

Запорізький державний медичний університет

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

Автор: доцент кафедри
загальної практики-сімейної
медицини, к. мед. н.
Шершньова О. В.

Запоріжжя 2016

ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Клініко-експертна характеристика

1. По патогенезу:
 - первинний,
 - вторинний.
2. За функціональною характеристикою:
 - а) необструктивний,
 - б) обструктивний.
3. За клініко-лабораторною характеристикою:
 - а) катаральний,
 - б) слизистоогнійний.
4. За фазою хвороби:
 - а) загострення,
 - б) ремісія.
5. За облігатним ускладненням обструкції бронхів:
хронічне легеневе серце, дихальна і серцева недостатність.



ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Виділяють три стадії захворювання:

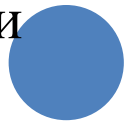
- ▣ **I стадія** (легкий перебіг), коли хворого турбує сухий кашель або виділення невеликої кількості слизового або слизово-гнійного мокротиння. У легких вислуховують жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. Функція зовнішнього дихання не порушена.
- ▣ **II стадія** (протягом середньої тяжкості) характеризується значним інфікуванням бронхів і явищами бронхоспазму. Бронхіт ускладнюється емфіземою легень, а іноді приєднується пневмонія або сегментарний пневмосклероз. Виникають ознаки дихальної недостатності. Під час рентгенологічного дослідження виявляють посилення прозорості легневих полів, потовщення стінок бронхів, ущільнення коренів легень. Визначається ДН II- III ступеня.

▣ **III стадія** (важкий перебіг) характеризується наявністю вираженої емфіземи легенів, пневмофіброза, легеневої недостатності II - III ступеня, декомпенсованою легеневим серцем.

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



МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

- Діагноз хронічного бронхіту - це перш за все діагноз клінічний. Ретельно зібраний анамнез і об'єктивне клініко-рентгенологічне обстеження хворого відіграють основну роль в діагностиці. Важливе значення мають функціональні методи дослідження зовнішнього дихання, легеневого газообміну, оксигенації крові тощо.
 - Дані бронхоскопії дозволяють підтвердити наявність і уточнити характер повного процесу в бронхах, виявити функціональні порушення в трахеобронхіальному дереві. Залежно від змін, виявлених при бронхоскопії, ендобронхіт поділяють на катаральний, гіпертрофічний та гнійний. Біопсія бронхів має лише допоміжне значення в діагностиці хронічного бронхіту, однак її слід використовувати в разі підозри на пухлину бронха для диференціації з іншими захворюваннями.
- 

МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ:

- оцінка анамнезу і виявлення фізикальних ознак хвороби;
- дослідження функції зовнішнього дихання (оцінка ОФВ1, ЖЄЛ, ОФВ1 / ЖЄЛ, МОС25,50 і 75, за показаннями - з пробами);
- пікфлоуметрія (оцінка ПШВ - пікової швидкості видиху);
- рентгенографія грудної клітини;
- дослідження газів артеріальної крові,
- електрокардіографія;
- аналіз крові (клінічний і біохімічний - сіалові кислоти, АСТ, загальний білок і фракції, СРБ);
- аналіз мокротиння загальний, мікробіологічний посів з підрахунком колоній м.о.



ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ, ПОКАЗАННЯ І 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 і умов праці хворого.

Хворих на хронічний бронхіт вважають тимчасово непрацездатними під час фази загострення захворювання і в разі наростання дихальної і легенево-серцевої недостатності.

Вони можуть працювати в чистому, сухому і теплому приміщенні, повітря якого не містить промислових отрут і алергенів. Існує ряд професій, непридатних хворим на хронічний бронхіт незалежно від ступеня дихальної недостатності.

До них відносяться професії ливарника, дробильника каменю, шлифовальщика, нікеліровщика, фасовщика розсипчастих матеріалів, а також професії, пов'язані з виготовленням ватних і вовняних виробів, впливом високої і низької температур, вологості, іонізуючого випромінювання, пилу, токсичних та таких, які дратують дихальні шляхи, речовин.

ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ, ПОКАЗАННЯ І ПРОТИПОКАЗАНІ УМОВИ І ВИДИ ПРАЦІ

- Допустима ступінь фізичного навантаження хворого на хронічний бронхіт на виробництві визначається тяжкістю порушень дихання і кровообігу. Хворим з ДН І ступеня протипоказано навіть короточасне значне фізичне навантаження, при ІІ ступеня протипоказана робота, пов'язана з незначним фізичним або значним мовним навантаженням (педагога, лектора, співака і т.д.).
- У разі хронічної недостатності кровообігу І стадії, що розвилася на тлі ДН І 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 або зі значним фізичним і мовним навантаженням, його переводять на іншу роботу. Коли цей переклад призводить до зниження кваліфікації, то на час перенавчання хворого іншою професією його тимчасово визнають інвалідом III групи.
- При III стадії хронічного бронхіту з ДН II ступеня і частих загостреннях бронхіту більшість хворих, що мають ще й ознаки недостатності кровообігу I - II A стадії, до професійної праці непридатні, їх визнають інвалідами II групи. Однак хворих молодого віку, що мають відповідну освіту, високу кваліфікацію і працюють в сприятливих умовах, визнають обмежено працездатними (інвалідами III групи). У разі ДН III ступеня і недостатності кровообігу II Б - III стадії хворі не можуть виконувати ніякої роботи в виробничих умовах - є інвалідами II групи. При наявності недостатності кровообігу III стадії, якщо хворий потребує стороннього догляду, його визнають інвалідом I групи.
- Якщо професія хворого на хронічний бронхіт II стадії з ДН I ступеня пов'язана з несприятливими метеорологічними або санітарно-гігієнічними умовами або зі значним фізичним і мовним навантаженням, його переводять на іншу роботу. Коли цей переклад призводить до зниження кваліфікації, то на час перенавчання хворого іншої професії його тимчасово визнають інвалідом III групи.

КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

Захворювання кваліфікується як професійне, якщо тільки пиловий фактор визначається вирішальним у розвитку хронічного бронхіту.

Для визначення інвалідності по професійним захворюванням необхідні наступні 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.



БРОНХОЕКТАТИЧНА ХВОРОБА

КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНА ХАРАКТЕРИСТИКА

- За клінічним перебігом розрізняють легку, виражену, важку і ускладнену форми (стадії) бронхоектатичної хвороби.
- У разі легкої форми загострення патологічного процесу відбувається 1-2 рази на рік. Під час ремісії мокрота виділяється в невеликій кількості або відсутня. Ремісія триває довго, залежить від кліматичних умов проведення профілактичних заходів, спрямованих на запобігання респіраторними захворюваннями і загостреннями бронхоектатичної хвороби.
- При вираженій формі захворювання постійно виділяється мокротиння 30 - 100 мл на добу, загострення виникають 3 - 5 разів на рік. Під час загострення кількість мокротиння збільшується до 200 мл на добу, воно стає слизисто - гнійним.

- При наявності важкої форми бронхоектатичної хвороби постійно виділяється слизисто-гнійна або гнійна мокрота, 100 - 400 мл на добу. У хворих є задишка різного ступеня, ціаноз, обумовлені дихальною недостатністю і хронічним легенеvim серцем.
- Ускладнена форма захворювання проявляється ознаками хронічного легеневого серця з недостатністю кровообігу, кровохарканням і легеневою кровотечею, а також вогнищевих нефритом або амілоїдозом нирок з хронічною нирковою недостатністю.



МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

- Самою постійної скаргою хворих бронхоектатичною хворобою є кашель з виділенням слизисто-гнійного або гнійного мокротиння, особливо вранці; під час загострення процесу - загальна слабкість, посилення кашлю, збільшення кількості мокротиння, анорексія, підвищення температури тіла.
- Під час огляду хворого відзначається: блідість шкіри і видимих слизових оболонок, при наявності дихальної недостатності - ціаноз, задишка, симптом барабанних паличок і часових стекол. Можна виявити зменшення рухливості легеневого краю на стороні переважного ураження. При аускультатії - жорстке дихання, крупно-і середнепузирчасті хрипи.



МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

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, серомукоїд в крові.

У мокроті виявляють багато нейтрофілів, еластичні волокна, іноді еритроцити.

Рентгенологічно часто визначають ознаки пневмосклерозу у вигляді посилення легеневого малюнка, інтенсивне затемнення різко зменшеної частки легких.

Інформативною для діагностики хвороби є бронхографія, за допомогою якої виявляють циліндричні або мішкоподібні розширення бронхів III-IV порядку, деформацію, відсутність контрастування дистально розташованих гілок бронхів.

Під час бронхоскопії виявляють гнійний ендобронхіт.

Спірографічно - рестриктивний або змішаний тип дихальної недостатності.



ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ, ПОКАЗАННЯ І ПРОТИПОКАЗАНІ УМОВИ І ВИДИ ПРАЦІ

- Під час експертизи працездатності хворих бронхоектатичною хворобою слід врахувати частоту загострень, наявність кровохаркання і легневих кровотеч, ступінь дихальної серцевої недостатності, соціальні фактори.
- У разі легкої форми бронхоектатичної хвороби під час загострень хворих вважають тимчасово непрацездатними. Рідкісні (1 - 2 рази на рік) і короткочасні (по 10 - 15 днів) загострення тривало не порушують працездатність в більшості професій. Не є причиною для встановлення групи інвалідності рідкісні (1 - 2 роки) і нетривалі (1 - 2 дні) кровохаркання, а також ДН I ступеня. Таких хворих в разі несприятливих умов праці працевлаштовують за рішенням ЛКК.



КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

- Виражена форма захворювання з частими (4 - 6 разів на рік), хоча і короткими (10-15 днів) загостреннями або рідкісними (2 - 3 рази на рік), але тривалими (40 - 60 днів) загостреннями є підставою для визнання хворих обмежено працездатними у фізичній і розумовій професіях зі значним нервово-психічним напруженням праці. Їм встановлюють інвалідність III групи.
- Хворі бронхоектатичної хворобою, у яких спостерігається виражена схильність до повторного кровохаркання або легеневих кровотеч, вимагають значних трудових обмежень і стають інвалідами III групи.
- Обмежено працездатними з встановленням інвалідності III групи також стають хворі бронхоектатичної хворобою, у яких на фоні дихальної недостатності I або II ступеня проявляється схильність до повторних загострень, частим (кілька разів протягом місяця), незначним (крововтрата не перевищує 50 мл) або рідкісним (1 раз на місяць або кілька місяців), але значним (крововтрата досягає 100 - 200 мл) кровохарканням.

КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

- Важка і ускладнена форми бронхоектатичної хвороби, що супроводжуються частими і тривалими загостреннями, значними кровохарканнями або легeneвими кровотечами, ДН II ступеня, хронічною недостатністю кровообігу II А-II Б стадії, розвитком амілоїдозу нирок, є підставою для визнання хворого непрацездатним в звичайних виробничих умовах і встановлення йому II групи інвалідності.
- Інвалідність I групи встановлюють хворим бронхоектатичною хворобою при наявності нестихаючих загострень, що супроводжуються важкою інтоксикацією, частими і значними легeneвими кровотечами, розвитком ДН III ступеня, серцевої недостатності III стадії, амілоїдозу нирок з хронічною нирковою недостатністю II - III ступеня.



БРОНХІАЛЬНА АСТМА

КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНА ХАРАКТЕРИСТИКА

- Бронхіальна астма є частою причиною інвалідності. Перебіг і форми захворювання різноманітні. Напади мають різні ступені тяжкості, частоту і тривалість інтервалів між загостреннями захворювання. Залежно від тяжкості перебігу розрізняють три ступеня і три стадії захворювання.
- При *легкому ступені* бронхіальної астми **I стадії** загострення захворювання нетривалі, виникають до 2 - 3 разів протягом року. Напади задухи тривають 15 - 30 хв. Хворі скаржаться на утруднене дихання, відчуття нестачі повітря під час нападу. У легких вислуховують розсіяні сухі хрипи. Пульс нормальний або прискорений. Хворі під час нападу легко переміщуються, не займаючи вимушеного положення. Напади задухи знімають шляхом застосування спазмолітиків всередину або в інгаляціях.

- У разі *середнього ступеня тяжкості* бронхіальної астми загострення спостерігаються не менше 3 - 4 рази на рік. Під час загострення напади задухи проявляються відчуттям нестачі повітря з різко утрудненим видихом, іноді болі в області серця. Положення хворого вимушене, 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).



- При *тяжкому перебігу* захворювання загострення повторюються 5 - 8 разів і більше протягом року. При загостренні напади задухи тривалі, часто переходять в астматичний стан. Хворі займають вимушене положення, у них виявляють виражений ціаноз, поверхнєве дихання, частий пульс слабкого наповнення. Над легкими перкуторно визначають коробковий звук, під час аускультатії - велика кількість сухих хрипів. В особливо важких випадках внаслідок генералізованого спазму дрібних бронхів, коли зникають умови для утворення хрипів, вони стають менш звучними і вислуховуються в меншій кількості. Напади задухи зникають тільки після застосування інтенсивної комплексної терапії, що включає бронхолітики, холінолітики, серцеві глікозиди і кортикостероїди. В результаті частих і важких нападів ядухи формуються емфізема легенів, ДН II - III ступеня.
- При **II стадії** бронхіальної астми (стадія ускладнень) розвивається емфізема легенів з ДН III ступеня, хронічне легеневе серце з недостатністю кровообігу II Б - III стадії. Цю стадію захворювання за ступенем тяжкості не поділяють.

МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

Для діагностики бронхіальної астми мають значення анамнез, наявність типового нападу ядухи, наявність в мокроті характерних елементів (еозинофіли, спіралі Куршмана і кристали Шарко-Лейдена), збільшення в периферичній крові еозинофілів до 10%.

При дослідженні функції зовнішнього дихання:

- значення пікової об'ємної швидкості видиху (далі - ПОШвид) та об'єму форсованого видиху за першу секунду (далі - ОФВ1) $< 80\%$ від належних;

- виражена зворотність бронхіальної обструкції - підвищення рівня ПОШвид та $\text{ОФВ1} > 12\%$ (або й 200 мл) за результатами фармакологічної проби з $\beta 2$ -агоністом короткої дії;

- добова варіабельність ПОШвид та $\text{ОФВ1} > 20\%$.

Емфізему легенів виявляють за допомогою рентгенологічного обстеження, яке дозволяє також визначити ознаки гіпертрофії правого шлуночка серця.

Атопічну бронхіальну астму виявляють шляхом збору алергологічного анамнезу, проведення аплікаційних, скаріфікаційних, внутрішньошкірних і провокаційних проб з алергенами.

Зміни на ЕКГ підтверджують ознаки перевантаження правого шлуночка.

ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ, ПОКАЗАННЯ І ПРОТИПОКАЗАНІ УМОВИ І ВИДИ ПРАЦІ

- Хворим з легким перебігом бронхіальної астми протипоказана робота в несприятливих метеорологічних умовах, на курному і загазованому повітрі, робота в умовах контакту з алергенами, а також професії, при яких раптове припинення трудової діяльності в зв'язку з нападом задухи небезпечно для самого хворого і оточуючих його осіб, шкодить роботі (водії транспорту, викладачі, лектори, телефоністи, музиканти, кранівники). Таким хворим можна рекомендувати всі види інтелектуальної діяльності в кабінетних умовах, канцелярську і адміністративно-господарську роботу, легку і помірну фізичну роботу і т.п. в сприятливих умовах.
- У разі середньої тяжкості бронхіальної астми хворим доступна робота лише з незначним фізичним напруженням і інтелектуальні види діяльності в сприятливих умовах.
- Важкий перебіг захворювання значно погіршує трудовий прогноз і виключає будь-які види праці в виробничих умовах. Прогноз по працездатності хворих також значно погіршується в зв'язку з розвитком хронічного легеневого серця і переходом захворювання в II стадію.

ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ, ПОКАЗАННЯ І ПРОТИПОКАЗАНІ УМОВИ І ВИДИ ПРАЦІ

У період загострення БА хворі тимчасово непрацездатні.

При неімунологічній, змішаній формах БА терміни лікування визначаються характером і тяжкістю інфекційного загострення, ефективністю лікування, виразністю ускладнень (ДН, декомпенсація хронічного легеневого серця):

- легкий перебіг - до 3 тижнів;
- середньої тяжкості - 4-6 тижнів;
- важкий перебіг - більше 6 тижнів.

При імунологічній астмі:

- легкий перебіг - терміни тимчасової непрацездатності 5-7 дн.,
- середньої тяжкості - 10-18 дн.,
- тяжкий перебіг - понад 35 днів (в залежності від ускладнень, ефективності терапії).



КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

- При оцінці обмежень життєдіяльності враховують форму і тяжкість перебігу БА, вираженість ускладнень, включаючи зумовлені проведеною терапією, ефективність лікування, тяжкість супутніх захворювань; освіту, професію, кваліфікацію, характер і умови праці, трудову спрямованість.
- **Інвалідність III групи** встановлюється хворим БА легкої і середньої тяжкості перебігу, в тому числі гормонозалежної, ДН I і II ст. з обмеженням здатності до трудової діяльності, самообслуговування, пересування - I ст., які працюють в протипоказаних видах і умовах праці та потребують раціонального працевлаштування (зниження кваліфікації або зменшення обсягу виробничої діяльності).

КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ

- Інвалідність **II групи** встановлюється хворим БА середньої тяжкості і тяжкого перебігу зі стійкими вираженими порушеннями функції дихання і кровообігу (ДН II-III ст. I СН II А ст.), а також порушеннями функцій ендокринної системи (цукровий діабет, недостатність надниркових залоз), обумовлених стероїдною терапією, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, 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 прогредієнтному перебігу БА, рефрактерності до лікування, розвиток ДН III ст., СН ІІБ-III ст., інших необоротних ускладнень, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності III ст.



ДИХАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ

КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНА ХАРАКТЕРИСТИКА

- ▣ *Дихальна недостатність* - стан, при якому нормальна функція дихальної системи недостатня для забезпечення організма необхідною кількістю кисню і виведення відповідної кількості вуглекислого газу.
- ▣ По тяжкості перебігу та ускладненням розрізняють три ступеня дихальної недостатності. При ДН I ступеня газовий склад крові не змінений, є тільки вентиляційна недостатність.
- ▣ У разі ДН II ступеня до вентиляційної недостатності приєднується артеріальна гіпоксемія.
- ▣ При наявності ДН III ступеня до легеневої недостатності приєднується серцева (правошлуночкова) недостатність.

Критерии дыхательной недостаточности

Показники	ДН I ступеня	ДН II ступеня	ДН III ступеня
Проба Тиффно (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 легень	До 135%	150-155%	До 163%
PO ₂ , мм рт.ст.	97	85-90	81
PCO ₂ , 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 ємкість легень, ЖЄЛ - життєва ємкість легень, МВЛ - максимальна вентиляція легенів.



МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

Важливе значення мають:

- ✓ анамнез,
- ✓ огляд хворого,
- ✓ ЕКГ,
- ✓ рентгенографія грудної клітки,
- ✓ визначення показників функції зовнішнього дихання,
- ✓ визначення легеневого газообміну.



ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ, ПОКАЗАННЯ І ПРОТИПОКАЗАНИ УМОВИ І ВИДИ ПРАЦІ

У більшості хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень при ДН I - II ступеня клінічний прогноз сприятливий. Доступно більшість професій в сприятливих санітарно-гігієнічних умовах. Протипоказані види праці, пов'язані з контактом з бронхо-і пульмотропними отрутами, в несприятливих метеорологічних умовах. При наявності 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). В основному рекомендують роботу, пов'язану тільки з незначним фізичним і помірним нервово-психічним напруженням. Недоступна робота, що вимагає постійного мовного навантаження (викладачі, вчителі, лектори, співаки), напруга дихального апарату (склодуви, музиканти, що грають на духових інструментах), частих відряджень, експедицій.
- У випадках ДН III ступеня більшість хворих непрацездатні (інваліди II групи), а іноді в разі необхідності стороннього догляду - інваліди I групи.



ГОСТРИЙ БРОНХІТ

КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Гострий бронхіт - це гостро виникло запалення бронхів, основною клінічною ознакою якого є кашель (сухий або з мокротою), який триває не більше 3-х тижнів. Середня тривалість захворювання 14 днів.



МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

Гострий бронхіт - клінічний діагноз, заснований на даних анамнезу і фізикального дослідження, до симптомів гострого бронхіту відносяться кашель, непродуктивний або продуктивний, з безбарвною мокротою або жовтого / зеленого кольору; свистяче дихання; невисоку лихоманку; стисле дихання або біль у грудях; задишку (у важких випадках). При прогресуванні захворювання кашель часто стає більш вираженим. Тяжкість симптомів гострого бронхіту може зростати при контакті з тютюновим димом і поллютантами.



ТРУДОВИЙ ПРОГНОЗ

- ❖ Хворих на гострий бронхіт вважають тимчасово непрацездатними до зникнення клінічних проявів захворювання. Середня тривалість тимчасової непрацездатності 10-14 днів.
- ❖ Прогноз при своєчасно розпочатій і раціональній терапії в більшості випадків сприятливий.



Пневмонія

КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Пневмонія - гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.

Виділяють наступні види пневмонії:

- Позалікарняна (позалікарняна, розповсюджена, амбулаторна).
- Нозокоміальна (госпітальна).
- Аспіраційна.
- Пневмонія в осіб з важкими порушеннями імунітету (вроджений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенна іммуносупресія).

Залежно від тяжкості розрізняють пневмонії легкого, середньотяжкого і тяжкого перебігу. Оскільки обсяг діагностичних та лікувальних заходів при пневмонії цих ступенів тяжкості майже однаковий, доцільно об'єднати їх в одну групу - *пневмонію з нетяжким перебігом*.

Пневмонія з тяжким перебігом - це особлива форма захворювання різної етіології, яка проявляється тяжким інтоксикаційним синдромом, гемодинамічними змінами, вираженою дихальною недостатністю та / або ознаками тяжкого сепсису або септичного шоку, характеризується несприятливим прогнозом та потребує проведення інтенсивної терапії.



Рекомендують виділяти "малі" та "великі" критерії тяжкого перебігу пневмонії.

"Малі" критерії тяжкого перебігу пневмонії:

- частота дихання 30 в 1 хв. и більше;
- порушення свідомості;
- SaO₂ менше 90% (за даними пульсоксиметр), парціальний тиск кисню в артеріальній крові (далі - PaO₂) нижче 60 мм рт. в.;
- систолічний артеріальний тиск нижче 90 мм рт. в.;
- двостороннє або багатодолеве ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт.

"Великі" критерії тяжкого перебігу пневмонії:

- потреба в проведенні штучної вентиляції легень;
- швидке прогресування вогнищево-інфільтративних змін в легенях - збільшення розмірів інфільтрації більш ніж на 50% протягом найближчих 2 діб
- септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом 4 год. і більше;
- гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше 80 мл за 4 години. Або рівень креатиніну в сироватці крові вище 0,18 ммоль / л або концентрація азоту сечовини вище 7 ммоль / л (азот сечовини = сечовина (ммоль / л) / 2,14) по (відсутності хронічної ниркової недостатності).

Про тяжкий перебіг пневмонії свідчить наявність у хворих не менше двох «малих» або одного «великого» критерію, кожен з яких достовірно підвищує ризик розвитку летального результату. У таких випадках рекомендується невідкладна госпіталізація хворих у відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

ГРУПИ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

I група - НП легкого перебігу у осіб без супутньої патології та тих, хто не приймав за останні 3 міс антибактеріальні препарати. Можливо лікування в амбулаторних умовах.

До II групи відносять хворих на НП з легким перебігом, які не потребують госпіталізації, з наявністю супутньої патології (хронічні обструктивні захворювання легень, ниркова та серцева недостатність, цереброваскулярні захворювання, пухлина, цукровий діабет, хронічне захворювання печінки різної етіології, психічний розлад, алкоголізм) і / або тих, хто приймав протягом останніх 3 міс антибактеріальні препарати. Можливо лікування в амбулаторних умовах.

До III групи відносять хворих на НП з середньотяжким перебігом, які потребують госпіталізації у терапевтичне (пульмонологічне) відділення за медичними (наявність несприятливих прогностичних факторів) показаннями. Лікування в умовах терапевтичного або пульмонологічного відділення

До IV групи відносять хворих на НП з тяжким перебігом, які потребують госпіталізації у ВІТ.



МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

Діагноз НП є визначеним за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини та не менше 2 клінічних ознак із нижчеперелічених:

- Гострий початок захворювання з температурою тіла вище 38 ° С;
- Кашель з виділенням мокротиння;
- Фізикальні ознаки (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирцевих хрипів і / або крепітації)
- Лейкоцитоз (більше $10 \times 10^9 / \text{л}$) і / або паличкоядерних зсув (більше 10%).

При відсутності або неможливості отримання рентгенологічного підтвердження наявності осередкової інфільтрації в легенях діагноз НП є неточним / невизначеним. При цьому діагноз захворювання встановлюють з урахуванням даних епідеміологічного анамнезу, скарг хворого та виявлених у пацієнта відповідних фізикальних ознак. Слід зазначити, що в такій ситуації діагноз НП отримує рентгенологічне підтвердження лише в 22% випадків.

Припущення про наявність НП малоімовірно у хворих з лихоманкою, скаргами на кашель, задишку, виділення мокротиння та / або біль в грудях при відсутності фізикальних ознак і неможливості проведення рентгенологічного дослідження органів грудної клітини.

Трудовий прогноз

При пневмонії встановлюється тимчасова непрацездатність на час хвороби, до клініко - рентгенологічного вирішення захворювання.

Прогноз при своєчасно розпочатій і раціональній антибіотикотерапії в більшості випадків сприятливий, одужання настає в кінці 3-й - початку 4-го тижня хвороби.

