

6. Основні принципи стандартизації в охороні здоров'я та медико-соціальної експертизи / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні [та ін.] // Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у прак-

тиці медико-соціальної експертизи. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 284 с.

7. Про становище осіб з інвалідністю в Україні. Національна доповідь / Міністерство соціальної політики України ДУ науково-дослідний інститут соціально-трудова відносин. – Київ, 2013 – 198 с.



УДК 617.735-007.281(051) «312»(477)

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Т. А. Алифанова, А. Л. Чуйко, И. С. Алифанов, М. В. Мартыненко

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница»

КУ «Днепропетровский областной центр медико-социальной экспертизы»

Резюме

У роботі представлені клініко-функціональні характеристики хворих з патологією очного дна й атрофією зорового нерва, які впливають на обмеження їхньої життєдіяльності. Дослідження базувалися на використанні системного підходу до вивчення питань медико-соціальної експертизи. Під час обстеження хворих застосовувалися сучасні клініко-офтальмологічний та аналітичний методи. В результаті, обґрунтовано необхідність урахування низки клінічних і функціональних станів органу зору, що дозволяють об'єктивізувати експертні рішення при зазначених видах офтальмопатології.

Ключові слова: патологія очного дна, атрофія зорового нерва, обмеження життєдіяльності, експертиза.

Summary

This article presents the clinical and functional characteristics of patients with pathology of the eye fundus and optic nerve atrophy that have influence for limitation of their life. Studies based on the usage a systematic approach to the study of issues of medical and social expertise with the modern methods of clinical ophthalmology and analytics. As a result, the necessity of taking into account some clinical and functional conditions of the eye vision allowing objectifying the expert solutions for disability of patients with pathology of the eye fundus and optic nerve atrophy.

Keywords: pathology of the eye fundus, optic nerve atrophy, disability, medical and social expertise.

Инвалидность вследствие патологии органа зрения представляет важную медико-социальную государственную проблему. Ее актуальность обусловлена значительным реабилитационным потенциалом социализации и интеграции в общество инвалидов по зрению, в т.ч. слепых и слабовидящих. Важная роль в данной проблеме отведена медико-социальной экспертизе (МСЭ) [7].

В соответствии с Законом «Про реабілітацію інвалідів в Україні» от 06.10.2005 медико-социальная экспертиза призвана решать такие вопросы:

- определение меры утраты здоровья;
- определение степени ограничения жизнедеятельности;
- обоснование групп инвалидности, причины и времени ее наступления;

- определение способов и объемов медицинской, профессиональной, психологической реабилитации;

- определение нуждаемости инвалида в социальной защите и поддержке.

За последние десятилетия в медико-социальной экспертизе произошел ряд изменений, обусловленных усовершенствованием методологии МСЭ, экспертно-реабилитационной диагностики, индивидуальных программ реабилитации [5].

Основой методологии МСЭ является системный подход, ориентированный на раскрытие целостности объекта, его связей, взаимодействий, механизмов их обеспечения с последующим объединением выявленных закономерностей в единое экспертное заключение [1, 4, 6].

Методологічної базою для визначення обмеження життєдіяльності є міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостаточності (МКН, 1980 г.) та міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФО, 2001 г.).

Регулюють механізми забезпечення медико-соціальної експертизи, законодавча та нормативна база, по питаннях встановлення ступеня обмеження життєдіяльності та реабілітації хворих (закони України, постановлення Кабінету Міністрів України, накази МЗО України).

Основні документи практичного застосування в МСЭ при визначенні групи інвалідності: «Інструкція про встановлення групи інвалідності (наказ МЗО України № 561 від 05.09.2011 г.), Положення про медико-соціальної експертизи, затверджене постановленням Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 г № 1317, та ряд інших нормативних документів.

Слід зазначити, що існуюча нормативна база МСЭ при патології органу зору має строго обмежені критерії інвалідності, засновані на функціональних показаннях – корригованому дефекті зору та концентричному звуженні поля зору, а також деяких анатомічних дефектах.

Разом з тим, різноманітність клінічних та функціональних проявів захворювань та наслідків травм органу зору вимагають відповідного розгляду та роз'яснення з точки зору сучасної методології МСЭ, практичного забезпечення рішення експертних питань.

Матеріали та методи досліджень. Аналіз показників первинної інвалідності внаслідок патології органу зору в Україні на протязі останніх 10 років показав, що головною причиною інвалідності є дистрофічні захворювання очного дна та зорового нерва, частота яких в нозологічній структурі становить від 24 до 26,5 %. В зв'язі з цим, нами проаналізовані результати медико-експертного дослідження цієї категорії хворих в офтальмологічній клініці інституту (щорічно в відділенні досліджують більше 400 пацієнтів з усіх регіонів України), а також проведено ретроспективний аналіз медико-експертної документації хворих, що проходять огляд в МСЭК.

Ціль дослідження – визначення додаткових клініко-функціональних факторів, що впливають на обмеження життєдіяльності пацієнтів з патологією органу зору, реабілітаційних заходів, значимих для медико-соціальної експертизи. При дослідженні хворих нами використовували такі методи: клініко-функціональні (загальноприйнятими офтальмологічними методами), електрофізіологічні, методи об'єктивного дослідження зорових функцій, оптична когерентна томографія сітчатки та зорового нерва, ультразвукове дослідження органу зору, які дозволили виявити ряд функціональних порушень, що впливають на

на обмеження життєдіяльності пацієнтів та вимагають свого врахування при прийнятті експертного рішення.

Результати роботи. Інвалідизуюча патологія очного дна у досліджуваних пацієнтів представлена такими захворюваннями:

- дегенерація макули та заднього полюса (Н35.3);
- периферическа дегенерація сітчатки (Н35.4);
- спадкова дистрофія сітчатки очу (Н35.5);
- дегенеративна близорукість (Н44.2);
- діабетическа ретинопатія (Н36.0);
- атрофія зорового нерва та ішеміческої нейропатії (Н47.0, Н47.2).

Найбільш складним в експертизі обмежень життєдіяльності хворих при даних захворюваннях є встановлення кореляції між функціональними та клінічними проявами.

Дегенерація макули та заднього полюса. Як показують результати дослідження хворих, навіть при мінімальних офтальмологічних проявах в ряді випадків визначається низька гострота зору, ексцентрична фіксація зору. В таких випадках прийняття об'єктивного експертного рішення залежить від результатів когерентної оптичної томографії, що дозволяє встановити ступінь вираженості, глибину та протяженість морфологічних змін; статическої периметрії, що виявляє центральні абсолютні та відносні скотоми, при яких формується ексцентрична фіксація зору з низькою гостротою центрального зору.

В залежності від глибини та поширеності дистрофічних (атрофічних) змін в центральній зоні очного дна у хворих нерідко відзначаються метаморфозии (искаженість видимих предметів), що значно знижують якість зору.

Значительну роль в медико-соціальної експертизі при дегенераціях макули та заднього полюса грають: форма та характер перебігу захворювання, стадія розвитку патологічного процесу, ступінь впливу професійної діяльності на перебіг патологічного процесу, потреба в реабілітаційних заходах. Так, наприклад, при центральній ексудативно-геморагіческої хоріоретинальної дистрофії ступінь обмеження життєдіяльності визначається об'ємами, термінами, частотою та тривалістю відновлювального лікування; при рубцово-атрофічних формах ЦХРД, що характеризуються стабільними клініко-функціональними показаннями, значимими в медико-соціальної експертизі, є обмеження спроможності до заняття професійної діяльності.

Периферическі дегенерації сітчатки. Як показують дослідження, самостійної при-

чиной инвалидности периферические хориоретинальные дистрофии и ретиношизис могут быть в случаях наличия изолированных периферических надрывов и разрывов сетчатки, кист, витреоретинальных тяжей, которые часто приводят к отслойке сетчатки. Согласно данным А. А. Франчук (1982 г.), наличие нелеченной хориоретинальной дистрофии обоих глаз при отслойке сетчатки одного глаза приводит в 29,5 % случаев к отслойке сетчатки на втором глазу. Периферические хориоретинальные дистрофии усугубляют ограничение жизнедеятельности при близорукости, последствиях черепно-мозговых травм и интоксикациях из-за риска отслойки сетчатки, и в связи с этим – значительными ограничениями в трудовой деятельности. Наличие периферической хориоретинальной дистрофии и ретиношизиса, угрожающие отслойкой сетчатки, могут стать причиной необходимости смены профессий или значительного снижения квалификации, что является основанием для определения группы инвалидности на период переобучения и рационального трудоустройства.

Наследственные хориоретинальные дистрофии. Согласно МКБ-10 к ним относятся: тапеторетинальные абнотрофии (центральные, периферические, смешанные формы), витреоретинальные дистрофии, болезнь Штаргардта. Эта группа заболеваний объединена полиморфизмом клинических проявлений, тяжелым поражением сетчатой и сосудистой оболочек, развитием вторичной восходящей атрофии зрительного нерва, прогрессирующим характером течения заболевания, неизбежно приводящими к слепоте и слабослышанию. При обследовании больных с наследственными хориоретинальными дистрофиями нами выделены следующие факторы, значимые в экспертизе ограничений жизнедеятельности:

- при центральных дистрофиях, например, Штаргардта – определяются абсолютные центральные скотомы в поле зрения, которые приводят к значительному снижению центрального зрения и эксцентричной фиксации (величина скотомы не менее 8–10°);
- при смешанных и периферических дистрофиях выявляются дефекты поля зрения в виде обширных скотом (полулунных, кольцевых, множественных), затрудняющих ориентацию, передвижение и трудовую деятельность больных;
- при пигментном ретините часто выявляется «мозаичное» поле зрения – множественные скотомы, в том числе сливного характера, формирующие "решетчатое" зрение, что влияет на качество центральной и периферической остроты зрения, ориентацию, профессиональные возможности больных;
- независимо от нозологической формы тапеторетинальных абнотрофий во всех случаях имеется нарушения темновой адаптации.

Все указанные нарушения зрительных функций влияют на ограничение жизнедеятельности и могут являться основанием для определения группы инвалидности. К указанному следует добавить, что объективизация определения перифери-

ческих границ поля зрения по зрачковой реакции невозможна при таких заболеваниях как пигментный ретинит, в связи с множественным поражением участков глазного дна и мозаичным характером поля зрения.

Дегенеративная близорукость. Особенностью клинических проявлений атрофических процессов на глазном дне при дегенеративной миопии является отсутствие прямой зависимости между ними и зрительным дефектом, что объясняется высоким уровнем компенсаторных возможностей сохранных участков центральной сетчатки. Вместе с тем, именно при поражении макулярной зоны (очаг Фукса, субретинальная неоваскулярная мембрана) формируются тяжелые дефекты зрения, приводящие к инвалидности. Следует также отметить, что высокая миопия (15–20 Д и выше) с выраженным растяжением оболочек глаза по ПЗО (30 мм и более) имеет высокий риск развития инвалидизирующих осложнений (кровоизлияния, отслойки сетчатки).

Анализ факторов, влияющих на формирование инвалидизирующих осложнений при высокой миопии, выявил прямую связь с характером трудовой деятельности пациентов. Как показывают исследования, негативно влияющими на глаза с дегенеративной миопией, являются тяжелый и средней тяжести физический труд, работа в длительно наклонном положении головы и туловища, в условиях вибрации, с токсическими веществами, ионизирующим излучением и т.п. В таких ситуациях определение группы инвалидности диктуется необходимостью смены трудовой деятельности, инвалидность определяется на переобучение и новое трудоустройство.

Отслойка сетчатки. Одно из наиболее тяжелых осложнений ряда патологий органа зрения, приводящим к полной или частичной потере зрения. Как правило, медико-социальная экспертиза проводится после оперативного лечения отслойки [2]. При этом ограничение жизнедеятельности зависит не только от состояния зрительных функций, но и от анатомических последствий операции, наличия факторов риска рецидива и риска отслойки сетчатки на втором глазу. Все это осуществляется с учетом производственной деятельности.

Особенно опасны в плане рецидива отслойки сетчатки периферические витреохориоретинальные дистрофии с формированием разрывов (часто на миопических глазах), постконтузионные периферические «немые» разрывы сетчатки, пролиферативная витреоретинопатия.

Окончательный вывод о полном прилегании сетчатки делается не ранее 3–4 месяцев после операции, т.е. после срока, наиболее вероятного для раннего послеоперационного рецидива. Вместе с тем, высокий риск рецидива отслойки наблюдается также в более позднем послеоперационном периоде – спустя 6–12 месяцев. Указанное обстоятельство, а также факт необходимости проведения поэтапного восстановительного лечения определяют целесообразность установления группы инва-

лидности на период активного наблюдения и лечения (сроком 1 год).

Экспертное решение должно исключить в деятельности больного, по крайней мере – в профессиональной, влияние факторов, которые могут спровоцировать рецидив отслойки сетчатки (тяжелой и средней тяжести физической труд, статические, проклиниационные и гравитационные нагрузки, вибрация, интоксикация).

При двусторонней отслойке сетчатки после операции, особенно повторной, возможен труд только в специальных условиях (независимо от состояния зрительных функций).

Атрофия зрительного нерва и ишемическая нейрооптикопатия. При проведении экспертизы больных с атрофией зрительного нерва (АЗН) заслуживают внимания следующие обстоятельства [3]:

- отсутствие параллелизма между офтальмоскопической картиной и изменением зрительных функций (центрального, периферического зрения, цветоощущения);

- особенности топографии поражения зрительного тракта – чем дальше от глазного яблока находится основной патологический очаг (причина атрофии), тем позже наступают изменения на глазном дне. Поражение центрального нейрона зрительного пути и зрительных центров коры головного мозга офтальмоскопически не проявляется;

- влияние многообразных дефектов поля зрения (центральная скотома, гемианопсии, квадрантная анопсия), нарушений цветовосприятия на ограничение жизнедеятельности, а именно на ориентацию в окружающей среде, профессиональную деятельность;

- влияние основного заболевания (например, рассеянного склероза, черепно-мозговой травмы и т. д.), являющегося причиной АЗН, на ограничение жизнедеятельности больного. Речь идет о течении заболевания, экспертном и реабилитационном прогнозе, наличии других, помимо офтальмологических, инвалидизирующих осложнений.

Диабетическая ретинопатия (ДР). Проявление системного заболевания. Формирование инвалидизирующих глазных осложнений при сахарном диабете напрямую зависит от его компенсации. Развитие вторичной глаукомы, рецидивирующих гемофтальмов, пролиферативной ДР, сопровождающейся фиброзом, отеком сетчатки, геморрагиями является признаком декомпенсированного диабета. Решение экспертных вопросов при ДР определяется тяжестью глазных осложнений, течением, прогнозом, необходимостью длительного восстановительного лечения, противопоказаниями к трудовой деятельности. Интегральная оценка ограниченной жизнедеятельности пациентов с сахарным диабетом основывается и на учете тяжести поражения других органов-мишеней.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно сделать такие **выводы**.

1. Медико-социальная экспертиза при патологии органа зрения представляет сложный анали-

тико-синтетический процесс, требующий учета всего многообразия клинико-функциональных проявлений офтальмопатологии, влияния медицинских и контекстных факторов на ограничение жизнедеятельности больных и их взаимодействия.

2. Использование системного подхода в медико-социальной экспертизе позволяет объединить многогранные составляющие и объективизировать экспертные решения.

3. Медико-социальная экспертиза при патологии органа зрения – процесс творческий, ее невозможно ограничить тесными рамками существующей Инструкции. Вместе с тем, именно положения Инструкции служат основными ключевыми отправными ориентирами экспертной тактики многообразных клинико-функциональных проявлений патологии глаз.

4. Приведенные в данной статье клинические и функциональные характеристики дистрофических заболеваний глаз и зрительного нерва могут служить дополнительными критериями ограничения жизнедеятельности при указанных заболеваниях.

Литература:

1. Алифанов И. С. Методологические принципы формирования медико-социального экспертного заключения об инвалидности больных диабетом, отягощенным диабетической ретинопатией // Запорожский медицинский журнал. – 2006. – Т. 2. – С. 136–138.

2. Волков В. В. Новые аспекты патогенеза, лечения и профилактики отслойки сетчатки / Волков В., Троньковский Р. – М.: Актуальные проблемы офтальмологии, 1981 –180 с.

3. Медико-социальна експертиза хворих з дистрофічною патологією сітківки та зорового нерва / Й. Л. Ферфільфайн, Т. А. Аліфанова, О. В. Топка, Т. О. Савченко: методичні рекомендації. – Дніпропетровськ: друкарня ДНУ, 2004. – 36 с.

4. Професійна реабілітація інвалідів: Довідково-методичний посібник / Упорядн. А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак та ін. / За редакцією к. м. н. Маруніча В. В. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 227 с.

5. Ферфільфайн Й. Л., Аліфанова Т. А. Інвалідизуючі обмеження життєдіяльності дітей і дорослих внаслідок патології очей. Медико-соціальна експертиза: Монографія. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. –274 с.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 г. № 561. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>.

7. Постанова Кабінету Міністрів України «Положення про медико-соціальну експертизу» від 03.12.09 р. № 1317 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317>.

