відповідає нижній межі норми. Рівень холестерину в крові дещо підвищений. Вміст загального тироксину в крові дещо знижений.

Захворювання *середньої тяжкості* має такі 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, зв'язаного з білком. Рівень холестерину в крові значно підвищений, гіпсохромна анемія, збільшена ШОЕ. Добовий діурез знижений, у пробі за Зимницьким – ізостенурія. На ЕКГ виявляють зниження зубців Р і Т та інші зміни.

Тяжка 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 у порожнинах (асцит, гідроторакс), задишка під час незначного фізичного навантаження та в спокої, значна брадикардія і гіпотензія, «мікседематозне» серце (гіпертрофія міокарда і дилатація шлуночків,

гідроперикард). Значно підвищується рівень холестерину, β -ліпопротеїдів, тригліцеридів, знижується рівень тироксину та основний обмін (від -40 до -60%). Виражені зміни на ЕКГ, значна анемія. Можливий розвиток гіпотиреоїдної коми.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

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

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.Прогноз щодо праці хворого на гіпотиреоз залежить від форми захворювання та умов його праці. Хворим з легким перебігом захворювання протипоказана праця зі значним фізичним і нервово-психічним напруженням. Такі хворі потребують раціонального працевлаштування. Однак компенсація захворювання за допомогою замісної терапії досягається досить успішно, тому інвалідність звичайно не встановлюють.

У разі середньої тяжкості перебігу захворювання протипоказана робота, що потребує швидкої і точної реакції людини (всі види роботи, що пов'язані з водінням і рухом транспорту, робота диспетчера, оператора, станочника біля конвеєрів тощо). Хворі, що виконують протипоказану роботу, потребують відповідного працевлаштування.

Хворим на тяжку форму гіпотиреозу протипоказана будь-яка праця у виробничих умовах.

Критерії визначення груп інвалідності.Більшість хворих із легкою формою гіпотиреозу зберігають працездатність. Лише у тих випадках, коли

переведення з протипоказаної роботи на іншу супроводжується зниженням кваліфікації, тимчасово встановлюють III групу інвалідності.

За середньої тяжкості гіпотиреозу значна частина хворих не може бути працевлаштована на протипоказану роботу і визнається інвалідами III групи. Тяжка форма гіпотиреозу призводить до інвалідності II групи, а за наявності ускладнень, що обмежують можливість самообслуговування, – до інвалідності I групи.

Шляхи реабілітації. У 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 у реабілітації хворих на гіпотиреоз легкої та середньої форм тяжкості є замісна терапія тиреоїдними гормонами (тиреоїдин, L-тироксин). Призначають і ліпотропні засоби (ліпоєву кислоту, ліпанор, ліпостабіл) та антиоксиданти (ретинол, аскорбінову кислоту, токоферол). Для реабілітації хворих на гіпотиреоз використовують санаторії кардіологічного профілю.

Цукровий діабет

Клініко-експертна характеристика. Працездатність визначається формою перебігу захворювання, швидкістю прогресування, характером і ступенем обмінних порушень, супутніми захворюваннями й ускладненнями, а також ефективністю лікування, у тому числі чутливістю хворих до антидіабетичних препаратів. Хворим на ЦД необхідно виключити фізичне та нервово-психічне навантаження, надати можливість застосовувати дієтичний режим і проведення інсулінотерапії. Рациональне працевлаштування та лікування сприяють збереженню працездатності хворих на багато років. Розрізняють ЦД панкреатичний, зумовлений недостатнім утворенням інсуліну, та не панкреатичний, що виникає внаслідок ураження інших ендокринних залоз та центральної нервової системи.

Можливості працевлаштування та реабілітації хворих на ЦД обмежені у зв'язку з наявністю супутніх захворювань, а також ускладнень ЦД (прогресуючий атеросклероз, ангіопатії, поліневрит тощо). За порушенням обміну виокремлюють три ступені захворювання. При *I ступені (початковому)* порушується переважно вуглеводний обмін, інші види обміну порушуються незначно; *II ступінь (виражений)* характеризується порушенням вуглеводного, жирового, білкового та інших видів обміну; *III ступінь (значно виражений)* характеризується значним порушенням усіх видів обміну.

У разі I ступеня обмінних порушень рівень глюкози в крові не перевищує 7,8 ммоль/л, глюкозурія не вище ніж 20 г/л, діурез незначно підвищений або нормальний. Показники жирового обміну (рівень кетонових тіл, β -ліпопротеїдів) у межах норми, ацетонурія відсутня. Порушень білкового обміну не спостерігається.

При II ступені - 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.

У випадку III ступеня обмінних порушень значно підвищений рівень глюкози в крові (понад 14 ммоль/л). Добова глюкозурія сягає понад 60 г/л; виявляють ацетон у сечі, високу інсулінорезистентність; наявна велика кількість кетонових тіл; значно порушений білковий обмін.

На підставі оцінювання ступеня порушення обміну з урахуванням клінічних проявів та ускладнень ЦД в експертному відношенні розрізняють три форми його перебігу: легку, середньої тяжкості та тяжку.

Легка форма ЦД характеризується тим, що захворювання перебігає без погіршення самопочуття хворого, який відчуває легку спрагу та незначну сухість у роті. Під час клінічного обстеження визначають I 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. Під час обстеження виявляють ураження всіх органів і систем (обмінні порушення II ступеня). Хворим для компенсації цього стану необхідно вводити інсулін.

У разі *тяжкої форми* ЦД прогресує загальна слабкість, спрага, виявляють свербіж шкіри, зниження зору, поліневрит та інші ускладнення, обмінні порушення III ступеня. Формується схильність до діабетичної коми. Добова доза інсуліну перевищує 60ОД.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень: повинні забезпечити уточнення ступеня обмінних порушень, форми перебігу, ускладнень і супутніх захворювань при ЦД. Перелік обов'язкових і рекомендованих досліджень наведено у таблиці 3:

Таблиця 3

Види досліджень для діагностики цукрового діабету

№	Назва дослідження	Обов'язкове	Рекомендоване
1	Визначення рівня глюкози в крові	+	
2	Глікемічна крива (при легкій формі)	+	
3	Визначення вмісту глюкози в сечі	+	
4	Визначення вмісту ацетону в сечі	+	
5	Визначення загального діурезу	+	
6	Рентгеноскопія органів грудної клітки	+	
7	Електрокардіографія	+	
8	Консультація невропатолога	+	
9	Консультація окуліста	+	
10	Консультація хірурга	+	
11	Осцилографія	+	
12	Визначення інсулінорезистентності		+
13	Визначення основного обміну		+

14	Визначення рівня кетонових тіл		+
15	Визначення півня білкових фракцій		+
16	Визначення рівня β -ліпопротеїдів		+

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

За легкої форми ЦД хворим протипоказана праця, яка потребує значного фізичного чи нервово-психічного напруження, а також робота, що пов'язана з дією токсичних речовин, в умовах високої та низької температури повітря, на висоті, пов'язана з рухом автотранспорту та рухомими механізмами. Майже всі види інтелектуальної праці лишаються доступними для хворого. Легка форма ЦД часто є супутньою патологією при інших захворюваннях (гіпертонічна хвороба, атеросклероз тощо), трудовий прогноз при цьому визначається основним захворюванням.

У разі захворювання середньої тяжкості хворим протипоказана праця із систематичним, навіть помірним, фізичним і нервово-психічним навантаженням. Таким хворим протипоказана робота із заданим темпом і суворим режимом (біля конвеєрів), постійним напруженням уваги (біля пультів управління тощо). Вони повинні дотримуватися режиму споживання їжі і мати можливість проводити антидіабетичне лікування (інсулінотерапію). Це обмежує працездатність осіб фізичної праці. Погіршують трудовий прогноз ускладнення (атеросклероз, поліневрит, ангіопатії тощо).

За тяжкої форми ЦД трудовий прогноз несприятливий. Однак у початковій стадії форми особи інтелектуальної праці можуть бути працевлаштовані за умови скороченого робочого дня.

Значно погіршує трудовий прогноз схильність до гіпоглікемічної коми. Цим хворим протипоказана праця водія, робота біля рухомих механізмів і

робота на висоті. Схильність до діабетичної коми характерна для тяжкої форми ЦД, коли хворістають непрацездатними.

Критерії визначення груп інвалідності визначаються клінічним і трудовим прогнозом, доступними хворому умовами та 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 чи у спеціально створених умовах.

I група інвалідності встановлюється хворим СД важкої форми при наявності значно виражених порушень функцій ендокринної та інших систем: ретинопатії (сліпота на обидва ока), нейропатії (стійкі паралічі, атаксія), діабетичної енцефалопатії з вираженими порушеннями психіки; діабетичної кардіоміопатії (СН III ст.); важкої ангиопатії нижніх кінцівок (гангрена, діабетична стопа); термінальної хронічної ниркової недостатності; при частих гіпоглікеміях і діабетичних комах. Визначаються обмеження здатності до трудової діяльності III ст. самообслуговування III ст., пересуванню III ст., орієнтації II-III ст. Хворі потребують постійної сторонньої допомоги і догляду.

II група інвалідності визначається хворим на тяжку форму цукрового діабету з вираженими порушеннями функцій уражених систем і органів: при ретинопатії II-III ст., нефротичному синдромі, початковій ХНН, термінальній ХНН при адекватному діалізі або успішній нефротрансплантації, нейропатії II ст. (Виражені парези), енцефалопатії зі стійкими змінами психіки, які призводять до обмеження здатності до трудової діяльності II-III ст., здатності до пересування і самообслуговування II ст. іноді виражені Одеська залізниця є у хворих з помірними порушеннями функцій органів і систем при лабільному перебігу, коли не вдається досягти стійкої стабілізації глікемії.

III група інвалідності визначається хворим з легким і середнього ступеня тяжкості на цукровий діабет або лабільним його перебігом з помірними

порушеннями функцій органів і систем, які призводять до обмеження здатності до самообслуговування, трудової діяльності I ст., якщо в роботі хворого за основною професією є протипоказані чинники, а раціональне працевлаштування веде до зниження кваліфікації або значного зменшення обсягу виробничої діяльності. Особам молодого віку III група інвалідності встановлюється на період навчання, придбання нової професії легкого фізичного або розумового праці з помірним нервово-психічним напруженням.

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 %) та центральної нервової системи (церебральна форма 2 — 5 %).

В експертній практиці для оцінювання ступеня ожиріння можна визначити надлишок маси тіла хворого відносно ідеальної маси тіла, яку вираховують за формулою Брока (ідеальна маса тіла людини в кілограмах дорівнює кількості сантиметрів зросту людини мінус 100). Перевищення реальної маси тіла понад ідеальну на 6 — 14 % свідчить про надлишкове харчування. Особи, маса тіла яких перевищує показники ідеальної маси на 15 — 29 %, належать до категорії хворих на ожиріння I ступеня, на 30 — 49 % — II ступеня, 50 — 99 % — III ступеня, на 100% та більше — IV ступеня. Клініко-експертна характеристика ендокринно-обмінної церебральної форми ожиріння залежить від захворювання, на ґрунті якого воно виникло, а також від ускладнень і супутніх захворювань (гіпертонічна хвороба, ІХС, ЦД), що часто супроводжують аліментарно-обмінне ожиріння III — IV ступеня.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1)аналіз клінічної картини захворювання та оцінювання показників зросту та маси тіла;
- 2)визначення в крові рівня глюкози, типу гіперліпопротеїдемії;
- 3)визначення в добовій сечі вмісту 17-КС;
- 4)визначення основного обміну, рентгенографія основи черепа, УЗД ниркових залоз, яєчників та щитоподібної залози, електрокардіографія.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.Прогноз при аліментарно-обмінній формі ожиріння I — II ступеня найчастіше сприятливий. При ендокринно-обмінній та церебральній формах залежить від характеру основного захворювання. Хворі на ожиріння I і II ступеня зазвичай працездані. Таких хворих бажано переводити на роботу, пов'язану з більшим фізичним навантаженням. При III ступені ожиріння хворі не завжди можуть виконувати роботу, що пов'язана з тривалим фізичним навантаженням, однак від роботи з короткочасним фізичним навантаженням 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 їхнього стану.

Критерії визначення груп інвалідності. Ожиріння III ступеня може стати причиною встановлення III групи інвалідності для тих хворих, робота яких пов'язана з тривалим фізичним навантаженням. При IV ступені ожиріння інколи утруднене пересування хворих, що призводить до інвалідності II групи. До цього ж можуть 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 погляду на експертизу непрацездатності хворих слід підкреслити вторинний характер цієї анемії, що виникає внаслідок захворювань шлунка (що супроводжується ахлоргідрією), операцій (резекція шлунка, гастректомія), порушення всмоктування заліза або хронічної крововтрати. За вираженістю клінічної картини та результатами гематологічного дослідження розрізняють легку, середньої тяжкості та тяжку форми залізодефіцитної анемії.

Уразі *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 (анізо- і пойкилоцитоз), незначну лейкопенію з відносним лімфоцитозом, ретикулоцитоз. Інколи визначають недостатність кровообігу I — II стадії. Для *тяжкої форми* залізодефіцитної анемії характерні зниження кількості еритроцитів понад $2,5 \times 10^{12}$ 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 і 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 та протипоказані умови і види праці. Прогноз у разі відповідного лікування зазвичай сприятливий. Усім хворим із

залізодефіцитною анемією протипоказані праця із фізичним напруженням і контакти з промисловими отрутами. За середньої тяжкості анемії хворим доступні види роботи, що не пов'язані з систематичним фізичним напруженням, тривалим перебуванням на ногах, в умовах дії високої температури та на висоті. У разі тяжкої форми анемії хворий може виконувати лише легку роботу вдома.

Критерії визначення груп інвалідності. За наявності легкої форми залізодефіцитної анемії працездатність більшості хворих збережена. Деякі обмеження в праці визначаються через ЛКК. При середній тяжкості анемії значно звужується колододоступних професій, виникає необхідність визначення III групи інвалідності. За тяжкої форми анемії хворі зазвичай непрацездатні, тому їх визнають інвалідами II групи.

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження, з'ясування першопричин захворювання та їх ліквідація, систематичне лікувальне харчування та вживання препаратів заліза, раціональне працевлаштування і перенавчання доступним професіям, санаторно-курортне лікування (Трускавець, Східниця, санаторій «Верховина» на Закарпатті).

V₁₂-(фолієво)дефіцитна анемія

Клініко-експертна характеристика. V₁₂-(фолієво)дефіцитна анемія (перніціозна, хвороба Аддісона — Бірмера) виникає внаслідок недостатності в організмі вітаміну V₁₂, що не всмоктується в кишечнику в разі відсутності в шлунку гастромукопротеїну (фактора Касла) або споживається в кишках гельмінтами. За тяжкістю перебігу виокремлюють 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, колірний показник наближається до 1. Якісні зміни еритроцитів нерізко виражені. 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 колірному показнику 1,1 — 1,2. Виявляють еритробласти, мегалобласти, значну кількість пойкилоцитів. Неповноцінні еритроцити легко піддаються гемолізу, що призводить до збільшення кількості білірубіну в крові та уробіліну в сечі. Печінка та селезінка збільшені. Виявляються лейкопенія та тромбоцитопенія.

У разі *тяжкої форми* V_{12} - (фолієво)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 колірному показнику 1,5 — 1,8. У периферичній крові велика кількість мегалобластів, виражена лейкопенія. Характерна картина фунікулярного мієлозу: різка атаксія, порушення функцій сфінктерів, парепарези та паралічі, інколи 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 уробілін;
- 4) дослідження крові на білірубін та його фракції, дослідження мієлограми;
- 5) аналіз шлункового вмісту, фіброгастроуденоскопія, УЗД печінки та селезінки.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Прогноз при V_{12} - (фолієво)дефіцитній анемії за своєчасного початку лікування сприятливий. Лікування таких хворих вітаміном V_{12} та фолієвою кислотою швидко призводить до ремісії, запобігає виникненню рецидивів. У разі легкої форми перніціозної анемії протипоказана робота з тривалим

фізичним напруженням та 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 тяжкою формою анемії цілком непрацездатні.

Критерії визначення груп інвалідності. За легкої форми перніціозної анемії більшість хворих зберігають працездатність. При протипоказаних умовах праці може бути встановлена інвалідність III групи.

У разі середньої тяжкості анемії хворим встановлюють III групу інвалідності, однак особи, що виконують розумову працю, можуть зберегти працездатність.

Хворі з тяжкою формою анемії повністю непрацездатні, їм призначають II групу інвалідності, а в окремих випадках — I. Інваліди II групи можуть виконувати лише роботу в домашніх умовах.

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження, систематичне лікування ціанокобаламіном, дієтотерапія, раціональне працевлаштування, професійне навчання та перенавчання, дегельмінтизація у разі виявлення глистяних інвазій.

Гемолітична анемія

Клініко-експертна характеристика. Гемолітична анемія виникає у зв'язку з дією різних фізичних і хімічних факторів: температурних, медикаментозних, бактеріальних, паразитарних тощо. Залежно від тяжкості перебігу розрізняють три форми гемолітичної анемії: легку, середньої тяжкості та тяжку.

Легка форма характеризується незначною, але стійкою жовтяницею, незначною анемією і помірним збільшенням селезінки. Гемолітичні кризи спостерігаються рідко (один раз на кілька років).

У разі форми *середньої тяжкості* жовтяниця більш виражена, помірна анемія, кількість еритроцитів знижується до $3,5 - 2,5 \times 10^{12}$ в 1л, лейкоцитоз,

значна спленомегалія. Гемолітичні кризи повторюються кілька разів на рік, супроводжуються підвищенням температури тіла хворого, колікоподібним болем у ділянці печінки. Поступово збільшується концентрація білірубину в крові.

Тяжка 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 та осмотичної резистентності еритроцитів, ретикулоцитозу;
- 3) біохімічне дослідження крові на білірубін та його фракції, дослідження сечі на уробілін та жовчні пігменти;
- 4) дослідження крові на аутоаглютиніни (проба Кумбса);
- 5) УЗД печінки та селезінки.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. У разі легкої форми гемолітичної анемії протипоказана робота в контакті з гемолітичними отрутами, аніліном, похідними бензолу, у несприятливих метеорологічних умовах. Хворим із середньою тяжкістю захворювання протипоказана важка фізична праця, нервово-психічні перевантаження, а також робота в умовах вібрації. Прогноз при набутій гемолітичній анемії менш сприятливий, ніж у разі природженої.

Критерії визначення груп інвалідності. За легкої форми гемолітичної анемії часто працездатність збережена. Робота в несприятливих умовах потребує перекваліфікації, що є підставою для встановлення III групи інвалідності.

При формі середньої тяжкості працездатність хворих значно обмежена. Хворі можуть виконувати роботу з помірним фізичним навантаженням, а також

займатися адміністративно-господарською діяльністю у невеликому обсязі. Тому їх частіше визнають інвалідами III групи.

Хворі з тяжкою формою гемолітичної анемії до професійної діяльності не здатні, вони не підлягають жодному працевлаштуванню, здебільшого їм встановлюють II, а інколи і I групу інвалідності.

Шляхи реабілітації: диспансерне спостереження за хворими, систематичне консервативне або хірургічне лікування (спленектомія), ліквідація факторів, щосприяють гемолізу еритроцитів, раціональне працевлаштування і перенавчання доступним професіям, які не впливають негативно на перебіг захворювання.

Хронічні лейкози

Клініко-експертна характеристика. Для експертизи працездатності мають значення лише хронічні лейкози: мієло- і лімфолейкози. Їх поділяють на сублейкемічні ($10 — 100 \times 10^9$ лейкоцитів в 1 л), лейкемічні (понад 100×10^9 лейкоцитів в 1 л) та алейкемічні (до 10×10^9 лейкоцитів в 1 л). Лейкемічні форми значні гірше відображаються на працездатності хворих. Сублейкемічні та алейкемічні форми перебігають повільніше, інколи хворі тривалий час залишаються працездатними.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання;
- 2) загальне клінічне дослідження периферичної крові та мієлограми;
- 3) УЗД печінки та селезінки.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. Трудовий прогноз у хворих на хронічні лейкози завжди несприятливий. Незалежно від форми захворювання хворі мають значні обмеження щодо видів праці, які вони можуть виконувати. У разі легких форм хронічного лейкозу хворі можуть виконувати роботу з незначними фізичними та нервово-психічними навантаженням у сприятливих санітарно-гігієнічних умовах, без контакту з токсичними речовинами. Їм протипоказана робота навіть з помірним фізичним і нервово-

психічним навантаженням, в умовах професійних шкідливостей, у несприятливих метеорологічних умовах.

При виражених проявах хронічного лейкозу (середня і тяжка форми) захворювання має тенденцію до швидкого прогресування, тому робота у виробничих умовах хворим протипоказана.

Критерії визначення груп інвалідності. Хворі на легку форму хронічного лейкозу в разі повільного його прогресування можуть виконувати деякі роботи, однак коло доступних професій значно звужується і цих хворих частіше визнають інвалідами III групи. Прогресування навіть легкої форми захворювання, а також середні та тяжкі форми хронічного лейкозу є основою для визнання таких хворих інвалідами II і навіть I групи.

Шляхи реабілітації. Реабілітація хворих на хронічні лейкози залежить від ефективності лікувальних заходів.

Еритремія (поліцитемія)

Клініко-експертна характеристика. Справжню поліцитемію необхідно відрізнити від вторинної (при пухлинах гіпофіза, гіпернефромі, туберкульозі селезінки та симптоматичної (при хронічній дихальній недостатності). За тяжкістю розрізняють три форми еритремії (легку, середньої тяжкості і тяжку). Під час експертизи непрацездатності враховують гематологічні показники, стан системи кровообігу і мозкового кровообігу, оскільки при цьому захворюванні часто спостерігають тромбози мозкових судин.

Легка форма захворювання характеризується збільшенням кількості еритроцитів до $6 - 7 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобіну — до 160 — 180 г/л, лейкоцитів до $9 - 10 \times 10^9$ в 1 л, незначним тромбоцитозом і незначним збільшенням селезінки.

При *формі середньої тяжкості* кількість еритроцитів досягає $8 - 9 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобіну — 180 — 200 г/л, лейкоцитів — $9 - 10 \times 10^9$ в 1 л, тромбоцитів — до $500 - 600 \times 10^9$ в 1 л. В'язкість крові значно підвищена,

відзначається схильність до тромбозів. Збільшення маси циркулюючої крові та перенаповнення судин часто є причиною крововиливів.

Тяжка форма еритремії супроводжується значним порушенням мозкового кровообігу, серцевою недостатністю, спленомегалією. Кількість еритроцитів становить 10×10^{12} в 1 л, гемоглобіну — 200 — 220 г/л, лейкоцитів — 60×10^9 в 1 л, тромбоцитів — 1000×10^9 в 1 л.

Методи виявлення морфологічних змін і функціональних порушень:

- 1) аналіз клінічної картини захворювання;
- 2) загальне клінічне дослідження крові, визначення кількості тромбоцитів;
- 3) дослідження мієлограми;
- 4) електрокардіографія, УЗД печінки та селезінки.

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці. Найчастіше поліцитемія має хронічний перебіг, поступово прогресує з періодами загострень і ремісій. За умови активного лікування протягом багатьох років може не призводити до поганих наслідків.

Хворі з легкою формою поліцитемії здебільшого працездатні. Однак навіть за сприятливого перебігу захворювання хворим протипоказана важка фізична праця, контакт із судинними отрутами, робота у несприятливих метеорологічних умовах. За необхідності змінити спеціальність зі зниженням кваліфікації хворому встановлюють III групу інвалідності.

У разі середньої тяжкості поліцитемії працездатність хворих значно обмежена. Вони можуть виконувати роботу з незначним фізичним і нервово-психічним напруженням.

За тяжкої форми перебігу хворі професійну роботу виконувати не можуть.

Критерії визначення груп інвалідності. Більшість хворих на поліцитемію є інвалідами. У разі легкої форми і в окремих випадках середньої тяжкості у зв'язку зі значними обмеженнями доступних професій

хворим встановлюють III групу інвалідності. При ускладненнях поліцитемії, малій ефективності лікування і тяжкій формі захворювання хворі є інвалідами II групи, а за необхідності постійного стороннього догляду – I групи.

Шляхи реабілітації. Реабілітація хворих на поліциемію залежить від ефективності їх лікування.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ І САМОКОРЕКЦІЇ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

1. Хворий 37-ми років, який внаслідок загострення хронічного обструктивного бронхіту впродовж останніх 12 місяців був тимчасово непрацездатним 120 днів, в черговий раз звернувся до сімейного лікаря для продовження амбулаторного лікування. Визначте юридично вірну тактику сімейного лікаря у випадку продовження тимчасової непрацездатності у даному випадку

- A. Видача трудового (доплатного) листка непрацездатності.
- B. Направлення на ЛКК для продовження листка непрацездатності.
- C. Хворий підлягає направленню на МСЕК.**
- D. Направлення хворого на санаторно-курортне лікування.
- E. Продовження листка непрацездатності терапевтом.

2. Сімейному лікарю рекомендовано керівництвом поліклініки провести аналіз захворюваності на підпорядкованій дільниці. Який вид захворюваності визначає групу тривало та часто хворіючих?

- A. На найважливіші неепідемічні хвороби.
- B. Загальна захворюваність.
- C. Гостра інфекційна захворюваність.
- D. З тимчасовою втратою працездатності.**
- E. Госпіталізована захворюваність.

3. Сімейний лікар міської поліклініки № 2 16.05. з'явився за викликом до громадянина К. на дім і діагностував у нього "Гостру респіраторно-вірусну інфекцію". Пацієнт повідомив, що він захворів ще 15.05. і не виходив на роботу. З якого числа лікуючий лікар має право видати листок непрацездатності та на який термін?

- A. З 16.05. на 5 днів.**
- B. З 17.05. на 1 день.
- C. З 15.05. на 3 дні.
- D. З 16.05. на 10 днів.
- E. З 15.05. на 10 днів

4. Працівник приватної фірми захворів на гостру респіраторно-вірусну інфекцію. Звернувся до сімейного лікаря комунальної поліклініки N 3, і той констатував факт тимчасової втрати працездатності, однак відмовився видавати листок непрацездатності, мотивуючи своє рішення тим, що пацієнт працює в приватній, а не в державній установі. Чи видається листок непрацездатності працівникам приватних установ?

- A. Видається незалежно від форми власності підприємства.**
- B. Видається Довідка встановленої форми.
- C. Видається тільки працівникам державних установ.
- D. Видається Довідка довільної форми.
- E. Видається за умови гарантії оплати його власником фірми.

5. У працюючої жінки захворіла дитина віком 5 років. Лікарем-педіатром дитячої поліклініки діагностовано у дитини пневмонія і призначено лікування в амбулаторних умовах. На який максимальний термін лікар-педіатр дитячої поліклініки має право видати листок непрацездатності по догляду за хворою дитиною віком до 5 років працюючій жінці?

- A. До 20 календарних днів.
- B. До 14 календарних днів.**
- C. До 25 календарних днів.
- D. До 30 календарних днів.
- E. На 35 календарних днів і більше.

6. На поліклінічний прийом до сімейного лікаря звернувся робітник з причини гострої респіраторно-вірусної інфекції. Виконувати свої функціональні обов'язки не може. Як повинна бути оформлена тимчасова непрацездатність?

- A. Видається лікуючим лікарем ЛН терміном на 5 днів.**
- B. Скерується для огляду всіма лікарями-спеціалістами поліклініки.
- C. Скерується на медико-соціальну експертну комісію для встановлення групи інвалідності.
- D. Видається ЛН лікуючим лікарем, терміном на 3 дні.
- E. Видається Довідка встановленої форми про непрацездатність

7. На підприємстві зі шкідливими умовами праці проводиться комплекс заходів з метою зниження рівня захворюваності, в т.ч. для досягнення більш високого ефекту лікар виділяє групу тривало й часто хворіючих. При якому виді захворювань визначається група тривало і часто хворіючих?

- A. Захворюваність найважливішими неепідемічними захворюваннями.
- B. Загальна захворюваність.
- C. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності.**
- D. Гостра інфекційна захворюваність.
- E. Госпіталізована захворюваність.

8. Службовець К. знаходилась у профспілковій відпустці з 01.08 по 25.08. У період з 3.08 по 22.08 здійснювала догляд за матір'ю, інвалідом I групи. Який обліково-статистичний документ потрібно оформити службовцю К.?

- A. Довідка по догляду.
- B. Спеціальна форма на даний випадок.
- C. Листок непрацездатності по догляду.
- D. Нічого не оформляти.**
- E. Оформити відпустку за свій рахунок.

9. Обласною МСЕК загального профілю за місяць оглянуто 186 чоловік: інвалідами вперше визнано 57 чоловік, повторно освідчених - 99 чоловік, 22 чоловіки - інваліди II групи, з них 17 - з правом роботи. Інваліди яких груп обов'язково підлягають професійній реабілітації, у відповідності до індивідуальних оздоровчих програм?

- A. Тільки інваліди III групи первинно та повторно освідчені.
- B. Всі освідчені первинно та повторно III групи і II групи з правом роботи.
- C. Інваліди, котрі є перспективні в плані відновлення працездатності.**
- D. Тільки первинно визнані інваліди.
- E. Усі без винятку визнані інвалідами.

10. МСЕК загального профілю включає наступну кількість лікарів-спеціалістів:

A. 3-ох лікарів: терапевт, хірург, акушер-гінеколог.

B. 3-ох лікарів: терапевт, травматолог, невропатолог.

C. 3-ох лікарів: терапевт, хірург, невропатолог.

D. 2-ох лікарів: терапевт, хірург.

E. 2-ох лікарів: терапевт, травматолог.

11. Який порядок видачі листка непрацездатності, згідно з чинним законодавством, з приводу побутової травми, отриманої при гасінні пожежі ?

A. Листок непрацездатності не видається.

B. Листок непрацездатності видається, але не раніше як з 6-го дня втрати працездатності.

C. Листок непрацездатності видається з першого дня втрати працездатності при зверненні за медичною допомогою в лікувально-профілактичний заклад.

D. Листок непрацездатності видається, але не раніше як з 5-го дня втрати працездатності.

E. Листок непрацездатності видається, але не раніше як з 3-го дня втрати працездатності.

12. Чи видається ЛН працівникам, які знаходяться в черговій профспілковій відпустці ?

A. Так, видається, але не раніше як з 5-го дня виникнення втрати працездатності.

B. Не видається.

C. Так, видається в зв'язку з загальним захворюванням, травмою, операцією, штучним перериванням вагітності.

D. Так, видається, але не раніше як з 7-го дня виникнення втрати працездатності.

E. Так, видається, але лише в період щорічної профспілкової відпустки в зв'язку з загальним захворюванням на 10 календарних днів.

13. Чи видається ЛН працюючому, який знаходиться у відпустці без збереження заробітної плати ?

А. Листок непрацездатності видається, але не раніше як з 5-го дня виникнення втрати непрацездатності.

В. Листок непрацездатності не видається.

С. Листок непрацездатності видається з моменту звертання хворого до лікаря і на весь період втрати працездатності.

Д. Листок непрацездатності видається з моменту звертання і на весь період втрати працездатності, але лише з причини травми.

Е. Листок непрацездатності видається з того дня, коли працівник повинен приступити до роботи.

14. На медико-соціальну експертну комісію сімейним лікарем скерований хворий із наступним станом здоров'я: виражені органічні порушення функції організму, хворий не може себе обслуговувати, потребує постійної допомоги й догляду. Критеріям якої групи інвалідності відповідають вище перераховані показники здоров'я даного хворого?

А. II групи.

В. I групи.

С. III групи.

Д. II А групи.

Е. II Б групи.

15. Сімейним лікарем після тривалого диспансерного спостереження пацієнта прийнято рішення щодо переведення його на інвалідність. Хто повинен скерувати хворого до МСЕК?

А. Завідувач відділення сімейної медицини поліклініки.

В. Лікарсько-консультативна комісія.

С. Лікар - спеціаліст.

Д. Сімейний лікар.

Е. Завідувач стаціонарного відділення.

16. Тимчасова непрацездатність засвідчується:

А. Санітарно-протиепідемічними закладами.

В. Лікуючими лікарями, завідувачами профільних відділень, лікарсько-консультативними комісіями.

С. Медико-соціальними експертними комісіями.

Д. Лікарями та фельдшерами швидкої медичної допомоги.

Е. Лікарями Центрів здоров'я.

17. Право на отримання листка непрацездатності, у разі захворювання, мають:

А. Звільнені з роботи.

В. Учні.

С. Працююче населення.

Д. Пенсіонери.

Е. Зареєстровані в державній службі зайнятості як безробітні.

18. Провідним критерієм відмінності тимчасової непрацездатності від стійкої є:

А. Ступінь функціональних порушень організму.

В. Тривалість перебування на листку непрацездатності.

С. Часте перебування на листку непрацездатності.

Д. Сприятливий прогноз для праці.

Е. Сприятливий клінічний прогноз.

19. Яке основне завдання МСЕК з експертизи втрати працездатності?

А. Санкціонування продовження листка непрацездатності.

В. Виявлення та встановлення групи інвалідності.

С. Трудові рекомендації. Працевлаштування.

Д. Встановлення права на отримання соціальної допомоги.

Е. Видача листка непрацездатності.

20. Робітник К. звернувся до фельдшера медичного пункту металургійного комбінату на початку нічної зміни з причини незадовільного

стану здоров'я. Встановлена тимчасова непрацездатність. Оформіть тимчасову непрацездатність.

A. Видається довідка довільної форми з наступним скеруванням до лікаря на початку дня.

B. Видається листок непрацездатності на 3 дні з наступним скеруванням до лікаря.

C. Видається довідка встановленої форми.

D. Видається листок непрацездатності на один день.

E. Не видається ніяких документів.

21. Сімейним лікарем у робітника хімкомбінату вдома була діагностовано побутова травма. Робітник тимчасово непрацездатний. Необхідно оформити тимчасову непрацездатність.

A. Не видається ніяких документів.

B. Листок непрацездатності відкривається з 5-го дня від дня звернення.

C. Видається довідка встановленої форми.

D. Видається листок непрацездатності з моменту огляду сімейним лікарем.

E. Видається довідка довільної форми.

22. Громадянин М., який хворіє на калькульозний холецистит, звернувся за медичною допомогою в приватну клініку, де йому була зроблена операція - лапароскопічна холецистектомія. Після операції пацієнт ще 3 дні знаходився під спостереженням лікарів клініки і не виходив на роботу. Чи буде йому виданий листок непрацездатності?

A. Так, на 1 день.

B. Так, на 2 дні.

C. Так, на 3 дні.

D. Так, на 5 днів.

E. Ні, не буде.

23. Службовець Р. перебував у відрядженні в іншому місті, де захворів і був госпіталізований до стаціонару міської лікарні. З дозволу якої посадової особи буде виданий листок непрацездатності?

- A. Начальника обласного управління охорони здоров'я.
- B. Заступника головного лікаря з експертизи втрати працездатності.
- C. Завідувача відділенням стаціонару.
- D. Головного лікаря міської лікарні.**
- E. Заступника головного лікаря з медичної частини.

24. Службовець А. внаслідок високої гарячки та нездужання не вийшов на роботу. Зателефонував сімейному лікареві додому і попросив відкрити листок непрацездатності. При виконанні якої умови сімейний лікар може видати листок непрацездатності в даному випадку?

- A. Після особистого огляду хворого сімейним лікарем.**
- B. На підставі Висновку лікарсько-консультативної комісії.
- C. При наявності запису в “Журналі реєстрації амбулаторних хворих ” (ф. N 074/о).
- D. При наявності результатів аналізу крові, сечі та флюорографії.
- E. Після проходження профілактичного медичного огляду.

25. Працівник Н. внаслідок захворювання був тимчасово непрацездатним протягом 17 днів. Лікувався амбулаторно під спостереженням сімейним лікарем. На який термін, в цьому випадку, сімейний лікар видасть листок непрацездатності особисто?

- A. До 30 календарних днів.
- B. До 6 календарних днів.
- C. До 10 календарних днів.**
- D. До 14 календарних днів.
- E. На весь період тимчасової непрацездатності.

26. Працівник Н. внаслідок захворювання був тимчасово непрацездатним протягом 16 днів. Лікувався амбулаторно. Лікуючий лікар видав листок непрацездатності спочатку на 5 днів і продовжив його до 10 днів. Хто має право продовжити далі листок непрацездатності цьому працівникові?

- A. Лікарсько-консультативна комісія.
- B. Лікуючий лікар спільно з завідувачем відділення.**

- C. Медико-соціальна експертна комісія.
- D. Заступник головного лікаря з експертизи непрацездатності.
- E. Завідувач відділення або заступник головного лікаря.

27. Механізатор селянської спілки лікувався в сільській лікарській амбулаторії, в якій працює тільки один сімейний лікар. На який термін цей лікар має право видати листок непрацездатності особисто?

- A. Максимально до 14 днів з наступним скеруванням до лікарсько-консультативної комісії.**
- B. Максимально до 10 днів з наступним скеруванням до лікарсько-консультативної комісії.
- C. Максимально до 6 днів з наступним скеруванням до лікарсько-консультативної комісії.
- D. На весь період тимчасової непрацездатності.
- E. Максимально до 30 днів з наступним скеруванням до лікарсько-консультативної комісії.

28. Працівниця М. знаходиться під спостереженням лікаря-акушер-гінеколога жіночої консультації з приводу вагітності, яка закінчилась фізіологічними пологамі. На який термін буде видано листок непрацездатності вагітній жінці за місцем спостереження?

- A. На 56 календарних днів.
- B. На 140 календарних днів.
- C. На 70 календарних днів.
- D. На 126 календарних днів.**
- E. На 180 календарних днів.

29. Громадянин С. вдома, перед вечірньою робочою зміною, відчув сильний біль голови, нудоту. Дружина викликала швидку медичну допомогу, де лікар після огляду пацієнта констатував підвищення артеріального тиску, надав невідкладну медичну допомогу і рекомендував не виходити на роботу та звернутися з ранку до сімейного лікаря. Чи має право лікар станції (відділення) швидкої медичної допомоги видати цьому пацієнтові листок непрацездатності?

- A. Так, на 5 днів.
- B. Так, на 1 день.
- C. Так, на 3 дні.
- D. Ні, не має права.**
- E. Так, на 6 днів.

30. Працівник Н. з причини захворювання був тимчасово непрацездатним протягом 32 днів. Лікувався амбулаторно. Лікуючий сімейний лікар видав листок непрацездатності спочатку на 5 днів і продовжив його до 10 днів. Який подальший порядок продовження листка непрацездатності цьому хворому?

- A. Через ЛКК на весь період лікування.
- B. Лікуючий сімейний лікар спільно з ЛКК продовжать до 30 днів, а надалі – МСЕК.
- C. Лікуючий сімейний лікар спільно з завідувачем відділення продовжать до 30 днів, а надалі – ЛКК.**
- D. Через МСЕК на час лікування.
- E. Через заступника головного лікаря з експертизи непрацездатності на час лікування.

31. Громадянці А. по догляду за хворою дитиною віком 12 років 3 місяці був виданий листок непрацездатності на 14 днів. Дитина продовжує хворіти. Який документ має право видати лікар-педіатр для продовження тимчасової непрацездатності матері з причини догляду за хворою дитиною?

- A. Продовжити листок непрацездатності ще на 5 днів.
- B. Довідка довільного зразку.
- C. Довідку по догляду за хворою дитиною.**
- D. Продовжити листок непрацездатності ще на 10 днів.
- E. Продовжити листок непрацездатності до видужання дитини.

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

- A. Загальними захворюваннями.**

- В. Інвалідністю з дитинства.
- С. Інвалідністю від трудового каліцтва та професійними захворюваннями.
- Д. Інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС.
- Е. Інвалідністю військовослужбовців.

33. Службовець К. був непрацездатним протягом 6 місяців з причини відкритого перелому правої стегнової кістки. Хто має право дати дозвіл на продовження видачі ЛН за останні 2 місяці?

А. Медико-соціальна експертна комісія.

- В. Головний лікар поліклініки.
- С. Лікарсько-консультативна комісія.
- Д. Лікарсько-консультативна комісія разом з головним лікарем поліклініки.
- Е. Заступник головного лікаря з експертизи працездатності.

34. Чоловік 38 років, будівельник, госпіталізований з місця роботи 19 липня з приводу закритого перелому правої стегнової кістки. Був непрацездатний по 19 листопада. Має потребу в продовженні лікування. Хто вирішує питання про подальшу тимчасову непрацездатність?

- А. Міжрайонна загальна медико-соціальна експертна комісія.
- В. Лікарсько-консультативна комісія.
- С. Головний лікар поліклініки.
- Д. Спеціалізована (травматологічна) медико-соціальна експертна комісія.**
- Е. Обласна медико-соціальна експертна комісія.

35. Інженер-хімік у віці 47 років часто та тривало хворіє на професійне захворювання шкіри. Хто приймає рішення про перехід громадянина на іншу роботу?

- А. Лікарсько-консультативна комісія.**
- В. Головний лікар.
- С. Лікуючий лікар.
- Д. Начальник цеху.

Е. Медико-соціальна експертна комісія.

36. До фельдшерського пункту сільської місцевості у вечірній час звернувся хворий з високою температурою, де фельдшером був встановлений факт тимчасової втрати працездатності. Вкажіть порядок експертизи тимчасової втрати працездатності в даному випадку?

А. Видається довідка про звільнення від роботи в нічну зміну, яка у наступному використовується для видачі ЛН датою попереднього дня.

В. Видається ЛН на 1 день.

С. Видається ЛН до 10 днів.

Д. Видається ЛН на 3 дні.

Е. Ніякий документ не видається.

37. Хворому на підприємстві виділено путівку до санаторію. Сімейний лікар підготував необхідні для цього медичні документи. Хто буде скеровувати хворого на санаторно-курортне лікування?

А. Сімейний лікар.

В. Профспілковий комітет.

С. Медико-соціальна експертна комісія.

Д. Лікарсько-консультативна комісія.

Е. Лікар вузької спеціальності.

38. Робітник, будучи дома, отримав перелом правої плечової кістки і був доставлений до лікаря-хірурга комунальної поліклініки за місцем помешкання. При оформленні тимчасової непрацездатності потерпілому необхідно видати:

А. Листок непрацездатності на 6 днів і Довідку довільної форми.

В. Листок непрацездатності з моменту звернення і на весь період хвороби.

С. Довідку про тимчасову непрацездатність.

Д. Довідку встановленої форми на 5 днів, а з 6-го дня Листок непрацездатності.

Е. Листок непрацездатності за підписом головного лікаря.

39. Мати, що перебуває у частково сплачуваній відпустці по догляду за дитиною до 3-х років, захворіла і була госпіталізована. Який документ буде видано в цьому випадку працюючому батькові, який доглядатиме дитину під час хвороби матері?

А. Довідка невстановленої форми.

В. Довідка про хворобу матері.

С. Листок непрацездатності.

Д. Витяг з Медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого.

Е. Довідка про необхідність догляду за дитиною.

40. Хворий 37-ми років, який внаслідок загострення хронічного обструктивного бронхіту впродовж останніх 12 місяців був тимчасово непрацездатним 120 днів, в черговий раз звернувся до сімейного лікаря для продовження амбулаторного лікування. Визначте юридично вірну тактику сімейного лікаря у випадку продовження тимчасової непрацездатності у даному випадку:

А. Видача трудового (доплатного) листка непрацездатності.

В. Направлення на ЛКК для продовження листка непрацездатності.

С. Хворий підлягає направленню на МСЕК.

Д. Направлення хворого на санаторно-курортне лікування.

Е. Продовження листка непрацездатності терапевтом.

41. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності вивчається серед працюючого населення і враховує випадки захворювань, результатом яких є невихід на роботу. Цей вид захворюваності складає від 25 % до 75 % первинних звертань за медичною допомогою. Що є одиницею обліку при вивченні захворюваності із тимчасовою втратою працездатності?

А. Випадок інфекційного захворювання чи підозра на нього.

В. Випадок госпіталізації хворого до стаціонару лікарні з приводу захворювання, травми, нещасного випадку тощо.

С. Випадок втрати працездатності.

Д. Випадок смерті серед населення.

Е. Випадок звертання до амбулаторно-поліклінічного закладу.

42. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності вивчається серед працюючого населення і враховує випадки захворювань, результатом яких є невихід на роботу. Цей вид захворюваності складає від 25 % до 75 % первинних звертань за медичною допомогою. Який обліковий документ заповнюється лікарем для реєстрації випадку тимчасової втрати працездатності працюючою особою?

А. Лікарське свідоцтво про смерть (ф.№ 106/о).

В. Виписка із медичної карти амбулаторного / стаціонарного хворого (ф. N 027/о)

С. Статистична картка хворого, який вибув зі стаціонару (ф. № 066/о).

Д. Листок непрацездатності.

Е. Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару (ф.№ 007/о)

43. Дільничному лікарю доручено аналіз захворюваності на підпорядкованій дільниці. Який вид захворюваності визначає групу тривало і часто хворіючих?

А. Найважливіші неепідемічні хвороби.

В. Госпіталізована.

С. Загальна.

Д. Гостра інфекційна.

Е.З тимчасовою втратою працездатності.

44. Хворий 37-ми років, який працює водієм, внаслідок загострення хронічного обструктивного бронхіту впродовж останніх 12 місяців був тимчасово непрацездатним 137 днів. Він звернувся в черговий раз на прийом до сімейного лікаря з причини загострення хвороби. Визначте юридично вірну тактику лікаря в даному випадку:

А. Видача листка непрацездатності та підготовка документів на МСЕК для встановлення групи інвалідності.

В. Скерування на ЛКК для продовження листка непрацездатності.

С. Хворий підлягає скеруванню на МСЕК.

Д. Скерування хворого на санаторно-курортне лікування.

Е. Продовження листка непрацездатності сімейним лікарем.

45. На який максимальний термін (в місяцях) може бути видано ЛН при безперервному захворюванні:

- A. 4
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 5

46. Основна функція МСЕК з експертизи тимчасової непрацездатності:

- A. Виявлення та встановлення групи інвалідності.
- B. Трудові рекомендації.
- C. Встановлення права на отримання соціальної допомоги.
- D. Продовження листка непрацездатності.
- E. Санкціонування продовження листка непрацездатності для завершення лікування.**

47. Право на видачу ЛН хворим при тимчасовій непрацездатності надається лікарям:

- A. Лікуючому лікарю.**
- B. Завідуючому відділенням поліклініки.
- C. Кабінету функціональної діагностики.
- D Відділення лікувальної фізкультури.
- E. Заступнику головного лікаря по експертизі тимчасової непрацездатності.

48. Громадянин К., перебуваючи у відрядженні в іншому місті, звернувся до поліклініки з приводу захворювання. Визначте порядок проведення експертизи працездатності.

- A. ЛН видається з дозволу головного лікаря ЛПЗ на кількість днів непрацездатності без урахування днів, потрібних для проїзду до постійного місця проживання.**
- B. ЛН не видається .
- C. ЛН видається не більш, ніж на 10 днів сімейним лікарем з подальшим продовженням разом із завідувачем відділення до 30 днів.

D. ЛН видається до 10 днів з подальшою видачею довідки довільної форми.

E. ЛН видається з дозволу головного лікаря ЛПЗ на кількість днів непрацездатності з урахуванням днів, потрібних для проїзду до постійного місця проживання.

49. Жінку виписали зі стаціонару з живою дитиною, яка народилася на 29 тижні вагітності. На який максимальний термін жінці буде видано ЛН в зв'язку з вагітністю та пологами?

A. На 140 днів.

B. На 56 днів.

C. На 70 днів.

D. На 126 днів.

E. ЛН не видається.

50. При огляді хворого на МСЕК визнано інвалідом. Якою датою закривається ЛН в цьому випадку?

A. Днем надходження документів хворого до МСЕК.

B. Днем направлення документів хворого до МСЕК.

C. Днем огляду хворого у МСЕК.

D. Не пізніше 7 днів з дня надходження документів хворого до МСЕК.

E. Не пізніше 7 днів з дня направлення документів хворого до МСЕК.

51. До хворого 69 років о 21 годині було викликано швидку медичну допомогу, лікар якої встановив діагноз: гострий інфаркт міокарду. Важкий стан хворого не дозволив госпіталізувати його до стаціонару. Наступного дня викликали лікаря додому. На який термін з приводу догляду за хворим може бути видано ЛН?

A. До трьох днів з подальшим продовженням, але не більше 7 днів з дозволу головного лікаря ЛПЗ або зарішенням ЛКК.

B. ЛН не видається.

C. На весь термін захворювання.

D. До трьох днів з подальшим продовженням, але не більше загалом 5 днів.

Е. Загалом не більше 10-ти днів.

52. Породілля М. народила дитину в терміні вагітності 28 тижнів, яка померла на 6 день після пологів. Реалізуйте тимчасову непрацездатність в даній ситуації.

А. Видається лікарняний лист на 70 днів після родового періоду.

В. Видається лікарняний лист на 126 днів після родового періоду.

С. Лікарняний лист не видається.

Д. Видається лікарняний лист на час перебування в пологовому відділенні.

Е. Видається лікарняний лист ще додатково на 14 днів.

53. У аспірантки М. занедужала 1,5 річна дитина і хворіла 18 днів. У родині є непрацююча бабуся. Дитина виховується в повній родині. Провести експертизу працездатності по догляду за хворою дитиною.

А. Матері видається листок непрацездатності на весь період хвороби дитини.

В. Матері видається довідка по догляду за хворою дитиною на весь період хвороби дитини.

С. Матері видається листок непрацездатності максимально на 7 днів, на решту днів довідка.

Д. Матері видається листок непрацездатності максимально на 14 днів, на решту днів довідка.

54. Дільничим терапевтом у робочого хімкомбінату на дому була діагностована побутова травма. Робочий тимчасово непрацездатний. Як оформити тимчасову непрацездатність?

А. Лікарняний лист відкривається з дня від дня звернення

В. Видається довідка встановленої форми

С. Видається довідка довільної форми

Д. Видається лікарняний лист з четвертого дня

Е. Видається довідка на 5 днів, потім – лікарняний лист

55. Цеховий лікар формує для поглибленого спостереження групу осіб, що тривало хворіють. При цьому він бере до уваги тривалість етіологічно пов'язаних випадів захворювань з тимчасовою втратою працездатності протягом останнього року у кожного з робітників. Якою повинна бути ця тривалість, щоб працівника віднесли до вказаної групи?

- A. 40 і більше днів
- B. 20 і більше днів
- C. 60 і більше днів
- D. 30 і більше днів
- E. 10 і більше днів

56. При проведенні експертизи тимчасової непрацездатності лікуючий лікар самостійно:

- A. Видає ЛН максимально на 5 днів одночасно та на 10 днів взагалі
- B. Видає ЛН на санаторно-курортне лікування
- C. Видає ЛН в разі необхідності переведення на іншу роботу при професійному захворюванні
- D. Видає ЛН до 4 днів одночасно та до 6 днів взагалі

57. Право продовження листка непрацездатності разом з лікуючим лікарем надається:

- A. Головному лікарю (або заступнику з ЕТН), зав. відділення, ЛКК
- B. Зав. кабінету обліку та мед статистики
- C. Головній медсестрі лікарні
- D. Зав. станції швидкої медичної допомоги

58. У лікувальних закладах з одним лікарем йому дозволяється видавати листок непрацездатності особисто на термін:

- A. На весь час захворювання
- B. Не більше ніж на 5 днів
- C. На 5 днів одночасно з максимальним подовженням до 14 днів
- D. На 3 дні

59. До основних правил заповнення листка непрацездатності відноситься:

- А. Вказати «первинний» чи «продовження», заповнити паспортну частину, написати заключний діагноз, зазначити вид непрацездатності
- В. Вказати чи госпіталізувався раніше та порядковий номер захворювання в поточному році
- С. Записати словами з якого та до якого числа виданий листок непрацездатності, поставити підпис лікаря, його печатку та печатку ЛПЗ
- Д. Записати числом з якого та до якого числа виданий листок непрацездатності
- Е. Вірно А,С**

60. У графі «відмітки про порушення режиму» лікарем робиться запис в наступних випадках:

- А. при появі хворого в стані алкогольного сп'яніння;
- В. при неявці без поважних причин у встановлений термін на прийом до лікаря, на ЛКК або МСЕК;
- С. при встановленні симуляції або активної аггравации;
- Д. при порушенні режиму, встановленого лікарем;
- Е. все вищевказане.**

61. Склад лікарсько-консультативної комісії (ЛКК):

- А. Лікуючий лікар, зав. відділення, головний лікар (заступник з ЕВН)**
- В. Лікуючий лікар, зав. відділення, заступник головного лікаря з медичної частини
- С. Лікуючий лікар, завідувач кабінету обліку та мед. статистики
- Д. Лікуючий лікар, головний лікар (заступник з ЕВН), заступник головного лікаря з медичної частини

62. Завдання ЛКК:

- А. Продовження ЛН до одужання після 10 днів

- В. Видача ЛН на санаторно-курортне лікування
- С. Направлення на МСЕК
- Д. Видача ЛН при переведенні на іншу роботу після перенесеного інфаркту міокарда
- Е. Вірно усе
- Ф. Вірно А,В,С**

63. Види (причини) тимчасової непрацездатности:

- А. Захворювання (травма)
- В. Догляд за хворим членом сім'ї, здоровою дитиною та дитиною інвалідом
- С. Інвалідність
- Д. Вірно А,В**
- Е. Вірно усе

64. У робітниці заводу захворіла дитина 12 років. На який максимальний термін (у днях) лікар має право видати листок непрацездатності з догляду за хворою дитиною, яка лікується в амбулаторних умовах

- А. 6
- В. 10
- С. 14**
- Д. 8

65. У робітниці маслозаводу захворіла дитина 15 років. До якого віку дитини можна видавати листок непрацездатності з догляду за нею у разі хвороби і чи доцільно це у даному випадку?

- А. Ні, до 6 років
- В. Так, до 18 років
- С. Ні, до 14 років**
- Д. Ні, до 10 років

66. Найчастіший вид інвалідності :

- А. Внаслідок травми

В. Внаслідок загального захворювання

С. Внаслідок онкологічного захворювання

Д. Внаслідок професійного захворювання

67. Завдання МСЕК:

А. Виявлення причин інвалідності, встановлення груп інвалідності, трудові рекомендації інвалідам

В. Видача та продовження листка непрацездатності

С. Визначає види, обсяг і терміни проведення їх реабілітації та заходи соціального захисту

Д. Вірно А,С

68. Серед причин первинної інвалідності у працездатного населення перше місце посідають:

А. Хвороби органів дихання

В. Хвороби органів травлення

С. Хвороби системи кровообігу

Д. Новоутворення

Е. Травми

69. Вагітна жінка стала на облік на 12 тижні вагітності. Яка тривалість тимчасової непрацездатності з приводу вагітності та пологів у жінки без соматичної патології чи інших обтяжуючих факторів?

А. 70 днів до пологів, 56 днів після пологів або 70 днів у разі ускладнення чи народження двійні

В. 56 днів після пологів або 70 днів у разі ускладнення чи народження двійні

С. 70 днів до пологів, 70 днів після пологів

Д. 70 днів до пологів, 56 днів після пологів або 90 днів у разі ускладнення чи народження двійні

70. Які існують види тимчасової непрацездатності?

А. Захворювання, догляд за хворим, санаторно-курортне лікування, пологи

- B. Переведення на іншу роботу через нещасний випадок
- C. Часткова втрата працездатності
- D. Карантин

71. Які захворювання посідають перше місце серед причин виникнення інвалідності у дітей?

A. Вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення

- B. Хвороби органів дихання
- C. Хвороби органів травлення
- D. Хвороби системи кровообігу
- E. Новоутворення

72. Залежно від ступеня порушення функцій організму та обмеження життєдіяльності особі, визнаній інвалідом, встановлюється ...

- A. I, II або III група інвалідності;
- B. Особі у віці до 18 років - категорія "дитина-інвалід»;
- C. II, III, IV група інвалідності;
- D. Вірні відповіді 1 і 2;**
- E. Немає правильної відповіді.

73. Підставами для визнання громадянина інвалідом є:

- A. Порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами;
- B. Обмеження життєдіяльності;
- C. Повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю;
- D. Необхідність здійснення заходів соціального захисту громадянина;
- E. Все вищеперелічене**

74. Громадянам, направленим медичними організаціями та органами управління охорони здоров'я на лікування в клініки науково-дослідних установ (інститутів) курортології, фізіотерапії та реабілітації, листок

непрацездатності видається медичним працівником на підставі рішення лікарської комісії:

- A. На час лікування
- B. На час лікування і проїзду до місця лікування
- C. На час лікування і проїзду до місця лікування і назад**
- D. Немає вірної відповіді

75. Тимчасова втрата працездатності це:

- A. Стан, при якому пацієнт змушений припинити свою трудову діяльність
- B. Стан, при якому порушені функції організму, що перешкоджають праці, носять тимчасовий, оборотний характер**
- C. Стан, при якому порушені функції організму незважаючи на комплексність лікування, прийняли стійкий необоротний або частково оборотний характер

76. Стійка втрата працездатності це:

- A. Стан, при якому пацієнт змушений припинити свою трудову діяльність
- B. Стан, при якому порушені функції організму, що перешкоджають праці, носять тимчасовий, оборотний характер
- C. Стан, при якому порушені функції організму незважаючи на комплексність лікування, прийняли стійкий необоротний або частково оборотний характер**

77. Хворий К. знаходиться у місті Б. ,до якого приїхав із міста Л. у зв'язку з відрядженням. Захворів гостро на ГРВІ та звернувся по допомогу до поліклініки міста Л. На який день тимчасової непрацездатності має бути отримано дозвіл головного лікаря для видачі листка непрацездатності громадянину К.?

- A. Дозвіл отримувати не потрібно;
- B. В перший день вирішення питання про видачу лікарняного листа;**
- C. В будь-який день непрацездатності;

D. При закритті лікарняного листа.

78. Які медичні працівники не видають листки непрацездатності

- A. Станцій швидкої медичної допомоги;
- B. Станцій переливання крові;
- C. Приймальних відділень лікарняних установ;
- D. Бальнеологічних лікарень і грязелікарень;
- E. Усі перераховані**

79. Листок непрацездатності не видається:

- A. Хворим на хронічні захворювання у період ремісії
- B. Хворим на хронічні захворювання, що проходять обстеження чи будь-які маніпуляції в амбулаторно-поліклінічних умовах
- C. Вірно А
- D. Вірно А, В**

80. Листок непрацездатності не видається хворим, які

- A. Звернулися за медичною допомогою в медичну організацію, якщо у них не виявлено ознак тимчасової непрацездатності
- B. Проходять медичний огляд, медичне обстеження або лікування за направленням військових комісаріатів
- C. Перебувають під вартою або адміністративним арештом
- D. Проходять періодичні медичні огляди (обстеження)
- E. Всім перерахованим**

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ І САМОКОРЕКЦІЇ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Задача №1

30.09, після чергової зміни відчула нездужання, вранці 31.09 звернулася за допомогою в поліклініку за місцем проживання. Хворій було встановлено діагноз «ГРВІ». Перебувала на амбулаторному лікуванні з 31.09, повторний візит до лікаря 02.10, виписана на роботу 06.10. Визначте вид непрацездатності та визначте документ, що підтверджує факт непрацездатності.

Задача №2

Громадянка А., 65 років, з приводу гіпертонічної хвороби II ст. з частими гіпертонічними кризами звернулася з приводу частих випадків раптової втрати свідомості. Лікувалася амбулаторно з 10.01 по 08.02. Курс стаціонарного лікування раніше не проходила. При зверненні до лікаря 08.02 відмічено погіршення стану. Госпіталізована в кардіологічне відділення 6 міської лікарні. Встановлено діагноз «Гіпертонічна хвороба II ст 3 ст, дуже високий кардіоваскулярний ризик. ІХС: стенокардія напруги III ФК, СН II Б». Відповідно до описаної клінічної картини вкажіть вид втрати працездатності та які необхідні документи має заповнити сімейний лікар?

Задача №3

Хворий П, 48 років. Працює на «ЗФЗ» в несприятливих трудових умовах - в умовах сильної запиленості та загазованості протягом 20 років. Звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на кашель з виділенням гнійного мокротиння, підвищення температури тіла до 37,5 ° С, пітливість, головний біль, загальна слабкість, задишку в спокої. Кашель турбує протягом 10 років, спочатку був сухий, потім з невеликою кількістю гнійного мокротиння, обсяг

якої поступово збільшувався. Самостійно не лікувався. Останні 5 років, переважно навесні і восени (після охолодження), крім посилення кашлю стала підвищуватися температура тіла до 37,2 ° С. Поточне погіршення стану відмічає протягом 2 тижнів. Шкідливі звички - курить з 20 років по 1-1,5 пачці сигарет в день. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви - дифузний ціаноз, підвищеної вологості. Грудна клітина розширена в передньо-задньому напрямку. Перкуторно над легеньми звук з коробковим відтінком. Аускультативно: на тлі ослабленого дихання вислуховуються розсіяні сухі і вологі хрипи, видих подовжений. З боку інших органів і систем - виражена тахікардія, ознаки НК II А степені. Вкажіть вид і ступінь непрацездатності. Який документ, що засвідчує непрацездатність слід видати? Яка установа, хто і на який термін видає даний документ?

Задача №4

Хворий Б., страждає на виразкову хворобу протягом 10 років із загостреннями 3-4 рази на рік. У 2016 році вже переніс 7 загострень виразкової хвороби, тривалістю по 6-8 тижнів, консервативна терапія була малоефективна. Протягом останніх 2 тижнів, після погрішності в дієті (з'їв багато жирного і смаженого) відзначав біль у верхній половині живота, відрижку кислим, печію, здуття живота. Приймав мезим, альмагель - без ефекту. 27.09 відчув різкий біль в епігастрії, після чого помітив темно-вишневе забарвлення калових мас. Пройшов курс лікування в 5 міській лікарні з приводу шлунково-кишкової кровотечі. Доліковується на амбулаторному етапі. Вкажіть вид непрацездатності. Ким видається документ? Який документ, що засвідчує непрацездатність слід видати?

Задача №5

Хвора В, 37 років, працює касиром, проживає в сільській місцевості. У мед. установи в останні 10 років не зверталася, проф. огляди не проходила. Звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на відчуття серцебиття, стійке

підвищення температури до субфебрильних цифр протягом останніх 3-4 міс., значне схуднення, м'язову слабкість, виражений тремор пальців, часті проноси, порушення менструального цикла. При об'єктивному огляді: значно виражений екзофтальм, збільшення щитовидної залози 2ст, тахікардія більше 120 за 1 хв. Встановлено діагноз «Тиреотоксикоз III ст». Вкажіть прогноз для трудової діяльності хворий. Вкажіть вид непрацездатності. Чи видається документ, що підтверджує непрацездатність і який?

Задача №6

Хворий 37-ми років, працює на комбикормовому комбінаті. Внаслідок загострення хронічного обструктивного бронхіту впродовж останніх 12 місяців був тимчасово непрацездатним 120 днів, в черговий раз звернувся до сімейного лікаря для продовження амбулаторного лікування. Визначте чи можливе продовження тимчасової непрацездатності у даному випадку і які документи для цього потрібно оформити?

Задача №7

Громадянин К, 37 років, працює вантажником у приватній фірмі. 29.10 захворів гостро, зі значним підвищенням температури, кашлем, слизовими виділеннями з носу, загальною слабкістю, головним болем та болем у м'язах. Лікувався самостійно (приймав парацетамол, афлубін, пертуссін, мукалгін) протягом 3 днів без суттєвого ефекту. 01.11 викликав сімейного лікаря додому. Який вид втрати працездатності у даного хворого? Який документ та на який термін має право видати сімейний лікар?

Задача №8

У працюючої жінки 11.12 захворіла дитина віком 5 років. Захворювання почалось гостро, з підвищення температури до 38,5, кашлю, почервоніння обличчя, загальної слабкості та ознак дихальної недостатності. 12.12 мати звернулась по допомогу до амбулаторії сімейної медицини.

Сімейним лікарем у дитини була діагностована пневмонія і призначено лікування в амбулаторних умовах. На який максимальний термін лікар-педіатр дитячої поліклініки або сімейний лікар має право видати листок непрацездатності по догляду за хворою дитиною віком до 5 років працюючій жінці?

Задача №9

Гукін К. Д., 38 років, працює слюсарем залізобетонного заводу № 2. З 10.05 в зв'язку з травмою щелепно-лицевої ділянки, отриманої в нетверезому стані, перебував на лікуванні в стаціонарі протягом 24 днів. З 04.06 був направлений на долікування в амбулаторних умовах до ЦПМСД за місцем проживання. На прийом з'явився 07.06. Як правильно оформити факт тимчасової непрацездатності у хворого? Які документи треба видати в данному випадку?

Задача № 10

Інженер залізобетонного заводу № 2 Павлов О. Д. протягом 15 днів перебував на протезуванні в стаціонарі протезно-ортопедичного установи з 12.09.16. 13.09.16 прийшов на прийом до сімейного лікаря за місцем проживання зі скаргами на біль в лівому колінному суглобі, наявність незначного набряку та почервоніння над ділянкою суглоба. Чи потрібно видати хворому листок непрацездатності і якщо так, то з якого до якого числа?

Задача № 11

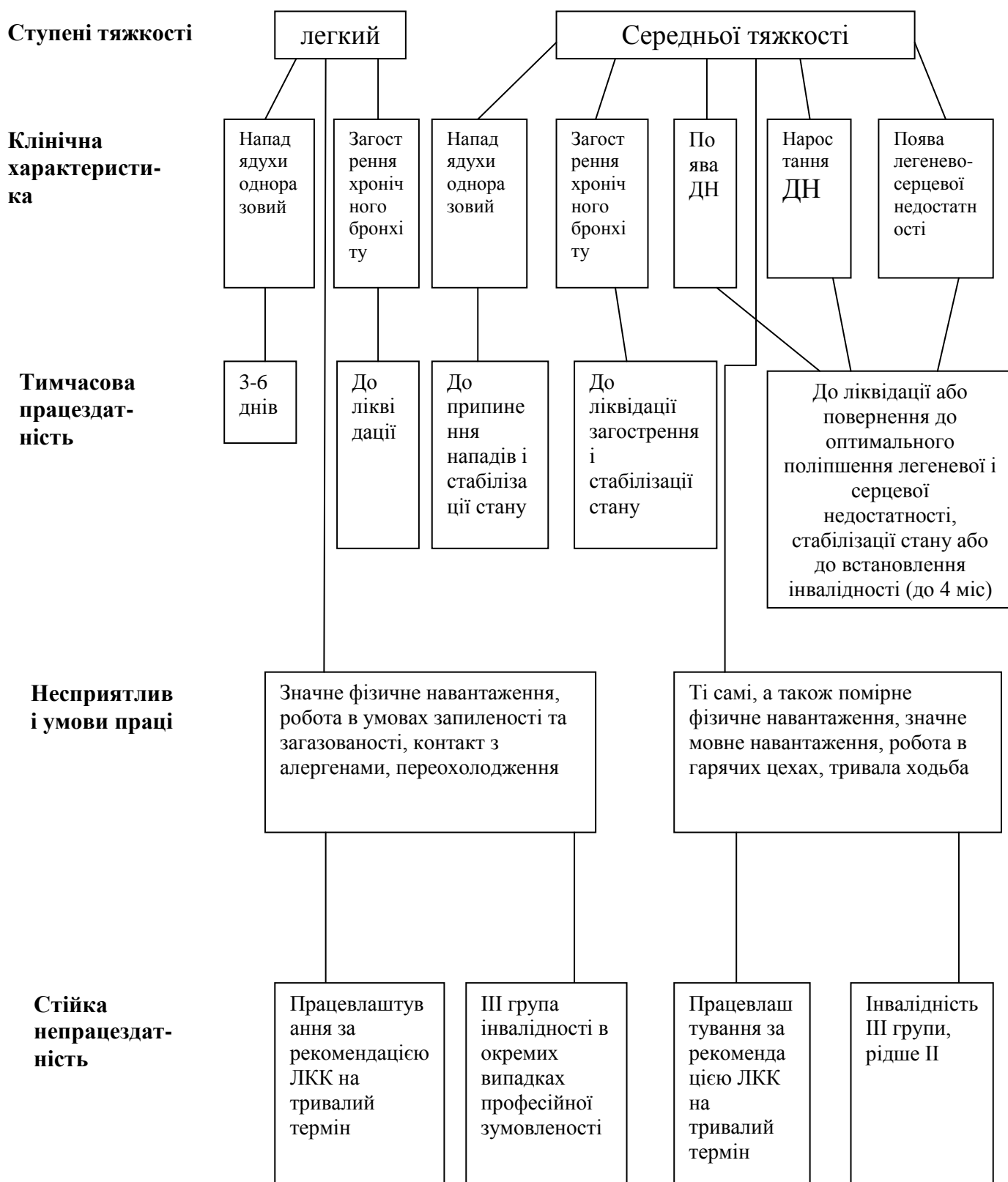
Майорова К. В., 67 років, 30.05.16 вранці, після сну відчула раптовий головний біль, помітила мерехтіння мушок перед очима та втратила свідомість. Після відновлення свідомості не змогла поворушити правою рукою та ногою, мова стала сплутанною та нерозбірливою. 31.05 після виклику сімейного лікаря додому, та консультації невролога поліклініки

діагностовано інсульт. З 01.06 протягом 7 днів знаходилась під наглядом сімейного лікаря на дому, а потім вона була госпіталізована. Догляд за хворою протягом усього періоду здійснював її син Майоров М. О. (оператор «Нової пошти»). Чи може сімейний лікар видати лікарняний лист синові та на який термін?

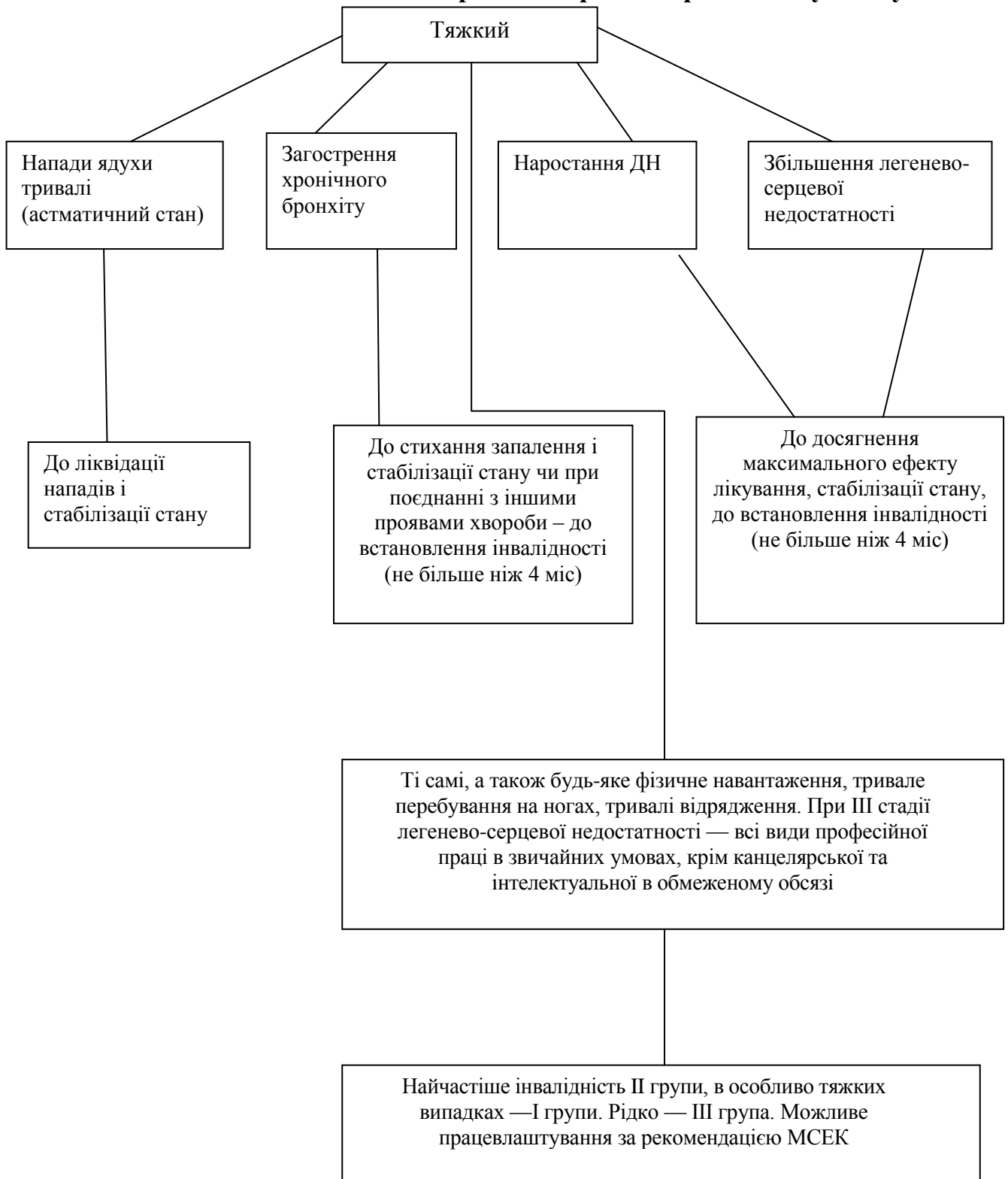
Задача №12

Петрова Г. О., 62 роки, працює викладачем в середній школі №5 міста Б.. Страждає невралгією трійчастого нерва. З 26.03 протягом 10 днів лікувалась у невролога поліклініки. 06.04 звернулась до сімейного лікаря з проханням продовжити лікарняний листок. Чи має на це право сімейний лікар? Якщо так, то на який термін?

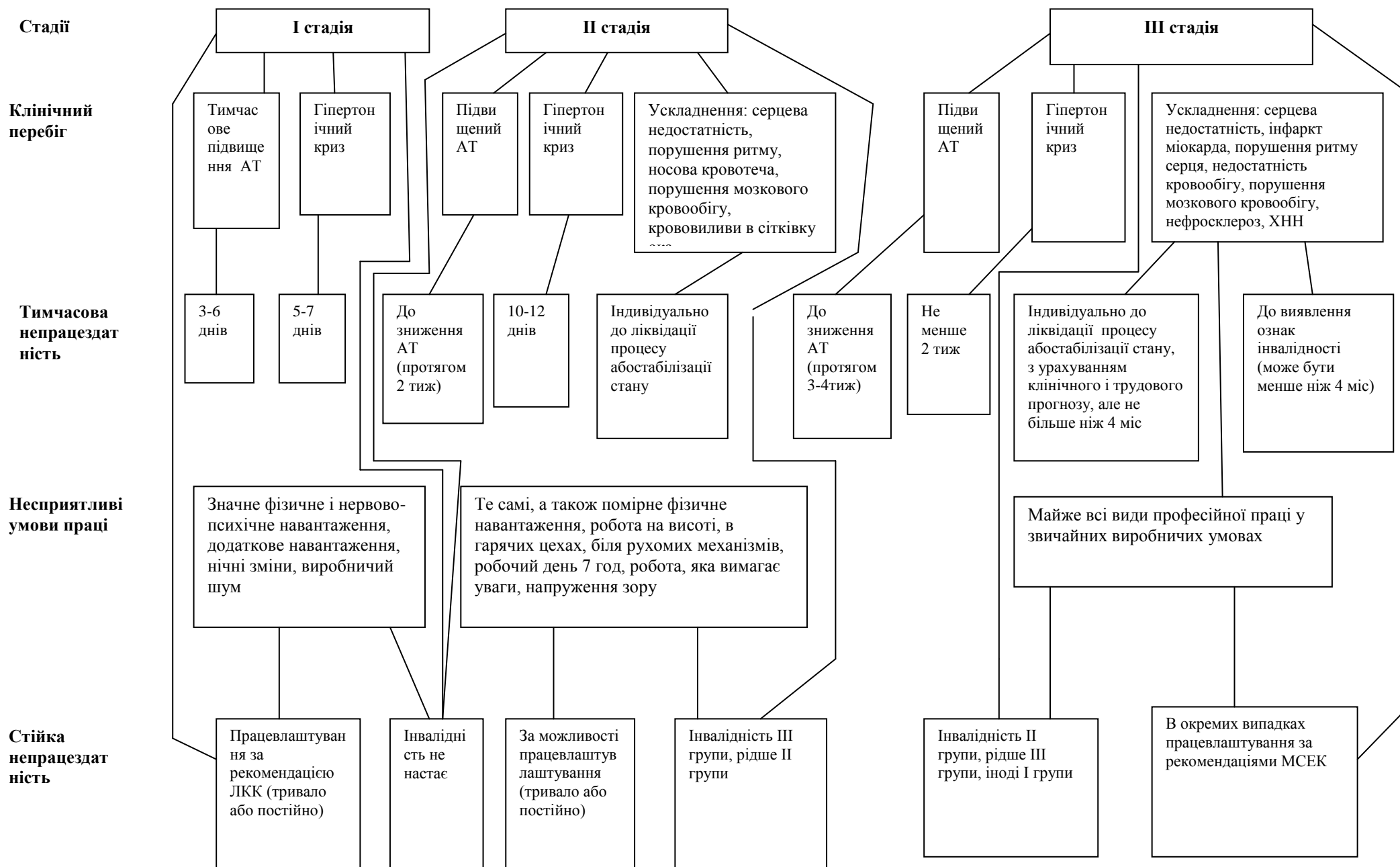
Медико-соціальна експертиза хворих на бронхіальну астму



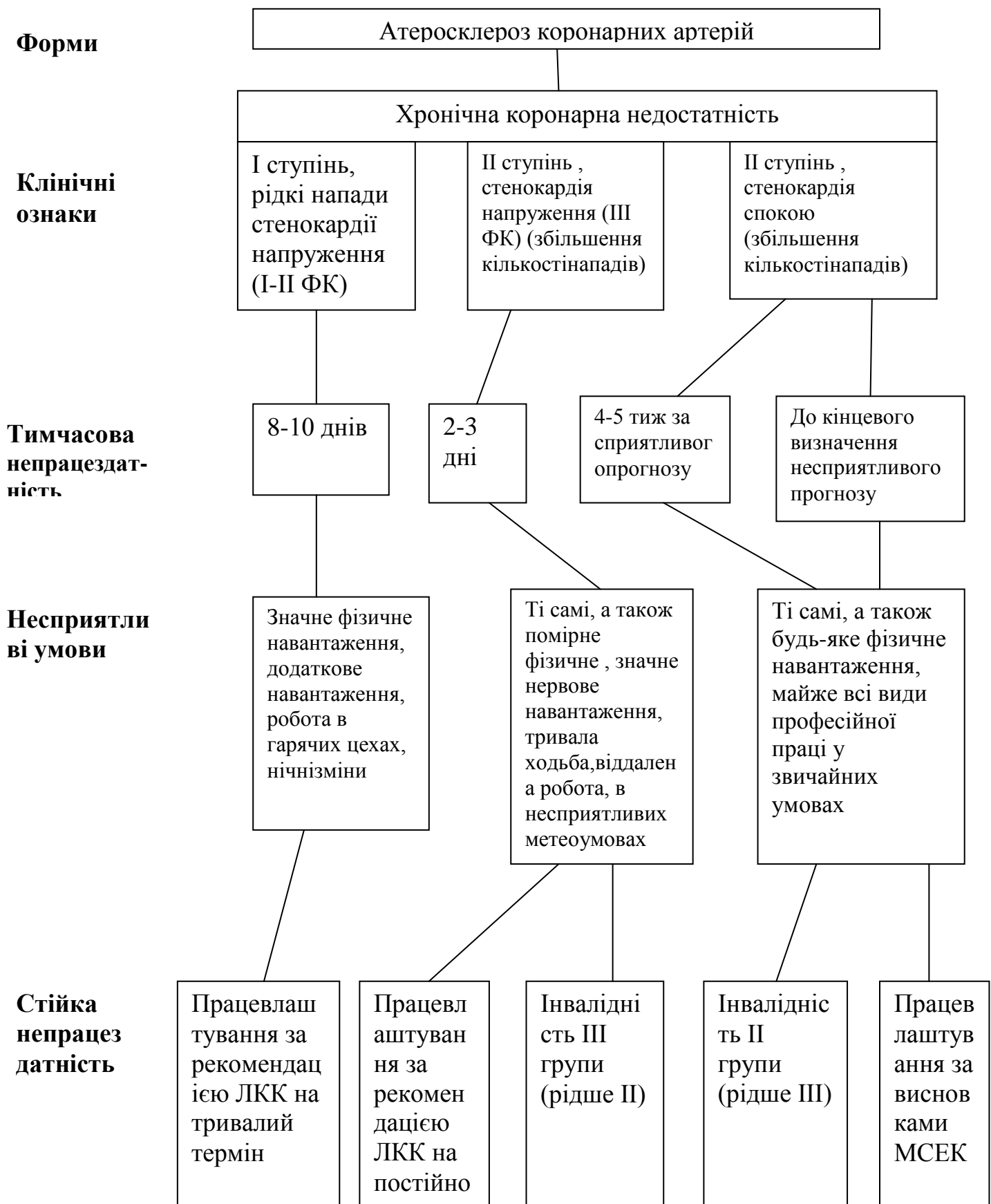
Медико-соціальна експертиза хворих на бронхіальну астму



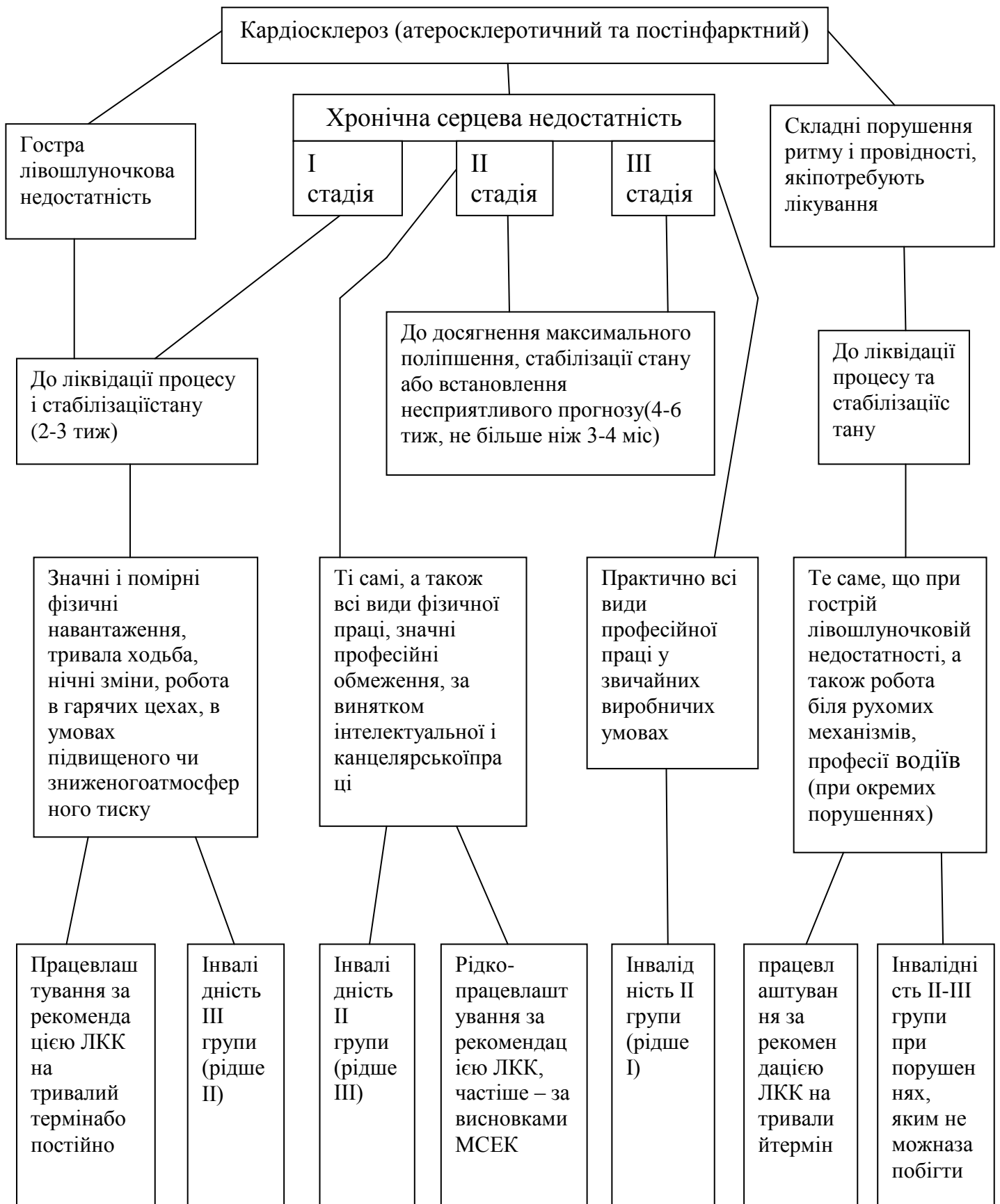
Медико-соціальна експертиза хворих на гіпертонічну хворобу



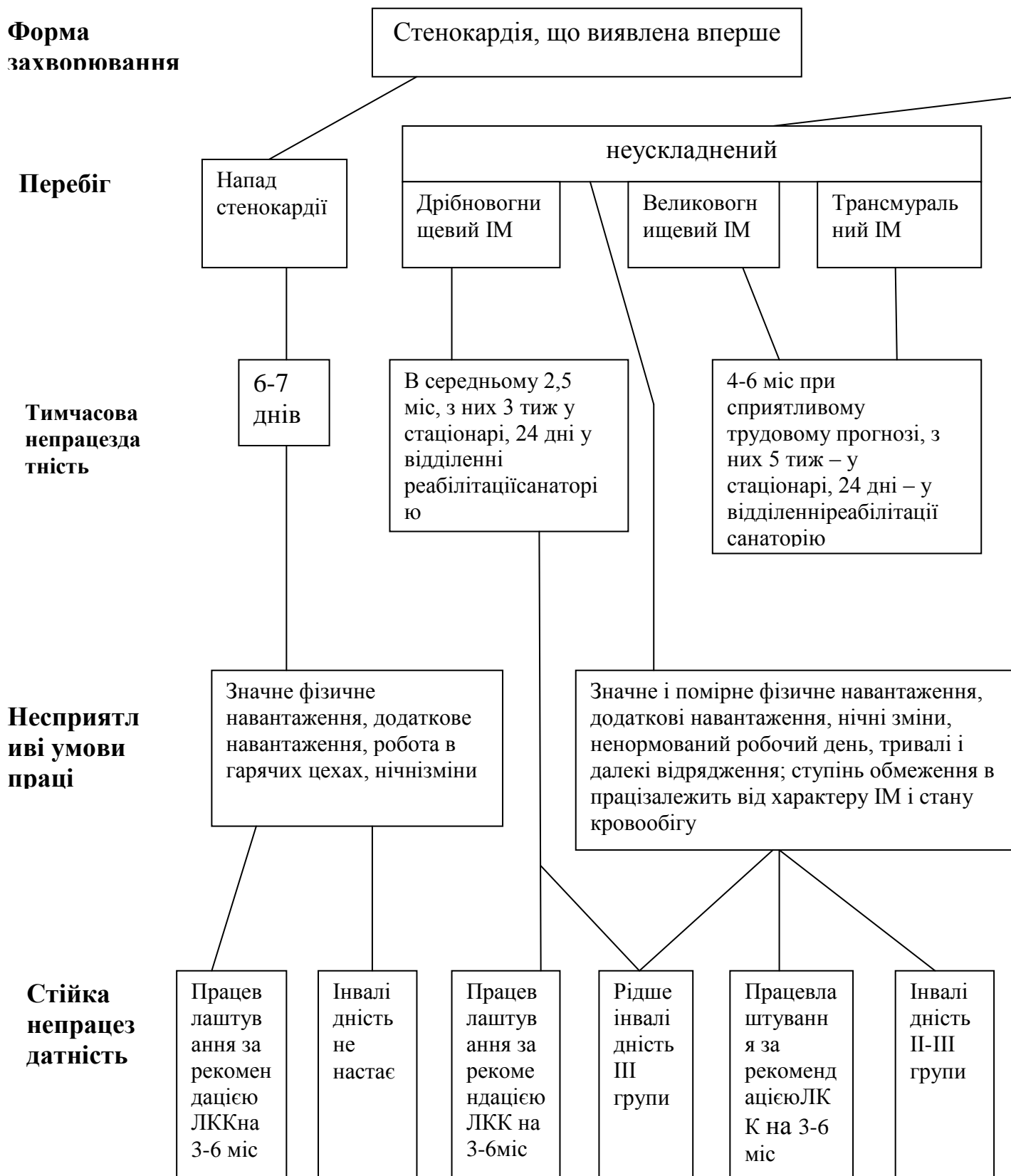
**Медико-соціальна експертиза хворих на ішемічну хворобу серця
(хронічні форми)**



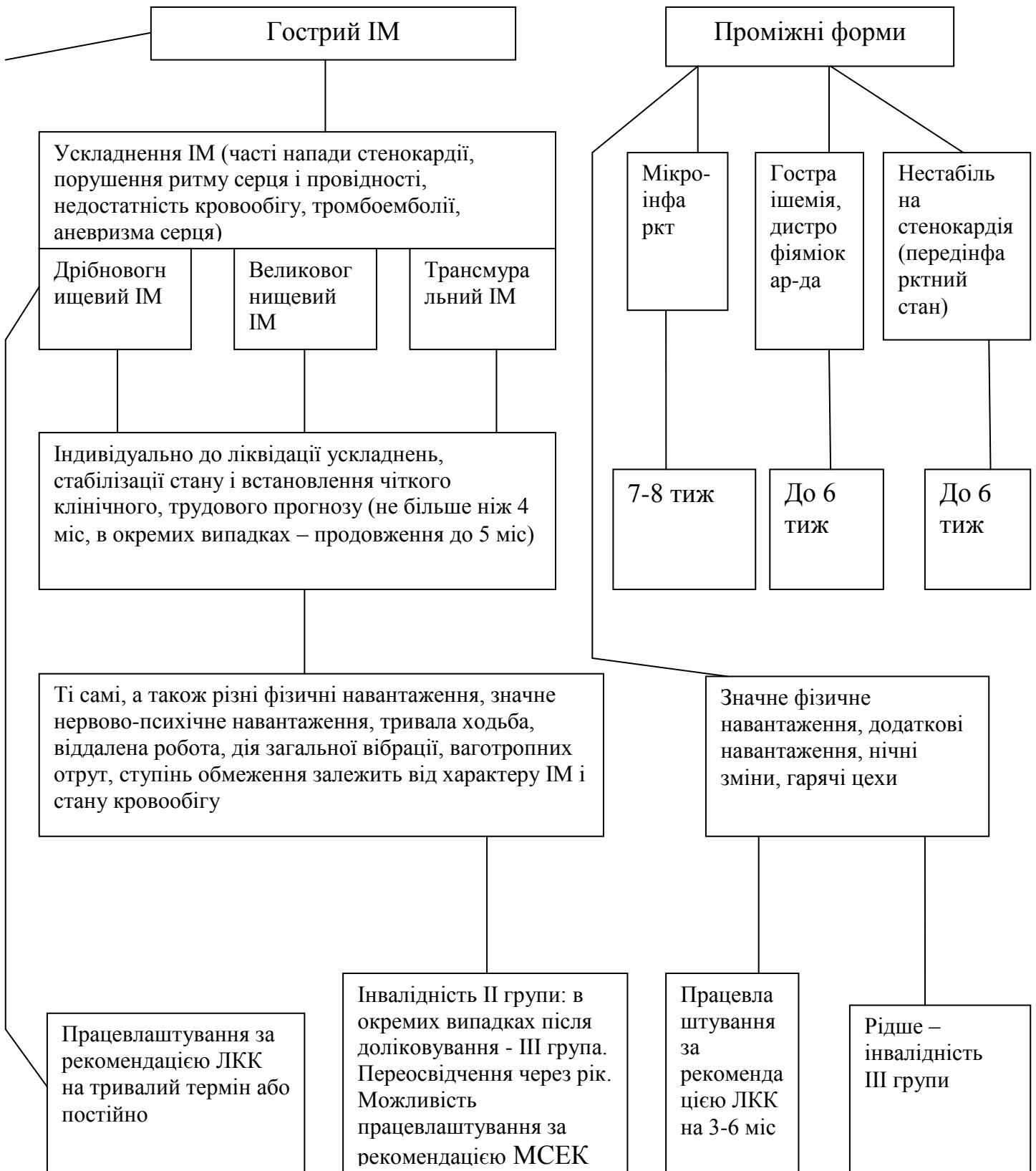
Медико-соціальна експертиза хворих на ішемічну хворобу серця
(хронічні форми)



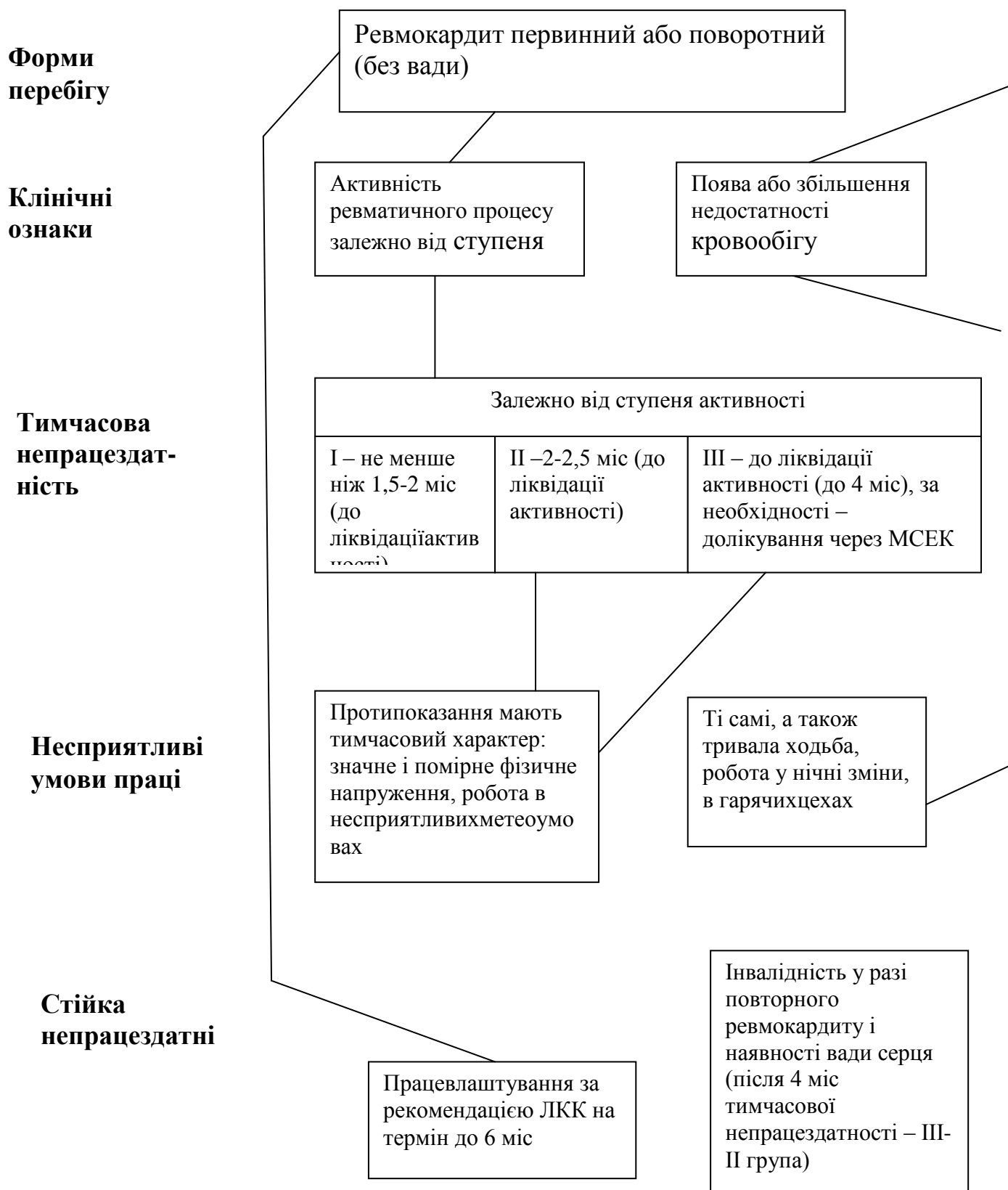
**Медико-соціальна експертиза хворих на ішемічну хворобу серця
(гострі та підгострі форми)**



Медико-соціальна експертиза хворих на ішемічну хворобу серця (гострі та підгострі форми)



Медико-соціальна експертиза хворих із ревматичним ураженням серця



Медико-соціальна експертиза хворих із ревматичним ураженням серця

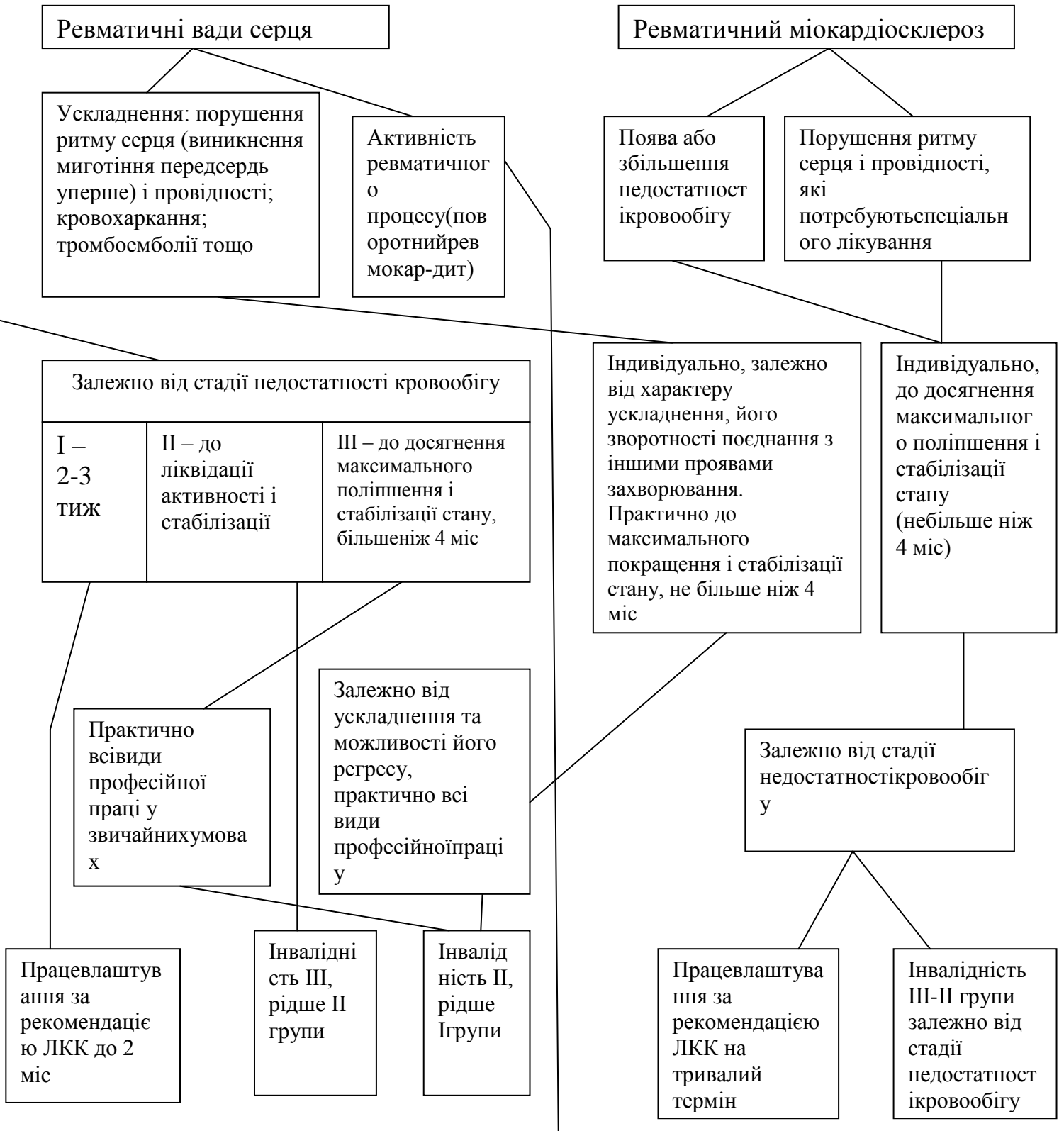
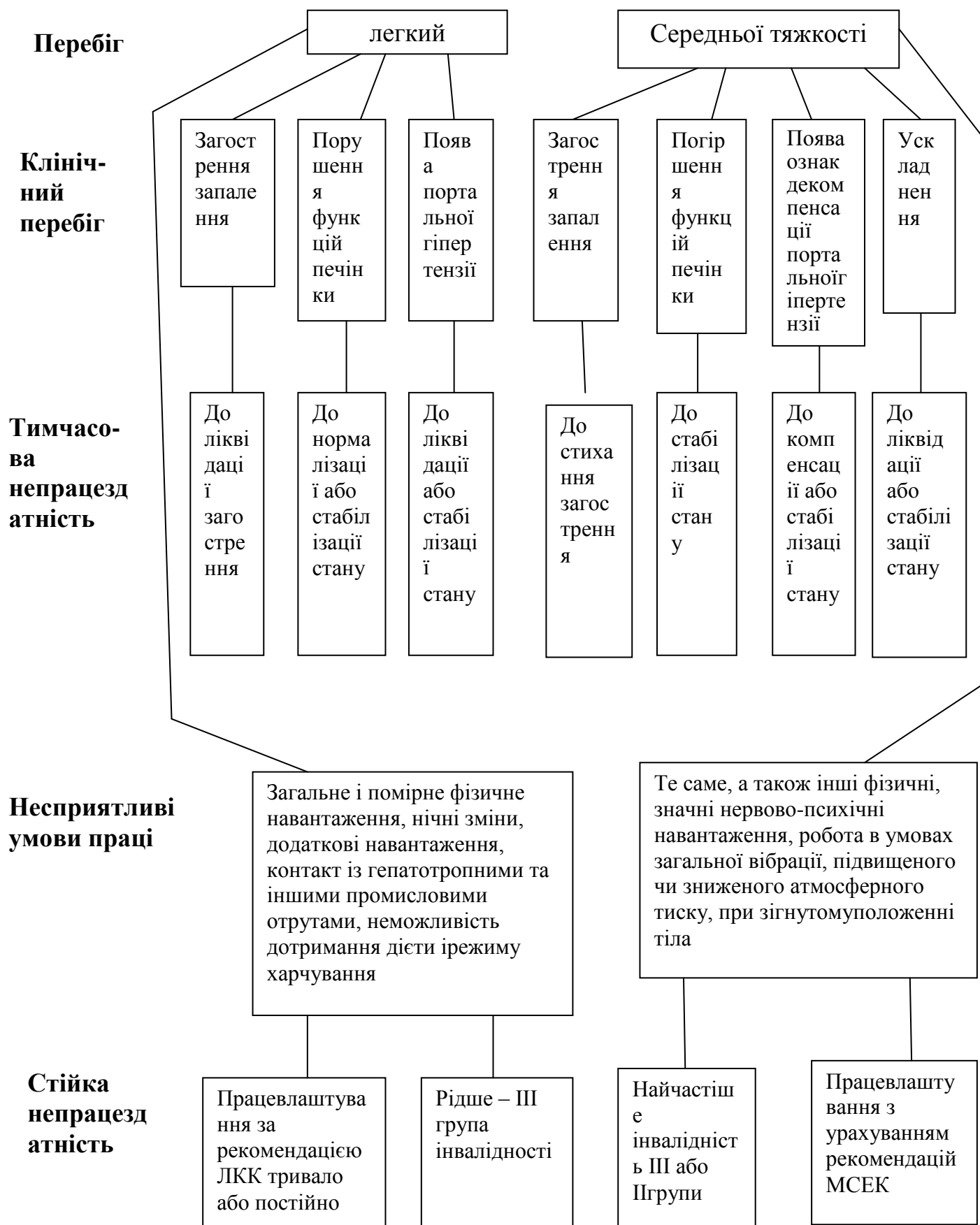
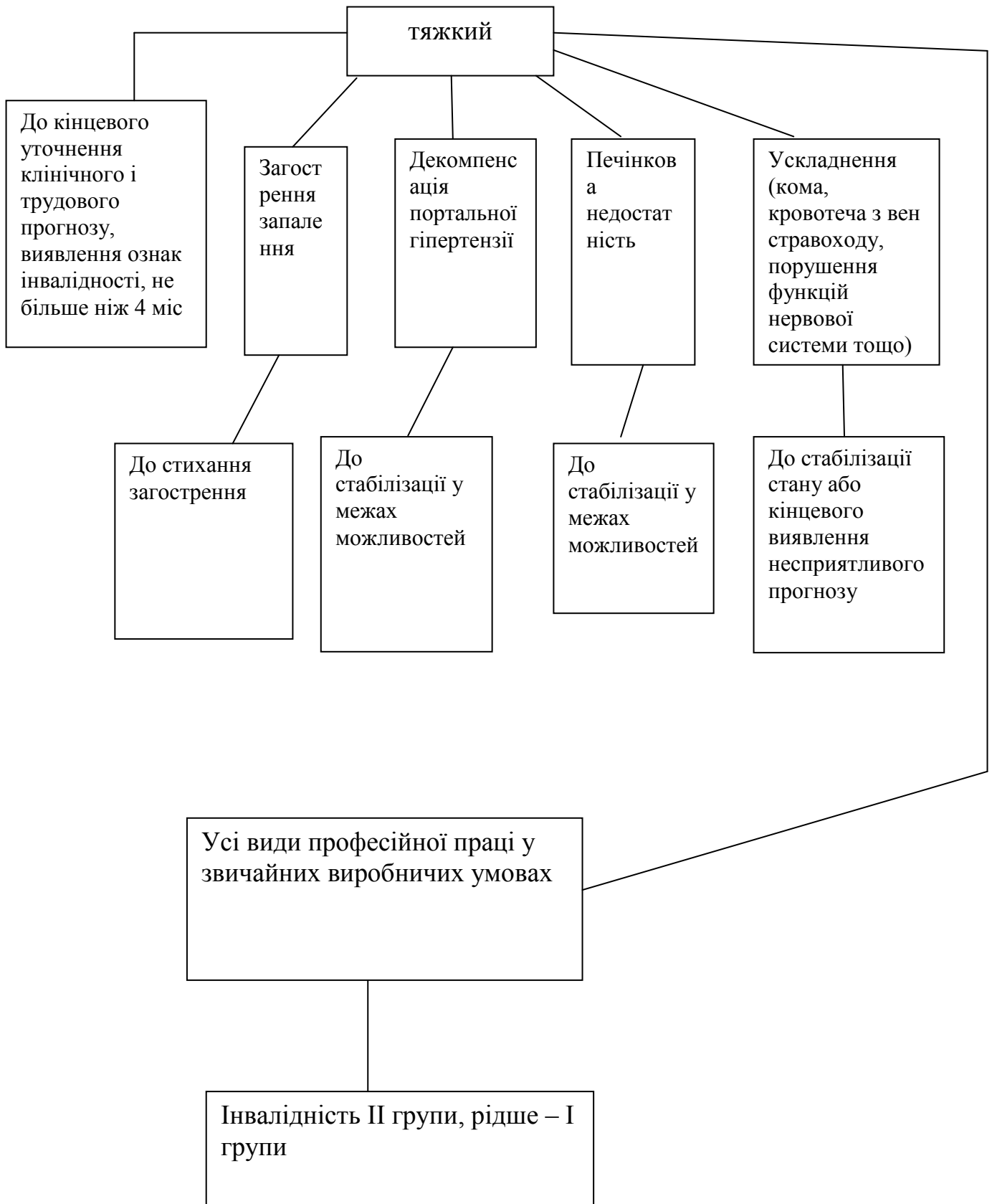


Схема 19. Медико-соціальна експертиза хворих на цироз печінки



Медико-соціальна експертиза хворих на цироз печінки



Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я	<h2 style="margin: 0;">ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ</h2> <p style="margin: 0;">ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №..... (відповідне підкреслити)</p> <p style="margin: 0;">..... (прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)</p> <p style="margin: 0;">..... (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)</p> <p style="margin: 0;">Виданий 20..... р. (число, місяць)</p>	Серія.....№..... (прізвище лікаря) № медичної карти (Підпис одержувача)	К О Р І Н Е Ц Ь
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я В І Д Р І З У		
<h2 style="margin: 0;">ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ</h2> <p style="margin: 0;">ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №..... Серія.....№..... (відповідне підкреслити)</p> <p style="margin: 0;">..... (назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)</p> <p style="margin: 0;">Виданий 20..... р. (число, місяць)</p> <p style="margin: 0;">..... (прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) Вік (повних років)</p> <p style="margin: 0;">..... (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)</p>			
Діагноз первинний:		Діагноз заключний:	
Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, не виробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.			
РЕЖИМ:		Відмітки про порушення режиму:	
Перебував у стаціонарі з..... 20..... р. по..... 20..... р.		Підпис лікаря..... Направлений у МСЕК 20..... р. Підпис голови ЛКК.....	
Перевести тимчасово на іншу роботу з..... 20..... р. по..... 20..... р. Підпис голови ЛКК..... М. П.		Оглянутий у МСЕК..... 20..... р. Висновок МСЕК.....	
Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря..... М. П.		Підпис голови МСЕК..... М. П.	
З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И			
З якого числа 3 (число, місяць, рік)	До якого числа включно (словами число і місяць)	Посада і прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря
3 (число, місяць, рік) (словами число і місяць)		
3 (число, місяць, рік) (словами число і місяць)		
3 (число, місяць, рік) (словами число і місяць)		
3 (число, місяць, рік) (словами число і місяць)		
СТАТИ ДО РОБОТИ			
3 (словами число і місяць) ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ Виданий листок непрацездатності (продовження) №... № №.....		} посада, прізвище підпис лікаря	Печатка закладу охорони здоров'я

ПРИМІТКА:

Зворотний бік

ДО ВІДОМА ЛІКАРЯ

Бланки листка непрацездатності повинні зберігатись як бланки суворої звітності.

Про витрачання бланків листка непрацездатності лікар повинен звітувати в установленому порядку зданням корінців виданих листків непрацездатності.

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	<p style="text-align: center;">..... (назва підприємства, установи, організації)</p> Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. №..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібно підкреслити). Не працював з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р. Неробочі дні за період непрацездатності (числа) До роботи став з «.....».....20.....р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....				
Заповнюється відділом кадрів або уповноваженою особою	Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; ветеран війни (потрібно підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібно підкреслити). (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)				
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, яку покладено призначення допомоги	ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА: 3 тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів 3 вагітності та пологів у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів Допомога не надається з причини: Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від20..... р. № (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)				
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн.				
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата	
Усього:					
При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р. заробітна плата за..... днів становить..... грн.					
НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ					
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу
(усього нараховано — сума словами)					
Включено до платіжної відомості за..... місяць 20..... р. Печатка Прізвище і підпис керівника Підпис головного (старшого) бухгалтера.....					

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
Міністерства праці та
соціальної політики України,
Фонду соціального
страхування з тимчасової
втрати працездатності,
Фонду соціального
страхування від нещасних
випадків на виробництві
та професійних захворювань
України 03.11.2004
N 532/274/136-ос/1406 (z1454-04)
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
17 листопада 2004 р.
за N 1456/10055

ІНСТРУКЦІЯ
про порядок заповнення листка непрацездатності
{ Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства
охорони здоров'я N 774/438/207-ос/719 (z1324-06) від 24.11.2006 }

1. Листок непрацездатності (za454-04) (далі - ЛН) - це багатофункціональний документ, який є підставою для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю та з матеріальним забезпеченням застрахованої особи в разі тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів.

Лицьовий бік бланка ЛН (za454-04) заповнюється лікуючим лікарем або молодшим медичним працівником з медичною освітою. Зворотний бік бланка ЛН заповнюється за місцем роботи застрахованої особи. Записи в ЛН здійснюються розбірливим почерком, без помарок, синім, фіолетовим або чорним чорнилом.

2. Насамперед заповнюється корінець ЛН (za454-04).

2.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження", у разі продовження ЛН (za454-04) зазначається номер попереднього.

Указуються: прізвище, ім'я та по батькові (повністю) непрацездатного та місце його роботи (назва підприємства, установи, організації), дата видачі ЛН (цифрою вказується число, після чого літерами - назва місяця, цифрою зазначається рік), прізвище лікаря, який видав ЛН, номер медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, підпис одержувача у графі "Підпис одержувача".

2.2. Паспортна частина ЛН (za454-04) (прізвище непрацездатного, ім'я та по батькові, вік) заповнюється за даними документів, місце роботи - зі слів непрацездатного.

2.3. Після заповнення корінець залишається в закладі охорони здоров'я.

3. Далі заповнюється частина лицьового боку ЛН (za454-04), що видається непрацездатному.

3.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження" із зазначенням номера та серії попереднього ЛН (za454-04) у разі його продовження. Чітко вказуються: назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я (повністю), що підтверджуються штампом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності"; дата видачі ЛН (цифрою вказується число, після чого літерами - назва місяця, цифрою вказується рік), прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного (повністю); число повних років (цифрами); стаття підкреслюється; місце роботи: назва і місцезнаходження підприємства, установи, організації (повністю).

3.2. У графі "Діагноз первинний" лікар указує первинний діагноз у перший день видачі ЛН (за454-04). У графі "Діагноз заключний" лікар указує остаточний діагноз, а в графі "шифр МКХ-10" - шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, прийнятої 43 Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 1 січня 1993 року (далі - МКХ-10). Діагноз первинний, діагноз заключний та шифр МКХ-10 зазначаються виключно за письмовою згодою хворого. В іншому випадку первинний та заключний діагнози та шифр МКХ-10 не вказуються.

Якщо за письмовим погодженням із завідувачем відділення з деонтологічних міркувань лікар у ЛН (за454-04) змінює формулювання діагнозу та шифру МКХ-10 фактичного захворювання, то він зобов'язаний зробити в медичній картці стаціонарного чи амбулаторного хворого запис, який обґрунтовує зміну діагнозу та шифру МКХ-10. { Пункт 3.2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 774/438/207-ос/719 (з1324-06) від 24.11.2006 }

3.3. У графі "Причина непрацездатності:" слід обов'язково підкреслити відповідну причину звільнення від роботи. Пункти 2, 4 виправленню не підлягають.

3.4. У графі "Режим:" обов'язково вказати режим, який призначається хворому: стаціонарний, амбулаторний, постільний, домашній, санаторний, вільний тощо.

3.5. У графі "Відмітки про порушення режиму:" зазначається дата порушення режиму, що засвідчується підписом лікаря. Види порушень режиму вказуються у графі "Примітка:" з обов'язковим записом у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

3.6. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки зі стаціонарного відділення.

3.7. У графі "Перевести тимчасово на іншу роботу" указуються дати тимчасового переведення хворого на іншу роботу, що засвідчується підписом голови лікарсько-консультативної комісії та круглою печаткою закладу охорони здоров'я.

3.8. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи, ЛН (за454-04) видається за підписом головного лікаря, що засвідчується круглою печаткою закладу охорони здоров'я. Запис здійснюється у графі "Видачу листка непрацездатності дозволяю" із обов'язковим записом у медичних картах амбулаторного чи стаціонарного хворого.

3.9. У графі "Направлений до МСЕК" здійснюється запис дати направлення документів на МСЕК, що підтверджується підписом голови лікарсько-консультативної комісії.

3.10. У графі "Оглянутий у МСЕК" зазначають дату огляду хворого.

3.11. У графі "Висновок МСЕК" робиться відповідний запис, що засвідчується підписом голови МСЕК та печаткою МСЕК:

"визнаний інвалідом певної групи та категорії";

"інвалідом не визнаний, потребує долікування";

"інвалідом не визнаний, працездатний".

У разі визнання хворого інвалідом дата встановлення інвалідності повинна збігатися з днем надходження (реєстрації) документів у МСЕК.

У разі визнання хворого працездатним у графі "Стати до роботи" зазначається дата, наступна за датою огляду в МСЕК.

3.12. У графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" дата видачі ЛН (за454-04) (число, місяць, рік) позначається арабськими цифрами; у другому стовпчику "До якого числа включно" дата продовження ЛН (число і місяць) позначається літерами; у четвертому стовпчику "Підпис та печатка лікаря" продовження або закриття ЛН підтверджується підписом та печаткою лікаря.

Якщо ЛН (за454-04) продовжується в амбулаторних умовах, запис терміну лікування здійснюється відповідно до п. 2.2 Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом МОЗ України від 13 листопада 2001 року N 455 (з1005-01), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 року за N 1005/6196. Продовження ЛН здійснюється з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря, завідувача відділення або голови лікарсько-консультативної комісії, що засвідчується їх підписами.

У стаціонарному відділенні запис усього терміну лікування може бути вказаний в одному рядку з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря і завідувача відділення, що засвідчується їх підписами та печатками.

3.13. У графі "Стати до роботи" вказують словами число і місяць, коли приступити до роботи; посаду, прізвище лікаря, що засвідчується його підписом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності". У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "Продовжує хворіти" та зазначається номер нового ЛН (за454-04).

У разі смерті у графі "Стати до роботи" зазначаються "помер" і дата смерті.

4. У правому нижньому полі ЛН (за454-04) у графі "Примітка:" лікарем здійснюються такі записи:

4.1. При порушенні хворим призначеного режиму вказується вид порушення (наприклад, несвоєчасна явка на прийом до лікаря; алкогольне, наркотичне, токсичне сп'яніння під час лікування; вихід на роботу без дозволу лікаря; самовільне залишення закладу охорони здоров'я; виїзд на лікування в іншому закладі охорони здоров'я без відмітки про дозвіл виїзду; відмова від направлення або несвоєчасна явка на МСЕК та ін).

4.2. У разі тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням або травмою, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з ним, робиться позначка про таке сп'яніння.

4.3 У разі направлення на санаторно-курортне лікування зазначаються номер путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.4. У разі направлення на долікування в реабілітаційне відділення санаторно-курортного закладу вказуються номер реабілітаційної путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.5. У разі помилок у тексті здійснюється виправлення тексту, що підтверджується записом "Виправленому вірити", підписом лікуючого лікаря та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

На бланку ЛН (за454-04) дозволяється не більше двох виправлень.

4.6. У разі тимчасової непрацездатності ("професійне та його наслідки-2" або "нешасний випадок на виробництві та його наслідки - 4") слід указати дату встановлення професійного захворювання або нещасного випадку на виробництві.

4.7. Інші примітки.

5. У разі направлення хворого з лікувально-профілактичного закладу до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу на долікування у графі ЛН (за454-04) "Стати до роботи" здійснюється запис "долікування в санаторно-курортному закладі" і вказується дата початку путівки. У графі "Видано новий листок непрацездатності (продовження) N" зазначається номер нового ЛН, який заповнюється в стаціонарі або в денному стаціонарі закладу охорони здоров'я на період долікування. У графі "Причина непрацездатності:" нового ЛН підкреслюється "захворювання загальне - 1"; у графі "Режим" вказується "санаторний", у графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" вказується дата початку путівки. В правому верхньому кутку ЛН ставиться печатка закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

Подальше оформлення ЛН (за454-04) здійснюється в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки з реабілітаційного відділення; у графі "Звільнення від роботи" у другому стовпчику "До якого числа включно" вказується дата виписки; у графі "Стати до роботи" літерами пишуть число і місяць, коли стати до роботи, зазначаються посада, прізвище лікаря та завідувача реабілітаційного відділення, їх підписи, що засвідчуються круглою печаткою санаторно-курортного закладу. У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "продовжує хворіти".

6. При лікуванні хворих у реабілітаційних центрах та реабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я ЛН (за454-04) заповнюється відповідно до вимог цієї Інструкції при наявності ознак тимчасової непрацездатності.

7. У разі медичного нагляду за особами, які були в контакті з хворими на інфекційні захворювання, та бактеріоносіями в графі "Причина непрацездатності:" підкреслюється "контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство-6", у графі "Режим:" - "домашній".

8. У разі направлення хворого на протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства у графі "Причина непрацездатності:" вказується "ортопедичне протезування - 9", у графі "Перебував у стаціонарі", крім дати, робиться відмітка "протезно-ортопедичного підприємства", у графі "Звільнення від роботи" вказуються дати початку та закінчення протезування з урахуванням проїзду.

9. У графі "Діагноз первинний" позначається термін вагітності на час звернення, у графі "Діагноз заключний" - орієнтовний термін пологів, у графі "Причина непрацездатності:" - "вагітність та пологи"; у графі "Режим:" - "амбулаторний та стаціонарний"; у графі "Звільнення від роботи" одним рядком записується сумарна тривалість відпустки з відміткою дати відкриття ЛН (за454-04), у графі "Стати до роботи" - дата закінчення відпустки. ЛН затверджується підписом лікуючого лікаря, завідувача жіночої консультації, для іногородніх жінок - додатково керівником закладу охорони здоров'я. ЛН завіряється печаткою закладу охорони здоров'я. Додаткові дні післяпологової відпустки при патологічних пологах і багатоплідній вагітності оформлюються окремим (додатковим) бланком ЛН.

10. Якщо при черговому відвідуванні хворим лікаря має місце порушення режиму у вигляді несвочасного прибуття хворого до лікаря, то:

- у разі визнання хворого непрацездатним продовження ЛН (за454-04) здійснюється з дня його відвідування лікаря;

- у разі визнання хворого працездатним у графі "Стати до роботи" пишуться літерами число і місяць та здійснюється запис "з'явився працездатним". Закриття ЛН (за454-04) здійснюється датою, установленою лікарем, для прибуття хворого.

11. Номери бланків ЛН (за454-04), дата видачі, продовження, дати відвідування на повторні огляди, виписки на роботу обов'язково фіксують у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

12. У разі втрати ЛН (за454-04) оформлення дублікату ЛН здійснюється лікуючим лікарем при наявності довідки з місця роботи про те, що виплата за цим ЛН не здійснювалася. У верхньому правому кутку ЛН зазначається "дублікат", у графі "Звільнення від роботи" одним рядком записується весь період непрацездатності, що підтверджується підписом і печаткою лікуючого лікаря та голови лікарсько-консультативної комісії. У медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого робиться відповідний запис із зазначенням номера дублікату ЛН.

В.о. директора Департаменту
організації медичної допомоги
населенню Міністерства охорони
здоров'я України

В.М.Таран

Директор Департаменту політики
державного соціального страхування
Міністерства праці та соціальної
політики України

О.П.Скрипник

Начальник Управління з питань
надання допомоги Виконавчій дирекції
Фонду соціального страхування
з тимчасової втрати працездатності

В.Г.Єнін

Начальник Управління
медико-соціальних послуг потерпілим
Виконавчій дирекції Фонду соціального
страхування від нещасних випадків
на виробництві та професійних
захворювань України

Л.В.Гайдук

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
09.04.2008 N 189
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 4 липня 2008 р.
за N 589/15280

**ПОЛОЖЕННЯ
про експертизу тимчасової непрацездатності**

1. Загальні положення

1.1. Цим Положенням встановлюється єдиний порядок організації та проведення експертизи тимчасової непрацездатності (далі - ЕТН).

1.2. ЕТН здійснюється за умови наявності ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на право провадження господарської діяльності з медичної практики та сертифіката державної акредитації закладу охорони здоров'я незалежно від форм власності.

1.3. У цьому Положенні основні терміни та поняття вживаються в такому значенні:

Здатність до трудової діяльності (працездатність) - сукупність фізичних, розумових та емоційних можливостей, яка дає змогу працівникові виконувати роботу визначеного обсягу, характеру та якості.

Непрацездатність (утрата працездатності) - це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливує виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я.

Тимчасова непрацездатність - це непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або з інших причин, що не залежить від факту втрати працездатності (пологи, карантин, догляд за хворим тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин - до закінчення причин відсторонення від роботи. Тимчасова непрацездатність застрахованих осіб засвідчується листком непрацездатності.

Випадок тимчасової непрацездатності - тимчасова непрацездатність, яка триває безперервно від початку визначеного захворювання, травми тощо, підтверджується видачею листка непрацездатності з можливим продовженням лікування в одному або декількох закладах охорони здоров'я до відновлення працездатності, що підтверджується закриттям листка непрацездатності - "стати до роботи". У разі, якщо особа стала непрацездатною з приводу того самого захворювання, травми до виходу на роботу або відпрацювала неповний робочий день, випадок тимчасової непрацездатності не переривається. При виникненні іншого захворювання, травми, відпустки в зв'язку з вагітністю випадок тимчасової непрацездатності вважається новим.

Експертиза тимчасової непрацездатності - це комплексна оцінка порушень функціонального стану організму та інших причин, якими вона обумовлена, що визначають факт тимчасової втрати працездатності, встановлення строку непрацездатності, визначення клінічного та трудового прогнозу відповідно до встановленого діагнозу.

Страховий анамнез (експертний анамнез) - дані про випадки тимчасової непрацездатності, їх терміни та причини протягом останніх 12 місяців, дані щодо наявності групи інвалідності, перебування хворого у відпустці (черговій, без збереження заробітної плати, учбовій, у зв'язку з вагітністю і пологами, для догляду за дитиною тощо), зміни умов праці, переведення на повний чи неповний робочий день, наявності шкідливих або небезпечних умов праці, професійних захворювань, перебування у відрадженні.

Діагноз - стислий лікарський висновок про сутність захворювання і функціональний стан хворого, виражений в термінах сучасної медичної науки (позначення захворювання за прийнятою класифікацією та визначення індивідуальних особливостей організму хворого).

Обґрунтування тимчасової непрацездатності в разі захворюваності та травми - докладне і зрозуміле формулювання діагнозу відповідно до виявлених при обстеженні хворого нозологічної форми захворювання та травми, характеру та ступеня порушення функцій органів і систем, яке дає змогу визначити факт непрацездатності з урахуванням умов праці та можливості її виконувати, терміни непрацездатності, призначити амбулаторне або стаціонарне лікування, направити хворого на консультацію, обстеження, для огляду до МСЕК.

2. Завдання ЕТН

2.1. Установлення у працівників факту тимчасової непрацездатності та визначення її термінів, надання рекомендацій про відповідні умови праці для хворих, які не мають групи інвалідності, але потребують тимчасово чи постійно особливих умов праці за станом здоров'я.

2.2. Проведення повного та своєчасного обстеження, лікування хворих, надання відповідних рекомендацій.

2.3. Вирішення питання про направлення на медико-соціальну експертну комісію (далі - МСЕК) хворого при встановленні в нього стійкого чи незворотного характеру захворювання, наявності несприятливого трудового прогнозу незалежно від терміну тимчасової непрацездатності; при тривалій тимчасовій непрацездатності в терміни відповідно до вимог Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 N 455 (з1005-01), зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 04.12.2001 за N 1005/6196 (далі - Інструкція).

3. Організація ЕТН

3.1. Міністерство охорони здоров'я України (далі - МОЗ), Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації (далі - органи охорони здоров'я) координують роботу з питань ЕТН.

3.2. Організація ЕТН здійснюється відповідно до вимог чинного законодавства, у тому числі Інструкції (з1005-01), та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності, затвердженої спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від

03.11.2004 N 532/274/136oc/1406 (z1456-04), зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 17.11.2004 за N 1456/10055.

3.3. Безпосередньо в закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності, у тому числі в клініках вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних інститутів (далі - заклади охорони здоров'я), організацію ЕТН здійснює керівник (головний лікар) шляхом:

видання наказів та надання розпоряджень стосовно організації ЕТН у закладі охорони здоров'я та вдосконалення її якості;

затвердження персонального складу ЛКК, порядку, часу та режиму її роботи;

установлення порядку оформлення і видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, з урахуванням особливостей роботи закладу;

призначення осіб, відповідальних за облік, одержання, збереження, розподіл, видачу та використання документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян;

визначення потреби в документах, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, і забезпечення звіту про їх використання згідно з чинним законодавством;

призначення комісії для знищення корінців та зіпсованих бланків листків непрацездатності;

затвердження програми підвищення кваліфікації лікарів з питань ЕТН;

вирішення питання щодо надання дозволу на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, у яких вона настала поза постійним місцем проживання та роботи;

розгляду звернень з боку хворих (пацієнтів) на дії лікарів з питань ЕТН;

повідомлення органів охорони здоров'я, фондів соціального страхування та правоохоронних органів про випадки втрати чи крадіжки бланків листків непрацездатності;

уживання заходів щодо притягнення до відповідальності згідно з чинним законодавством медичних працівників, які допустили порушення проведення ЕТН, порядку видачі, продовження та заповнення документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, оформлення медичної облікової документації;

створення комісій для повторного розгляду звернень громадян з приводу конфліктних питань ЕТН;

унесення пропозицій до органів охорони здоров'я з удосконалення ЕТН.

3.4. Відповідальними за стан організації та якості ЕТН є керівники закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності.

4. Рівні проведення ЕТН:

4.1. Перший - лікуючий лікар.

4.2. Другий - завідувач профільного відділення.

4.3. Третій - лікарсько-консультативна комісія закладу охорони здоров'я (далі - ЛКК). { Пункт 4.3 глави 4 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 679 (z1463-13) від 01.08.2013 }

4.4. Четвертий - заступник головного лікаря з ЕТН або відповідальна особа з ЕТН.

4.5. П'ятий - відповідальна особа органу охорони здоров'я з ЕТН.

5. Порядок проведення ЕТН за рівнями

5.1. Перший рівень

Лікуючий лікар:

5.1.1. Виришує питання про видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання або травми, по догляду за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною, у зв'язку з вагітністю і пологами, при карантині на підставі даних всебічного медичного обстеження пацієнта, урахувавши ступінь функціональних порушень органів та систем, характер та перебіг патологічного процесу, умови праці.

5.1.2. Видає документ, що засвідчує тимчасову непрацездатність громадян, при відвідуванні хворих удома особам, що визнані непрацездатними. При виході на дільницю лікар повинен мати при собі необхідну кількість бланків листка непрацездатності.

5.1.3. Видає разом із завідувачем відділення документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, на період лікування в стаціонарі.

5.1.4. Відображає в медичних картах амбулаторного (стаціонарного) хворого скарги, анамнез, у т.ч. страховий (за останні 12 місяців), дані об'єктивного огляду, додаткових методів обстеження та інше, які є підставою для визначення діагнозу та видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, перелік необхідних лікувальних та оздоровчих заходів, консультацій відповідно до стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями, рекомендований режим; номер документа, що засвідчує тимчасову непрацездатність, термін, з якого до якого він виданий, дату наступної явки хворого на прийом, направлення на ЛКК.

5.1.5. При чергових оглядах хворого в медичній карті амбулаторного (стаціонарного) хворого відображає динаміку захворювання, обґрунтовує корекцію лікування та призначення додаткових обстежень з урахуванням стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями, визначає термін тимчасової непрацездатності та його продовження із зазначенням номера документа, що засвідчує тимчасову непрацездатність, дати, з якої до якої він продовжується, та дати наступного огляду. При відновленні працездатності вносить дані клінічного огляду пацієнта, що є підставою для закриття документа, що засвідчує тимчасову непрацездатність, із зазначенням його номера та дати, з якої пацієнт має стати до роботи.

У разі виписки хворого зі стаціонару при відновленні працездатності у виписці з медичної карти стаціонарного хворого (ф. 027/о) (va369282-00) обов'язково зазначає дату висновку ЛКК (за наявності), лікувальні та трудові рекомендації, дату закриття листка непрацездатності, дату, з якої необхідно стати до роботи, номери документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян. Якщо хворий продовжує хворіти, у виписці зазначає дату явки на прийом до лікаря поліклініки, обґрунтовує продовження листка непрацездатності та направлення на амбулаторне лікування після виписки хворого зі стаціонару.

5.1.6. У разі звернення хворого з приводу нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві без направлення підприємства в медичній карті амбулаторного (стаціонарного) хворого вказує дату та час звернення хворого; дату, час, місце та обставини травми; вид травми (виробнича чи побутова) зі слів хворого, які надалі не можуть виправлятися або змінюватися, детальний опис характеру враження та оформлює відповідну документацію (згідно з Порядком розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25.08.2004 N

1112 (1112-2004-п), та Порядком розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 22.03.2001 N 270) (270-2001-п).

5.1.7. Формулює діагноз, який обумовлює тимчасову непрацездатність відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, прийнятої 43-ю Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 1 січня 1993 року, відображаючи ступінь функціональних порушень органів і систем, ускладнень, ступінь їх тяжкості.

5.1.8. Забезпечує реєстрацію документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, у день встановлення тимчасової непрацездатності хворого з дня прийому; а при виписуванні документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, при відвідуванні хворого вдома строком не пізніше 10 години наступного дня.

5.1.9. Надає медичні рекомендації щодо подальшого лікування, працевлаштування, дієтичного харчування, санаторно-курортного лікування тощо.

5.1.10. Забезпечує своєчасне направлення хворих на лікування до стаціонарів, надає при цьому виписку з медичної карти амбулаторного хворого про проведене попереднє обстеження, лікування, терміни тимчасової непрацездатності за останні 12 місяців.

5.1.11. Представляє пацієнта завідувачу відділення у складних випадках з питань діагностики та лікування, видачі, продовження та оформлення листків непрацездатності, направлення на ЛКК, а також у випадках звернення хворого до лікаря наступного дня або через вихідні дні після закриття попереднього документа, що засвідчував тимчасову непрацездатність, з позначкою "працездатний".

5.1.12. Формує диспансерні групи, у тому числі з числа хворих, що часто та тривало хворіють (особи, які за останні 12 місяців були непрацездатними з приводу одного захворювання не менше чотирьох випадків із загальною кількістю днів непрацездатності 40 днів і більше або з приводу різних захворювань не менше 6 випадків за останні 12 місяців із загальною кількістю днів непрацездатності понад 60 днів).

5.1.13. Разом із завідувачем відділення представляє на ЛКК амбулаторного чи стаціонарного хворого, якщо його непрацездатність триває 30 і більше днів, для вирішення питання про продовження лікування, його корекції, раціонального працевлаштування, протезування, видачі довідок на санаторно-курортне лікування та хворих, що мають ознаки стійкої втрати працездатності незалежно від тривалості хвороби, для вирішення питання про направлення їх на МСЕК.

5.1.14. Аналізує причини тимчасової непрацездатності серед працюючого населення, особливо диспансерної групи хворих, групи тих, хто часто та тривало хворіє, працюючих інвалідів, показників інвалідності, упроваджує заходи щодо їх зниження та профілактики.

5.1.15. Залучає до огляду хворого для уточнення діагнозу, плану лікування та визначення причини непрацездатності фахівців інших спеціальностей.

5.1.16. Направляє на огляд завідувача відділення, ЛКК хворих із захворюваннями, складними відносно діагностики, лікування, трудових рекомендацій тощо.

5.1.17. Уносить пропозиції керівництву щодо вдосконалення організації ЕТН у закладі охорони здоров'я.

5.2. Другий рівень

Завідувач профільного відділення:

5.2.1. Здійснює організаційно-методичне керівництво з питань ЕТН.

5.2.2. Консультує хворих зі складними щодо визначення працездатності захворюваннями, тривалими термінами лікування й ознаками стійкої втрати працездатності, разом з ЛКК вирішує питання про направлення їх для огляду МСЕК.

5.2.3. Аналізує якість ЕТН на рівні лікарів поліклініки (відділення) на підставі проведених експертних оцінок медичної документації хворих та проведення аналізу помилок та недоліків щодо якості медичної допомоги, причин тимчасової непрацездатності, порядку видачі та продовження листків непрацездатності, термінів лікування з обговоренням на лікарських конференціях, нарадах тощо.

5.2.4. Здійснює аналіз причин збільшення випадків тимчасової непрацездатності, їх тривалості в розрізі нозологій, по лікарях підпорядкованого відділення та днях тижня, помісячно. Вивчає причини негативних показників, розробляє і здійснює заходи щодо зниження рівня тимчасової непрацездатності.

5.2.5. Аналізує стан первинної інвалідності та розробляє заходи щодо її профілактики.

5.2.6. Спільно з лікуючими лікарями оформлює санаторно-курортні карти (ф. 072) (va302282-99).

5.2.7. Здійснює комісійний огляд хворих з лікуючим лікарем та вирішує питання стану непрацездатності хворих при тривалості хвороби понад 10 днів до строків направлення їх на ЛКК.

5.2.8. Контролює:

своєчасність та повноту обстеження, діагностики та лікування хворих на догоспітальному і госпітальному етапах, їх відповідність стандартам медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями;

своєчасність направлення та якість представленої медичної облікової документації до ЛКК, МСЕК;

дотримання лікарями порядку видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, відповідно до діючих нормативно-правових актів з питань ЕТН;

орієнтовні терміни та якість лікування хворих під час тимчасової непрацездатності в амбулаторних чи стаціонарних умовах;

якість оформлення записів у медичній карті амбулаторного (стаціонарного) хворого, а саме:

повноту відображення скарг та відповідність їх визначеному діагнозу;

якість зібраного страхового анамнезу хворого та анамнезу захворювання;

відповідність записів об'єктивному стану хворого;

достатнє обґрунтування діагнозу, який поставлено хворому;

наявність плану обстеження та лікування хворого;

наявність та правильність лікувальних та трудових рекомендацій;

наявність записів про видачу листка непрацездатності, термін продовження (з якого числа до якого) та дати наступного відвідування лікаря, при закритті листка непрацездатності - запис про його закриття із зазначенням дати, з якої необхідно стати до роботи;

обґрунтування продовження листка непрацездатності в разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах після стаціонарного лікування у медичній карті стаціонарного хворого та витягу з неї;

своєчасність направлення хворого до стаціонару при наявності медичних показань з урахуванням профілю захворювання;

правильність оформлення медичної облікової документації;

правильність відбору при направленні хворих до санаторно-курортних закладів, реабілітаційних центрів та реабілітаційних відділень санаторно-курортних і спеціалізованих закладів охорони здоров'я;

якість надання медичної допомоги з унесенням до медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого записів щодо корекції діагнозу, плану обстеження, лікування, стану працездатності;

якість ефективності диспансерного спостереження, оздоровлення хворих, які часто та тривало хворіють;

якість проведення профілактичних медичних оглядів та виявлення професійної захворюваності, узяття на диспансерний облік хворих, проведення їх оздоровлення та працевлаштування, у т.ч. інвалідів і потерпілих на виробництві, яким МСЕК розроблена індивідуальна програма реабілітації інваліда;

унесення відміток про порушення хворим лікувального режиму до листка непрацездатності (довідки) та медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого;

дату закриття листка непрацездатності при встановленні групи інвалідності та проведенні реабілітаційних заходів;

роботу лікуючих лікарів з вивчення і профілактики захворюваності та інвалідності.

5.2.9. Вносить на розгляд керівництву закладу питання про проведення консилиумів для визначення діагнозу, плану лікування, лікувальних, трудових та інших рекомендацій у складних у діагностичному та експертному плані випадках.

5.2.10. Направляє хворих у складних для діагностики та (або) лікування випадках на консультації до інших спеціалізованих та високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я.

5.2.11. Уносить пропозиції керівництву закладу охорони здоров'я щодо притягнення до відповідальності медичних працівників відділення (кабінету) які допустилися порушень при встановленні діагнозу, призначення відповідного обстеження та лікування, видачі, продовженні та заповненні документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, та оформленні медичної облікової документації.

5.2.12. Уносить пропозиції керівництву закладу охорони здоров'я щодо вдосконалення організації ЕТН.

5.3. Третій рівень

Лікарсько-консультативна комісія закладу охорони здоров'я: { Пункт 5.3 глави 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 679 (з1463-13) від 01.08.2013 }

5.3.1. Вирішує питання експертизи тимчасової непрацездатності за поданням лікуючого лікаря та завідувача відділення після особистого огляду та вивчення даних медичної облікової документації хворого щодо обстеження, подальшого лікування, надання рекомендацій щодо раціонального працевлаштування та інших питань.

5.3.2. У своїй діяльності керується діючими нормативно-правовими документами, стандартами медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколами надання медичної допомоги за спеціальностями, іншими чинними законодавчими та нормативними актами.

5.3.3. Приймає рішення щодо стану працездатності та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян. Рішення (висновок) ЛКК записується в медичну карту амбулаторного (стаціонарного) хворого та в журнал запису висновків ЛКК (ф. 35/о) (va369282-00) за підписами голови та членів ЛКК.

5.3.4. Контролює правильність проведеного обстеження, встановленого діагнозу, призначеного лікування, обґрунтованість видачі та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

5.3.5. Надає рекомендації щодо раціонального працевлаштування хворих.

5.3.6. Ухвалює рішення щодо направлення хворих при необхідності на консультацію, обстеження та лікування, встановлення зв'язку захворювання з

умовами праці до спеціалізованих та високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я.

5.3.7. Вирішує в окремих випадках питання щодо видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, за минулий час при наявності документів, що підтверджують тимчасову непрацездатність хворого.

5.3.8. Вирішує питання про направлення до МСЕК на огляд або консультацію у випадках, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 04.04.94 N 221 (221-94-п) "Про затвердження Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності".

5.3.9. Надає висновки або рекомендації про необхідність:

тимчасового чи постійного переведення на роботу з полегшеними умовами праці за станом здоров'я (за згодою хворого) чи з усуненням протипоказаних виробничих факторів, визначати характер роботи, що рекомендується, з урахуванням професії хворого; тимчасового переведення на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, на період карантину після контакту з інфекційними хворими чи бактеріоносіями (разом з органами санітарно-епідеміологічної служби);

тимчасового переведення на іншу роботу непрацездатних унаслідок професійного захворювання або захворювання на туберкульоз;

догляду за дитиною до досягнення нею шестирічного віку, а в разі, коли дитина хвора на цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), - до досягнення дитиною 16-річного віку;

отримання відпустки без збереження заробітної плати працівникам для догляду за хворим (членом сім'ї), який потребує постійного стороннього догляду, тривалістю не більше 30 календарних днів;

видачі застрахованим особам довідки для отримання путівки в санаторно-курортний заклад за формою (ф. 070/о) (va302282-99).

5.3.10. Здійснює розгляд клініко-експертних питань з якості ЕТН щодо дотримання чинного законодавства:

у випадках подання позовів і претензій медичних страхових організацій та фондів соціального страхування;

за запитами заявників;

при надходженні звернень, претензій пацієнтів щодо стану їх здоров'я та працездатності.

5.3.11. Направляє пацієнтів в інші заклади охорони здоров'я, залучає у разі потреби до роботи ЛКК суміжних фахівців.

5.3.12. Проводить контрольні обстеження, огляд хворих, перевірку виконання режиму, призначеного лікарем.

5.3.13. Звертається до інших закладів та організацій з питань надання медико-соціальної допомоги пацієнтам, їхнього працевлаштування, професійної орієнтації та інших питань, що входять до компетенції комісії.

5.3.14. Бере участь у встановленому порядку в засіданні МСЕК.

5.3.15. Надає керівнику закладу охорони здоров'я за результатами аналізу якості ЕТН пропозиції щодо відповідності фахівців займаним посадам, кваліфікаційним категоріям, про накладання дисциплінарних стягнень та передачу справ у слідчі органи.

5.3.16. Уносить пропозиції керівництву лікарні щодо поліпшення організації ЕТН у закладі охорони здоров'я та підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

5.3.17. У разі народження жінкою дитини поза закладом охорони здоров'я на підставі рішення медичної консультативної комісії з підтвердження факту народження жінкою дитини поза закладом охорони здоров'я про обов'язковий огляд жінки та дитини надає медичну довідку лікарсько-консультативної комісії лікувально-

профілактичного закладу про огляд дитини, яка народилась поза закладом охорони здоров'я, та медичну довідку лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу про огляд жінки для підтвердження факту народження нею дитини поза закладом охорони здоров'я за формами згідно з додатками 1, 2 до Порядку підтвердження факту народження дитини поза закладом охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 9 січня 2013 року N 9 (9-2013-п).{ Пункт 5.3 глави 5 доповнено новим підпунктом згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 679 (з1463-13) від 01.08.2013 }

5.4. Четвертий рівень

Заступник головного лікаря з ЕТН або відповідальна особа з ЕТН:

5.4.1. Здійснює роботу щодо підвищення кваліфікації лікарів з питань ЕТН.

5.4.2. Забезпечує своєчасне вивчення лікарями діючих нормативно-правових актів з питань ЕТН.

5.4.3. Організовує заходи, спрямовані на підвищення якості експертизи тимчасової непрацездатності.

5.4.4. Проводить інструктаж з ЕТН з лікарями, які прийняті на роботу до закладу охорони здоров'я.

5.4.5. Консультує хворих із складними щодо визначення працездатності випадками і після особистого огляду хворого за поданням завідувача відділення та лікуючого лікаря, з залученням необхідних фахівців, вирішує подальшу тактику лікування хворого і стан його працездатності.

5.4.6. Забезпечує постійний контроль і перевірку щодо дотримання лікарями закладу охорони здоров'я діючого законодавства, інших нормативно-правових документів з ЕТН:

правильності і своєчасності встановленого діагнозу, проведеного обстеження, призначеного лікування, обґрунтованості видачі та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність;

термінів тимчасової непрацездатності з урахуванням ступеня тяжкості захворювання, орієнтовних термінів тривалості лікування хворих (по закладу охорони здоров'я, відділеннях, кабінетах, по днях тижня, лікарях, нозологічних формах захворювань, інше);

додержання стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями;

обґрунтованості відбору і направлення працюючих осіб до санаторно-курортних закладів, а також реабілітаційних центрів і реабілітаційних відділень санаторно-курортних і спеціалізованих закладів охорони здоров'я;

виконання заходів з медико-соціальної реабілітації;

проведення експертизи якості первинної медичної облікової документації на різних рівнях експертизи і в різні терміни тимчасової непрацездатності та за результатом проведеного лікування з оцінкою ефективності лікувально-діагностичного процесу;

порядку обліку, зберігання, розподілу та використання документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність.

5.4.7. Очолює ЛКК і забезпечує її роботу згідно з наказом керівника закладу.

5.4.8. Забезпечує взаємодію з:

МСЕК з питань якості обстеження і лікування хворих, їхньої реабілітації, вивчення причин інвалідності;

фондами соціального страхування з питань дотримання лікарями нормативно-правових актів з питань ЕТН.

5.4.9. Здійснює аналіз виявлених недоліків, що впливають на

якість ЕТН та прийняття рішення за результатами аналізу в межах своєї компетенції. Вирішує питання про необхідність додаткового обстеження хворих зі складною щодо встановлення діагнозу патологією.

5.4.10. Організовує роботу лікарів з вивчення причин захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідності на підприємствах, прикріплених до закладу охорони здоров'я, а також населення, якому надається медична допомога, бере участь у проведенні системи заходів щодо профілактики і зниження захворюваності. Узагальнює матеріали та готує аналітичні довідки з даного питання для розгляду на медичній раді, колегіях закладів та органів охорони здоров'я.

5.4.11. Розглядає звернення громадян з питань визначення їхньої працездатності, професійної орієнтації і придатності, складних і конфліктних випадків, претензій громадян і зацікавлених організацій, страхових компаній, фондів соціального страхування.

5.4.12. Відповідно до плану проводить оперативні наради з питань ЕТН з медичними працівниками підрозділів закладу охорони здоров'я, наради із залученням представників фондів соціального страхування.

5.4.13. Приймає рішення відносно проведення повторної ЕТН з оглядом хворого у випадках виявлення необґрунтованої видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність.

5.4.14. Надає пропозиції керівництву закладу охорони здоров'я щодо притягнення до відповідальності медичних працівників, які порушили порядок видачі, продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, та оформлення медичної облікової документації.

5.4.15. Виносить на розгляд медичної ради закладу питання з ЕТН.

5.4.16. Подає керівнику пропозиції щодо вдосконалення ЕТН.

5.4.17. За відсутності в закладі охорони здоров'я посади заступника головного лікаря або відповідального з ЕТН (з числа заступників головного лікаря) проведення ЕТН здійснює керівник закладу.

5.5. П'ятий рівень

Відповідальна особа органу охорони здоров'я з ЕТН:

5.5.1. Уживає заходів щодо поліпшення організації та якості ЕТН у закладах охорони здоров'я.

5.5.2. Проводить перевірки стану організації та якості ЕТН у підпорядкованих закладах охорони здоров'я згідно з затвердженим планом.

5.5.3. Контролює якість надання медичної допомоги працюючому населенню відповідно до стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями.

5.5.4. Виносить на розгляд органу охорони здоров'я проблемні питання організації ЕТН у підпорядкованих закладах охорони здоров'я.

5.5.5. Бере участь у роботі конфліктних ЛКК органу охорони здоров'я.

5.5.6. Розглядає листи, заяви, звернення і скарги громадян до органу охорони здоров'я з питань ЕТН.

5.5.7. Вивчає причини тимчасової непрацездатності, первинної інвалідності серед працюючого населення та впроваджує заходи щодо профілактики, скорочення термінів перебування хворих на листку непрацездатності.

5.5.8. Надає організаційно-методичну допомогу заступникам головних лікарів закладів охорони здоров'я або відповідальним особам з ЕТН, головам ЛКК з питань організації та контролю якості ЕТН у підпорядкованих закладах охорони здоров'я шляхом проведення семінарів з проблемних питань ЕТН, надання аналітичних довідок, інформаційних листів, доведення до відома та роз'яснення застосування нормативно-правових актів, що регламентують проведення ЕТН.

5.5.9. Взаємодіє з головними спеціалістами органу управління охорони здоров'я відповідно до профілю з питань вдосконалення медичної допомоги працюючому населенню, якості діагностики та лікування хворих.

5.5.10. Контролює розподіл бланків листків непрацездатності серед закладів охорони здоров'я та своєчасно звітує про їх використання.

5.5.11. Співпрацює з фондами соціального страхування у проведенні контролю за дотриманням чинних нормативно-правових актів з ЕТН.

5.5.12. Контролює належне виконання обов'язків з організації та контролю якості ЕТН спеціалістами, відповідальними за ЕТН, у закладах охорони здоров'я, підпорядкованих органу охорони здоров'я.

5.5.13. Уносить у встановленому порядку до органу охорони здоров'я пропозиції з питань поліпшення організації та якості ЕТН.

5.5.14. За результатами перевірок стану організації та якості ЕТН надає пропозиції керівникам органів і закладів охорони здоров'я щодо відповідності фахівців займаній посаді, кваліфікаційній категорії, про накладення дисциплінарних стягнень.

5.5.15. Бере участь у підготовці та проведенні засідань колегій, нарад органів охорони здоров'я, на яких обговорюються питання ЕТН.

5.5.16. Вносить на розгляд конфліктної ЛКК складні щодо експертизи працездатності та конфліктні випадки при неможливості їх вирішення в межах своєї компетенції.

5.5.17. Представляє первинних хворих на МСЕК. Бере участь разом з фахівцями МСЕК у вивченні умов праці, що негативно впливають на здоров'я і працездатність працівників.

5.5.18. Бере участь у планових та позапланових перевірках стану ЕТН у межах підпорядкованих закладів охорони здоров'я.

5.5.19. Виходить з пропозицією до керівництва органу охорони здоров'я щодо проведення позапланових перевірок закладів охорони здоров'я з питань ЕТН.

В.о. директора Департаменту
організації медичної допомоги

З.Г.Крушинська

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
13.11.2001 N 455

Зареєстровано в
Міністерстві
юстиції України
4 грудня 2001 р.
за N 1005/6196

**Інструкція
про порядок видачі документів, що засвідчують
тимчасову непрацездатність громадян**

{ У тексті Інструкції слово "санаторій" в усіх відмінках замінено
словами "санаторно-курортний заклад" у відповідних відмінках
згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882
(z0163-12) від 06.12.2011 }

Ця Інструкція розроблена відповідно до статті 51 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням" (2240-14) та визначає порядок і умови видачі, продовження та обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, здійснення контролю за правильністю їх видачі.

Ця Інструкція погоджена з Федерацією професійних спілок України, Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством фінансів України.

1. Загальні положення

1.1. Тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності.

1.2. Видача інших документів про тимчасову непрацездатність забороняється, крім випадків, обумовлених п. 1.13, 2.7, 2.16, 2.17, 2.18, 2.19, 2.20, 3.4, 3.16, 6.6.

{ Пункт 1.2 розділу 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

1.3. Листок непрацездатності видається:

1.3.1. Громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які проживають в Україні і працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах.

1.3.2. Особам, обраним на виборні посади до органів державної влади, місцевого самоврядування та інших органів, у тому числі громадських організацій.

1.3.3. Членам колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів.

1.3.4. Особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок).

1.3.5. Громадянам України, які постійно проживають на території України та працюють на умовах трудового договору (контракту) за межами України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають.

1.4. Право видачі листків непрацездатності надається:

1.4.1. Лікуючим лікарям державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

1.4.2. Лікуючим лікарям стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України.

1.4.3. Лікуючим лікарям туберкульозних санаторно-курортних закладів.

1.4.4. Фельдшерам у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах. Список цих фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я.

1.4.5. Лікуючим лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та лікарям, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці. { Пункт 1.4 розділу 1 доповнено новим підпунктом 1.4.5 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.5. Не мають права видачі листків непрацездатності:

1.5.1. Лікарі:

станцій (відділень) швидкої медичної допомоги;

станцій переливання крові;

закладів судово-медичної експертизи;

бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік;

будинків відпочинку;

туристичних баз;

зубопротезних поліклінік (відділень);

санітарно-профілактичних закладів.

{ Підпункт 1.5.2 пункту 1.5 розділу 1 виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.5.2. Лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

1.6. Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) при пред'явленні паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного і не може бути платною послугою в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності.

{ Пункт 1.6 розділу 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.7. Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

1.8. Листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, крім випадків долікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів. За наявності показань для подальшого лікування іншим лікувально-профілактичним закладом видається новий листок непрацездатності (довідка) як продовження попереднього.

{ Пункт 1.8 розділу 1 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.9. Листок непрацездатності (довідка) в амбулаторно-поліклінічних закладах видається лікуючим лікарем (фельдшером) переважно за місцем проживання чи роботи. У разі вибору особою лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються за наявності заяви-клопотання особи, погодженої з головним лікарем обраного лікувально-профілактичного закладу, або його заступником, засвідченої підписом та круглою печаткою лікувально-профілактичного закладу.

{ Пункт 1.9 розділу 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.10. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи (під час відрадження, санаторно-курортного лікування, відпустки тощо), листок непрацездатності (довідка) видається за місцем їх тимчасового перебування з дозволу головного лікаря лікувально-профілактичного закладу на число днів непрацездатності.

1.11. При стаціонарному лікуванні поза постійним місцем проживання у тому числі й з інших адміністративних районів міста, листок непрацездатності видається з дозволу головного лікаря, засвідчується його підписом і печаткою лікувально-профілактичного закладу на число днів, необхідних для лікування.

1.12. Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян України під час їх тимчасового перебування за межами держави, підлягають обміну на листок непрацездатності згідно з рішенням лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи роботи у разі:

- а) гострих захворювань і травм;
- б) загостренні хронічних захворювань;
- в) вагітності та пологів;
- г) оперативних втручань при невідкладних станах;
- г) лікування згідно з рішенням комісії МОЗ України з питань

направлення на лікування за кордон.

Обмін здійснюється на підставі перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документів, які підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.

1.13. Іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах і організаціях України, видається витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується термін тимчасової непрацездатності, якщо інше не передбачено міжнародними угодами.

1.14. У разі втрати листка непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою "дублікат" на підставі довідки з місця роботи про те, що за період тимчасової непрацездатності виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю не здійснювалась.

Якщо до моменту чергової виплати заробітної плати непрацездатність ще продовжується, громадянину на його бажання видається листок непрацездатності, з зазначенням у графі "Заключні висновки", що він продовжує хворіти, та подальшим оформленням продовження листка непрацездатності.

2. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання чи травми { Назва розділу в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

2.1. У разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності до відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною

експертною комісією (МСЕК) видається листок непрацездатності, що обраховується в календарних днях.

{ Пункт 2.1 розділу 2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

2.2. При втраті працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до 10 календарних днів.

Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі - ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення до МСЕК.

В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, наприклад у разі важких травм та туберкульозу періодичність оглядів ЛКК з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше 1 разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

2.3. У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем з продовженням у порядку, передбаченому п. 2.2, до 14 днів та наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності. Список таких лікарів затверджується щороку наказом органів охорони здоров'я.

2.4. Фельдшер відповідно до п.1.4.4 має право видавати листок непрацездатності особисто і одночасно на термін не більше 3 днів з наступним направленням хворого до лікаря у разі його тимчасової непрацездатності.

{ Пункт 2.4 розділу 2 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

2.5. Листок непрацездатності у разі захворювання, травми, в тому числі й побутової, видається в день установа непрацездатності, крім випадків лікування в стаціонарі.

2.6. Особам, які звернулися за медичною допомогою та визнані непрацездатними по завершенні робочого дня, листок непрацездатності може видаватись, за їх згодою, з наступного календарного дня.

2.7. Особам, направленим фельдшером здоров'я пункту під час робочої зміни до лікувально-профілактичного закладу, листок непрацездатності видається з моменту звернення у здоров'я пункт у разі визнання їх тимчасово непрацездатними.

Особам, не визнаним тимчасово непрацездатними, лікарем лікувально-профілактичного закладу видається довідка довільної форми з позначкою про час звернення до лікувально-профілактичного закладу, а у випадку, коли працівник звертався в здоров'я пункт в нічну зміну, видається листок непрацездатності з часу звернення у здоров'я пункт до закінчення робочої зміни.

2.8. Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування в лікувально-профілактичні заклади за межі адміністративного району, листок непрацездатності видається за рішенням ЛКК на необхідну кількість днів з урахуванням проїзду.

2.9. У разі лікування в стаціонарі листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення за весь період стаціонарного лікування. У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах листок непрацездатності може бути продовжено на термін до 3 календарних днів з обов'язковим обґрунтуванням у медичній карті стаціонарного хворого та витягу з неї.

2.10. У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою, внаслідок алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотиків, що визначається ЛКК у порядку, встановленому спільним наказом МВС України, МОЗ України та Міністерства юстиції України від 24.02.95 N 114/38/15-36-18 (з0055-95) "Про затвердження Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів" зареєстрованим Міністерством юстиції України 07.03.95 за N 55/591, видається листок непрацездатності з обов'язковою позначкою про це в ньому та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

2.11. На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія за інтермітуючим методом, гемодіаліз тощо) в амбулаторних умовах листок непрацездатності видається лікуючим лікарем - згідно з рішенням ЛКК.

2.12. У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України листок непрацездатності видається на час протезування і проїзду до стаціонару і назад.

2.13. ЛКК, а в разі її відсутності - лікуючий лікар з дозволу головного лікаря, може призначити непрацездатному внаслідок професійного захворювання згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 N 1662 (1662-2000-п) "Про затвердження переліку професійних захворювань" або захворювання на туберкульоз тимчасове переведення на іншу роботу з видачею листка непрацездатності терміном до 2 місяців, з дотриманням термінів продовження відповідно до п. 2.2 цієї Інструкції.

Переведення рекомендується, якщо хворий непрацездатний за своїм основним місцем роботи може повноцінно виконувати іншу роботу без порушення процесу лікування. У разі потреби переведення на легшу роботу у зв'язку з іншими захворюваннями видається висновок ЛКК. Листок непрацездатності в цьому разі не видається.

2.14. При направленні хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів безпосередньо із стаціонарів, згідно з висновком ЛКК, листок непрацездатності продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу на весь термін, потрібний для закінчення призначеного лікування та реабілітації з урахуванням проїзду, але не більше терміну, передбаченого п. 4.1 цієї Інструкції.

2.15. Хворим на туберкульоз, психічні і венеричні захворювання листок непрацездатності видається лікарем відповідної спеціальності. Хворим на туберкульоз, направленим на лікування до туберкульозного санаторно-курортного закладу, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу на кількість днів, потрібних для проїзду в санаторно-курортний заклад, і продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу.

2.16. За захворювання студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів засвідчується довідкою форми № 095/о (vb369282-00) "Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад", затвердженою наказом МОЗ України від 29.12.2000 № 369.

{ Пункт 2.16 розділу 2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

2.17. Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження:

- з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України;
- за направленням слідчих органів, прокуратури і суду.

2.18. Довідка довільної форми, засвідчена підписом завідувача відділення та печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається:

- у разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, враховуючи період їх професійної підготовки та перепідготовки;

- особам, які проходять обстеження в лікувально-профілактичних закладах за направленням військових комісаріатів;

- особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару відповідно до пункту 11 Інструкції про профілактичний наркологічний огляд та його обов'язкові обсяги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.11.97 № 339 (з0586-97), зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 11.12.97 за № 586/2390; { Пункт 2.18 розділу 2 доповнено новим абзацом згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

- особам, які проходять діагностичне обстеження в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, за відсутності ознак тимчасової непрацездатності. { Пункт 2.18 розділу 2 доповнено новим абзацом згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

2.19. Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу, з обов'язковим зазначенням часу проведеної консультації.

2.20. Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу, листок непрацездатності не видається.

2.21. Працюючим особам, які віднесені до I категорії осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, листок непрацездатності видається на весь період лікування в санаторно-курортних закладах та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах з урахуванням часу проїзду в обох напрямках, але не більше строку, передбаченого пунктом 4.1 розділу 4 цієї Інструкції. { Розділ 2 доповнено новим пунктом 2.21 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

2.22. Тимчасова непрацездатність осіб рядового і начальницького складу засвідчується довідкою органу, у сфері управління якого перебувають заклади охорони здоров'я.

У разі вибору особою рядового і начальницького складу лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи довідка видається відповідно до пункту 1.9 розділу 1 цієї Інструкції.

Порядок видачі довідки у разі захворювання та травми; у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною; при карантині; у зв'язку з вагітністю і пологами; на період санаторно-курортного лікування має відповідати вимогам цієї Інструкції.

Особам рядового і начальницького складу, які перебувають на лікуванні у зв'язку із захворюванням, пораненням, контузією чи каліцтвом, отриманими під час виконання службових обов'язків, довідка видається до дня закінчення лікування (при сприятливому закінченні лікування) або до дня звільнення з органу управління (підрозділу) за станом здоров'я (при несприятливому перебігу лікування) за висновками військово-лікарської експертизи. { Розділ 2 доповнено новим пунктом 2.22 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

3. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною { Назва розділу 3 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

3.1. Для догляду за хворим членом сім'ї листок непрацездатності видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд.

3.2. Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на термін до 3 днів. Як виняток, залежно від важкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності - головного лікаря, але не більше 7 календарних днів.

3.3. Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.

3.4. Якщо дитина продовжує хворіти, то особі, яка здійснює догляд за хворою дитиною, після закінчення максимального терміну листка непрацездатності, передбаченого законодавством України, видається довідка за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 138/0).

Довідка про догляд за хворою дитиною видається до одужання дитини від гострого захворювання або досягнення ремісії у разі загострення хронічного захворювання, з продовженням у порядку, передбаченому п.2.2 цієї Інструкції.

3.5. Якщо в сім'ї хворіють двоє або більше дітей одночасно, то для догляду за ними видається один листок непрацездатності. У разі виникнення захворювання у дітей в різний час листок непрацездатності та довідка про догляд за хворою дитиною видається в кожному конкретному випадку окремо.

3.6. Якщо в період звільнення від роботи згідно з довідкою про догляд за хворою дитиною захворіла друга дитина або виникло нове (не пов'язане з попереднім) захворювання у першої дитини, то довідка закривається і видається новий листок непрацездатності.

3.7. Якщо після виписки в дитячий дошкільний заклад або школу в дитини виникає ускладнення захворювання, за яким видавався листок непрацездатності та довідка і ЛКК визначає його як продовження першого захворювання, то про догляд за дитиною видається довідка.

3.8. Після виписки дитини із стаціонару в гострому періоді захворювання листок непрацездатності видається або продовжується до одужання дитини, але в межах встановленого терміну з урахуванням днів листка непрацездатності, що був виданий для догляду за дитиною до стаціонарного лікування.

3.9. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною.

У разі стаціонарного лікування важкохворих дітей старшого віку (6 - 14 років) листок непрацездатності видається одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, на період, коли, за висновком ЛКК, дитина потребує індивідуального догляду.

3.10. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 14 років, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (СНІД) або хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання та постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, листок непрацездатності видається на весь період перебування дитини в стаціонарі одному з працюючих батьків або особі, що його заміняє і здійснює догляд за дитиною.

{ Пункт 3.10 розділу 3 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

3.11. Якщо мати або інша працююча особа, яка доглядає за хворою дитиною, перебуває у цей час у щорічній (основній чи додатковій) відпустці у зв'язку з навчанням або творчій відпустці, у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею

трирічного віку, відпустці без збереження заробітної плати, то листок непрацездатності видається з дня, коли мати або інша працююча особа, яка здійснює догляд за хворою дитиною, повинна стати до роботи.

3.12. Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до від'їзду в санаторно-курортний заклад на весь термін лікування дитини в санаторно-курортному закладі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у санаторно-курортному закладі.

Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до початку лікування у медичних центрах реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи (далі-Центр) на весь термін лікування дитини в Центрі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках на підставі довідки-виклику з Центру та за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у Центрі.

Закриття листка непрацездатності проводиться лікуючим лікарем на підставі медичного висновку Центру або санаторно-курортного закладу про проведений курс лікування дитини-інваліда з урахуванням терміну фактичного перебування в Центрі.

У разі порушення режиму особою, що здійснює догляд за дитиною-інвалідом до 18 років, лікуючий лікар Центру або санаторно-курортного закладу робить відповідний запис у листку непрацездатності, який засвідчується підписом головного лікаря та круглою печаткою Центру або санаторно-курортного закладу.

{ Пункт 3.12 розділу 3 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

3.13. Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом віком до 18 років, у випадку пологів або хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років) на період, коли вона за медичними висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною, а також у випадку необхідності догляду за другою хворою дитиною.

У цьому випадку листок непрацездатності видається на підставі довідки з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує пологи або захворювання матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці по догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років).

{ Пункт 3.13 розділу 3 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

3.14. У разі захворювання дитини поза постійним місцем проживання листок непрацездатності та довідка для догляду за нею видаються за місцем тимчасового перебування дитини територіальним лікувально-профілактичним закладом з дозволу головного лікаря, і мають бути засвідчені його підписом та печаткою цього лікувально-профілактичного закладу.

3.15. Листок непрацездатності не видається для догляду:

- а) за хронічним хворим у період ремісії;
- б) хворою дитиною в період щорічної (основної та додаткової)

відпусток, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років;

- в) за здоровою дитиною на період карантину;
- г) за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.

3.16 Для догляду за хворим старше 14 років, який знаходиться на стаціонарному лікуванні, згідно з висновком ЛКК про необхідність індивідуального догляду, видається довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу.

4. Порядок направлення на медико-соціальну експертну комісію

4.1. Направлення хворого для огляду до МСЕК здійснюють ЛКК лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання або лікування при наявності стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців безперервно з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим самим захворюванням або його ускладненнями за останні дванадцять місяців, а при захворюванні на туберкульоз - протягом десяти місяців з дня настання непрацездатності.
{ Пункт 4.1 розділу 4 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

4.2. На МСЕК направляються інваліди для перегляду в зв'язку із змінами в стані здоров'я, працюючі інваліди - для зміни трудової рекомендації чи внесення доповнень до індивідуальної програми реабілітації інваліда тощо.

4.3. У разі визнання хворого інвалідом листок непрацездатності закривається днем надходження документів хворого на МСЕК, дата встановлення інвалідності обов'язково вказується у листку непрацездатності.

4.4. Особам, не визнаним інвалідами:

- у разі визнання їх працездатними термін тимчасової непрацездатності закінчується датою огляду в МСЕК;

- у разі визнання їх непрацездатними листок непрацездатності продовжується ЛКК лікувально-профілактичного закладу до відновлення працездатності або повторного направлення до МСЕК.

{ Абзац третій пункту 4.4 розділу 4 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

4.5. При відмові хворого від направлення до МСЕК або несвоєчасному прибутті його на експертизу без поважної причини, факт відмови або нез'явлення засвідчується відповідною позначкою про це в листку непрацездатності та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого. Відмова від направлення до МСЕК і нез'явлення без поважної причини на огляд МСЕК не є підставою для виписки хворого на роботу.

5. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині.

На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається інфекціоністом або лікуючим лікарем згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС.

6. Порядок видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами

6.1. Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності водночас на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 - після).

6.2. У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі запису в історії пологів та обмінній карті вагітної, засвідченого підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу, де відбувались пологи, за місцем спостереження

за вагітною додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів, крім жінок, яких віднесено до I-IV категорій постраждалих у наслідок аварії на ЧАЕС.

6.3. Жінкам, які належать до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 - на період післяпологової відпустки).

6.4. Якщо вагітна не спостерігалась з приводу вагітності до дня пологів, листок непрацездатності видається з дня пологів на період тривалості післяпологової відпустки у порядку, передбаченому п. 6.1, 6.2, 6.3 цієї Інструкції, лікувально-профілактичним закладом, у якому відбулися пологи. 6.5. При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулись пологи, на 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвонародження при таких пологах - на 70 календарних днів.

{ Пункт 6.5 розділу 6 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

6.6. Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка форми № 147/о (з0346-02) "Довідка для призначення і виплати державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування", затвердженої наказом МОЗ України від 18.03.2002 № 93, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09.04.2002 за № 346/6634.

{ Пункт 6.6 розділу 6 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

6.7. У зв'язку з операцією штучного переривання вагітності на бажання жінки (в тому числі міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час операції чи в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

6.8. У випадках переривання вагітності з інших причин, у тому числі за медичними або соціальними показаннями, листок непрацездатності видається з дня госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.

6.9. Жінкам, яким проводиться терапія безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, листок непрацездатності видається лікувально-профілактичним закладом, в якому проводилась така терапія, від дня початку ультразвукового та гормонального контролю медикаментозної стимуляції овуляції до моменту підтвердження наявності вагітності ультразвуковим методом.

Питання про подальшу непрацездатність жінки вирішується за місцем спостереження за вагітною індивідуально залежно від перебігу вагітності.

6.10. У разі тривалого лікування з приводу патологічного перебігу вагітності продовження листка непрацездатності здійснюється у порядку, передбаченому п. 4.1 цієї Інструкції.

6.11. Особам, які усиновили дитину або взяли дитину під опіку, лікарем жіночої консультації на підставі свідоцтва про народження дитини та рішення суду про її усиновлення або встановлення опіки видається листок непрацездатності на період з дня усиновлення або встановлення опіки до дня закінчення післяпологової відпустки тривалістю 56 календарних днів (70 календарних днів у разі одночасного усиновлення двох і більше дітей, 90 календарних днів - для жінок, віднесених до I-IV категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи), що відраховуються з дня народження дитини, зазначеного у свідоцтві про народження та рішенні суду про її усиновлення.

{ Пункт 6.11 розділу 6 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

6.12. Під час перебування жінки у відпустці для догляду за дитиною листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається на загальних підставах.

7. Порядок видачі листка непрацездатності на період санаторно-курортного лікування

7.1. Листок непрацездатності на період санаторно-курортного лікування, необхідність якого встановлена ЛКК лікувально-профілактичного закладу за місцем спостереження, видається на термін лікування та проїзду до санаторно-курортного закладу і назад, але з урахуванням тривалості щорічної (основної та додаткової) відпустки.

7.2. Листок непрацездатності видається до від'їзду в санаторно-курортний заклад при наявності:

- а) путівки;
- б) довідки з місця роботи про тривалість щорічної (основної та додаткової) відпустки;
- в) картки санаторно-курортного відбору.

8. Контроль та відповідальність за порушення Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян

8.1. Контроль за виконанням цієї Інструкції закладами охорони здоров'я усіх відомств здійснюють у межах своєї компетенції Міністерство охорони здоров'я України, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, профспілки та їх об'єднання.

8.2. Відповідальність за стан організації та якості експертизи тимчасової непрацездатності, зберігання та облік документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, несе керівник закладу охорони здоров'я.

8.3. За порушення порядку видачі та заповнення документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, лікарі несуть відповідальність згідно з законодавством України.

8.4. Облік бланків листків непрацездатності ведеться за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 036/о).

8.5. У разі виявлення порушень правил видачі, зберігання, обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, незадовільного стану експертизи тимчасової непрацездатності лікувально-профілактичний заклад може бути позбавлений права видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, у встановленому порядку.

Начальник Головного
управління організації
медичної допомоги населенню

М.П.Жданова

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

І. Базова

1. Сімейна медицина: У 5т. Т1. Внутрішні хвороби: у 2кн. 2. Хвороби органів травлення. Хвороби нирок і сечовивідних шляхів. Хвороби органів кровотворення. Експертиза працездатності при патології внутрішніх органів / Є.Х. Заремба, Ю.Г. Княк та ін. /Під ред. В.Г. Передерія, Є.Х. Заремби.- К.: Здоров'я, 2006.- 568 с.

2. Гиріна О.М. Сімейна медицина: підручник; у 3 кн.Кн. 1 Загальні питання сімейної медицини / О.М. Гиріна, Л.М. Пасішвілі, Г.С. Попік та ін. /Під ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасішвілі, Г.С. Попік. – К.: ВСР «Медицина», 2013.- 672 с.

3. Викторова И.А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике: учебное пособие / И.А. Викторова, И.А. Гришечкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 143 с.

4. Сиволап В.Д. Класифікації терапевтичних захворювань:навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів / В. Д.Сиволап., В.Х.Каленський, Н.С. Михайловська та співав. - Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України як навчальний посібник. –ЗДМУ, 2006. – 204 с.

5. Чухрієнко Н.Д. Алгоритми виконання практичних навичок лікарями загальної практики на обладнанні амбулаторій: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Н.Д. Чухрієнко та співав. - Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України, як навчальний посібник (Протокол №4 від 24.12.2007 р. засідання Комісії з медицини науково-методичної ради Міністерства освіти і науки України.). – Дніпропетровськ, 2010. – 203с.

6. Кривенко В.І. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмій з внутрішніх хвороб для лікаря загальної (сімейної) практики: навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів. / В.І. Кривенко та співав. -Рекомендовано МОН України №1/11-7018 від 29.07.2010. – Запоріжжя, 2011. – 359 с.

7. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики – сімейної медицини / Під ред. члена-кореспондента НАМН України, проф.

Ю.В.Вороненка, проф. Г.І. Лисенко– Т.1. - Київ, 2011. – 344с.

8. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики – сімейної медицини/Під ред. Члена-кореспондента НАМН України, проф. Ю.В.Вороненка, проф. Г.І. Лисенко– Т.2. - Київ, 2012. – 256с.

9. Кардіологія сімейного лікаря: навчальний посібник. / Ждан В.М. та співав. – Полтава, 2006. – 257с.

10. Захворювання органів дихання в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник. / Ждан В.М. та співав. – Полтава, 2008. – 252с.

11. Гиріна О.М. Сімейна медицина: Підручник; У 3 кн.- Кн. 1 Організаційні основи сімейної медицини / О.М. Гиріна, П.В. Грішило, Т.Г. Лемзякова та ін. /Під ред. члена-кореспондента АМН України, проф. В.Ф. Москаленка, проф. О.М. Гиріної – К.: Медицина, 2007.- 392 с.

12. Екстрена терапевтична допомога в умовах надзвичайних ситуацій: навчальний посібник /В.Д.Сиволап, Ю.М.Нерянов, В.Г.Єремєєв, В.Х. Каленський., В.Г. Каджарян. – Запоріжжя, 2003. – 188 с.

13. Перша лікарська допомога при невідкладних станах:навчальний посібник / В.М. Жебель, В.О. Шапринський, А.Ф. Гуменюк, С.Е. Лозинський. – Вінниця: Діло, 2005. – 80 с.

14. Зозуля І.С. Практичні навички з медицини невідкладних станів: навчальний посібник / І.С. Зозуля та ін. / Під ред. І.С.Зозуля. – К., 2008. – 165с.

II. Допоміжна

1. Склярів Е.Я., Мартишок І.О., Лемішко Б.Б. «Поліклінічна справа і сімейний лікар». - Київ, 2003.

2. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / Під ред. В.М.Лехан.- 2-е вид., доп. і перероб.- Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002. - 367с.

3. Іпатов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні: монографія.-Дніпропетровськ: Пороги,2000.-262с.

4. Вітенко І.С., Чабан О.С., Бусль О.О. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 186с.

5. Внутрішня медицина:підручник / Амосова К.М., Бабак О.Я., Зайцева

В.М. та ін. / Під ред. професора К.М. Амосова. – К.: Медицина, 2008. – Т. 1. - 1056 с.

6. Хвистюк О.М., Рогожин Б.А., Короп А.Ф. Обсяги профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи лікаря загальної практики - сімейного лікаря. - Харків, 2005.

7. Сиволап В.Д. Техніка лікарських маніпуляцій в терапевтичній практиці: навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів / В.Д.Сиволап, В.Х.Каленський, Н.С. Михайловська та співав. - Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України як навчальний посібник. – ЗДМУ, 2008 р. – 138 с.

8. Сиволап В.Д. Практикум з внутрішньої медицини: навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів. / В.Д. Сиволап, В.Х. Каленський, Н.С. Михайловська та співав. - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (протокол №2 від 26 листопада 2009 . – ЗДМУ, 2009 р. – 100 с.