

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой
политики, учебных заведений и науки

Н.И. Доста
10 мая 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский

В.М. Ореховский

11 мая 2000 г.

Регистрационный № 58-0004

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С РИСКОМ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ**

Минск 2000

Учреждения-разработчики:

Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (БНИИЭТИН)

Научно-исследовательский клинический институт радиационной медицины и эндокринологии

Авторы: канд. мед. наук Г.В. Карвиго, канд. мед. наук Т.В. Мохорт

Рецензенты: д-р мед. наук Е.А. Холодова, канд. мед. наук М.М. Хомич

Методические рекомендации посвящены актуальной для Республики Беларусь медицинской проблеме — заболеваниям, обусловленным нарушениями функции щитовидной железы — гипотиреозу и аутоиммунному тиреоидиту. Рекомендации включают показатели степени риска инвалидизации и их использование при диспансеризации больных с данной патологией, методы обследования при установлении критериев риска инвалидизации, особенности формирования индивидуальных программ реабилитации и оценку эффективности реабилитации, вопросы медико-социальной экспертизы преинвалидов на основе количественных критериев нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Методические рекомендации предназначены для врачей экспертов-реабилитологов, эндокринологов и врачей общесоматической практики.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ С ИСХОДОМ В ГИПОТИРЕОЗ	6
2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КРИТЕРИЕВ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ	13
3. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИПР ПРЕДИНВАЛИДОВ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ	14
4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЛЯ ПРЕДИНВАЛИДОВ НА ОСНОВЕ КОЛИЧЕ- СТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ НАРУШЕНИЙ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СО- ЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	16
ИПР больных гипотиреозом легкой формы заболевания (компенсированный)	21
ИПР больных гипотиреозом средней тяжести (субкомпенсированный)	22

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных для Республики Беларусь медицинских проблем является проблема роста заболеваний щитовидной железы. Из года в год регистрируется рост заболеваемости и болезненности гипотиреозом, аутоиммунным тиреоидитом и другими заболеваниями щитовидной железы.

Росту заболеваемости гипотиреозом способствует непреходящий йододефицит, учащение хирургических вмешательств на щитовидной железе, рост заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом.

Так, на 1.01.99 г. заболеваемость гипотиреозом в целом по республике составил 9,39 на 100 000 населения.

Значительный рост аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и гипотиреоза оказывают негативное влияние на качество жизни населения Беларуси. Особую проблему представляет сочетание АИТ с другими аутоиммунными заболеваниями как эндокринного, так и неэндокринного плана.

Очевидно влияние данной патологии щитовидной железы на рост инвалидности в трудоспособном возрасте, который заметно увеличился в Республике Беларусь и особенно в регионах, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС.

Ведущая роль в снижении первичной инвалидности принадлежит лечебно-профилактическим учреждениям и заключается в расширении реабилитации и диспансеризации больных с аутоиммунным тиреоидитом и гипотиреозом. Особой задачей является выделение среди большого количества больных с данной патологией групп риска выхода на инвалидность с проведением комплекса медицинской и медико-профессиональной реабилитации.

Это требует разработки индивидуальных программ реабилитации и критериев медико-социальной экспертизы лиц, имеющих различные степени риска выхода на инвалидность.

В предлагаемых рекомендациях изложен алгоритм обследования больных гипотиреозом и АИТ с исходом в гипотиреоз для выделения групп риска инвалидности на основании оценки степени клинико-функциональных данных, данных анкетирования больных, особенности проведения индивидуальных программ реабилитации (ИПР) преинвалидов. Также разбираются вопросы медико-социальной экспертизы для преинвалидов, на основе количественных критериев нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

В основу наших разработок положены результаты комплексного обследования и проведения курсов реабилитации больных гипотиреозом трудоспособного возраста.

1. ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ С ИСХОДОМ В ГИПОТИРЕОЗ

С целью определения степени риска выхода на инвалидность и ее профилактики у больных гипотиреозом, в том числе аутоиммунного генеза, необходимо учитывать медицинские, медико-профессиональные, профессиональные и социальные факторы риска.

Для оценки медицинских факторов требуются сведения о клинических проявлениях заболевания, характере течения заболевания, данных о сопутствующей патологии, показателях физической и/или умственной работоспособности по результатам клинко-физиологических исследований в динамике, полученный эффект от лечения, объеме поддерживающей терапии, оценки адекватности отношения к болезни, наличие отягощенной наследственности.

Из медико-профессиональных и профессиональных факторов следует учитывать общее образование, специальное образование, профессиональную подготовку, квалификацию, профмаршрут, профессиональный стереотип, профессию на момент обследования, установку на труд, условия и организацию труда, вопросы трудового устройства.

Из социально-бытовых факторов принимались во внимание следующие: семейное положение, жилищно-бытовые условия, материальное положение, условия социально-бытовой адаптации, способность к независимому существованию, место проживания больного до заболевания.

Нами выделены 3 степени риска наступления инвалидности: высокий, (умеренный), средний и низкий.

Высокий риск наступления инвалидности формируется при:

- 1) течении заболевания с частыми декомпенсациями (свыше 4 раз в году);

- 2) выраженном изменении уровней гормонов щитовидной железы Т3, Т4 и тиротропина (ТТГ);
- 3) наличии синдрома взаимного отягощения (СВО) за счет сочетания с аутоиммунными эндокринными и неэндокринными заболеваниями (2–3 и более заболеваний);
- 4) низкой толерантности к физической и умственной нагрузке при нагрузочном тестировании (ВЭП и ИП);
- 5) выраженном или умеренном снижении сократительной функции миокарда (ЭхоКГ);
- 6) перегрузке левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ);
- 7) неадекватности отношения к болезни;
- 8) выраженном нарушении со стороны нервно-психической сферы;
- 9) явном снижении реабилитационного потенциала;
- 10) относительно благоприятном или сомнительном клиническом прогнозе.

При динамическом наблюдении отмечается прогрессирование заболевания в течение ближайших 1–2 лет. Это все определяет благоприятный трудовой прогноз на короткий срок. Медицинская реабилитация таких больных требует большого объема и интенсивного лечения, при ослаблении которого эффект реабилитации снижается. Полной реабилитации почти не достигается.

Трудовая установка таких больных в ближайшие 1–2 года в прединвалидный период зависит от условий труда. Профессиональная пригодность сохраняется у лиц, выполняющих легкий и не постоянно умеренный труд (при I–II категории тяжести труда).

Социально-трудовая характеристика больных отличается обычно невысоким образовательным уровнем, неудовлетворительными материально-бытовыми условиями, большой отдаленностью проживания от места работы. Больные нуждаются в постоянном лечении большими дозами супрессивной терапии (L-тироксином свыше 250 мкг/сут).

По истечении этого срока, если не удалось достичь клинико-гормональной компенсации, больные выходят на III группу инвалидности. Риск высокой инвалидизации сопряжен с погрешностями в лечении тиреоидными гормонами (неадекватность дозы, самостоятельная отмена лечения).

Средняя степень риска для выхода на инвалидность (через 3–5 лет) формируется при:

- 1) декомпенсации заболевания средней частоты (3–4 раза в году) на фоне заместительной терапии L-тироксином в дозе до 200 мкг/сут;
- 2) умеренном изменении уровней гормонов щитовидной железы на фоне заместительной терапии;
- 3) синдроме взаимного отягощения при сочетании с эндокринными или неэндокринными заболеваниями (1–2 заболевания);
- 4) начальном или умеренном снижении сократительной функции миокарда;
- 5) умеренном снижении толерантности к физической и умственной нагрузке при нагрузочном тестировании (ВЭП и ИП);
- 6) адекватном отношении к болезни при рациональном трудоустройстве;
- 7) умеренных нарушениях со стороны нейропсихической сферы;
- 8) умеренном снижении реабилитационного потенциала (средний);
- 9) благоприятном клиническом прогнозе на ближайшие 3–4 года.

Медицинская реабилитация обычно нестойкая на фоне заместительной терапии гормонами щитовидной железы средних доз у таких больных. Возникает потребность в профессиональной реабилитации: перемещении по основной профессии с ограничением объема работы до 25%, смене рабочего места, смене профессии с переобучением. Возможен выход на инвалидность III группы через 3–4 года, вследствие отсутствия стойкого эффекта от лечения и необходимости изменения своего профессионально-трудового статуса, отдаленности места работы. Больные сохраняют профпригодность, но нуждаются в рациональном трудоустройстве по заключению ВКК о переводе на работу II–III категории с переобучением на рабочем месте.

Низкий риск выхода на инвалидность (через 6–10 лет) имеют больные:

- 1) с редкими (1–2 раза) в году декомпенсациями заболевания;
- 2) с незначительным изменением уровней гормонов Т3, Т4, ТТГ;
- 3) с заместительной терапией небольшими дозами, L-тироксина до 150 мкг/сут и достижением компенсации заболевания;
- 4) с незначительными или умеренными нарушениями сократительной функции миокарда;
- 5) с незначительным снижением переносимости физической и информационной нагрузок при нагрузочном тестировании;
- 6) с адекватным отношением к болезни и лечению и регулярно получающие заместительную терапию в соответствующих дозах;
- 7) с высоким реабилитационным потенциалом;
- 8) с благоприятным клиническим прогнозом на ближайшие 5 лет.

Медицинская реабилитация приносит устойчивый эффект.

Профессиональная пригодность сохраняется при ограничении по заключению ВКК.

Больные не нуждаются в рациональном трудоустройстве при II–III категории тяжести труда.

Определение степени риска инвалидности на основании указанных критериев позволяет внести дополнения и своевременные изменения в программу реабилитации больного гипотиреозом и АИТ: изменять дозы медикаментозной терапии, проводить медико-профессиональную реабилитацию или решать социальные вопросы.

Можно выделить основные и дополнительные факторы, определяющие степень риска инвалидности.

К основным факторам относятся медицинские, ограничивающие трудоспособность, которые включают клинические проявления, данные клинико-функциональных исследований, характер течения заболевания, синдром взаимного отягощения.

К дополнительным факторам относятся: эффект и объем поддерживающей терапии, адекватность отношения к болезни, отягощенная наследственность, вредные привычки, клинический прогноз (с указанием срока).

Гипотиреоз, являющийся исходом АИТ, часто ассоциируется с другими аутоиммунными и неаутоиммунными эндокринными заболеваниями (сахарный диабет I типа, хроническая надпочечниковая недостаточность, аутоиммунная офтальмопатия, гипопаратиреоз).

Возможны сочетания с аутоиммунными неэндокринными заболеваниями (хронический вирусный гепатит, ревматические заболевания, бронхообструктивный синдром, вазомоторный ринит и т.д.), а также с генетическими (синдром Дауна, синдром Шерешевского — Тернера).

Оформление заключения содержит: диагноз основной и сопутствующий, заключение о трудоспособности, индивидуальную программу реабилитации по разделам (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная), расширенную трудовую рекомендацию.

Пример формулировки диагноза и программы медицинской реабилитации.

Больная К., 50 лет, образование высшее, проживает в г.Минске, основная профессия — педагог, работает в средней школе.

Направлена в клинику БНИИЭТИН ВКК поликлиники для проведения реабилитационных мероприятий по тематическому плану.

Находилась в терапевтическом отделении в течение 26 дней.

Результаты обследования: гормоны щитовидной железы: Т3 — 1,71нмоль/л; Т4 — 161 нмоль/л; АТ к ТГ — 227; ТТГ — 0,24 мкед./мл.

УЗИ щитовидной железы: контуры нечеткие, размеры правой доли 19×20, левой — 20×19, перешейка — 4 мл. Эхоструктура диффузно неоднородная. Эхогенность незначительно снижена.

Результаты пункционной биопсии: при цитологическом исследовании пунктата выявлено значительное количество лимфоцитов на фоне клеток фолликулярного эпителия.

ЭКГ — брадикардия, снижение вольтажа зубцов.

В клиническом, биохимическом анализах крови отклонений от нормы нет.

Данные объективного обследования: рост 160 см, масса тела 62 кг. При аускультации сердца — тоны ритмичные.

При нагрузочном тестировании (ВЭП) получены данные: выполнена нагрузка 6181 кгм, толерантность к физической нагрузке высокая, коронарный резерв не выявлен, сократительный сохранен, КРРМ — 4,0. Восстановление слегка замедлено.

ФГДС — хронический эрозивный гастрит.

Больная принимает заместительную гормональную терапию L-тироксином 100 мкг/сут.

Основной диагноз: хронический аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, гипотиреоз, клинико-гормональная субкомпенсация.

Сопутствующий диагноз: хронический эрозивный гастрит.

Трудоспособна в профессии педагога.

Программа медицинской реабилитации включает: диету, поддерживающее медикаментозное лечение L-тироксином, антиоксидантную терапию, ЛГ, ЛФК, ФТЛ, обучение по «школе больного».

В поликлинических условиях: наблюдение эндокринолога через 3–6 мес, прием L-тироксина до 150 мкг/сут, контроль ТТГ и гормонов щитовидной железы.

2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КРИТЕРИЕВ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ

Комплекс обязательных стандартных и дополнительных исследований включает:

а) клиническое обследование (осмотр, пальпация шеи, оценка наличия или отсутствия изменений голоса, профиль АД с подсчетом пульса, аускультация сердца и легких);

б) лабораторные исследования: анализ крови и мочи общий, биохимический анализ крови (холестерин, В-липопротеиды, калий, натрий, глюкозотолерантный тест по показаниям, содержание в крови ТТГ и гормонов щитовидной железы Т3, Т4, антитела к тироглобулину и тиропероксидазе (при аутоиммунном генезе гипотиреоза));

в) инструментальные методы: исследования сердечно-сосудистой системы и нейропсихической сферы (ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрия, проба с психоэмоциональной нагрузкой, оценка структуры щитовидной железы (УЗИ и сцинтиграфия; пункционная биопсия по показаниям));

г) консультации специалистов: невропатолога, гинеколога, окулиста, психолога, профконсультанта.

3. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИПР ПРЕДИНВАЛИДОВ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Объем ИПР формируется в зависимости от степени риска выхода на инвалидность (высокий, средний, низкий) с учетом необходимости проведения этапов реабилитации (медицинской, медико-профессиональной), консультации физиолога труда и рационального трудоустройства по показаниям.

2. Программа медицинской реабилитации составляется больным гипотиреозом легкой и средней тяжести заболевания, АИТ с исходом в гипотиреоз.

Медицинская реабилитация предполагает восстановительную терапию: медикаментозную и немедикаментозную.

Медикаментозная терапия назначается в виде 1–3 медикаментов. Основой лечения является заместительная терапия L-тироксином, направленная на достижение клинко-гормональной компенсации заболевания.

Немедикаментозная терапия использует методы кинезотерапии: активной (лечебная физкультура, тренажеры, дозированная ходьба, трудотерапия) и пассивной (мануальная терапия, массаж и т.д.), физиотерапии (иглорефлексотерапия, бальнеологическое, магнитное, электрическое и др. виды воздействия).

Уделяется большое внимание обучению в «школе больного» методам самоконтроля, а также психотерапии. Необходимость психокоррекции определяется психологом и проводится в виде одиночных или групповых занятий.

3. Медико-профессиональная реабилитация (МПР) направлена на тренировку и повышение работоспособности в профессии доступной категории тяжести. С этой целью использовались показатели физической и умственной работоспособности (ВЭП и ИП).

4. Профессиональный этап включает оценку профпригодности в профессии, профподбор и рациональное трудоустройство через службу занятости.

Стандарты для заключения о реабилитации предусматривают:

1) оценку результатов медицинской реабилитации (достижение компенсации частичное или полное). Принято оценивать компенсацию как полную при достижении компенсации при использовании неполного объема мероприятий, а частичную — при использовании полного объема медицинской реабилитации, с уменьшением которой лечебно-реабилитационный эффект неустойчив;

2) восстановление нарушенных функций (полное, частичное или положительные результаты отсутствуют). Полное восстановление нарушенных функций отмечают при полном восстановлении функций органов (ФКІ до ФК0, ФКІІ до ФК0), частичное при достижении от ФКІІ до ФКІ, положительные результаты отсутствуют (ФКІІ–ФКІІ);

3) оценку медико-профессиональной реабилитации с использованием показателей работоспособности (повышение, без перемен, положительные результаты отсутствуют и соответствие их выполняемому труду).

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЛЯ ПРЕДИНВАЛИДОВ НА ОСНОВЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ НАРУШЕНИЙ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) больных гипотиреозом, в том числе АИТ с исходом в гипотиреоз, проводится с учетом следующих критериев: степени нарушений функций со стороны органов и систем, характера течения заболеваний (основного и сопутствующих), объема проводимого лечения, дозы гормонов щитовидной железы, на основе оценки количественных критериев ограничения жизнедеятельности.

При гипотиреозе легкой формы самообслуживание не ограничено. Передвижение из-за снижения способности к большим усилиям (ходьба в темпе 110–130 шагов в 1 мин, бег, быстрая ходьба с перенесением тяжести более 5 кг) ограничивается до 5–15%. При длительной постоянно умеренной физической нагрузке (ходьба в быстром темпе 90–110 шагов в мин и т.д.) с использованием вспомогательных технических средств при незначительных двигательных нарушениях — ограничения от 15 до 25%. Участие в трудовой профессиональной деятельности не ограничено или ограничено незначительно при выполнении работ, требующих больших усилий, за счет временной нетрудоспособности (при обострении сезонных, простудных заболеваний, обострении сопутствующих заболеваний) — ограничения до 25%. Других ограничений жизнедеятельности не наблюдается.

При гипотиреозе средней тяжести и АИТ с исходом в гипотиреоз наблюдаются незначительные ограничения самообслуживания. Отмечается физическая зависимость из-за потребности в эпизодической помощи других лиц (при сезонной заготовке продуктов, топлива) — ограничения 25–40%. Умеренное ограничение мобильности отмечается при постоянных умеренных физических нагрузках (ходьба в темпе 71–90 шагов в 1 мин и т.д.). Требуется медикаментозная коррекция, с помощью которой мобильность восстанавливается частично — ограничения 40–50%.

Обычная деятельность при ведении домашнего хозяйства (уход за скотом, работа в огороде с частыми наклонами туловища, подъемы тяжестей) ограничивается на 26–50%.

Умеренные ограничения в профессионально-трудовой деятельности отмечаются при работе в нормальных условиях при адаптации рабочего места, что приводит к сокращению объема, использования подсобной силы, снижения квалификации при переходе на другое место из-за потери профессии, ограничения 26–50%.

Характерно легкое ограничение способности к обучению (до 20%) при временной нетрудоспособности по заключению ВКК.

Варианты заключений при МСЭ.

Гипотиреоз легкая форма, клинико-гормональная субкомпенсация.

Имеющиеся нарушения функции щитовидной железы приводят к ограничению мобильности (до 15%), самообслуживания (до 5%) с периодической помощью посторонних лиц при выполнении обычной деятельности, в профессиональной деятельности при выполнении работы по основной профессии (до 20%) приводят к незначительному ограничению жизнедеятельности.

Нуждается в медицинской реабилитации в объеме ИПР для больных легкой формы с временными ограничениями в профессиональной деятельности при необходимости по заключению ВКК (от 1 до 3 месяцев).

С учетом эффективности проведенной реабилитации может продолжать трудовую деятельность: обычную — с ограничениями до 10% за счет ограничения тяжелого физического труда, профессиональную — с ограничениями по заключению ВКК за счет адаптации рабочего места.

Клинический и клинико-трудовой прогнозы благоприятные.

Реабилитационный потенциал высокий.

Гипотиреоз средней тяжести, клинико-гормональная декомпенсация. СД II тип, компенсация ИБС, стенокардия напряжения ФКП Н0-1.

Имеющиеся нарушения функции эндокринной системы (щитовидной и поджелудочной железы), сердечно-сосудистой системы (Н0–Н1), приводят к ограничению жизнедеятельности за счет мобильности (до 40%), самообслуживания (до 15%), ограничения участия в (повседневной) обычной деятельности до (40%), профессиональной трудовой деятельности до (30%).

При увеличении нарушений по данным динамических наблюдений (декомпенсация заболевания 3–4 раза в году), снижении реабилитационного потенциала и учитывая неблагоприятный клинико-трудовой прогноз на ближайший год, рекомендуется: проведение 2–3 курсов медицинской реабилитации в полном объеме, обучение по «школе больного» необходимым навыкам заместительной терапии, в перспективе — рациональное трудовое устройство, а также меры социальной помощи для часто болеющих.

АИТ с исходом в гипотиреоз, клинико-гормональная компенсация. Хроническая надпочечниковая недостаточность, компенсация. Ревматоидный артрит, серонегативный, активность I–II ст., ФНС I–II ст., миокардиодистрофия III.

Имеющиеся нарушения функции эндокринной системы (щитовидной железы и надпочечников), неэндокринной (ревматоидный артрит), сердечно-сосудистой системы (НП), а также характер течения (частые обострения), приводят к ограничению мобильности до 50%, самообслуживания до 20%, участия в профессиональной деятельности до 50%. Такие показания дают основания для установления III группы инвалидности на период рационального трудоустройства (переобучения).

Рекомендуется: проведение медицинской реабилитации курсами 3–4 раза в году (поликлинические и стационарные) в полном объеме (восстановительное медикаментозное лечение, психологический и физический этапы реабилитации, а также медико-профессиональный и социальный).

У больных со средним риском инвалидности варианты ограничений жизнедеятельности следующие:

АИТ с исходом в гипотиреоз, клинико-гормональная субкомпенсация. Аутоиммунная офтальмопатия I–II ст.

Имеющиеся нарушения функций эндокринной системы (щитовидной железы, органа зрения) приводят к ограничению жизнедеятельности за счет мобильности (до 15%), самообслуживания (до 10%) ограничения в обычной деятельности (до 10%) за счет тяжелой физической нагрузки, а также профессиональной деятельности (до 25%).

Больной нуждается в проведении медицинской реабилитации курсами 2 раза в году с включением медикаментозных и немедикаментозных методов, в профессиональной реабилитации (переобучении на рабочем месте).

Эффект реабилитации положительный. Может продолжать обычную деятельность с ограничением до 5–10% за счет ограничения профессионального и тяжелого физического труда (работы на участке) в полном объеме. Социальная недостаточность незначительная.

Гипотиреоз средней тяжести, клинико-гормональная субкомпенсация. СД II тип, клинико-метаболическая компенсация.

Имеющиеся нарушения функции эндокринной системы с учетом характера течения заболевания (обострения 2–3 раза в году) и наличие синдрома взаимного отягощения легкой степени (СД II тип) приводят к ограничению жизнедеятельности из-за ограничения мобильности до 30%, самообслуживания до 15%, участия в обычной трудовой деятельности до 20%, профессиональной — до 30%. Требуется проведение 2–3 курсов медицинской реабилитации в полном объеме, в перспективе — рациональное трудовое устройство. Социальная недостаточность на уровне незначительной с перспективой на умеренную из-за ограничения самообслуживания, обычной и профессиональной деятельности, невозможности обеспечения экономической независимости по состоянию здоровья.

ИПР больных гипотиреозом легкой формы заболевания (компенсированный)

Медицинская реабилитация больных гипотиреозом легкой формы (низкий риск инвалидизации) с незначительными нарушениями уровня ТТГ и гормонов щитовидной железы в состоянии компенсации и редкой декомпенсацией (1–2 раза в году) и незначительными ограничениями жизнедеятельности включает:

- 1) заместительную терапию гормонами щитовидной железы в небольших дозах до 150 мкг/сут;
- 2) диетотерапию с ограничением легкоусвояемых углеводов и жиров животного характера в пище и дополнительным введением белка растительного характера;
- 3) фитотерапию с включением продуктов, содержащих витамины группы В, С, Е (шиповник, черноплодная рябина, семена подсолнечника, пророщенная пшеница, перечная мята и т.д.);

4) физическую активность с длительностью физических нагрузок до 1 часа в день (лечебная гимнастика с включением дозированных физических нагрузок, лечебная физкультура, дозированная ходьба) с целью тренировки сердечно-сосудистой, нервной и других систем;

5) психологическую, посредством проведения групповой или индивидуальной психокоррекции с помощью соответствующего специалиста для формирования у больного положительного восприятия рекомендаций медицинского персонала по заболеванию и выработку адекватного отношения к болезни и к окружающим.

Медико-профессиональная реабилитация включает:

- работоспособность фактическую и перспективную по реабилитационному потенциалу (РП);
- профессиональную диагностику;
- тренировку профессионально-значимых функций с целью продолжения труда доступной категории тяжести с оценкой показателей работоспособности.

Профессиональная реабилитация включает: предоставление ограничений в работе по линии ВКК ЛПУ, рациональное трудоустройство.

Для работы доступны следующие профессии умственного труда: экономист, библиотекарь, юрист, научный сотрудник, лаборант, административно-хозяйственный работник среднего объема работы и т.д.

Может работать в следующих профессиях с использованием физического труда: слесарь-сборщик, наладчик, оператор, электрик и т.д.

ИПР больных гипотиреозом средней тяжести (субкомпенсированный)

Медицинская реабилитация больных гипотиреозом средней тяжести (средний и высокий риск инвалидизации) должна предусматривать клинико-гормональную компенсацию заболевания и снижение выраженности степени ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. Она включает:

- 1) заместительную терапию гормонами щитовидной железы (L-тироксин, левотироксин в дозе до 200 мкг/сут);
- 2) витаминотерапию препаратами витаминов С, А, Е, Д и группы В;
- 3) подготовку по «школе больного» (особенности течения заболевания, факторы, провоцирующие заболевание подсчет пульса, измерения артериального давления и т.д.);
- 4) фитотерапию с целью коррекции выявленных нарушений (листья и ягоды черники, черноплодная рябина, мочегонные травы т.д.);
- 5) использование лечебных физических факторов с целью потенцирования действия лекарств, применяемых для улучшения функций щитовидной железы и улучшения функции других органов и систем.

Гидробальнеотерапия (контрастные ванны, валериановые, хвойные, кислородные, скипидарные). Температура воздуха в горячей воде — 38–40 градусов, в холодной — от 26 до 18 градусов. Пребывание в холодной воде — 1 мин, горячей — 3 мин. В течение одной процедуры используют 3–4 чередования. Курс лечения 14–16 процедур.

Скипидарные ванны с терпентиновым маслом (ванна в виде белой эмульсии) с 20 до 60 мл, с каждой ванной увеличивая на 5 мл. Температура жидкости 38–39 градусов. Длительность — 10–15 мин, курс лечения — 14–16 ванн.

Кислородные углекислые ванны — 35–37 градусов.

Натриевые ванны способствуют развитию иммунодепрессивного действия.

Водолечение часто комбинируют с ДМВ-терапией. Интервал между процедурами должен соблюдаться до 2 часов.

Бальнеотерапия не показана больным с выраженной сердечно-сосудистой патологией, при гипотиреозе после операции по поводу рака щитовидной железы.

Ультрафиолетовые облучения показаны по общей схеме, но дозировка должна быть индивидуальной.

Используют души при температуре 37–38 градусов длительностью 3–5 мин, курсом 10–15 процедур.

Широко применяется ЛФК и массаж.

Электросон оказывает успокаивающее действие на ПНС.

Медико-профессиональная реабилитация направлена на повышение работоспособности в настоящей профессии путем тренировки профессионально значимых функций с последующей оценкой показателей работоспособности.

Профессиональная реабилитация предусматривает оценку профпригодности в профессии, профподбор, обучение или переобучение и рациональное трудоустройство. Доступны виды труда I и II категории тяжести.

Оценка эффективности медицинской реабилитации больных гипотиреозом проводится по следующим параметрам:

- 1) визуальная оценка (поведение, состояние кожного покрова, костно-мышечной системы);
- 2) клинические показатели (сохранение или изменение нарушений ФК), стабилизация или улучшение течения, сохранение или снижение частоты декомпенсации и их длительности);

3) клинико-функциональные показатели (повышение или сохранение физической работоспособности по пороговой нагрузке и увеличению (сохранение) допустимой нагрузки в течение рабочего дня, например, с 3 ккал/мин до 4 ккал/мин и т.д.);

4) качества жизни (при уменьшении или сохранении дозы лекарственных средств, замене лекарственных средств на средства с меньшей зоной воздействия);

5) ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности (снижение ограничений с 40% до 25% и ниже, с 25% до 10% и т.п.);

6) результатов медико-профессиональной реабилитации с повышением доступной категории тяжести и напряженности труда (со II до III, с I до II), при этом оформляется развернутая трудовая рекомендация (с указанием величины перемещаемого груза, объема динамической и статистической физической работы, тяжести умственного труда);

7) оформление заключения о работоспособности прединвалида с использованием количественных критериев нарушений функций, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.