

Kvėpavimo organų ligomis sergančių ligonių darbingumo lygio nustatymas

Violeta Naseckienė

Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos Kauno IV teritorinis skyrius

Darbingumo lygio (DL) nustatymas yra aktuali tema tiek neįgaliesiems, tiek juos gydantiems gydytojams, turinti platų atgarsį ir visuomenėje. Šio straipsnio tikslas – supažindinti su DL vertinimo naujovėmis ir akcentuoti reikalavimus bei dažniausiai pasitaikančius trūkumus siunčiant ligonius, sergančius kvėpavimo organų ligomis, į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT) DL nustatyti.

Noriu priminti, kad liga ir neįgalumas nėra viena-reikšmės sąvokos. Žmogus gali sirgti viena ar kita liga, tačiau, tinkamai gydant, laikantis gydytojo paskirto režimo ir rekomenduotos gyvensenos, dažnai pasiekama gerų rezultatų, ir neįgalumo požymiai ilgai neišryškėja. Tačiau, jei visos galimos gydymo priemonės yra išnaudotos, tinkamai ir ilgą laiką gydant vis tiek išryškėja funkcijos sutrikimas, tada ligoniai siunčiami į NDNT DL nustatyti.

APLINKYBIŲ DARBUI KOEFICIENTAS

Nuo 2005 m. liepos 1 d. DL yra nustatomas įvertinus ne tik medicininius kriterijus, bet ir funkcinis, profesinius bei kitus, turinčius įtakos asmens DL bei jo įsidarbinimo galimybėms, t. y. valandų skaičių, kuris yra rekomenduojamas dirbti, išsimokslinimą, turimą specialybę, darbo patirtį, amžių, darbo aplinkos pritaikymą. Įvertinus šiuos kriterijus, nustatomas aplinkybių darbui koeficientas, kuris gali būti 0,7, jei vyrauja nepalankios darbui aplinkybės, 1,0 – jei vyrauja vidutinės darbui aplinkybės bei 1,3 – jei vyrauja palankios darbui aplinkybės. Šis koeficientas turi įtakos ir galutiniam DL procentui, nes DL yra bazinio darbingumo (BD), atitinkančio žmogaus sveikatos būklę, įvertintą pagal visas ligas, dėl kurių yra nustatyti organų funkcijos sutrikimai, ir aplinkybių darbui sandauga: $DL = BD \times$ aplinkybių darbui koeficientas. Todėl galimi variantai,

kai trims asmenims, kuriems dėl sveikatos būklės yra nustatytas vienodas BD, DL procentai gali būti skirtingi. Noriu pabrėžti, kad ne tik pagrindinė liga, bet ir gretutinės, įvardytos siuntime į NDNT, turi būti pagrįstos gydytojų specialistų konsultacijomis ir tyrimais, patvirtinančiais diagnozę bei funkcijos sutrikimą. Jei tokių dokumentų nėra, siuntime įvardytos ligos nevertinamos, kaip neatitinkančios Darbingumo lygio kriterijų aprašo reikalavimų, arba, jei pateikti dokumentai yra neišsamūs, siunčiamas prašymas GKK dėl papildomų dokumentų pateikimo. Nuo 2009 m. birželio 22 d. tik tos ligos, dėl kurių funkcijų sutrikimo BD yra 55 proc. ir mažiau, turi įtakos nustatant DL.

KVĖPAVIMO SISTEMOS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ PATEIKIAMA DOKUMENTACIJA

- Kvėpavimo sistemos ligomis sergančiųjų ligonių DL vertinamas pagal kvėpavimo funkcijos sutrikimo laipsnį, kuris nustatomas remiantis objektyviais kvėpavimo mėginiais: spirometrija, bronchodilataciniu mėginiu, dujų difuzijos tyrimu, fizinio krūvio toleravimo mėginiu, arterinio kraujo dujų tyrimu. Tyrimo duomenys turi būti pateikti spausdinta forma ir saugomi kartu su kitais mediciniais dokumentais. Tyrimo rezultatus įvertina ir išvadą pateikia gydytojas pulmonologas. Tiek šeimos gydytojų, tiek pulmonologų prašome įduoti tyrimo duomenis ligoniams į rankas. Tais atvejais, kai yra

- pateikiamos originalo kopijos, jos būtina turi būti patvirtintos tikrumo žyme GKK.
- Kvėpavimo sistemos funkcija yra vertinama, kai ligos eiga stabili, o ne paūmėjimo ar neadekvataus gydymo metu. Kartais ligoniai DL įvertinti yra siunčiami iškart po stacionarinio gydymo siuntimą į NDNT užpildžius epikrizės duomenų pagrindu. Diagnozėje būna įvardytas ligos paūmėjimas, kvėpavimo funkcijos tyrimai atlikti paūmėjimo metu, todėl DL vertinimas negalimas. Tokiais atvejais tenka prašyti pakartotinės pulmonologo konsultacijos ir funkcijos įvertinimo, kas sukelia tiek ligonių, tiek gydytojų nuostabą.
 - Pasitaiko atvejų, kai paprašius pateikti kompensuojamųjų vaistų sąrašą, paaiškėja, kad vaistai buvo išrašomi nereguliariai, su pertraukomis, gydymas suintensyvėdavo tik prieš pakartotinį siuntimą į NDNT arba skiriamų vaistų dozės neatitikdavo įvardyto funkcijos sutrikimo laipsnio.
 - Obstrukcinių ligų (BA, LOPL, bronhektazės, cistinė fibrozė) sąlygoti funkcijos sutrikimai yra vertinami pagal spirometrijos duomenis. Jeigu tyrimas atliktas taisyklingai, ligonis rodė pastangas, personalas, atliekantis tyrimą, kvalifikuotas ir reiklus, įvertintas bronchodilatacinis mėginys, patvirtinti bronchų obstrukcijos požymiai – problemų nekylo. Tačiau, jei nėra pagrindinio bronchų obstrukciją patvirtinančio rodiklio – FEV_1/VC ar FEV_1/FVC sumažėjimo < 70 proc., – vertinti tik pagal spirometrijos duomenis negalime. Obstrukcijos požymių gali nebūti dėl to, kad tiriamasis tinkamai neiškvėpia arba yra ekspiracinis bronchiolių kolapsas. Tokiu atveju būtina siūsti ligonių III lygmens pulmonologo konsultacijos kvėpavimo funkcijos sutrikimui patikslinti, atlikti plaučių talpų tyrimą, įvertinti liekamojo tūrio rodiklį (RV).
 - Sergant ligomis, pasireiškiančiomis diseminacija ir difuziniais intersticiniais pokyčiais plaučiuose (įvairios etiologijos fibrozė, sarkoidozė, pneumokoniozė, limfangiolejomiozė), būtinas dujų difuzijos tyrimas. Tyrimas tikslingas ir esant plaučių emfizemai, idiopatinei plautinei hipertenzijai. Kvėpavimo sistemos funkcijos sutrikimo laipsnis nustatomas pagal labiausiai pakitusius tyrimo rezultatus.
 - Fizinio krūvio toleravimo mėginį reikia atlikti tada, kai dusulio intensyvumas fizinio krūvio metu ar ramybėje neatitinka spirometrijos, dujų difuzijos ar arterinio kraujo dujų tyrimo duomenų.

TUBERKULIOZE SERGANTYS PACIENTAI

Vertinant tuberkulozė (TB) sergančių ligonių DL yra atsižvelgiama į proceso išplitimą, baciliarumą, tuberkuliozinių mikobakterijų atsparumą vaistams, intok-

sikaciją, gydymo efektą ir buvusius ar esamus režimo pažeidimus.

Pasitaiko ir piktnaudžiavimo atvejų, kai pripažinti neįgaliais ligoniai gydymą savavališkai nutraukia ir ambulatoriškai nesigydo, o baigiantis DL pažymos galiojimo terminui vėl gulasi į stacionarą ir taip tęsiasi keletą metų.

Iškyla problemų dėl kvėpavimo funkcijos vertinimo baigus gydymą nuo TB, kai rentgenu nustatoma didelių liekamųjų pokyčių, ertmių, ypač po buvusio diseminacinio proceso, o spirometrijos rodikliai lieka nepakitę. Tokiais atvejais pulmonologai ar šeimos gydytojai turėtų siūsti pacientą III lygmens pulmonologo konsultacijos funkcijai įvertinti tiriant dujų difuziją ar atliekant fizinio krūvio toleravimo mėginį.

ONKOLOGINĖS PLAUCIŲ LIGOMIS SERGANTYS PACIENTAI

Dar viena svarbi grupė – onkologinės plaučių ligomis sergantys ligoniai. Vertinant jų DL, atsižvelgiama į morfologinę formą, proceso išplitimą, skiriamą gydymą bei jo efektyvumą ir bendrąją ligonio būklę. Suprantame ligonius ir jų artimuosius, jog liga yra sunki, daugelis blogai toleruoja chemoterapiją ir spindulinį gydymą, jiems reikalinga šeimos narių pagalba, todėl gydantieji gydytojai ir šeimos gydytojai (dažnai artimųjų iniciatyva) pildo siuntimus į NDNT specialiesiems poreikiams nustatyti. Tačiau nuo 2008 m. birželio 28 d. yra patvirtintas naujas specialiųjų poreikių nustatymo kriterijų sąrašas, kurio 2.8 punkte nurodyta, kad SPP-2 poreikis yra nustatomas tuo atveju, kai piktybiniai navikai neoperuoti ar onkologinės ligos atsparios chemoterapijai ir (ar) spinduliniam gydymui, ir taikomas tik paliatyvusis gydymas (pateikta gydytojo onkologo radioterapeuto ar gydytojo chemoterapeuto, ar gydytojo specialisto išvada).

Visų anksčiau išvardytų kvėpavimo organų ligų atvejais, kai yra patvirtintas sunkus kvėpavimo sistemos funkcijos sutrikimas ar išplitęs piktybinis plaučių navikas ir gydantysis gydytojas nusprendžia, kad ligoniui reikalinga nuolatinė kito asmens priežiūra (pagalba) ar slauga, yra būtina įvertinti ligonio apsitarnavimo funkcijas, t. y. užpildyti Barthel indekso lentelę. Šio indekso nustatymas – gydytojo reabilitologo kompetencija. Stacionare gydomiems ligoniams ši lentelė nepildoma.

Baigdamas norėčiau priminti, kas nustatytas DL ar specialieji poreikiai nėra nekintantys dydžiai. Asmens sveikatai pablogėjus ar pagerėjus, t. y. pasikeitus tam tikroms organizmo būklėms, sprendimai yra peržiūrimi.