



## РЕКОМЕНДАЦИИ

УДК 616.37-002:612.3

### МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Т.В. Дмитриева***Белгородский  
государственный  
университет**e-mail: tdmitrieva@mail.ru*

В предлагаемой разработке представлены методологические подходы к определению степени выраженности нарушенных функций организма больных хроническим панкреатитом, степени ограничения их жизнедеятельности, необходимости в мерах социальной защиты. Все это обуславливает критерии установления при медико-социальной экспертизе инвалидности и ее группы.

Ключевые слова: хронический панкреатит, временная утрата трудоспособности, инвалидность.

Хронический панкреатит (ХП) группа хронических заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), преимущественно воспалительной природы, с фазово прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными или деструктивными изменениями ее экзокринной ткани, атрофией железистых элементов (панкреоцитов) и замещением их соединительной фиброзной тканью; изменениями в протоковой системе ПЖ с образованием кист, кальцификатов и конкрементов с различной степенью нарушений экзокринной и эндокринной функции [1]. При ХП морфологические изменения ПЖ сохраняются и после прекращения воздействия этиологического фактора [2,3,4].

МКБ-10:

- К 86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии;
- К 86.1 Другие хронические панкреатиты.

ХП – заболевание, которым страдает наиболее трудоспособная часть населения: 35 - 50 лет. Первичная заболеваемость ХП среди взрослого населения в РФ в 2007 г. составила 98 человек на 100 000 населения, в 2000 г. 56 человек (прирост на 74%), доля ХП в структуре заболеваемости органов пищеварения в 2006 г. составляла 7,3%. Распространенность заболевания в Европе – 25 случаев на 100 000 населения [5]. За последние тридцать лет в мире отмечен двукратный рост числа больных острым и хроническим панкреатитом [5,6], первичная инвалидизация больных достигает 15% [7]. Летальность в среднем в мире составляет 11,9% [8]. Таким образом, просматривается четкая тенденция к росту заболеваемости ХП.

#### СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В БЮРО МСЭ

*Обязательными лабораторными исследованиями являются:*

- общий анализ крови;
- АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ, ГГТ, билирубин, холестерин, липидный профиль, триглицериды, мочевины, креатинин, глюкоза, амилаза, липаза, панкреатическая эластаза-1 в крови, общий белок, альбумин, С-реактивный белок, кальций крови;



- общий анализ мочи и альфа-амилаза мочи;
  - копрограмма, определение панкреатической эластазы -1 в кале;
- Обязательные инструментальные исследования:*
- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы, селезенки ;
  - эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС);
  - ЭКГ.

*Дополнительные инструментальные методы исследования:*

- компьютертомографическое исследование (КТ), магнитнорезонансовые исследования (МРТ), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ).

Таблица 1

**ПРИМЕР ФОРМУРОВКИ ДИАГНОЗА**

Основной диагноз	Этиология	Фаза	Степень экскреторной и инкреторной недостаточности	Осложнения
Хронический панкреатит	Алкогольной этиологии	Обострения	Умеренная экскреторная недостаточность	Киста головки

Медико-социальная экспертиза проводится в соответствии с положениями действующих нормативных правовых документов о МСЭ: «Правила признания лица инвалидом», утвержденным постановлением Правительства РФ от 20.02.06 № 95, и «классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан ФГУ МСЭ», утвержденные приказом МЗСР РФ от 22.08.05 № 535, с учетом постановления Правительства РФ от 07.04.08 № 247 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом».

При формировании экспертного клинико-функционального диагноза обязательно учитываются:

- ❖ характер течения заболевания;
- ❖ фаза патологического процесса;
- ❖ функциональное состояние поджелудочной железы;
- ❖ осложнения;
- ❖ степень поражения других органов и систем;
- ❖ характер работы и условия труда;
- ❖ эмоционально-волевые установки на продолжение трудовой деятельности.

При оценке характера течения учитывается частота обострений:

✓ *легкое течение* характеризуется редкими обострениями (1 – 2 раза в год). Они, как правило, связаны с погрешностями в диете, переизбытком, интеркуррентной инфекцией, употреблением алкоголя. Обострения характеризуются усилением болевого синдрома, появлением диспептических расстройств, а также феноменом панкреатической гиперферментемии, выявляемой лабораторными методами исследования. Вне периода обострения состояние удовлетворительное, ИМТ (индекс массы тела) и лабораторные показатели в норме;

✓ *средней тяжести* течение характеризуется обострениями частотой от 3 до 4 раз в год с типичным болевым и умеренным диспептическим синдромами. Лабораторные методы исследования выявляют гиперферментемию и умеренные нарушения функции поджелудочной (изменения характера стула, стеаторею, креаторею по данным копрограммы, латентный сахарный диабет), при инструментальном обследовании – ультразвуковые и КТ признаки поражения поджелудочной железы. В период ремиссии у данной категории, не смотря на стационарное лечение, сохраняется болевой синдром, внешнесекреторная, а в ряде случаев и инкреторная недостаточность поджелудочной железы. Отмечается снижение ИМТ и астенизация;

✓ *тяжелое течение* характеризуется непрерывно-рецидивирующим течением (6 – 7 раз в год обострения), упорный болевой синдром, выраженные диспептические расстройства, «панкреатические поносы», резкое нарушение общего пищеварения, выраженные нарушения внешнесекреторной недостаточности функции поджелудочной железы, развития сахарного диабета, кист поджелудочной железы. Прогрессирующее истощение, поливитаминозы, внепанкреатические обострения (панкреатоген-



ный выпотной плеврит, панкреатогенная нефропатия, вторичные дуоденальные язвы). В период относительной ремиссии внешнесекреторная и инкреторная недостаточность поджелудочной железы, болевой синдром и другие функциональные нарушения остаются выраженными или резко выраженными.

В настоящее время разработаны полуколичественный комплексный показатель панкреатический индекс (ПИ) для оценки тяжести течения ХП.

**Фаза патологического процесса** : обострение ХП легкой степени, дает основание для определения временной нетрудоспособности на 14-16 дней; средней степени тяжести – до 40 дней; тяжелой степени – 2 – 2,5 месяца.

Таблица 2

**Формализованные признаки ультрасонографических изменений при ХП [9]**

Признак	Баллы
Размер головки поджелудочной железы:	
3 см	0
более 3 см	1
2,5-2,9 см	2
менее 2,5 см	3
Структура поджелудочной железы:	
гомогенная	0
среднезернистая	1
фокально грубозернистая	2
диффузно грубозернистая	3
Кальцинаты поджелудочной железы:	
нет	0
мелкие локальные	1
множественные, диаметром 3-4 мм	2
диффузные кальцинаты	3
Максимальный диаметр протока поджелудочной железы:	
менее 3 мм	0
3-4 мм	1
4,1-5 мм	2
более 5 мм	3
Псевдокисты:	
нет	0
менее 3 см в диаметре	1
3,1-5 см	2
более 5 см	3
Другие изменения:	
нет	0
неровность внешнего контура поджелудочной железы	1
перипанкреатический фиброз	2
камень (камни) в протоке поджелудочной железы	3

0-3 балла – диагноз ХП сомнителен;

4-8 баллов – легкая степень ХП;

9-14 баллов – умеренная степень ХП;

15-21 баллов – тяжелая степень ХП.

16-25 баллов – тяжелое течение ХП.

**Функциональное состояние ПЖ** – это оценка ее экзокринной и эндокринной функции. Клинические проявления экзокринной недостаточности развиваются, когда происходит потеря 90% функционирующей экзокринной паренхимы ПЖ. В основе экзокринной недостаточности поджелудочной железы лежат следующие механизмы:

1) снижение синтеза панкреатических ферментов и нарушение поступления их в двенадцатиперстную кишку;

2) закисление содержимого двенадцатиперстной кишки до pH 4 и ниже в результате дефицита бикарбонатов и микробной контаминации тонкой кишки, приводящее к денатурации панкреатических ферментов и преципитации желчных кислот.

Объективно можно оценить экзокринную функцию ПЖ по результатам копроктологического теста с эластазой-1.



Таблица 3

**Степень экзокринной недостаточности ПЖ по результатам эластазного теста**

Состояние экзокринной функции ПЖ	Эластаза кала, мкг/г кала
Нормальная	Более 200
Умеренно выраженная экзокринная недостаточность	100 – 199
Выраженная экзокринная недостаточность	Менее 100

Расстройство углеводного обмена при ХП выявляются примерно у 1/3 больных вследствие поражения всех клеток островкового аппарата ПЖ, в результате чего возникает дефицит не только инсулина, но и глюкагона.

Особенности клинического течения ХП также определяются сочетанием заболевания с другими заболеваниями в условиях полиморбидности современного пациента. Данного рода сочетания, как правило, способствуют большей тяжести течения панкреатита [8]. ХП, сочетающийся с гипертонической болезнью, по сравнению с изолированной формой заболевания характеризуется большей выраженностью болевого и абдоминального синдромов с тенденцией к более длительным обострениям и более низкой эффективностью базисной терапии (Ю.П. Успенский, И.Г. Пахомова, 2003). По данным Н.Н. Щербины (2000 г.), особенности клинического течения рецидивирующей формы ХП (степень выраженности клинических проявлений, частота и длительность обострений) сопряжены с типоспецифическими нарушениями липидного обмена и если в этих условиях присоединяется ишемическая болезнь сердца или гипертоническая болезнь, или желчекаменная болезнь, или сахарный диабет типа 2, или ожирение - это способствует значительному повышению атерогенного потенциала сыворотки крови.

**Принципы оценки ограничения трудоспособности при хроническом панкреатите.**

Ограничение способности к трудовой деятельности **1-й степени** определяется больным хроническим панкреатитом средней степени тяжести с умеренно выраженными функциональными нарушениями поджелудочной железы, с ПИ 9-14 баллов, выполняющим работы, требующие значительного физического напряжения, или связанных с длительным вынужденным положением тела, сотрясанием туловища (вибрация), контактом с вредными химическими веществами (свинец, фтор, кобальт, дихлорэтан, тринитротолуол, производство пластмасс и др.), на конвейере.

Ограничение способности к трудовой деятельности **второй степени 2-й степени** определяются больным хроническим панкреатитом тяжелой степени с выраженными функциональными нарушениями ПЖ и ПИ 15-21 балл.

Ограничение способности к трудовой деятельности **3-й степени** определяется больным с резко выраженными функциональными нарушениями ПЖ, при развитии кахексии, причиной таких резких нарушений может быть прогрессирование хронического панкреатита, оперативные вмешательства на поджелудочной железе и развития такого грозного осложнения панкреатита, как рак.

Наиболее частая причина ХП – употребление алкоголя (80-90%) [10-11]. В подавляющем большинстве случаев хронический панкреатит прогрессирует в условиях продолжающего влияния этиотропных факторов риска. Ранние осложнения ХП (гнойно-септические), кровотечения из язв язвений пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тромбоз в портальной системе, стеноз холедоха и двенадцатиперстной кишки развивается в 30% случаев; поздние осложнения (стеаторея и другие признаки мальдигестии и мальабсорбции; энцефалопатия, анемия, локальные инфекции, артериопатия нижних конечностей, остеомалация) – в 70-85% случаев; 20-летний анамнез повышает риск развития рака ПЖ в 5 раз [12].

Представленные данные говорят об актуальности данной проблемы, необходимости изучения и коррекции социальных аспектов рассматриваемой патологии, решения вопросов профилактики заболеваний ПЖ, ранней диагностики и активного лече-



ния ХП с целью уменьшения числа осложнений, приводящих к высокой летальности и инвалидности.

### Литература

1. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Гребенева Л.С. Диагностика и дифференцированное этапное лечение больных хроническим панкреатитом (методические рекомендации). – М., 2002. – 32с.
2. Наиболее распространенные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина, А.В. Охлобыстин, А.О. Буеверов / Под общ. ред. В.Т. Ивашкина – М.: Литтерра, 2008. – 176 с.: ил. – (Серия «Алгоритмы диагностики и лечения»; Вып. II).
3. Краткое руководство по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т.Ивашкина, Ф.И.Комарова, С.И.Рапопорта. – М.:ООО «Издат.дом «М-Вести», 2001. – 458 с.: ил.
4. Внутренние болезни: Учебн. для студ. мед. вузов / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Т.Ивашкина, проф. С.Д.Подымовой. – М.: МЕДпресс – информ, 2004. – 368 с., илл.
5. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
6. Калинин А.В., Хазанов А.И., Потехин Н.П., Е.А. Джанашиева. Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика. – Учебно-методическое пособие. – М.: ГИУВ МО РФ, ГВКГ им. Бурденко, 2006 г. С. 50.
7. Jaakkola M., Nordback J., Pancreatitis in Finland between 1970 and 1989 // Gut. – 1993. – Vol. 34, No 9. – P. 1255 – 1260.
8. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Пахомова И.Г. Терапия экзокринной недостаточности поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом. Консилиум медицинский. 2006; 2: 38-42.
9. Орликов Г.А., Плявина И.А., Покротниекс Ю.Я., Селезнев Ю.В. Ультрасонографическая оценка тяжести течения хронического панкреатита. Панкреатический индекс // Терапевтический архив. – 2007. – Т.79, №2. – С.48-51.
10. Внутренние болезни: Учебн. для студ. мед. вузов / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Т.Ивашкина, проф. С.Д.Подымовой. – М.: МЕДпресс – информ, 2004. – 368 с., илл.
11. Гастроэнтерология. Гепатология / под ред. Николаса А. Буна, Ники Р. Колледжа, Брайана Р. Уолкера, Джона А.А. Хантера; пер. с англ. Под ред. В.Т. Ивашкина. – М. : ООО «Рид Эсливер», 2009. – 192с. – (Серия «Внутренние болезни по Дэвидсону» / под общ. Ред. Н.А. Мухина). – Перевод изд. Davidson's Principles and Practice of Medicine, 20<sup>th</sup> edition /Nicholas A. Boon, Nicki R. Colledge, Brian R. Walker, John A.A. Hunter (eds).
- 12.Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: Эпидемиология, этиология, классификация // Фарматека. - 2007. - №2. - С. 53-57.

## METHODOLOGICAL BASIS OF MEDICAL EXAMINATION OF CONSTANT DISABILITY IN CASES OF CHRONIC PANCREATITIS

**T.V. Dmitrieva**

*Belgorod  
State  
University*

*e-mail: tdmtrieva1@mail.ru*

In the article methodological basis of examination of patients who are disabled because of chronic pancreatitis is performed.

Key words: chronic pancreatitis, temporary disability, invalidism.