

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ  
И ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ  
ЛИХОРАДКЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ  
СЕРДЦА С ПОРОКОМ И БЕЗ ПОРОКА СЕРДЦА

И. ЦЫБЫРНЭ, В. АНДРЕЕВ, Г. БЕЗУ,  
Государственный Университет Медицины  
и Фармации им. Н. Тестемицану

### Summary

#### **Expert assessment of determining limited potentialities and working capacities in acute rheumatic fever and rheumatic heart defects**

*This is a survey of literature treating on a contemporary scientific level, the problems of incidence, causes, pathogenesis, classification, clinical picture with different manifestations and variants of development, outcome, complications and diagnosis, including the microbiological, serological and the immunological ones in acute rheumatic fever (ARF). The work also treats the problems of rehabilitation, secondary and primary prevention in the out-patient setting, problems of either a short-term or a long-term disability before a disability degree is established officially.*

*The degree of limited potentialities and work capacities, indications for employment with changed working conditions for ARF patients with rheumatic heart defects and complications are also discussed.*

**Keywords:** acute rheumatic fever, heart defect, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, rehabilitation, disability employment

### Rezumat

#### **Evaluarea determinării posibilităților și capacității de muncă limitate în febra reumatică acută și în viciile cardiace reumatice**

*Trecând în revistă literatura de specialitate de nivel științific contemporan, prezentăm problemele de incidență, ale cauzelor, patogenezei, clasificării, tabloului clinic cu diferite manifestări și variante de dezvoltare, rezultatul final, complicațiile și diagnosticarea, inclusiv microbiologică, serologică și imunologică, a febrei reumatice acute (FRA). Articolul abordează și problemele de reabilitare, profilaxie secundară și primară în condiții de ambulatoriu, precum și probleme induse de incapacitatea de muncă pe perioade mai scurte sau mai lungi, până la stabilirea oficială a unui grad de invaliditate.*

*Sunt discutate gradul de posibilități și capacitatea de muncă limitate, indicațiile pentru angajarea în câmpul muncii – dar în condiții modificate – a pacienților cu FRA, viciile cardiace reumatice și cu complicații.*

**Cuvinte-cheie:** febră reumatică acută, viciu cardiac, etiologie, patogeneză, tablou clinic, diagnostic, reabilitare, incapacitate de muncă, angajare

### Обзор литературы

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) относится к группе внутренних заболеваний, в профилактике и лечении которой достигнуты значительные успехи как в повсеместном снижении первичной заболеваемости, смертности, так и в удлинении жизни пациентов. Однако было бы ошибкой считать, что ОРЛ не представляет интереса для научной и практической кардиологии [6].

Несмотря на достигнутые успехи, в последние годы стало очевидным, что проблема заболеваемости ОРЛ и хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) полностью не решена.

Так, в 1994 г. был отмечен подъем первичной заболеваемости ОРЛ среди детей и подростков в России [2]. Не снижались показатели заболеваемости хроническими ревматическими пороками сердца (ХРПС) в России к концу последнего десятилетия прошлого века. Более того, к концу прошлого века больных с ХРПС диагностировалось больше чем в начале 1994 г. [2].

По данным В.А. Насоновой, Н.Н. Кузьминой, Б.С. Белова (2003), распространенность ревматических пороков сердца в России остается значительной.

В Индии ОРЛ является широко распространенной [16]. Хотя заболеваемость ОРЛ в западном мире и в Израиле является низкой, однако болезнь по-прежнему имеет место и поражает главным образом детей [21]. В России в структуре инвалидности, вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, ревматизм занимает 3-е место, в 75% случаев больным первично устанавливают II группу инвалидности [5].

Острая ревматическая лихорадка – постинфекционное осложнение (ангина, фарингит) вызванное β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА) в виде системновоспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся главным образом у предрасположенных лиц молодого возраста, в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и их перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека – феномен молекулярной мимикрии [7].

Теоретическая и практическая концепция учения о ОРЛ (ревматизме) формировалось в течении многих лет. Большие заслуги в создании концепции учения о ОРЛ (ревматизме) принадлежат Г.И. Сокольскому, Буйо, С.П. Боткину, Г.И. Захарьину, Ашофу, В.Т. Талалаеву, Н.Д.

Стражеско, А.И. Нестерову, А.Н. Струкову, В.А. Насоновой и др.

### Этиология, патогенез

В настоящее время установлено, что причиной ОРЛ является  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А с его антигенами и ферментами жизнедеятельности после перенесенной острой ангины, фарингита и т.д.

Впервые связал возникновение ОРЛ со стрептококковой инфекцией С.П. Боткин (1951). Он заметил частую связь ОРЛ со скарлатиной. С.П. Боткин отмечал и роль окружающей среды (скупенность людей, плохое питание и т.д.) в развитии заболевания.

Доказательная связь с предшествовавшей БГСА – инфекцией ротоглотки в развитии ОРЛ – подтверждается микробиологическими (выделение возбудителя в мазке из зева) или серологическими (повышение титров АСЛ-О и анти ДНК-азы В) методами. Доказательством роли стрептококка в этиологии ОРЛ является также и уменьшение заболеваемости в закрытых коллективах в результате социальных преобразований (улучшение бытовых, производственных условий и т.д.). В возникновении и развитии ОРЛ, наряду со стрептококковой инфекцией, большую роль играет также и врожденная (семейная) предрасположенность.

В патогенезе ОРЛ важную роль играют два фактора: воспаление и нарушение иммунитета. Воспаление связано со стрептококком и представляет цепь повреждения и репарации. При воспалении высвобождается много как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, нарушается микроциркуляция в очаге воспаления. В воспалительный процесс включается иммунная система с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии). Наблюдается вторичная воспалительная реакция соединительно-тканых структур со стадиями мукоидного набухания, гранулематоза, склероза, продолжающаяся в среднем 3-4 месяца [5].

### Классификация ОРЛ

В течении длительного периода времени велась работа по совершенствованию номенклатуры и классификации ОРЛ (ревматизма), принятой по докладу А.Н. Нестерова (1964) на симпозиуме Всесоюзного антиревматического комитета с внесенными изменениями в 1990 г. В 21 веке назрела необходимость пересмотра классификации и номенклатуры отражающих как реальность достижений, так и состояние проблемы этой формы.

Кроме того, новая классификация ОРЛ должна соответствовать и международной терминологии МКБ X. Посему в Саратове, в 2003 г., на пленуме Ассоциации ревматологов была принята новая классификация ревматической лихорадки (APP, 2003).

В классификации отражены клинические варианты ОРЛ, повторная ревматическая лихорадка, клинические проявления – основные (кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки) и дополнительные (лихорадка, артралгия, серозиты, абдоминальный синдром), исход (выздоровление, ХРБС без и с пороком сердца), стадия недостаточности кровообращения – НК (О, I, II А, II Б, III) по классификации Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко и функциональные классы (О, I, II, III) по НУНА (Нью-Йоркской ассоциации кардиологов).

Клиническая картина ОРЛ характеризуется большими (лихорадка, до 38° тела, кардит, мигрирующий полиартрит, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки, хорея) или малыми клинико-лабораторными критериями Киселя, Джонса (артралгия, лихорадка, увеличение СОЭ, С-реактивного белка, удлинение интервала PR ЭКГ, признаки митральной или аортальной регургитации как ранний признак вальвулита и формирующего порока сердца при Доплер-ЭХОКГ и т.д.). Диагностическая ценность ОРЛ при наличии малых критериев сохраняется лишь при наличии хотя бы одного большого критерия. Ревматическая лихорадка в 90% случаев стихает в течение 3-4 месяцев, в 10% – продолжается 5-6 месяцев и более. Вероятность повторной ревматической лихорадки наиболее высока в течение 5 лет после первичной.

Повторная ревматическая лихорадка (атака) рассматривается как новый эпизод ОРЛ, а не рецидив первой и проявляется преимущественно кардитом, реже кардитом и полиартритом. Диагноз повторной ОРЛ может быть поставлен на основании одного большого или только малых критериев в сочетании с повышенными титрами стрептококковых антител. Однако необходимо провести дифференциальный диагноз между ревматическим кардитом и кардитом иной этиологии (чаще вирусной), пролапсом митрального клапана, врожденной патологией хорд и др.

Ревматический кардит – поражение сердца по типу вальвулита чаще митрального и реже аортальных клапанов. Симптомы: дующий систолический шум апикальной локализации (митральная регургитация), мезодиастолический шум в митральной области и т.д. В этом плане для диагностики широко используется эхокардиография в динамике.

При митральном стенозе причиной может быть и не ревматизм, а первичный антифолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др. Ревматический мигрирующий полиартрит поражает крупные и средние суставы, отличается доброкачественным течением, быстрой и полной регрессией воспалительных изменений в суставах под влиянием современной противовоспалительной терапии.

Необходимо также провести дифференциальный диагноз между мигрирующим полиартритом с артритами другого генеза, в том числе и с постстрептококковым реактивным артритом. Последний поражает людей среднего возраста, характеризуется коротким латентным периодом после перенесенного тонзиллита, фарингита, симметричным поражением крупных суставов, отсутствием кардита, медленным ответом на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами и полным обратным развитием только через 2-4 мес. от начала болезни и т.д.

В диагностике ОРЛ, наряду с клиникой, общепринятых лабораторных и инструментальных (ЭКГ, доплерэхокардиография и др.) методов исследования, важное место занимают микробиологическое (выделение возбудителя в мазке из зева), серологическое (повышение титров АСЛ-О и анти ДНК-азы В), иммунологическое (определение цитокинов, гистамина, серотонина, неоптерина, клеточных молекулы адгезии и др.) исследования [11, 12]. Так, Е.Л. Насонов и соавт. (1996) уже в дебюте ОРЛ отмечали увеличение концентрации интерлейкина у 58%, неоптерина у 81% больных, особенно с комбинированным поражением митрального и аортального пороков сердца, U.N. Saikia et al. (2011) при ОРЛ и хронических пороках сердца методом иммуногистохимии наблюдали увеличение молекул адгезии. D. Toor, H. Vohra (2012) при прогрессировании ОРЛ в хронические ревматические болезни сердца выявляли высокий уровень цитокинов и т.д.

### **Реабилитационные мероприятия**

Больные с ОРЛ должны быть госпитализированы с постельным режимом и являются нетрудоспособными. Больным проводится полный курс антиревматической и симптоматической терапии. Применяют нестероидные противоревматические препараты (НПВП) – ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен, вольтарен, амидопирин. В случае непереносимости аспирина можно применять и другие производные салициловой кислоты и пиразолона – анальгин и др., а также препараты, обладающие легким иммунодепрессивным действием – делагил и др. – в течение 1,5-2 месяцев.

Хорошие результаты получены при лечении ОРЛ с мигрирующим полиартритом диклофенаком по 2-3 мг/кг в день в течение 1,5-2 мес. [8].

По-прежнему сохраняет свое значение сочетание НПВП с антибиотиками пенициллиновой или цефалоспориновой группы в течение 2 недель.

При остром полисиндромном течении ОРЛ или при развитии панкардита показаны глюкокортикоиды – преднизолон или метилпред: 0,6-0,8 мг/кг в день в течение 7-10 дней, реже дольше [8]. М.В. Коротов, В.Г. Помников при тяжелой форме кардита или наличия протеза клапана глюкокортикоиды рекомендуют в суточной дозе 40-60 мг. в течение 4-6 недель с постепенной их отменой.

Обосновано также назначение витаминов, в частности витамина С. При присоединении недостаточности кровообращения, нарушении ритма сердца применяют сердечные гликозиды, средства улучшающие обменные процессы в мышце сердца, мочегонные, антиаритмические, ограничение соли и жидкости. В этапной (стационар, поликлиника) реабилитации больных с ОРЛ и ревматическими пороками сердца применяют также физическое, физиотерапевтическое, курортное, хирургическое лечение (комисуротомия, протезирование клапанов) пороков сердца. После выписки из стационара все больные ОРЛ подлежат диспансерному наблюдению с проведением профилактических мероприятий.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторных атак и прогрессирования процесса у лиц уже перенесших ОРЛ.

Диспансерному наблюдению подлежали также лица, которые перенесли ОРЛ со сформированными хроническими ревматическими пороками сердца. Для предупреждения повторной ОРЛ применялись методы круглогодичной и сезонной бициллино-медикаментозной профилактики. Больным, перенесшим ОРЛ без порока сердца, назначали круглогодичную профилактику в течение первых 3 лет бициллином-5 по 1500000 ЕД внутримышечно, ежемесячно, и сезонно (шесть недель осенью и весной) аспирина по 2-3 г в сутки. В последующие 2 года и далее проводили только сезонную бициллиноаспириновую профилактику бициллином-5 по 1500000 ЕД (2 инъекции) и аспирином 2-3 г в сутки.

При наличии клапанных пороков сердца проводили круглогодичную профилактику бициллином-5 по 1500000 ЕД внутримышечно ежемесячно и сезонно аспирином 2-3 г в сутки в течение 5 лет. В дальнейшем профилактика осуществлялась с учетом состояния здоровья больного и решалась конкретно лечащим врачом. Результаты вторичной круглогодичной и сезонной бесплатной бициллино-профилактики

привели к снижению частоты повторных атак ОРЛ в 1,5-2,5 раза, уменьшению формирования клапанных поражений сердца, увеличению продолжительности жизни пациентов, снижению показателей временной и стойкой нетрудоспособности [15].

В настоящее время в России вторичная профилактика у лиц перенесших ОРЛ предусматривает круглогодичное внутримышечное введение пролонгированного действия пенициллина – бензатин бензилпенициллина и его наиболее эффективной лекарственной формы – экстенциллина по 6000000 ЕД 1 раз в три недели с массой тела до 27 кг, 1200000 ЕД 1 раз в три недели с массой тела более 27 кг, подросткам и взрослым 2400000 ЕД один раз в три недели.

Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). Как правило, для лиц перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорея) не менее 5 лет после последней атаки или до 18 летнего возраста. В случае излеченного кардита без порока сердца – не менее 10 лет или до 25 летнего возраста. Для больных с пороком сердца в том числе и после оперативного лечения – пожизненно [2].

Программа предупреждения развития ОРЛ (первичная профилактика) определяется двумя основными направлениями: повышение естественного иммунитета (пропаганда разумного закаливания организма, развитие физкультуры и спорта среди населения, борьба со скученностью в жилищах, школах, детских садах, училищах, вузах, общественных учреждениях, максимальное пребывание на свежем воздухе, полноценное витаминизированное питание, проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, повышение санитарной культуры населения, улучшение бытовых и производственных условий и т.д.) и борьба со стрептококковой инфекцией (острая ангина, фарингит, обострение хронического тонзиллита, осложненный пародонтоз, кариозные зубы и др. – своевременное и эффективное лечение).

При лечении острых форм и обострении хронической рецидивирующей БГСА – инфекции глотки, тонзиллита – оптимальным препаратом группы оральных антибиотиков является амоксициллин, который в лекарственной форме под названием *солютаб* минимально воздействует на микрофлору кишечника и более редко вызывает диспепсические расстройства.

Наряду с пенициллинами заслуживает внимание представитель оральных цефалоспоринов – цефадроксил. При непереносимости В-лактамовых антибиотиков целесообразно назна-

чение макролидов (спирамицин, азитромицин, рокситромицин, кларитромицин, джозамицин, мидекамицин). Особенно заслуживает внимание из группы макролидов джозамицин.

В случаях безуспешной пенициллинотерапии острого БГСА – тонзиллита – заслуживает внимания антибиотика второго ряда линкозамидам и оральный цефалоспорин – цефуроксим аксетил [2].

При острых носоглоточных инфекциях необходима изоляция больного, освобождение от работы, обязательная антибиотикотерапия на протяжении 10 дней – профилактика ОРЛ. В борьбе со стрептококковой инфекцией необходимо также проведение оздоровительных мероприятий среди „здорового“ населения (группы риска – члены семей больных ОРЛ, больные с хроническими очагами инфекции и т.д.).

Многолетний опыт ревматологов большинства стран мира показал, что в результате первичной профилактики в широком плане удалось добиться повсеместного снижения первичной заболеваемости ОРЛ и смертности [15].

### Врачебно-трудовая экспертиза

Ю.Д. Арбатская с коллективом преподавателей кафедры врачебно-трудовой экспертизы центрального Института усовершенствования врачей (Москва) в помощь врачам ВКК, ВТЭК, лечебных учреждений сформулировали основные положения экспертизы трудоспособности с учетом законодательных, инструктивно-методических материалов СССР и в 1981 г. издали *Руководство по врачебно-трудовой экспертизе*.

Ю.Д. Арбатская с соавторами (1981) сообщают, что больные с первичным ревмокардитом с острым и подострым течением, третьей и второй степенью активности могли находиться на стационарном и амбулаторном лечении от 2 до 4-5 месяцев. Продолжительность такого лечения с временной нетрудоспособностью решались Врачебно-консультативной комиссией (ВКК), Врачебно-трудовой экспертной комиссией (ВТЭК).

Если после 4 месяцев лечения ревматический процесс непрерывно рецидивировал и нарастали явления недостаточности кровообращения, таких больных направляли на ВТЭК для установления группы инвалидности с последующим через 6-12 месяцев переосвидетельствованием.

Значительные трудности имелись в определении продолжительности лечения при первичном ревмокардите с вялым течением, которое может продолжаться длительно без отчетливых признаков прогрессирования болезни. Больные с возвратным ревмокардитом и пороком сердца с вялым течением и минимальной степенью активности, непрерывно-рецидивирующим и другими

вариантами течения в большинстве случаев получали лечение в поликлинических условиях. Однако при обострении ревмокардита антиревматическая терапия им может быть проведена и в стационарных условиях. Продолжительность нетрудоспособности с учетом стационарного и поликлинического лечения составляла от 1 ½ до 4 месяцев и только по решению ВКК, ВТЭК.

Эти структуры своими решениями могут создать больным облегченные условия труда (освобождение от ночных смен, командировок и т.д.). При отсутствии эффекта от проведенного лечения и выраженных признаков недостаточности кровообращения больные направлялись на ВТЭК для установления группы инвалидности на 6-12 месяцев с последующим переосвидетельствованием. При отсутствии улучшения состояния здоровья больным вновь может подтверждена группа инвалидности.

При недостаточности митрального клапана больным, выполняющим тяжелую физическую работу, с профилактической целью продолжение такой работы нецелесообразно и решением ВТЭК могут быть сделаны небольшие ограничения в прежней работе. Сужение левого предсердно-желудочкового отверстия наиболее часто приводят больных к инвалидности.

Трудоспособность больных при митральном стенозе зависит от осложнений – мерцательная аритмия, эмболия крупных сосудов, воспалительные процессы в легких, недостаточность кровообращения и др. Однако трудовой прогноз вследствие хирургического лечения за последние десятилетия значительно улучшился. Тем не менее больным не следует разрешать выполнение работ, связанных со значительным физическим напряжением, даже эпизодического характера. При появлении осложнений решением ВТЭК устанавливалась группа инвалидности.

При поражении клапана аорты (недостаточность) трудовой прогноз относительно благоприятный и зависит в основном от степени гипертрофии левого желудочка сердца, состояния коронарного, общего кровообращения и др. При нерезковыраженном аортальном стенозе трудоспособность больных сохраняется годами на работе даже с эпизодически большим физическим напряжением. Однако с профилактической целью таких больных следует перевести на работу умеренного напряжения. При нарастании признаков коронарной недостаточности (боли за грудиной) таким больным решением ВТЭК устанавливается группа инвалидности с уменьшением объема работы, сокращением рабочего дня и т.д.

При выраженных явлениях коронарной недостаточности больные совсем утрачивают работоспособность и решением ВТЭК им устанавли-

вают II или I группу инвалидности. При недостаточности трехстворчатого клапана и сужении правого предсердно-желудочкового отверстия из-за низких компенсаторных возможностей у больных очень быстро нарушается кровообращение. Трудоспособность больных с пороками трехстворчатого клапана значительно снижена, большинству из них труд в обычных производственных условиях недоступен. Решением ВТЭК им устанавливается группа инвалидности.

У больных с имплантированными клапанами сердца при недостаточности митрального, аортального, трехстворчатого возникают осложнения: тромбоэмболии, стафилококковый эндокардит, гемолитическая анемия и др. В первый год после операции-протезирования клапанов, решением ВТЭК устанавливается II группа инвалидности, а при осложнениях даже I группа. В последующем при благоприятных отдаленных результатов больные могут приступить к работе, не связанной с физическим напряжением. При хирургическом лечении митрального, аортального, трехстворчатого стеноза (комиссуротомия) общая продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее 4 месяцев. При послеоперационных осложнениях – перикардит, плеврит, недостаточность кровообращения и другие – срок временной нетрудоспособности может быть продлен до 5-6 месяцев, но только с санкции ВКК, ВТЭК.

После улучшения состояния здоровья лица, занимающиеся незначительным физическим, интеллектуальным трудом, могут приступить к прежней работе. Если больной нуждается в значительно облегченном труде, ему устанавливают III группу инвалидности. При остром ревматическом кардите срок временной нетрудоспособности колеблется от 4 до 6 месяцев, при очаговом – 2-3 месяца. При умеренном изменении миокарда без вальвулита большинство больных трудоспособны. При выраженных изменениях мышцы сердца противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением. Решением ВТЭК им устанавливается III группа инвалидности. При кардите могут быть нарушения ритма сердца – атриовентрикулярная блокада и мерцание предсердий. При высокой локализации блокады больные длительное время могут выполнять работу даже с эпизодически умеренным физическим напряжением. При локализации блокады в области ствола, предсердно-желудочкового пучка или её ветвей могут быть нарушения мозгового кровообращения (обморочные состояния) и приступы Морганьи-Эдемса-Стокса. Таким больным с имплантированным электростимулятором противопоказаны все виды труда. В дальнейшем больные могут выполнять работу лишь в специ-

ально созданных условиях по решению ВТЭК.

При появлении мерцания предсердий создаются условия для образования пристеночных тромбов и развитию эмболий, нарушения гемодинамики, возникновению пароксизмов. Большинство больных без (брадикардическая форма) и с дефибриллятором по решению ВТЭК могли работать в облегченных условиях труда (инвалиды III группы).

Полная утрата трудоспособности у больных возникает вследствие тромбоэмболических осложнений (мозговой инсульт) – I группа инвалидности. Сердечная недостаточность при ревматизме и ревматических пороках сердца может быть причиной временной и стойкой утраты трудоспособности. В тоже время, причиной декомпенсации у больных может быть не только ревматизм с пороками сердца, но и чрезмерная физическая и эмоциональная нагрузки. При недостаточности кровообращения первой стадии (одышка при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице, цианоз, тахикардия, утомляемость, небольшие периферические отеки и др.) соблюдение постельного и полупостельного режима, бессолевой диеты, ограничения приема жидкости с применением сердечных гликозидов приводят к исчезновению признаков сердечной недостаточности. В этих случаях, чтобы полностью восстановилась работоспособность, решением ВКК больные освобождаются от работы на 2-3 недели.

При второй стадии недостаточности кровообращения (одышка, слабость, утомляемость, тахикардия, увеличение печени, застойные явления в легких, периферические отеки и др.) продолжительность временной нетрудоспособности на фоне лечения сердечными гликозидами, мочегонными, обменными, антиревматическими и другими средствами длится 50-60 дней. Однако и после курсового лечения поддерживающие дозы гликозидов, диуретиков, других средств больные получают месяцами, годами. Поскольку у большинства больных полностью утрачена трудоспособность, решением ВТЭК они переводятся в инвалиды II группы. Лишь некоторые больные могут выполнять работу в специально созданных условиях. При левожелудочковом типе сердечной недостаточности (сердечная астма) продолжительность временной нетрудоспособности составляет 4-5 недель.

После лечения сердечной недостаточности больным назначают поддерживающие дозы гликозидов и других средств в домашних условиях. Все виды труда, связанные даже с умеренным физическим напряжением, противопоказаны. Больным доступен лишь интеллектуальный труд. Перевод квалифицированных рабочих

на другие более легкие работы; с уменьшением объема работы решением ВТЭК им устанавливают III группу инвалидности.

При недостаточности кровообращения по правожелудочковому типу больным достаточно кратковременного лечения (2-3 недели по больничному листу). Решением ВКК больным создаются некоторые облегчения в работе (освобождение от дополнительных нагрузок, командировок, ночных смен и др.).

При недостаточности кровообращения III стадии, решением ВТЭК больным устанавливают I группу инвалидности, поскольку возможность выполнять какую-нибудь работу полностью ими утрачена. Такие больные нуждаются в систематическом лечении и уходе. Если при динамическом наблюдении состояние здоровья больных не улучшается, то группа инвалидности устанавливается бессрочно.

### Медико-социальная экспертиза

М.Д. Коротов, В.Г. Помников с коллективом специалистов различных разделов медицины в помощь врачам медико-социальной экспертизы и лечебных учреждений издали *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации* (2005).

В справочнике отражены общие организационные вопросы медико-социальной экспертизы (МСЭ), вопросы клинической картины, экспертно-реабилитационной диагностики, экспертных решений и индивидуальных программ по реабилитации инвалидов. Авторы сообщают, что при острой ревматической лихорадке временная утрата трудоспособности (ВУТ) зависит от степени активности процесса, тяжести кардита, осложнений и т.д. и составляет 3 мес. и более. При ревматических пороках, сердечной недостаточности или аритмий для их лечения ВУТ составляет от 3 недель до 1½ мес., хирургической коррекции (митральная комиссуротомия, протезирование клапанов) – 4 мес. и более.

Больным противопоказаны виды и условия труда: работа связанная со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, воздействием неблагоприятных микроклиматических условий, командировки и др. Для направления на МСЭ показаны: затяжное течение ревматической лихорадки, нарастание сердечной недостаточности при пороке сердца, стойкое нарушение ритма и проводимости сердца, перенесенная комиссуротомия или протезирование клапанов сердца, необходимость рационального трудоустройства больных или перевод на другую работу более низкой квалификации и т.д.

### Критерии инвалидности

Инвалидность III группы определяют в следующих случаях: затяжное течение ревматической лихорадки, пороки митрального или аортального клапана с гипертензией в малом круге кровообращения и сердечной недостаточностью I или II А стадии (I ФК по NYHA), нарушение ритма сердца легкой или средней степени, снижение фракции выброса крови до 45-50%, толерантности к физической нагрузке до 75 Вт/мин., утраты способности к работе в полном объеме по прежней профессии и т.д. Признанным инвалидам III группы может быть рекомендована работа с легким физическим и умеренным нервно-психическим напряжением в благоприятных производственных условиях.

Инвалидность II группы определяют в следующих случаях: ревматическая лихорадка с затяжным течением и тяжелым поражением миокарда, пороки митрального или аортального клапана с гипертензией в малом круге кровообращения и сердечной недостаточностью II-Б стадии (III-IV ФК по NYHA), нарушения сердечного ритма, хроническая недостаточность мозгового кровообращения, низкие фракции выброса крови (35-40%), толерантность к физической нагрузке (50 Вт/мин) и т.д. Лицам, признанным инвалидом II группы, в отдельных случаях может быть определена работа в специально созданных условиях или на дому.

Инвалидность I группы определяют при терминальной стадии порока сердца, когда развиваются необратимые нарушения внутрисердечной гемодинамики, сердечной недостаточности III стадии (IV ФК по NYHA), приводящие к ограничению способности к самообслуживанию, передвижению и т.д. Они нуждаются в постоянной посторонней помощи или уходе.

Реабилитация инвалидов: профилактические мероприятия в поликлинических условиях, профориентация, рациональное трудоустройство, создание хороших условий труда, рабочих мест, переобучение непротивопоказанным профессиям и т.д.

### Определение ограничения возможностей и трудоспособности

Сотрудники Республиканской Врачебно-трудовой экспертной комиссии (ВТЭК, директор консилиума Л. Сокирка), министерств здравоохранения, труда, социальной защиты и семьи разработали новое положение об определении ограничения возможностей и трудоспособности больных граждан, утвержденное постановлением правительства Республики Молдова № 65 от 23 января 2013 г. и опубликованное в Monitorul Oficial al Republicii Moldova № 18-21 от 25.01.2013 г.

Сотрудниками консилиума, некоторых научно-исследовательских институтов, кафедр Университета медицины и фармации им. Н. Тестемицану Республики Молдова сформулированы основные критерии степени ограничения возможностей и трудоспособности больных граждан, которые утверждены приказом министров здравоохранения, труда, социальной защиты и семьи № 12/70 от 28.01.2013 и опубликованы на сайте Министерства труда, социальной защиты и семьи.

В положении внесены изменения в названии ВТЭК – Консилиум, в группах инвалидности – степень: *тяжелая, выраженная, средняя, легкая* и другие изменения.

### Критерии степени ограничения возможностей и трудоспособности

Для *легкой степени* характерны следующие признаки: митральная недостаточность (МН) с минимальными клиническими симптомами – систолический шум I или II степени без функциональных нарушений, с нормальной систолической функцией левого желудочка, с телесистолическим диаметром левого желудочка < 45 мм; митральной стеноз (МС) с площадью митрального отверстия 1,5-2,5 см<sup>2</sup>, со средним градиентом < 6 мм Hg, легкой легочной гипертензией, с высокой толерантностью к физической нагрузке; аортальная недостаточность (АН) с минимальными клиническими симптомами, с функциональными нарушениями (одышка, головокружение, сердцебиение) только при больших физических нагрузках проходящих быстро в покое, с нормальной систолической функцией левого желудочка, с телесистолическим диаметром левого желудочка = 45-50 мм; аортальный стеноз (АС) с площадью отверстия > 1,5 см<sup>2</sup>, со средним градиентом < 20 мм Hg, максимальным градиентом 16-36 мм Hg, высокой толерантностью к физической нагрузке; оперированные больные с коррекцией клапанного аппарата с сохранением одышки при больших физических нагрузках и отсутствием других патологических феноменов с 5-35% функциональными, структурными нарушениями, с 95-65% сохраненной трудоспособности.

Для *средней степени* характерны следующие признаки: МН с систолическим шумом III ст., клиническими, рентгенологическими, эхокардиографическими и ЭКГ признаками гипертрофии левого желудочка, с функциональными нарушениями при средних и больших нагрузках, с легкой или умеренной систолической дисфункцией левого желудочка, с телесистолическим диаметром левого желудочка – 50-55 мм; МС с площадью митрального отверстия 1,0-1,5 см<sup>2</sup>, со средним градиентом 6-12 мм Hg, умеренной легочной гипертензией, со средней толерантностью к физической нагрузке;

АН при которой функциональные нарушения появляются при средней интенсивности физических нагрузках, легкой или умеренной систолической дисфункции левого желудочка, телесистолическим диаметром левого желудочка – 50-55 мм; АС с площадью отверстия 0,85-1,5 см<sup>2</sup>, со средними градиентом 20-50 мм Нг, максимальным градиентом 36-80 мм Нг, со средней толерантностью к физической нагрузке; оперированные больные с коррекцией клапанного порока с одышкой при больших физических нагрузках, преходящих нарушений ритма, проводимости сердца, стенокардитических болей при больших нагрузках и т.д., с 40-55% функциональными и структурными нарушениями, с 60-45% сохранением трудоспособности.

Для *выраженной степени* характерны следующие признаки: МН с систолическим шумом III/IV ст., с частыми нарушениями ритма, проводимости сердца, с умеренной систолической дисфункцией левого желудочка, с телесистолическим диаметром левого желудочка >55 мм; МС с площадью митрального отверстия <1,0 см<sup>2</sup>, средним градиентом > 12 мм Нг, умеренной легочной гипертонией, нарушениями ритма, острым отеком легких в анамнезе, правосторонней сердечной недостаточностью; АН с повторными стенокардитическими кризами, нарушениями ритма или проводимости сердца, умеренной систолической дисфункцией левого желудочка, телесистолическим диаметром левого желудочка >55 мм; АС с площадью отверстия <0,75 см<sup>2</sup>, средним градиентом >50 мм/Нг, максимальным градиентом > 80 мм/Нг, с повторными стенокардитическими кризами, нарушениями ритма или проводимости; оперированные больные с коррекцией клапанного порока – одышка при умеренных физических нагрузках, нарушения ритма, проводимости, стенокардитические боли, признаки рестеноза, дисфункция протеза, эмболии, с 60-75% функциональными и структурными нарушениями, с 40-25% сохранением трудоспособности.

Для *тяжелой степени* характерны следующие признаки: оперированные больные с коррекцией клапанного порока при МН, МС, АН, АС с некорректируемой сердечной недостаточностью, легочными инфарктами, эмболическими острыми нарушениями мозгового кровообращения с выраженным двигательным дефицитом, препятствующим к самообслуживанию, с 80-100% функциональными и структурными нарушениями, с 20-0% сохранением трудоспособности.

### Литература

1. Арбатская Ю.Д. и соавт. *Руководство по врачебно-трудовой экспертизе*, том 1, М., 1981.
2. Белов Б.С., Гришаева Т.П. *Острая ревматическая лихорадка: современные подходы к первичной и вторичной профилактике*. В: Лечащий врач, 2007, № 6, с. 99-101.
3. Боткин С.П. *Клинические лекции*, М., 1951.
4. Кисель А.А. *Ревматизм у детей*. М., 1940.
5. Коротов М.В., Помников В.Г. *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации*. Санкт-Петербург: издательство Гипократ, 2005.
6. Насонова В.А., Бронзов И.А. *Ревматизм*, М., 1978.
7. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. *Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца: настоящее и будущее*. В: Вестник Российской Академии Медицинских наук. 2003, № 11, с. 71-74.
8. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. *Современный взгляд на проблему острой ревматической лихорадки*. В: Педиатрия. Приложение, 2003, № 3, с. 16-20.
9. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. *Классификация и номенклатура ревматической лихорадки*. В: Педиатрия, 2004, № 3, с. 4-9.
10. Насонов Е.Л. и соавт. *Активация клеточного иммунитета при острой ревматической лихорадке: клиническое и патогенетическое значение*. В: Вестник Российской Академии Медицинских Наук, 1996, № 11, с. 41-44.
11. Насонов Е.Л. *Современное направление иммунологических исследований при хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваниях человека*. В: Тер. архив, 2001, № 8, с. 43-46.
12. Насонов Е.Л., Александрова Е.Н. *Современные технологии и перспектива лабораторной диагностики ревматических заболеваний*. В: Тер. архив, 2010, № 5, с. 5-9.
13. Нестеров А.И. *Ревматизм*, М., 1973.
14. *Постановление правительства Республики Молдова, об определении ограничения возможностей и трудоспособности с приложениями № 1, 2, 3, 4*, № 65 от 23 января 2013. В: Monitorul Oficial, № 18-21 от 25 января 2013 г.
15. Фоломеева О.М., Эрдес Ш. *Развитие ревматологии и ревматологической помощи населению России*. В: Ревматология, национальное руководство. Москва: Глотармедия, 2008, с. 15-23.
16. Bhardwaj R. *Atrial fibrillation in a tertiary care institute – a prospective study*. In: Indian Heart J., 2012, Sept.-Oct.; nr. 64 (5), p. 476-478. Doi: 10.1016/j.ihj.
17. Cherubino P., Zarzi-Puttini P., Zuccaro S.M., Labianca R. *The management of chronic pain in important patient subgroups*. In: Clin. Drug Investig., 2012, Feb.; nr. 32, Suppl. 1, p. 35-44.
18. Maharaj B., Vayej A.C. *Awareness and knowledge of prophylaxis for infective endocarditis in patients with severe rheumatic heart disease*. In: SADJ, 2013, Mar.; nr. 68 (2), p. 70-71.
19. Saikia U.N., Rumar R.M., Pandian V.R., Gupta S., Dhaliwal R.S., Talwar K.K. *Adhesion molecule expression and ventricular remodeling in chronic rheumatic heart disease: a cause or effect in the disease progression – a pilot study*. In: Cardiovasc. Pathol., 2012, Mar.-Apr.; nr. 21 (2), p. 83-88. Doi: 10.1016/j.carpath. 2011.01.005.
20. Toor D., Vohra H. *Immune responsiveness during disease progression from acute rheumatic fever to chronic rheumatic heart disease*. In: Microbes Infect., 2012, Oct.; nr. 14 (12), p. 1111-1117. Doi: 10.1016/j.micinf. 2012. 07. 003.
21. Vinker S., Zohar E., Hoffman R., Elhayany A. *Incidence and clinical manifestations of rheumatic fever: a 6 year community-based survey*. In: Isr. Med. Assoc. J., 2010, Feb.; nr. 12 (2): p. 78-81.

Представлена 24.09.2014