

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Нарушения функции пищеварения вызывают заболевания, включенные в МКБ-10 под шифрами K00—K93.

Нарушения функции пищеварения возникают при наследственных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, аномалиях его развития, рефлюксной болезни, гастритах, гастродуоденитах, язвенной болезни, патологии желчного пузыря и желчных протоков, хронических панкреатитах, гепатитах, циррозах печени, а также хронических энтеритах и колитах.

Функции пищеварения, подлежащие обязательной реабилитационно-экспертной диагностике:

- функции сосания, жевания и кусания, манипуляции пищей во рту, слюноотделения, глотания, регургитации, сплевывания и рвоты;
- функции транспорта по кишечнику, перистальтики;
- переваривание пищи, секреция ферментов и их активность в желудке и кишечнике;
- всасывание нутриентов и переносимость пищи;
- функции удаления кала, консистенция кала, частота дефекации, регуляция дефекации;
- функции сохранения нормального роста-весового индекса (индекса массы тела).

Виды нарушений:

- дисфагия, аспирация пищи, аэрофагия, гиперсаливация и недостаточность саливации;
- гиперхлоргидрия, непереносимость пищи, уменьшение продукции желчи, мальабсорбция;
- повышение перистальтики кишечника, парез кишечника, кишечная непроходимость, запор, диарея, водянистый стул, недостаточность анального отверстия или недержание кала;
- сниженная масса, потеря веса, истощение, кахексия, избышек веса, первичное и вторичное ожирение.

Характеристика глубины дистрофии в балльной системе (трофологическая недостаточность) представлена в табл. 4.

Методы функционального обследования

Сбор анамнеза и жалоб. Отметить ощущения, связанные с нарушением функции пищеварения: тошнота, боли в животе, вздутия живота, газы в животе, чувство переполнения, комка в горле, спазмов, изжога.

Характеристика глубины дистрофии в балльной системе (трофологическая недостаточность)

Показатели	Стандарты	Степени дистрофии		
		легкая	средняя	тяжелая
ИМТ, кг/м ² : 18—25 лет > 25 лет	23,0—18,5 26,0—19,0	18,5—17,0 18,9—17,5	16,9—15,0 17,4—15,5	< 15,0 < 15,5
Окружность плеча, см: мужчины женщины	29,0—26,0 28,0—25,0	25,9—23,0 24,9—22,5	22,9—20,0 22,4—19,5	< 20,0 < 19,5
Кожно-жировая складка над трицепсом, мм: мужчины женщины	10,5—9,5 14,5—13,0	9,4—8,5 12,9—11,6	8,4—7,4 11,5—10,1	< 7,4 < 10,1
Альбумин, г/л	35,0 и более	34,9—30,0	29,9—25,0	< 25,0
Трансферрин, г/л	2,0 и более	1,99—1,8	1,79—1,6	< 1,6
Лимфоциты, тыс./мкл	1,8 и более	1,79—1,5	1,49—0,9	< 0,9
Сумма баллов	15	14—10	9—5	< 5

Необходимо выявить частоту и длительность болевого синдрома или диспептических явлений, связь с качественным и/или количественным составом пищи, время их возникновения, длительность и регулярность. Провести анализ эффективности диеты или лекарственных препаратов.

Выяснить начало появления симптомов, в том числе болевого синдрома, дискинезии, диспепсии, упадка питания. Отметить сезонную вариабельность симптомов, частоту и длительность временной нетрудоспособности, в том числе и связанную со стационарным лечением. Изучить выписки из амбулаторной карты, стационарных историй болезней, данные предшествующих обследований и лечения. Провести анализ экспертной документации.

Визуальное исследование. Провести оценку общего состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

Вес, рост больного. Индекс массы тела. Гармоничность физического развития, пропорциональность телосложения, уровень психического развития. Обратит внимание на цвет, влажность (сухость) кожных покровов, трофические изменения кожи, ногтей, наличие телеангиоэктазий, варикозного расширения вен передней брюшной стенки, пигментных пятен, а также состояние слизистых полости рта, языка.

Перкуссия и пальпация. Необходимо определить размеры печени и селезенки, наличие свободной жидкости в брюшной полости, наличие и характер лимфоузлов.

Показатели, характеризующие выраженность клинической симптоматики и тяжесть заболевания, являются приоритетными в определении наличия и степени нарушения пищеварения.

Клинико-лабораторные и клинико-инструментальные показатели функциональных нарушений являются дополнительными, объективными критериями наличия и степени выраженности нарушения. Могут быть использованы результаты предшествующих обследований (при сохранении их информативности).

Обязательные исследования при диагностике нарушения пищеварения (выбор исследований зависит от поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта):

- анализ крови клинический;
- измерение роста-веса индекса (индекс массы тела);
- эзофагогастродуоденоскопия;
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки;
- беззондовое исследование соляной кислоты (ацидотест);
- определение уровня железа сыворотки;
- определение белковых фракций крови;
- определение протромбинового времени;
- определение уровня билирубина;
- определение уровня глюкозы;
- определение уровня амилазы в крови;
- определение уровня щелочной фосфатазы;
- определение уровня холестерина;
- определение уровня АсАТ, АлАТ;
- анализ кала на скрытую кровь;
- анализ кала на остатки пищи (копрограмма);
- диастаза мочи.

Дополнительные исследования необходимо проводить при наличии показаний (с учетом противопоказаний). При наличии сопутствующих заболеваний проводят соответствующие исследования с использованием стандартов обследования при них.

Дополнительные исследования при диагностике нарушения пищеварения:

- ректороманоскопия;
- ирригоскопия;
- доплерография артерий, вен брюшной полости;
- рентгенография желчного пузыря;
- компьютерная томография органов брюшной полости;
- рентгеноскопия пищевода, желудка и 12-перстной кишки;
- вирусные маркеры (HbsAg, HBeAg, антитела к вирусам гепатита В, С, О);
- определение уровня гамма-глутаминтрансферазы;

- определение уровня трансферрина крови;
- определение факторов свертывания крови;
- определение уровня церуллоплазмينا;
- исследование желудочных ферментов;
- дуоденальное зондирование с анализом содержимого;
- тимоловая и сулемовая пробы;
- диагностика инфекции *H. pylori* (уреазный тест, морфологическая диагностика).

Степени нарушения функции пищеварения

1 степень — незначительно выраженное нарушение функции пищеварения.

Определяют при нерезко выраженных расстройствах одного или нескольких органов, участвующих в пищеварении. Периодический, редкий болевой синдром и/или диспептические явления, возникающие после погрешностей диеты; преходящие признаки портальной гипертензии; незначительно выраженная симптоматика постгастрорезекционных, постваготомических или постхолецистэктомических расстройств; незначительный характер нарушений трофологического статуса. Редкие (1–2 раза в год) рецидивы обострения заболевания, регрессирующее течение процесса, не сопровождаемое снижением индекса массы тела; лабораторные и функциональные исследования обнаруживают незначительно выраженные отклонения от нормальных показателей (до 15 %).

2 степень — умеренно выраженное нарушение функции пищеварения.

Определяют при умеренно выраженных расстройствах одного или нескольких органов, участвующих в пищеварении. Частый, умеренно выраженный болевой синдром и/или диспептические расстройства; клиническая симптоматика печеночной недостаточности, интоксикации и нарушения обмена веществ отсутствуют или преходящие; преходящая умеренно выраженная клиническая симптоматика постгастрорезекционных, постваготомических или постхолецистэктомических расстройств; признаки портальной гипертензии соответствуют стадиям начальных клинических проявлений; умеренные отклонения показателей давления в системе воротной вены; умеренные отклонения функций органов пищеварения и нарушения обмена веществ; нарушения трофологического статуса имеют умеренный характер. Рецидивирующее (более 2 раз в год) течение, требующее длительного амбулаторного или стационарного лечения; снижение индекса массы тела более чем на 15 % от нормы; лабораторные и функциональные исследования с функциональными пробами выявляют существенные отклонения от нормальных показателей (на 16–30 %).

3 степень — выраженные нарушения функции пищеварения.

Определяют при выраженных расстройствах одного или нескольких органов, участвующих в пищеварении: резко выраженная клиническая симптоматика заболевания, с прогрессивным или часто рецидивирующим процессом. Значительно снижен индекс массы тела (на 30 % и более); частый, выраженный болевой синдром и/или диспептические расстройства; клиническая симптоматика печеночной недостаточности, соответствующая декомпенсированной стадии; постоянная клиническая симптоматика, интоксикации и нарушения обмена веществ; постгастрорезекционные, постваготомические или постхолецистэктомические расстройства имеют постоянный и выраженный характер; признаки портальной гипертензии соответствуют стадии выраженных клинических проявлений: обнаруживают спленомегалию, расширение вен пищевода, желудка, геморроидальных вен без систематических кровотечений. Рецидивы более 4 раз в год, необходимость в частом амбулаторном или стационарном лечении. Выраженные отклонения функций органов пищеварения и нарушения обмена веществ; нарушения трофологического статуса имеют выраженный характер; при лабораторных и функциональных исследованиях находят уже в покое выраженные отклонения от нормальных показателей (на 30–50 %).

4 степень — значительно выраженное нарушение функции пищеварения.

Определяют при резко выраженных расстройствах одного или нескольких органов, участвующих в пищеварении: резко выраженная клиническая симптоматика заболевания, значительно снижен индекс массы тела (на 50 % и более); частый, значительно выраженный болевой синдром и/или диспептические расстройства; постгастрорезекционные, постваготомические и постхолецистэктомические расстройства имеют стабильный и значительно выраженный характер; клиническая симптоматика печеночной недостаточности, соответствующая терминальной дистрофической стадии, признаки портальной гипертензии соответствуют стадии резко выраженных клинических проявлений — болевой абдоминальный синдром, расширение подкожных вен живота, асцит, регулярные систематические кровотечения из варикозно расширенных вен внутренних органов. Непрерывно рецидивирующий процесс, с необходимостью в частом стационарном лечении. Постоянное значительно выраженное нарушение функции органов пищеварения, развитие кахексии, значительно выраженных трофических изменений кожи и слизистых, признаки полиавитаминоза, интоксикации, гепато- и спленомегалии, с необратимыми изменениями других систем (кровообращения, ЦНС). При лабораторных и функциональных исследованиях находят уже в покое значительные отклонения от нормальных показателей (более 50 %).

Ограничения жизнедеятельности при нарушениях функций пищеварения

Незначительно выраженные нарушения функций (1 степень) не приводят к ограничениям основных категорий жизнедеятельности. Практически полностью сохранена физическая независимость, мобильность.

Стойкие, умеренно выраженные нарушения функций (2 степень) обуславливают преимущественно ограничение жизнедеятельности с 1 степенью ограничения самообслуживания и/или передвижения, и/или ОСТ 1 степени при невозможности выполнения работы по основной профессии, при наличии противопоказанных факторов труда (с постоянным или эпизодическим значительным физическим или нервно-психическим напряжением, с быстрым предписанным темпом, с длительным вынужденным положением тела, травматизацией подложечной области, воздействием токсических веществ, гастротропных ядов (соли тяжелых металлов, хлорированные углеводы, бензол, пары кислот и щелочей), с профессиональными вредностями (УВЧ, лучевыми, коротковолновыми установками, вибрацией, сотрясением туловища)), что могло бы способствовать прогрессированию функциональных нарушений, и с сохранением способности выполнения профессиональной деятельности в обычных производственных условиях при снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности.

Выраженные нарушения функций (3 степень) приводят к ограничению способности к передвижению, самообслуживанию, обучению и трудовой деятельности 2 степени. Возможна работа в специально созданных условиях.

Значительно выраженные нарушения функций (4 степень) приводят к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности:

- ограничению способности самообслуживания 3 степени;
- ограничению способности к самостоятельному передвижению 3 степени;
- ограничению способности к обучению 3 степени;
- ограничению способности к трудовой деятельности 3 степени.

4.1. Клинико-экспертная диагностика при хронических гепатитах

Хронические гепатиты включены в МКБ-10 под шифрами K70–K77, вирусные гепатиты — B15–B19.

Примеры оценки нарушений у наблюдаемых пациентов

Больной, 40 лет. Образование — среднее. Профессия — слесарь-ремонтник. Не инвалид.

Больной считает себя с 2006 г. с появления впервые желтухи. Прошел лечение в городской инфекционной больнице с диагнозом:

«Хронический вирусный не верифицированный гепатит, обостренный С 2008 г. в связи с нарастанием признаков портальной гипертензии дважды проходил лечение в условиях стационара. В том числе по заключению нарколога (январь 2008 г.) у больного имела место алкогольная зависимость интоксикационным психозом. Последняя госпитализация в стационар с 29.07.2010 по 02.08.2010 г. в связи с «токсической энцефалопатией». Амбулаторно за медицинской помощью не обращается. Со слов, постоянно принимает гепатопротекторы.

В настоящее время имеет место умеренная активность токсического гепатита с повышением щелочной фосфатазы, ГГТ, СРБ до +1, гаммаглобулина, общего билирубина в сочетании с эрозивным гастритом (по результатам представленной ФГДС от 14.10.2010), холецистопанкреатитом. По результатам УЗИ органов брюшной полости, подтверждается наличие гепатомегалии умеренной, расширение портальной вены до 1,5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Вены пищевода не выражены (ФГДС), что с учетом клиники в целом свидетельствует о незначительных признаках портальной гипертензии.

Патология ЦНС в виде токсической энцефалопатии с легким вестибулоомозжечковым синдромом, легким когнитивным расстройством. Полинейропатия верхних и нижних конечностей проявляется чувствительной формой с вегетативно-сосудистыми и легкими трофическими нарушениями.

Последствия бытовой травмы от 2005 г. в виде консолидированного перелома левой бедренной кости, посттравматического артроза левого тазобедренного сустава с умеренным нарушением функции.

Диагноз клиники: Хронический токсический гепатит, цирротическая стадия, активность 1 степени. Портальная гипертензия 1 степени. Недостаточность печени, компенсированная.

Хронический эрозивный гастрит. Хронический холецистопанкреатит в фазе умеренного обострения. НФП 1 степени.

Токсическая энцефалопатия с легким вестибулоомозжечковым синдромом и умеренным астеноорганическим синдромом с легким когнитивным расстройством. Токсическая полинейропатия верхних и нижних конечностей, чувствительная форма с выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями.

Последствия бытовой травмы от 2005 г. и последующего оперативного лечения в виде консолидированного перелома левой бедренной кости, посттравматического артроза левого тазобедренного сустава с умеренным нарушением функции сустава, укорочения на 1,5 см.

Таким образом, незначительное нарушение функции органов пищеварения с признаками компенсированной печеночной недостаточности, начальными признаками портальной гипертензии, легкие расстройства ЦНС, в том числе нарушения функции опорно-двигатель-

ного аппарата вследствие бытовой травмы, не приводят в настоящее время к инвалидности.

Согласно пункту 3.5.2.1 приложения к приказу МТСЗ от 17 декабря 2013 г. № 1024н, нарушение функций органов пищеварения — 20—30 %.

Больной, 48 лет. Образование — среднее специальное. Профессия — машинист катка. Инвалид III группы.

Из анамнеза известно, что в 1964 г. проведена операция по поводу слепой кишки, развившейся вследствие перенесенного в тяжелой форме аппендицита, осложненного перитонитом; повторно — в 1996 г. в связи с обтурационной кишечной непроходимостью. С 1995 г. — хронический вирусный гепатит В (HBsAg +), умеренно тяжелая степень активности, частые обострения с ежегодным стационарным лечением в больнице им. Боткина, в связи с чем с 1996 по 2002 г. являлся инвалидом II группы, затем III группы. За последний год отмечает ухудшение состояния в виде постоянных болей в правом подреберье, тошноты, усиливающихся после приема пищи (за 2003—2004 гг. — 6 госпитализаций с возобновлением активности HBV), частых болей в эпигастрии, постоянной общей слабости, утомляемости, снизилась толерантность к физическим нагрузкам; регулярно принимает курсами гепатопротекторы, ферментные препараты.

Анализ анамнестических данных, результатов настоящего клинического и лабораторных исследований свидетельствует о наличии у больного множественной патологии желудочно-кишечного тракта, с ведущим в настоящее время вирусным гепатитом с постоянной умеренной степенью активности (значительно повышены трансаминазы, билирубин, тимоловая проба). Результаты вирусологического исследования отрицательны. Умеренно нарушена белково-синтетическая функция печени (альбумины 25,3 %, холестерин 3,6 %, протромбин 74 %). Диагностирована функциональная портальная гипертензия по данным полигепатографии. Несмотря на проводимую постоянную комбинированную терапию, стабилизации состояния не отмечено по данным медицинской документации.

При объективном осмотре обращает на себя внимание субиктеричность склер, умеренное увеличение болезненных при пальпации подчелюстных, подмышечных лимфоузлов, контрактура Дюпюитрена обеих кистей рук, гепатоспленомегалия с ровным болезненным краем печени, увеличение селезенки, ИМТ — 28,2. Вышеизложенное приводит в целом к нарушению функции пищеварения 1 степени в настоящее время.

Наличие сахарного диабета тип 2, субкомпенсированного, требующего для коррекции введения сахаропонижающих препаратов, не привело к настоящему времени к значимым осложнениям.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани возникают при заболеваниях суставов, включенных в МКБ-10 под шифрами M00—M25, M30—M36, M40—M54 — артриты, артропатии, другие поражения суставов.

Классификация болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани по МКБ-10:

Артропатии (M00—M25):

Инфекционные артропатии (M00—M03):

M02 — Реактивные артропатии.

M02.3 — Болезнь Рейтера.

M02.8 — Другие реактивные артропатии.

M03.6 — Реактивные артропатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках.

Воспалительные полиартропатии (M05—M14):

M05 — Серопозитивный ревматоидный артрит.

M05.0 — Синдром Фелти.

M06.0 — Серонегативный ревматоидный артрит.

M06.1 — Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых.

M07 — Псориатические и энтеропатические артропатии.

M08 — Юношеский (ювенильный) артрит.

M10 — Подагра.

Артрозы (M15—M19):

M15 — Полиартроз.

M15.0 — Первичный генерализованный (остео)артроз.

M15.3 — Вторичный множественный артроз.

M16 — Коксартроз (артроз тазобедренного сустава).

M17 — Гонартроз (артроз коленного сустава).

M18 — Артроз первого запястно-пястного сустава.

M19 — Другие артрозы.

Системные поражения соединительной ткани (M30—M36):

M30 — Узелковый полиартериит и родственные состояния.

M32 — Системная красная волчанка.

M33 — Дерматомиозит.

M34 — Системный склероз (склеродермия).

M35 — Сухой синдром (Шегрена).

M35.2 — Болезнь Бехчета.

M35.9 — Системные поражения соединительной ткани неуточненные.

Деформирующие дорсопатии (M40—M54):

M40 — Кифоз и лордоз.

M41 — Сколиоз.

M42 — Остеохондроз позвоночника.

M45 — Анкилозирующий спондилоартрит у взрослых.

M46 — Другие воспалительные хондропатии.

M47 — Спондилез.

Функции суставов и костей, подлежащие обязательной реабилитационно-экспертной диагностике:

- подвижность, стабильность суставов;
- двигательные, опорные функции руки и ноги;
- изменение и поддержание положения тела;
- ходьба и передвижение.

Для оценки нарушения функции костно-мышечной системы и соединительной ткани в медико-социальной экспертизе используют стандартный **метод функционального обследования**.

Сбор жалоб и анамнеза. Жалобы, свойственные при патологии суставов позвоночника и конечностей: на боли в суставе или пораженной конечности, усиливающиеся при вертикальном положении и особенно после физической нагрузки (ходьбы), изменения характера боли после отдыха, распространение боли на поясничный отдел позвоночника или контрлатеральную конечность.

Необходимо выяснить начало заболевания, дату уточнения диагноза, тип течения заболевания, частоту и длительность обострений, проводимое лечение и его эффективность. Если было проведено оперативное лечение, то его характер (артродез, остеотомия, эндопротезирование), сроки временной нетрудоспособности после операции, эффективность медицинской реабилитации, эффективность лечения, оценку оперативного лечения (анатомическую и функциональную).

Обратить внимание на изменение и поддержание положения тела — при положении стоя, при перемещении тела.

Уточнить возможности ходьбы и передвижения — на короткие (менее 1 км) и дальние (более 1 км) расстояния, по различным поверхностям, преодоление препятствий, бег, передвижение в пределах жилища, пределах других зданий, вне своего дома и вне других зданий, с использованием технических средств, пользование общественным и личным транспортом.

Выяснить проблемы в самообслуживании — мытье лица и всего тела, мытье волос и причесывание, уход за ногтями на ногах; гигиена после физиологических отправок, возможность самостоятельно

надевать и снимать верхнюю одежду, нижнее белье, обувь, пользоваться застежками, пуговицами. Выяснить возможности работы, выполнения бытовых и трудовых обязанностей.

Визуальное исследование костно-суставной системы. Необходимо провести оценку общего состояния больного, вес, рост, индекс массы тела, пропорциональность телосложения.

Оценивают положение конечности, амплитуду движений в суставах (сгибание, разгибание, отведение, приведение, внутренняя и наружная ротация), укорочение конечности. Определить степень атрофии мышц, положение таза (перекос таза в сагиттальной плоскости), состояние поясничного отдела позвоночника (поясничный лордоз).

Характеризуют походку, характер и выраженность хромоты, использование дополнительной опоры, установку головы, треугольника талии, отклонение грудной клетки по отношению к тазу, расположение передневерхних остей подвздошных костей таза, расположение надплечий и лопаток, ограничение подвижности позвоночника при наклонах вперед, назад, вправо, влево.

Наблюдают за осуществлением основных операций жизнедеятельности (усаживание, укладывание и подъем со стандартной опоры, одевание и раздевание, пользование предметами бытового обихода, возможность открыть и закрыть двери); на изменение и поддержание положения тела — при перемещении, в положении стоя.

Обязательные исследования:

- линейные измерения костей в соответствии с общепринятой методикой — от ориентировочных точек на скелете (сравнение длины конечностей или сегментов);
- измерения объема соответствующих сегментов конечностей с использованием сантиметровой ленты;
- исследование объема пассивной и активной суставной подвижности с использованием угломера;
- исследование пульсации на артериях стоп (тыльной и заднеберцовой), подколенных, бедренных и лучевых артериях — пальпаторно;
- рентгенография верхнего плечевого пояса (плеча, предплечья, кисти, плечевого, локтевого или лучезапястного суставов, суставов кисти), пояснично-крестцового отдела позвоночника, таза, головки и шейки бедренной кости;
- электромиография дистальных и проксимальных отделов конечностей с функциональными пробами;
- реография сосудов конечностей;
- ультразвуковая доплерография сосудов конечностей.

Дополнительные исследования (при необходимости):

- ихнография — определение динамической площади опоры и ее деформации по следовым отпечаткам;

- гониография — исследование пассивных и активных угловых перемещений в суставах при максимуме сгибания и разгибания;
- подография — определение фазовых отношений и длительностей периодов опоры, переноса и двуопорного периода в режимах произвольной и навязанной локомоции;
- стабиллография — оценка динамики опорности, устойчивости стояния.

Степени выраженности нарушения функций суставов

1 степень — незначительные функциональные нарушения.

Определяют при болевом синдроме в области пораженного сустава, который возникает после длительной нагрузки, ходьбы. После отдыха болевые ощущения проходят. При объективном осмотре выявляют незначительные контрактуры суставов конечности (уменьшение амплитуды движений до 10 %) и отсутствие анатомо-функциональных изменений со стороны контрлатеральной конечности, позвоночника. Лабораторные и функциональные исследования выявляют незначительные отклонения от нормальных показателей (до 15 %).

2 степень — умеренные функциональные нарушения.

Диагностируют у больных с периодическим возникновением болей в покое, усилением их при движении (ходьбе). При ходьбе на расстояние свыше 3 км — появление хромоты и необходимость применения дополнительной опоры. При осмотре устанавливают умеренные или выраженные нарушения функции сустава (уменьшение амплитуды движений до 40 %), которые, как правило, сочетаются с начальными проявлениями поражения других суставов и позвоночника без неврологических проявлений. Лабораторные и функциональные исследования выявляют существенное отклонение от нормы показателей (до 30 %).

3 степень — выраженные функциональные нарушения.

Боли носят постоянный характер и усиливаются в начале передвижения, больные вынуждены постоянно пользоваться дополнительной опорой, с регулярной частичной помощью других лиц.

Характерно значительное нарушение функции сустава (уменьшения амплитуда до 70 %) при умеренном или выраженном поражении других суставов нижних конечностей и позвоночника. Лабораторные и функциональные исследования по показателям значительно снижены по сравнению с нормальными величинами (до 60 %).

4 степень — значительно выраженные функциональные нарушения.

Определяют при резком нарушении функции суставов (более 70 % от нормы) с выраженным нарушением функции смежных суставов и позвоночника, нестабильностью их. Больные неспособны передвигаться самостоятельно.

Уточняет степень выраженности изменений суставов *классификация, разработанная Н. А. Кристалль (1967), И. И. Заболотных (1986)*.

1 степень (умеренная) — небольшое ограничение объема движений в суставах (амплитуда движений в локтевых, коленных, лучезапястных суставах от нормального объема движений сохранена не менее 50 % в плечевых и тазобедренных суставах объем движений ограничен на 30—20 градусов; умеренно нарушена опорная функция стопы).

2 степень (выраженная) — значительное ограничение объема движений (амплитуда движений в плечевых и тазобедренных суставах не превышает 50 градусов, в локтевых, коленных, голеностопных — объем движений уменьшен до 20—45 градусов; подвывихи суставов с выраженной девиацией кисти, стопы за счет периартикулярных, рубцовых изменений, а также атрофии мышц; выраженное нарушение функции схвата, удержания предметов; существенное расстройство опорной функции стопы, значительная одеревенелость, скованность в течение всего дня).

3 степень (резко выраженная) — значительные затруднения при ходьбе (может делать несколько шагов по комнате) или не может вставать с постели из-за болей и деформаций в тазобедренных и коленных суставах (амплитуда движений не превышает 15 градусов или артродезы), из-за серьезных нарушений в позвоночнике (кифоз, спондилолистез), подвывихов многих суставов (коленных, голеностопных, лучезапястных, пястно-фаланговых); с трудом может поднять шею из-за атрофии шейных мышц — практически невозможно самообслуживание.

Ограничения жизнедеятельности при нарушениях функций суставов

Незначительно выраженные нарушения функций (1 степень) не приводят к ограничениям основных категорий жизнедеятельности. Практически полностью сохранена физическая независимость, мобильность.

Стойкие, умеренно выраженные нарушения функций (2 степень) обуславливают преимущественно ограничение жизнедеятельности с ограничением самообслуживания и/или передвижения 1 степени и/или ОСТ 1 степени при невозможности выполнения работы по основной профессии, при наличии противопоказанных факторов труда (со значительно выраженными физическими нагрузками, в неблагоприятных метеорологических и санитарно-гигиенических условиях производственной среды, с перепадами температуры и давления, повышенной влажностью в помещении, на сквозняках), что могло бы способствовать прогрессированию функциональных нарушений, и с сохранением способности выполнения профессиональной деятельности в обычных производственных условиях при снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности.

Выраженные функциональные нарушения (3 степень) вызывают ограничения 2 степени в самообслуживании, передвижении. Трудовая деятельность доступна лишь в специально созданных условиях, с использованием вспомогательных средств, и/или специально оборудованного рабочего места, и/или при помощи посторонних лиц, и/или на дому.

Значительно выраженные нарушения функции (4 степень) вызывают ограничения 3 степени самообслуживания, передвижения, ориентации. Пациенты нуждаются в постоянном постороннем уходе.

7.1. Клинико-экспертная диагностика при болезнях суставов

Примеры оценки нарушений у наблюдаемых пациентов

Больная, 30 лет. Образование — высшее. Профессия — юрист. Инвалид II группы с 1987 г. с причиной «общее заболевание» (в прошлом — «инвалид с детства»).

Из анализа медицинской документации известно: впервые утренняя скованность, припухлость и боли в лучезапястных, межфаланговых, голеностопных и суставах шейного отдела позвоночника, подкожные узелки в области межфаланговых суставов кисти появились в 1979 г., что больная связывает с получением прививки против гриппа. Такие состояния отмечала в осенне-зимний, весенний периоды. В 1981 г. в Военно-медицинской академии был диагностирован ревматоидный артрит ювенильный. Лечилась и наблюдалась в различных ревматологических клиниках: получала НПВП, азатиоприн, циклофосфан, купренил. С 1991 г. получает гормональную терапию: преднизолон 7—15 мг с хлорбутином 2 мг 1—2 раза в день. С середины 1990-х гг. отмечает жалобы на боли, скованность до полудня еще и в тазобедренных, коленных суставах. Последняя госпитализация в 1996 г. для коррекции базисной терапии.

В динамике стабильно высокие цифры гамма-глобулинов, иммуноглобулинов, стабильно увеличена СОЭ. По данным рентгенологических исследований: сужены суставные щели, эрозивный артрит с костными разрастаниями по краям суставных поверхностей, диффузный остеопороз.

При настоящем обследовании более всего беспокоят боли в суставах: тазобедренных, позвоночника, коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных — и межфаланговых суставах кистей, утренняя скованность, продолжающаяся до полудня, болевое ограничение подвижности в суставах. Больная находится на гормонотерапии (преднизолон 15 мг в сутки). При этом СОЭ увеличена до 25 мм/ч, количество лейкоцитов увеличено до $6,7 \cdot 10^9/\text{л}$, что в целом соответствует 2 степени

(средней) активности процесса. В связи с тем что пациентка в настоящее время беременна, уточнить рентгенологические изменения позвоночника невозможно. При анализе предыдущих рентгеновских снимков кистей, позвоночника, коленных суставов (с 1996 по 2001 г.) можно высказать о II–III стадии процесса. По данным осмотра хирурга, имеет место нарушение функции суставов 1–2 степени с легким нарушением функции ходьбы. Судя по длительности заболевания (около 23 лет) и постепенному прогрессированию изменений в суставах, отсутствию ревматоидного фактора в крови (в динамике), имеет место медленно прогрессирующее, серонегативное течение процесса.

В то же время нетипичность течения процесса — поражение корневых суставов (тазобедренных, позвоночника) значительное стабильное увеличение СОЭ (от 25 до 65 мм/ч), стабильно высокие цифры гамма-глобулинов и иммуноглобулинов — позволяет предположить периферическую (ризомелическую) форму анкилозирующего спондилоартрита, что требует углубленного обследования в Ревмоцентре с рентгенографией крестцово-подвздошного сочленения (после окончания срока беременности).

Диагноз клиники: Ревматоидный артрит (?), серонегативный, II–III стадии, активность 2 степени, НФС 1–2 степени, медленно прогрессирующее течение, гормонозависимое течение. Анкилозирующий спондилоартрит, периферическая форма (?), гиперкортицизм.

Кифосколиоз грудного отдела позвоночника I–II стадии с легким нарушением его функции. Легкое нарушение функции ходьбы. Легкий периферический ангиодистонический синдром.

Миопия слабой степени обоих глаз. Правосторонний нефроптоз.

Таким образом, множественное поражение суставов: позвоночника, тазобедренных, лучезапястных, коленных, мелких суставов кистей — с постоянными артралгиями, умеренно выраженным нарушением функции суставов у больной на постоянной гормонотерапии (с цитостатиками) со средней активностью суставного процесса по-прежнему приводит к ограничению жизнедеятельности в виде ограничения к труду 2 степени, к передвижению и самообслуживанию 1 степени, что позволяет определить II группу инвалидности с причиной «инвалид с детства».

Согласно пункту 5.2.1.3 приложения к приказу МТСЗ от 17 декабря 2015 г. № 1024н, нарушение функций костно-мышечной системы и соединительной ткани — 50 %.

Больная, 35 лет. Образование — среднее специальное. Профессия — юрист. Инвалид III группы.

Из анамнеза известно, что в 1994 г. появилась боль в правом коленном суставе, в последующем присоединилась боль в левом колен-

ном суставе и голеностопных суставах. В 1995 г. была госпитализирована в ревмоцентр, где диагностирован ревматоидный артрит и в качестве базисной терапии назначены препараты золота. В последующем препараты золота были отменены вследствие нарушения функции почек. В 1998 г. на фоне лечения появились боли в эпигастрии и диагностирована язвенная болезнь. В настоящее время базисная терапия сульфасалазином до 4 табл. в сутки.

При наблюдении в клинике предъявляла жалобы на боль в коленных, голеностопных суставах и кистях, утреннюю скованность до 1,5 ч, ограничение движений в суставах. При обследовании отмечены сглаженность контура коленных суставов, болезненность при пальпации суставов, ограничение объема движений, уменьшение периметра левого бедра и голени, пастозность голени, периферическая пульсация ослаблена. Увеличена СОЭ — 26 мм/ч.

Рентгенологически выявлена узурация костей в коленных, голеностопных суставах.

При проведении биомеханики отмечается непрерывный тремор напряжения на фоне нестабильности и болей в суставах. Длительное лечение сульфасалазином и НПВП привело к развитию нефропатии (снижение относительной плотности мочи), язвенной болезни 12-перстной кишки, деформирующего артроза до II стадии.

Диагноз клиники: Ревматоидный артрит, серонегативная форма II стадии, активность 1 степени.

Вторичный деформирующий артроз коленных суставов II стадии, I плюснефалангового сустава с двух сторон II стадии. Подагра. НФС I степени. Умеренное нарушение СДФ 1 степени. Хронический вирусный гепатит В с минимальной активностью. Дисметаболическая и дисгормональная миокардиодистрофия. ХСН I стадии, II ФК.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии. Хронический гастродуоденит, ремиссия. НФП 0–1 степени.

Диффузный нетоксический зоб 1 степени. Эутиреоз.

Таким образом, ревматоидный артрит с постоянной активностью на фоне интенсивной базисной терапии, с умеренными нарушениями СДФ, с осложнениями в виде язвенной болезни, нефропатии после терапии золотом делает целесообразным считать больную по-прежнему инвалидом III группы.

Согласно пункту 5.2.1.3 приложения к приказу МТСЗ от 17 декабря 2015 г. № 1024н, нарушение функций костно-мышечной системы и соединительной ткани — 40 %.

Учитывая невозможность полного излечения ревматоидного артрита, наличие деструктивных изменений в суставах (коленных, голеностопных), целесообразно определение инвалидности без срока переоценки.