

Małgorzata Mizerska, Katarzyna Mizerska, Maciej Barzdo, Jarosław Berent

Schorzenia układu krążenia w orzecznictwie sądowno-lekarskim dotyczącym niezdolności do pracy

Cardiovascular diseases in court medical opinions on work disability

Z Zakładu Orzecznictwa Sądowno-Lekarskiego i Ubezpieczeniowego Katedry Medycyny Sądownej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik: dr hab. n. med. Jarosław Berent, prof. nadzw.

W pracy przedstawiono wyniki badań, którymi objęto sprawy prowadzone w 2004 roku przez Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, w których wnioskodawcy ubiegali się o przyznanie świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy z powodu schorzeń układu krążenia. Największą grupę wnioskodawców stanowiły osoby z nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, a także chorzy po przebyłym zawale mięśnia sercowego. Największy odsetek osób niezdolnych do pracy stwierdzono wśród chorych po zawale mięśnia sercowego, a także u osób cierpiących z powodu kardiomiopatii oraz zaburzeń rytmu i przewodzenia. Schorzeniami, które w najmniejszym stopniu ograniczały zdolność do pracy były niespecyficzne bóle w klatce piersiowej oraz nadciśnienie tętnicze.

In this paper are presented results of a study of cases judged by the District Court in Piotrków Trybunalski in 2004 in which petitioners sought permanent work-disability benefits on grounds of cardiovascular disease. The largest group of petitioners were those with hypertension, coronary artery disease and history of heart attack. The largest percentage of persons judged to be work-disabled were those having suffered heart attack, but also cardiomyopathy as well as heart-rhythm and conduction disturbances. Disorders judged to pose the least limitation on the ability to work were non-specific pain in the thoracic cavity, and hypertension.

Słowa kluczowe: orzecznictwo sądowno-lekarskie, niezdolność do pracy, układ krążenia
Key words: court medical opinion, work disability, cardiovascular system

WPROWADZENIE

Za osobę całkowicie niezdolną do pracy uważa się osobę, która z powodu naruszenia sprawności organizmu utraciła zdolność wykonywania jakiegokolwiek pracy. Natomiast osoba częściowo niezdolna do pracy to taka, która utraciła w znacznym stopniu zdolność do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Gdy według wiedzy medycznej nie ma rokowań, co do odzyskania zdolności do pracy, orzeka się trwałą niezdolność, zaś w przypadku, gdy po leczeniu i ewentualnej rehabilitacji istnieje możliwość przywrócenia zdolności do pracy orzeka się niezdolność czasową. Jeżeli naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych takich jak poruszanie się, przyjmowanie pokarmów, utrzymanie higieny osobistej i załatwianie potrzeb fizjologicznych, należy przyjąć istnienie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Oceniając niezdolność do pracy zarobkowej bierze się pod uwagę charakter i przebieg procesów chorobowych, jak również ich wpływ na sprawność organizmu, możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji oraz możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej, a także celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne [1-3].

CEL PRACY

Celem pracy było analiza spraw sądowych, w których wnioskodawcy ubiegali się o przyznanie świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji z powodu schorzeń układu krążenia oraz zbadanie częstości występowania poszczególnych chorób w tego typu przypadkach.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto sprawy prowadzone przez Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim w 2004 roku. Z tego okresu wybrano i poddano dalszej analizie te sprawy, które dotyczyły schorzeń kardiologicznych, które stanowiły około 30% wszystkich spraw tego typu. Analizie takiej poddano łącznie 319 spraw. Były one opiniowane przez jednego biegłego, a więc według jednolitych kryteriów. Poczynione spostrzeżenia przedstawiono w formie opisowej i tabelarycznej.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Średni wiek osób starających się o świadczenie rentowe z tytułu niezdolności do pracy z powodu schorzeń kardiologicznych wynosił 48 lat (od 20 do 59), a osób starających się o dodatek pielęgnacyjny wynosił 62 lata (od 56 do 73). Wśród wniosko-

dawców było 209 mężczyzn (65%) i 110 kobiet (35%).

Osoby starające się o świadczenie rentowe z tytułu niezdolności do pracy z powodu schorzeń kardiologicznych posiadały bardzo zróżnicowane zawody, choć w zdecydowanej większości byli to pracownicy fizyczni.

W części przypadków u wnioskodawców – oprócz schorzeń kardiologicznych – współistniały także inne schorzenia, głównie neurologiczne, a w pojedynczych przypadkach także cukrzyca oraz schorzenia pulmonologiczne, onkologiczne, ortopedyczne i hematologiczne, każdorazowo oceniane przez biegłych z danej dziedziny medycyny.

Największą grupę ubiegających się o świadczenia rentowe stanowili chorzy z nadciśnieniem tętniczym – 140 osób (44%). Spośród nich 118 osób ubiegało się o ustalenie niezdolności do pracy, a 22 osoby o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Nadciśnienie tętnicze jest rozpoznawane u osób, u których w dwukrotnie przeprowadzonych pomiarach po 10 minutach przebywania w pozycji siedzącej stwierdza się ciśnienie skurczowe równe lub wyższe od 140 mm Hg i/lub ciśnienie rozkurczowe równe lub wyższe od 90 mm Hg. Poza samymi wartościami ciśnienia tętniczego istotny jest stopień zaawansowania choroby, którego wykładnikami są przerost lewej komory mięśnia sercowego, zmiany naczyniowe na dnie oka, białkomocz, podwyższony poziom kreatyniny oraz obecność powikłań w przebiegu zaawansowanych zmian naczyniowych, takich jak niewydolność krążenia, zawał mięśnia sercowego, niewydolność nerek, schorzenia neurologiczne [4].

Tabela 1. Schorzenia będące przyczyną starań o ustalenie niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Rodzaj schorzenia	Ilość osób wnioskujących o ustalenie niezdolności do pracy	Ilość osób wnioskujących o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji	Razem
Nadciśnienie tętnicze	118	22	140 (44%)
Stan po zawale serca	52	15	67 (21%)
Choroba wieńcowa	31	8	39 (12%)
Wady serca	23	7	30 (9%)
Kardiomiopatie	9	7	16 (2%)
Zaburzenia rytmu i przewodzenia	6	0	6 (2%)
Inne	17	4	21 (7%)
Razem	256	63	319 (100%)

Badania wykazały, że większość chorych z nadciśnieniem tętniczym (90 ze 118 osób) była zdolna do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji, ponieważ stopień zaawansowania schorzenia nie powodował w tych przypadkach istotnych powikłań narządowych. Wnioski takie zostały sformułowane na podstawie badań elektrokardiograficznych, echokardiograficznych oraz oceny dna oka. Nadciśnienie tętnicze w tych przypadkach wymagało jedynie systematycznego leczenia farmakologicznego i ewentualnej korekty doboru leków.

Spośród wnioskodawców z nadciśnieniem tętniczym jedynie 28 ze 118 osób zostało uznanych za częściowo niezdolnych do pracy, a żadna nie wypełniła kryteriów całkowitej niezdolności do pracy. 22 osoby wystąpiły do Sądu z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego, z czego jedynie 2 osoby z nadciśnieniem tętniczym powikłanym udarem mózgu otrzymały ten dodatek.

Drugą pod względem liczebności grupę osób ubiegających się o świadczenia rentowe stanowili chorzy po zawale mięśnia sercowego – 67 osób (21%) oraz chorzy z chorobą wieńcową – 39 osób (12%). Niestabilna dusznica bolesna stanowi bezpośrednio zagrożenie wystąpienia zawału mięśnia sercowego oraz nagłego zgonu sercowego i nie tylko czyni chorego niezdolnym do pracy, ale może uczynić go niezdolnym do samodzielnej egzystencji. W przypadku stabilnej dusznicy bolesnej zdolność do pracy powinna być oceniana po zastosowaniu pełnego leczenia farmakologicznego i ewentualnych zabiegach rewaskularyzacyjnych typu PTCA lub pomostowania aortalno-wieńcowego. Najbardziej przydatnym, chociaż nie w pełni wydolnym, badaniem oceniającym bezpieczeństwo i zdolność chorego do wykonywania pracy fizycznej jest elektrokardiograficzna próba wysiłkowa. Brak zmian niedokrwienionych i stenokardii pomimo osiągnięcia 10 MET lub 125 Watt w próbie wysiłkowej wskazuje na dobre rokowanie i pozwala na zakwalifikowanie chorego jako zdolnego do pracy. U takich chorych wykonuje się również badanie echokardiograficzne, które umożliwia ocenę globalnej i regionalnej kurczliwości mięśnia lewej komory serca i ocenę frakcji wyrzutowej. Prawidłowa wartość frakcji wyrzutowej wynosi powyżej 60%, w miernym jej upośledzeniu 40-60%, w istotnym 20-40% i w bardzo ciężkim upośledzeniu poniżej 20%. Badanie to ma jednak pewne ograniczenia – u osób bez przebytego wcześniej zawału często nie stwierdza się zaburzeń kurczliwości, nawet w zaawansowanej postaci choroby wieńcowej. W niektórych przypadkach ważnych informacji może dostarczyć echokardiografia obciążeniowa. Natomiast obraz koronarograficzny na-

czyń wieńcowych wydaje się mieć znaczenie uzupełniająco-pomocnicze, gdyż pierwszoplanowa w opiniowaniu o zdolności do pracy jest wydolność funkcjonalna oceniana w próbie wysiłkowej [5-6].

Spośród 67 chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego 52 zwróciły się o ustalenie niezdolności do pracy z 15 o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. 15 osób spośród wymienionych 52 zostało uznanych za zdolnych do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji, 30 osób za częściowo niezdolnych, zaś 7 za całkowicie niezdolnych do pracy. Spośród 15 osób, które wystąpiły do Sądu z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji 5 osób otrzymało to świadczenie.

Chorzy z chorobą wieńcową – 39 osób – stanowili 12% wszystkich wnioskodawców. 16 badanych zostało uznanych za zdolnych do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji, 14 badanych za częściowo niezdolnych do pracy (z czego 5 osób na trwałe). Jednego chorego uznano za całkowicie niezdolnego do pracy. Osiem osób ubiegało się o dodatek pielęgnacyjny. Jedna osoba otrzymała takie świadczenie, głównie z powodu współistniejących schorzeń neurologicznych.

Kolejną grupę pod względem liczebności stanowiły osoby z wadami serca – 30 osób (9%). Za zdolnych do pracy zostało uznanych 9 osób, z czego jedna osoba z prawostronnym położeniem serca, 2 osoby po leczeniu operacyjnym ubytku przegrody międzykomorowej, 6 osób z wypadaniem zastawki mitralnej. Za częściowo niezdolnych do pracy uznano 14 osób, z czego 4 osoby z wadą mitralną, 5 z wadą aortalną, 1 z hipoplazją tętnicy płucnej, 2 z ubytkiem w przegrodzie międzyprzedsionkowej, 1 osobę z zespołem Fallota i 1 z przetrwałym przewodem Bottala. O dodatek pielęgnacyjny ubiegało się 7 osób, z czego świadczenie otrzymała 1 osoba z objawami niewydolności krążenia, zaburzeniami rytmu serca i z zespołem MAS. W ocenie chorych z wadami serca brano pod uwagę wynik badania echokardiograficznego (wielkość jam serca, frakcję wyrzutową), obecność towarzyszących zaburzeń rytmu i wydolność układu krążenia.

W następnej grupie znaleźli się chorzy z kardiomiopatią – 16 osób (5%). 1 osoba została uznana za zdolną do pracy, 2 osoby za częściowo niezdolne do pracy, zaś 6 za całkowicie niezdolne do pracy. O dodatek pielęgnacyjny starało się 7 osób, spośród których świadczenie to otrzymały 3 osoby. W tej grupie chorych znalazły się głównie osoby z kardiomiopatią rozstrzeniową i przerostową. Przy ocenie stanu zdrowia wnioskodawców brano pod uwagę stopień uszkodzenia mięśnia sercowego,

frakcję wyrzutową w badaniu echokardiograficznym, stopień zaawansowania niewydolności krążenia oraz ewentualne zaburzenia rytmu.

Kolejną grupę stanowili chorzy z zaburzeniami rytmu i przewodzenia – 6 osób (2%). Jednego badanego – u którego zaburzenia rytmu stwierdzono jedynie na podstawie wywiadu – uznano za zdolnego do pracy. Cztery osoby zostały uznane za częściowo niezdolne do pracy z powodu migotania i trzepotania przedsionków, napadowego częstoskurczu nadkomorowego oraz stanu po implantacji kardio-stymulatora w przebiegu bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia. Jedną osobę z zespołem WPW z uporczywymi zaburzeniami rytmu po nieskutecznej ablacji drogi dodatkowej uznano za całkowicie niezdolną do pracy.

W ostatniej grupie 21 osób (7%) znaleźli się chorzy z innymi schorzeniami, takimi jak: niespecyficznymi bólami w klatce piersiowej, z uczuciem kołatania serca bez udokumentowanych zaburzeń rytmu, deformacją klatki piersiowej i zespołem Marfana. Piętnaście osób z tej grupy zostało uznanych za zdolnych do pracy zgodnie z poziomem posiadanych kwalifikacji. Dwie osoby po przeszczepie serca zostały uznane za częściowo niezdolne do pracy. Cztery osoby starały się o dodatek pielęgnacyjny, z czego świadczenie otrzymała 1 osoba z sercem płucnym w okresie niewydolności krążeniowo-oddechowej.

WNIOSKI

1. Największą grupę wnioskodawców stanowiły osoby z nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową oraz chorzy po przebytych zawałach mięśnia sercowego.

2. Największy odsetek osób niezdolnych do pracy stwierdzono wśród chorych po zawałach mięśnia sercowego, z kardiomiopatią oraz zaburzeniami rytmu i przewodzenia.
3. Schorzeniami, które w najmniejszym stopniu ograniczały zdolność do pracy były niespecyficzne bóle w klatce piersiowej oraz nadciśnienie tętnicze.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dziennik Ustaw nr 162, poz. 1118 z późn. zm.
2. Wilmonska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.
3. Adamek-Guzik T.: Zarys orzecznictwa lekarskiego, Wyd. KRUS, Warszawa 1999.
4. Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1999.
5. Wojtczak A.: Choroby wewnętrzne, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
6. Crawford M. H.: Kardiologia. Współczesne rozpoznawanie i leczenie, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.

Adres do korespondencji:

Lek. med. Małgorzata Mizerska
Zakład Orzecznictwa Sądowo-Lekarskiego i Ubezpieczeniowego
Katedry Medycyny Sądowej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Sędziowska 18a, 91-304 Łódź