

Телемедицинская консультация врача-уролога

Пациент:

Имя: Татьяна

Возраст: 21

Пол: Женский

Врач:

ФИО: Шадёркин Игорь Аркадьевич

Специализация: Уролог

Учёная степень: кандидат медицинских наук

Дата и время:

обращения пациента за консультацией: 12.02.2004 12:00:00

формирования заключения врача: 12.02.2004 12:00:00

Ссылка на электронную версию:

Адрес в сети Интернет: <https://03uro.ru/consultations/question/2154/answer/2155>



Заключение врача

Уважаемая Татьяна! Хотелось бы сначала ознакомить Вас с понятиями нетрудоспособности и инвалидности, это трудно где-нибудь найти. Нетрудоспособность - нарушение трудоспособности, которое возникает, если заболевание почек препятствует выполнению труда, требует изменения характера и условий труда. Сам факт заболевания почек не равноценен нарушению трудоспособности. Так, при хроническом латентно протекающем пиелонефрите трудоспособность больных длительное время остается сохранной; при почечнокаменной болезни вне кризов и хроническом гломерулонефрите вне обострения, когда нет стойких нарушений функции почек, трудоспособность не нарушена, если выполняемая работа больному не противопоказана. Инвалидность: "инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, обучение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью". Современная концепция инвалидности рассматривает ее как цепь последствий, запускаемых болезнью и последовательно проявляющихся на трех уровнях: органном (нарушения функции органов и систем), организменном (нарушение жизнедеятельности) и социальном (социальная недостаточность). Инвалидность возникает, когда последствия болезни в связи с нарушением жизнедеятельности проявляются на социальном уровне. Первая группа инвалидности устанавливается при резком ограничении жизнедеятельности вследствие заболеваний почек, которые приводят к резко выраженной социальной дезадаптации вследствие невозможности самообслуживания, передвижения, общения, обучения, участия в трудовой деятельности и др., если указанные нарушения вызывают необходимость регулярной посторонней помощи (многократно в течение дня). Причиной столь резкого нарушения жизнедеятельности при заболеваниях почек чаще всего является ХПН III стадии, реже злокачественная гипертензия с мозговыми, зрительными и другими тяжелыми осложнениями или быстро прогрессирующее течение почечной патологии при неэффективности лечения (подострый гломерулонефрит или быстропрогрессирующий люпус-нефрит), ретинопатия со стойкой слепотой или резким снижением зрения на оба глаза (до 0,05 с коррекцией в лучше видящем глазу). Реабилитационный потенциал таких больных крайне низкий. Помимо лечения, им показана преимущественно социально-бытовая реабилитация (помощь центров социального обслуживания, помещение в дома-интернаты или стационары социального обслуживания, обустройство жилья, снабжение продуктами и другие меры социальной помощи). В отдельных случаях, например при регулярно проводимом гемодиализе, возможно приспособление к домашнему труду. Вторая группа инвалидности устанавливается при значительном нарушении жизнедеятельности и социальной адаптации вследствие заболеваний почек, если они приводят к значительному ограничению мобильности (передвижение только вблизи жилья), затруднению самообслуживания (нуждаемость в посторонней помощи, не реже 1 раза в сутки), существенному сужению социальных контактов (общение только с членами семьи, соседями) и возможности обучения, невозможности или значительному ограничению трудовой деятельности на производстве и дома. При этом больные самостоятельно удовлетворяют насущные потребности повседневной жизни и не нуждаются в регулярной посторонней помощи. Причиной такого нарушения жизнедеятельности при заболеваниях почек служат те же нарушения, которые перечислены в критериях первой группы инвалидности, только в чуть меньшей степени выраженности, когда еще сохраняется способность к самообслуживанию (ХПН II стадии, злокачественная гипертензия и ретинопатия с менее тяжелыми осложнениями), а также часто рецидивирующие обострения заболеваний почек. Реабилитационный потенциал у инвалидов II группы при заболеваниях почек чаще всего

средний, но он может быть и достаточно высоким и низким. Всем инвалидам II группы показана медицинская реабилитация. Инвалиды, у которых выявляется реабилитационный потенциал, нуждаются в профессиональной и трудовой реабилитации, так как патология почек преимущественно нарушает трудоспособность и меньше влияет на другие стороны жизнедеятельности. Объем профессиональной реабилитации должен зависеть от клинического прогноза; если он неблагоприятен, меры профессиональной реабилитации ограничены: трудовая реабилитация включает приспособление к труду на дому или создание специальных условий на предприятии в рамках профессии, которой больной владеет. Третья группа инвалидности определяется при ограничении жизнедеятельности и возможностей социальной адаптации вследствие патологии почек. В первую очередь заболевания почек значительно ограничивают способности к трудовой деятельности, приводя к потере квалифицированной профессии, сужению объема работы, значительному ограничению возможностей трудоустройства при отсутствии квалифицированной профессии; другие критерии жизнедеятельности при умеренно выраженной патологии почек нарушаются в меньшей степени и позднее, чем трудоспособность. Первоосновой ограничения жизнедеятельности, вызывающего необходимость определения III группы инвалидности при заболеваниях почек, служат наличие выраженного и стойкого нарушения их функций в виде ХПН I-II степени, склонность к повторным обострениям процесса, почечная артериальная гипертензия; нарушения функций почек могут быть и менее выраженными, если имеются абсолютные противопоказания к профессии больного, а трудоустройство без снижения квалификации невозможно. Инвалидам III группы показано проведение как медицинской реабилитации, так и социально-трудовой. Актуальным является своевременное отстранение больного от работы в противопоказанной профессии или вредных условиях труда. Если при этом возникает угроза профессиональной непригодности, а трудоустройство на равноценную работу невозможно, лицам до 50-летнего возраста показано направление на медико-профессиональную реабилитацию. В задачи ее входит научно обоснованное определение профпригодности, а у профнепригодных - профессиональной ориентации, подбор профессии, показанной по состоянию здоровья и отвечающей образовательному уровню и личным склонностям больного, а также тренировка профессионально значимых функций. После подбора профессии инвалид направляется в службу занятости, которая занимается трудоустройством в соответствии с рекомендацией, вынесенной МРЭК в индивидуальной программе реабилитации инвалида. Исходя из выше перечисленного Вам, Татьяна, необходимо обратиться в медико-социально-экспертную комиссию, чтобы эта комиссия определила степень Вашей нетрудоспособности. Терпения Вам и удачи!