



**СТО ЛЕТ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МСЭ  
И РЕАБИЛИТАЦИИ**

**СБОРНИК ТРУДОВ**  
Под ред. В.Г.Помникова

**Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
«Санкт-Петербургский институт усовершенствования  
врачей-экспертов»**

# **СТО ЛЕТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МСЭ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

**СБОРНИК ТРУДОВ  
Под ред. В.Г.Помникова**

**Санкт-Петербург  
2018**

УДК 614.29  
ББК 51.13

С 81

**Сто лет медико-социальной экспертизы. Актуальные проблемы мсэ и реабилитации.** Сборник трудов/  
Под. ред. В.Г.Помникова, Г.О.Пениной, ответственный редактор Н.Г.Травникова.- СПб., ФГБУ ДПО  
СПБИУВЭК Минтруда России, Изд-во АЙСИНГ, 2018 – 288 с.

Сборник утвержден в печать учебно-методическим советом ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,  
протокол №9 от 22.11.2018 г.

Сборник подготовлен в юбилейный год 100-летия создания службы медико-социальной экспертизы и объединяет статьи и тезисы, посвященные истории становления службы и актуальным вопросам медико-социальной экспертизы, представленные на конференцию «Актуальные проблемы МСЭ и реабилитации», 14 декабря 2018 г., Санкт-Петербург.

Материалы представлены в сборнике в двух разделах: 1 раздел «История становления МСЭ и современность», и 2 раздел «Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы» и будут интересны как специалистам, работающим в системе медико-социальной экспертизы так и студентам и всем интересующимся данной сферой.

ISBN 978-5-91753-142-7

© ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России, 2018  
© Авторы статей и тезисов, 2018



### **Уважаемые коллеги!**

В год 100-летия создания службы медико-социальной экспертизы я рад представить вашему вниманию этот сборник исторических и научных материалов, который отражает богатую и интересную историю становления врачебной, врачебно-трудовой и медико-социальной экспертизы. Здесь представлены не только исторические материалы, но отражены и современные сложные и многоплановые аспекты деятельности специалистов – экспертов, а также актуальные вопросы медико-социальной экспертизы.

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России с момента своего создания в 1960 году и до сегодняшнего дня является единственным в России специализированным образовательным учреждением, осуществляющим послевузовское и дополнительное профессиональное образование врачей, среднего медицинского персонала и других специалистов, работающих в системе медико-социальной экспертизы и социальной защиты населения нашей страны. Наши ученики и слушатели работают на разных позициях во всех регионах Российской Федерации, воплощая профессиональный и гуманистический посыл, сформированный в стенах нашего института.

Поздравляю вас, коллеги, с нашим общим праздником – юбилеем службы и желаю вам дальнейших профессиональных успехов, острого клинично-экспертного мышления, реализации гуманистических идей, которые лежат в основе работы службы медико-социальной экспертизы, здоровья и благополучия!

Ректор ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России

**Виктор Григорьевич Помников**

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **І ЧАСТЬ. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МСЭ И СОВРЕМЕННОСТЬ»**

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО БЮРО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Бакитановская Е.О., Кузнецова Е.Ю.</i> .....	9
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ <i>Билан Н.В., Маланчук С.В.</i> .....	11
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТНОГО СОСТАВА ГБ МСЭ <i>Демидович Т.Г., Сенько Е.В., Гаркуша Л.Г.</i> .....	15
ОЧЕРК ПО ИСТОРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Драч Д.А., Трёкин С.В., Шишкова-Лаверусь М.В.</i> .....	18
ОРГАНИЗАТОРЫ СЛУЖБЫ МСЭ – РУКОВОДИТЕЛИ КАФЕДРЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Карасаева Л.А.</i> .....	25
ПЕРВЫЕ ГОДЫ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ВТЭК В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С 1919г. ПО 1945г. <i>Клейменова Н.В., Кедров П.С.</i> .....	26
РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РОССИИ И В ЕАО <i>Кожушкова Д.В., Алаторцева О.П.</i> .....	42
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Кокорева И.А.</i> .....	45
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ <i>Малюков Н.И., Шурупов Э.В., Голубев Ю.Ф.</i> .....	46
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ <i>Мамаева Т.А., Ауст Н.А., Архипова О.В., Смолина Л.Г., Сильянова Н.Ю.</i> .....	52
ИСТОРИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: УРОКИ ПРОШЛОГО, ПРОБЛЕМЫ НАСТОЯЩЕГО, ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ <i>Мурзина Т.Ф.</i> .....	54
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ <i>Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М., Андрушас А.С., Маркова М.В.</i> .....	62
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>Низамов Р.Х., Пузанова О.В., Абдразакова Р.А.</i> .....	67
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ <i>Низамов Р.Х., Сытова Н.Б.</i> .....	69
О СОЗДАНИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>Низамов Р.Х., Саттарова И.Р.</i> .....	76
ИСТОРИЧЕСКИЕ ФАКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ). ВОСПОМИНАНИЯ ВЕТЕРАНОВ <i>Павлова А.Э., Неустроева М.А.</i> .....	81
ИНВАЛИДНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА <i>Петренко М.В., Быкова Н.В., Широбокова С.В., Смагина Т.Н.</i> .....	87
ГОССЛУЖБА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАК ВЕХА В СТАНОВЛЕНИИ ГЛАВНОГО БЮРО МСЭ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Петрунько И.Л.</i> .....	89
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ – АКТИВНЫЙ УЧАСТНИК СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Помников В.Г., Пенина Г.О., Спиридонова В.С., Травникова Н.Г.</i> .....	90
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ФКУ «ГБ МСЭ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ. ОПЫТ РАБОТЫ <i>Преловская И.Ю., Исаченко И.Г., Баранова Л.Ю.</i> .....	94

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Рябокоть А.Г., Доронина О.Е., Мустафин Р.Н.</i> .....	96
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН <i>Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В., Сираева З.Т.</i> .....	98
ВКЛАД НАУЧНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ КАФЕДРЫ ХИРУРГИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Скляренко Р.Т., Спиридонова В.С.</i> .....	102
ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ХИРУРГОВ-ЭКСПЕРТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ – ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ <i>Скляренко Р.Т., Спиридонова В.С.</i> .....	106
СТАНОВЛЕНИЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Скочилова И.Д., Сень С.Г., Рыбникова Н.А., Карпова Л.В.</i> .....	108
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <i>Смычек В.Б., Копыток А.В., Казакевич Д.С., Вальчук Э.Э.</i> .....	110
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА <i>Спиридонова Л.Ч.</i> .....	116
ИСТОРИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Стародубова Е.Б., Ефремова И.Е.</i> .....	121
РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Упвалов С. А., Рогачев Д. А.</i> .....	125
КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ <i>Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Сидамонидзе Т.А., Артемьева Н.Х.</i> .....	128
ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Ушакова О.В.</i> .....	131
ФОРМИРОВАНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Юкина Т.И., Соловьева Н.Н.</i> .....	139
СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЯМАЛО-НЕНЕЦКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ <i>Юша Е.Г., Кипко О.А.</i> .....	140
 <b>II ЧАСТЬ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ</b>	
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>Агранов Д.Н., Борисов К.А., Шишкова-Лаверусь М.В., Домницкий О.А.</i> .....	143
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ПОКАЗАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ УСТРОЙСТВ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ (СРТ) У ДЕТЕЙ <i>Адрианов А.В., Непомнящая С.А., Лебедева Н.В.</i> .....	144
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В 2015-2017 ГГ. <i>Аргат Ю. Н., Саликова С.И.</i> .....	145
АНАЛИЗ РАЗРАБОТАННЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ В ПЕРИОД 2015-2017 ГГ. ПО ДАННЫМ БЮРО № 21 <i>Аргат Ю. Н., Саликова С.И.</i> .....	148
СТРУКТУРА ПОВТОРНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ В 2015-2017 ГГ. ПО ДАННЫМ БЮРО № 21-ФИЛИАЛА ФКУ «ГБ МСЭ ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ <i>Аргат Ю. Н., Саликова С.И.</i> .....	149
ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ВЗРОСЛОЙ ИНВАЛИДНОСТИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГГ. <i>Бажуткина М.А., Шишкова-Лаверусь М.В., Мусина А.В., Борисов К.А., Бабий Л.И.</i> .....	150
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНВАЛИДНОСТИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Бессмертная О.Г.</i> .....	151
КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА: ПРИЧИНЫ, ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ <i>Бехтерева Н. А., Медовник А. В., Пайков А. Ю.</i> .....	152
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2015-2017 ГГ. <i>Викторова Л.В., Кичигина О.В., Иванова А.В., Алексеева Л.С., Кичигин В.А.</i> .....	155

УСТАНОВОЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Войтенко Р.М., Бровин А.Н.</i> .....	157
ФЕНОМЕН «ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» <i>Войтенко Р.М., Синкевич В.Н.</i> .....	159
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ <i>Войтенко Р.М., Филиппова М.П., Крицкая Л.А.</i> .....	160
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ЧЕРЕЗ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО <i>Волощенко Н.И., Матвеева О.Б., Жаймухамедова К.А., Смагина Т.Н.</i> .....	160
ДЕЗАДАПТИРУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА МСЭ С СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТНОГО СОСТАВА ГБ МСЭ <i>Демидович Т.Г., Сенько Е.В., Гаркуша Л.Г., Лужникова Е.А., Фарфудинова Г.Ш., Чубарова З.В., Абрамович Т.Г., Преловская И.Ю., Василишина Т.Д.</i> .....	162
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ В ФОРМЕ КОЛЛЕКТИВНЫХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ИГР <i>Дзамихов К.К., Карасаева Л. А.</i> .....	166
ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Домницкий О.А., Гречкина Е.А, Домницкая И.Н.</i> .....	168
ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА С ФУНКЦИЯМИ ВИДЕОНИСТАГМОМЕТРИИ, ВОЗДУШНОЙ ИРРИГАЦИИ И ВРАЩАТЕЛЬНЫМ СТЕНДОМ (КРЕСЛОМ) ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В 2015-2017 ГГ. В «ГБ МСЭ ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ-ЧУВАШИИ» <i>Евтихеева Т.А, Колюхова В.П., Брызгалов Е.Ю., Алякина В.В.</i> .....	169
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)» МИНТРУДА РОССИИ С МИНИСТЕРСТВОМ СПОРТА РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ) ПО ВОПРОСАМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ЗАНЯТИЮ СПОРТОМ В ИПРА ИНВАЛИДА, РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА <i>Захарова Г.Н., Лугинова Л.Д., Петухов К.М., Самсонова И.И.</i> .....	170
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА ПЕРИОД 2015-2017ГГ. <i>Иванова А.Д., Мамедова С.В., Смолина Л.Г., Яхатина З.Г.</i> .....	172
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Калашиников А.И., Саликова С.И., Шамшева Е.В.</i> .....	174
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Карасаева Л.А., Деденева И.В., Хорькова О.В.</i> .....	176
ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО НАЛИЧИЮ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Карпатенкова О.В., Карасаева Л.А.</i> .....	177
РОЛЬ СТОРОННЕГО КОНСУЛЬТАНТА В ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Катасонова А.А., Козрушева Л.В., Смагина Т.Н.</i> .....	178
ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГГ. <i>Лейко И.А, Кочерыгина Т.Б, Карпова М.В, Пастернак Н.К.</i> .....	180
ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2015-2017 ГГ. <i>Логинова М.В.</i> .....	182
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА, ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Макарова О.В., Столов С.В., Бурма Л.А., Вельдяскина Л.С., Коваленко Е.Н.</i> .....	183
МСЭ ПРИ АНЕВРИЗМЕ СЕРДЦА <i>Макарова О.В., Столов С.В., Узлева Е.М., Ямщикова Т.Ю., Спиридонова Л.Н., Рыжова Т.А., Гаврилюк О.Н., Сапун А.Н.</i> .....	184
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ В СРАВНЕНИИ ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, РФ И ПФО ЗА 2015-2017 ГГ. <i>Мамаева Т.А., Ауст Н.А., Архипова О.В., Сильянова Н.Ю.</i> .....	188
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КОНСТРУКТИВНОГО ПАРТНЕРСТВА УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Маслакова С.И., Журавлева Н.И., Смагина Т.Н.</i> .....	189
НОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Миллер Л.Г., Жирнова Т.И., Смагина Т.Н.</i> .....	190

ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ИНВАЛИДАМ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ЗА 2015-2017 ГГ. В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ <i>Михайлова Л.Г., Григорьева О.В., Мизурова И.Л.</i> .....	193
ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Мусина А.В., Шишкова-Лаврус М.В., Бажуткина М.А.</i> .....	195
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА <i>Мышенцев Е.Н., Крюкова М.Л., Петрушина Н.Н., Викторова Н.Л.</i> .....	196
ЭЛЕМЕНТЫ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ <i>Мясников И.Р.</i> .....	197
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ <i>Непомнящая С.А., Адрианов А.В., Пенина Г.О., Помников В.Г.</i> .....	198
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Непомнящая С.А., Адрианов А.В., Травникова Н.Г.</i> .....	199
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>Низамов Р.Х., Гафаров Р.М., Абдразакова Р.А.</i> .....	201
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>Низамов Р.Х., Сабирова Э.Р.</i> .....	203
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>Низамов Р.Х., Сабирова Э.Р., Абдразакова Р.А.</i> .....	204
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ВСЛЕДСТВИИ ДОРСОПАТИИ В ДИНАМИКЕ 2004- 2017 ГОДОВ <i>Низамов Р.Х., Шабалина С.И.</i> .....	206
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В КОНТИНГЕНТЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ <i>Нурова А.А.</i> .....	208
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ <i>Овсянникова Е.Н., Балашова Т.В., Барышева Г.В., Исмаилов С.И.</i> .....	210
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ТОКСИЧЕСКОГО (ТОКСИКО-АЛИМЕНТАРНОГО) ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ И ЕЁ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В БЮРО МСЭ ВОЛГОГРАДА ЗА 2015 – 2017 ГОДЫ <i>Орлова Е.М., Полуэктова Л.А., Елисеева О.Г.</i> .....	220
АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ГРАЖДАН С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (В РАМКАХ АПРОБАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В ФКУ «ГБ МСЭ ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ» И ФКУ «ГБ МСЭ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ») <i>Пенина Г.О., Чистякова Н.П., Козлов С.И., Лесина Е.В.</i> .....	223
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Плетова Е.С., Лебедева Н.В., Адрианов А.В.</i> .....	225
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ <i>Помников В.Г., Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.</i> .....	226
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Помников В. Г., Войтенко Р.М., Крицкая Л. А., Делокян Г.А., Сенькина А.Г.</i> .....	228
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ <i>Помников В.Г., Крицкая Л.А.</i> .....	229
НЕОБХОДИМОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПА НЕПРЕРЫВНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ У РАБОТАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Привалова М.А., Карасаева Л.А., Охотникова А.А.</i> .....	230
НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ <i>Разумовский М.И., Разумовская А.М.</i> .....	232

ЭТИКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Родин Е.В., Травникова Н.Г.</i> .....	235
КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ ПАРАМЕТРЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Родионова А.Ю., Сергеева В.В., Михайлова Н.В.</i> .....	237
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ ПОТРЕБНОСТИ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В 2015-2017 ГГ. <i>Саликова С.И., Шамшева Е.В., Карицкая Ю.О., Жукова А.М.</i> .....	238
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Саликова С.И., Шамшева Е.В., Карицкая Ю.А., Жукова А.М.</i> .....	240
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕМЕНЦИИ И ИХ ПОТРЕБНОСТИ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В 2015-2017 ГГ. <i>Саликова С.И., Шамшева Е.В., Рыжук Г.Н., Борзенко М.Е.</i> .....	241
ПРИМЕНЕНИЕ АПК «ШУФРИД» ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН» МИНТРУДА РОССИИ <i>Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В., Семенова Г.И.</i> .....	242
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Сергеева В.В., Дымнова С.Е.</i> .....	246
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Сергеева В.В., Полонская И.И., Михайлова Н.В.</i> .....	249
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СВЕТЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОНЦЕПЦИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ <i>Соловьева Ю.М.</i> .....	250
НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Столов С.В.</i> .....	254
СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА ЗА 2013-2017 ГОДЫ <i>Тыкыл-оол О.А., Наксыл Л.В., Кыргыз З.М.</i> .....	258
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Углева Е.М., Столов С.В., Макарова О.В., Ямщикова Т.Ю., Тярасова К.Г., Антипова О.В.</i> .....	261
ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В Г. МОСКВЕ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ЗА 2015-2017ГГ <i>Филипповская Л.В.</i> .....	263
АНАЛИЗ НАЗНАЧЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ (ТСР) ПО ЛЕНИНОГОРСКОМУ МУНИЦИПАЛЬНОМУ РАЙОНУ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2017ГГ. <i>Хасанов А.Ш., Габидуллина Н.Х.</i> .....	267
ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АГГРАВАЦИЮ ИЛИ СИМУЛЯЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Шабанова О.А., Склярченко Р.Т., Бесаев Г.М.</i> .....	268
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО - ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ НА АППАРАТАХ PRIMUS RS, ЭРГОМЕТР В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПЕРИОД 2016 – 2017 ГГ. <i>Шамшева Е.В., Саликова С.И., Гриценко Е.Н., Юревич Л.В.</i> .....	271
ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С БОЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Шамшева Е.В., Саликова С.И., Естина О.М.</i> .....	273
ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА <i>Шишкова-Лаврус М.В., Бажуткина М.А., Мусина А.В., Белова Т.Н., Борисов К.А., Бабий Л.И.</i> .....	275
ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2012-2017 ГГ. <i>Шмелева Л.В., Митина К.А.</i> .....	276
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Ямщикова Т.Ю., Столов С.В., Самсонова Т.И., Грачева Е.В., Макарова О.В., Углева Е.М.</i> .....	278

# I ЧАСТЬ

## ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МСЭ И СОВРЕМЕННОСТЬ

### **ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО БЮРО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Бакштановская Е.О., Кузнецова Е.Ю.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск

Формирование специализированной травматологической врачебно-трудовой комиссии (далее ВТЭК) началось с 1968 года под руководством Главного эксперта по врачебно-трудовой экспертизе (далее ВТЭ) Музы Михайловны Тимофеевой на базе Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, возглавляемого в те годы травматологом-ортопедом доктором медицинских наук профессором Базилевской Зоей Васильевной. Председателем комиссии стал травматолог Валерий Георгиевич Давыдов.

В 1971 г., после окончания Иркутского государственного медицинского института, в травматологическую ВТЭК г. Иркутска пришла на работу Людмила Генриховна Гаркуша. Благодаря своим знаниям, организаторским способностям, через три года после окончания клинической ординатуры на базе Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов в г. Москве, Гаркуша Л.Г. была назначена на должность председателя травматологической ВТЭК.

В 1975 году травматологическая ВТЭК была преобразована в Областную травматологическую ВТЭК. Для выполнения поставленных правительством задач по восстановлению трудоспособности пострадавших от несчастных случаев на производстве в лесной и алюминиевой промышленности на базе института травматологии и ортопедии были развернуты «экспертные койки». Комиссия ВТЭК работала в тесном контакте с ведущими травматологами области: Лубенцом Борисом Сергеевичем, Шапурмой Дмитрием Георгиевичем, Коршуновым Александром Васильевичем, Хасиевым Борисом Геннадьевичем. Совместно проводились разборы сложных случаев по медицинской реабилитации инвалидов. Большое внимание уделялось профилактике первичной инвалидности вследствие посттравматического остеомиелита опорно-двигательного аппарата. Специалисты комиссии состояли в Областном обществе травматологов. Л.Г. Гаркуша долгое время являлась заместителем председателя данного общества.

С 1978 года Иркутская область стала всероссийской базой передового опыта по реабилитации инвалидов с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, по разработке первых в стране индивидуальных программ реабилитации инвалидов, в дальнейшем ставших обязательными при установлении группы инвалидности. Рекомендации научных исследований, проводимых в бюро специалистами и руководителем, касающиеся анализа инвалидности в Иркутской области, её причин, вопросов комплексной реабилитации, применяются в практической работе до настоящего времени.

Поскольку травматологическое бюро было единственным на всю область, то специалистам для освидетельствования граждан с последствиями травм, приходилось выезжать в города и районы Иркутской области, чтобы приблизить врачебно-трудовую, а позже и медико-социальную экспертизу, к населению. В то время учреждение не располагало своим автотранспортом, поэтому приходилось добираться электричками или транспортом лечебных учреждений в условиях, не предназначенных для дальних поездок. Все документы для освидетельствования переносились вручную членами комиссии. На выездных заседаниях освидетельствовало до 70 человек в день. Очень часто условия, предоставляемые на выездных заседаниях для работы и проживания, не отвечали должным требованиям.

В состав комиссии с момента ее создания, кроме председателя, входили специалисты травматолог и невролог, старшая медицинская сестра и медицинский регистратор. Долгое время в бюро проработали: врач невролог Габриелян Стелла Эльмировна, старшая медицинская сестра Мощенская Тамара Александровна, медицинский регистратор Росьянская Виталия Дмитриевна. С 1976 года по настоящее время в бюро работает травматолог Гришин Михаил Павлович. В 1998 году в штатное расписание травматологического бюро были введены должности терапевта, специалиста по социальной работе, и психолога. Терапевтом в составе бюро стала Бакштановская Елена Олеговна, психологом — Шарланова Ирина Валерьевна, специалистом по социальной работе — Черкасова Елена Владимировна.

01.01.2003 травматологическое бюро преобразовано в специализированный травматологический IV экспертный состав Главного бюро МСЭ, руководителем которого стала Гаркуша Людмила Генриховна.

Задачей данного экспертного состава стало освидетельствование граждан с последствиями бытовых и производственных травм в порядке консультации, обжалования и контроля всей Иркутской области. В этот период IV экспертный состав Главного бюро МСЭ совершал командировки в отдаленные районы Иркутской области.

Большое внимание в работе бюро и экспертного состава всегда уделялось научной и методической работе, а также воспитанию кадров. Постоянно повышая свою квалификацию, Л.Г.Гаркуша сама стремилась повысить свой профессиональный уровень, как специалиста и руководителя и способствовала повышению квалификации своих сотрудников.

В мае 2003 Гаркуша Л.Г. была назначена начальником областного государственного учреждения «Государственная служба медико-социальной экспертизы Иркутской области», а с января 2005 г.– руководителем федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области». На основе накопленного опыта и собранных статистических материалов, в июне 2004 г. Людмила Генриховна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Комплексная медико-социальная реабилитация инвалидов с последствиями травм опорно-двигательного аппарата», ею были изданы методические рекомендации по МСЭ и реабилитации инвалидов и монография «Травматизм и инвалидность по последствиям травм в Иркутской области. Вопросы реабилитации пострадавших».

На должность руководителя IV экспертного состава Главного бюро МСЭ в 2003 г. назначена Габриелян Стелла Эльмировна. В этом же году в состав комиссии пришла Денисова Зоя Глебовна, врач с большим практическим стажем в травматологии. В 2007 г. руководителем IV экспертного состава Главного бюро МСЭ стала Кузнецова Екатерина Юрьевна.

В феврале 2008 г. IV экспертный состав Главного бюро МСЭ упразднен и переименован в бюро №27 – филиал общего профиля. Руководителем назначена Кузнецова Е.Ю. С этого же времени началось оснащение бюро оргтехникой, специалисты начали овладевать навыками работы на компьютере.

С 2011 года повысились требования к составлению программ реабилитации инвалида и в состав комиссии вошел специалист по реабилитации – Шантарина Лариса Геннадьевна. Индивидуальные программы реабилитации стали разрабатываться каждому инвалиду. С 2011 по 2017 гг. бюро возглавляли попеременно Бакштановская Е.О. и Денисова З.Г.

С 2015 года бюро № 27 располагается на втором этаже в новом арендуемом здании в центральном районе областного центра с удобной транспортной развязкой вместе с администрацией, экспертными составами и другими бюро. Для граждан созданы все условия по предоставлению государственной услуги. В настоящее время зона обслуживания бюро № 27 взрослое население г. Иркутска и Иркутского района, Ангарского



и Шелеховского МО, в том числе с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, освидетельствование лиц, осужденных к лишению свободы. Для предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы специалисты бюро проводят освидетельствования на основной базе, выезжают на дом или в стационар, где пребывает освидетельствуемый гражданин, два раза в месяц проводят выездные заседания в г. Ангарске больницу № 1 ФКУЗ МСЧ-38 ФСИН России. На выездные заседания администрацией учреждения предоставляется служебный автотранспорт. Освидетельствование проводится с использованием мобильных автоматизированных рабочих мест.

В настоящее время бюро оснащено всем необходимым оборудованием. В составе бюро работают квалифицированные специалисты. В бюро № 27 — филиале ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России бережно хранят традиции, заложенные его основателями, продолжается методическая и аналитическая работа, тесное сотрудничество с медицинскими организациями, постоянное повышение профессионального уровня и качества медико-социальной экспертизы.

### **ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ**

**Билан Н.В., Маланчук С.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» Минтруда России

Согласно Конституции Российской Федерации, наша страна является социальным государством, в связи с чем, приоритетом социальной политики объявлена социальная защита граждан.

А что собой представляет эта социальная защита населения со стороны государства, кого в первую очередь следует защищать и для чего? В эту категорию смело можно выделить такую группу людей, как инвалиды, которым необходима действенная помощь со стороны государственных учреждений.

Одним из таких учреждений является учреждение медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза прошла сложный и длительный путь становления, и развития, и на сегодняшний день представляет собой социально значимую отрасль научных знаний и практической деятельности, успешно реализуя государственную политику в области социальной защиты инвалидов.

По данным архивных документов, к сожалению скудных, история врачебно-трудоустройственной экспертизы Ханты-Мансийского автономного округа - Югры ведёт своё начало с 1935 года. Тогда больные и инвалиды автономного округа освидетельствовались в столице округа г.Остяко-Вогульске, так раньше назывался нынешний г.Ханты-Мансийск.

Трудно описать в те годы всю работу по округу, охватывающему громадную территорию при разнообразии национального населения: остяки (ханты), вогулы (манси), зыряне и пришлое население (раскулаченные). Округ, находящийся под эксплуатацией иностранного капитала, пробуждался от вековой спячки. Культура была на самом низком уровне, предрассудки, веками вкоренившиеся в быт населения, завшивленность при отсутствии бань, поголовная неграмотность.

Лекарями были в основном шаманы, которые под звуки бубна бешеными движениями отгоняли от больных нечистую силу, виновницу всяких болезней. Трудность работы еще заключалась в том, что медики не знали местный язык, приходилось работать через переводчика. Попытка изучить местный язык не увенчивалась успехом, наречий так много, что сами ханты и манси разных районов не понимали друг друга. Медицинские работники проезжали на оленях много сотен километров, останавливались в каждой юрте, стоящей друг от друга на десятки километров. Врачи констатировали высокую заболеваемость, особенно среди детей грудного возраста, в результате бескультурья, предрассудков, отсутствия гигиены.

Преобладающими заболеваниями были трахома, парша, болезни раннего детского возраста. Заболевание туберкулезом охватывало от 7 % до 13 % населения.

Но время не стоит на месте до 1958 года в округе работало 4 врачебно-трудоустройственных комиссии – окружная, Берёзовская, Сургутская, Кондинская. В состав некоторых комиссий кроме терапевта, хирурга входили врач-гинеколог, зубной врач. Все они работали по совместительству.

Неоднократная реорганизация службы медико-социальной экспертизы России напрямую касалась и преобразований медико-социальной экспертизы автономного округа.

Так, решением исполкома областного совета депутатов трудящихся от 26.04.1958 г. № 199 «О повышении качества врачебно-трудовой экспертизы в области» предложено реорганизовать районные комиссии и организовать две комиссии: окружную и городскую с центром в г.Ханты-Мансийске. Результатом этого доступность экспертного обслуживания населения была очень затруднена. Больные люди по полгода не могли освидетельствоваться, им приходилось сотни километров пешком добираться до окружного центра, продавая с себя последние вещи. Понимая всю сложность положения, председатель Ханты-Мансийского исполкома вышел с предложением вновь организовать районные комиссии в интересах больных и инвалидов.

К созданным вновь врачебно-трудовым экспертным комиссиям в городах Сургуте, Ханты-Мансийске, Нижневартовске, Советском в 1993 году приступили к работе комиссии в г.Нефтеюганске, г.Урае, г.Белоярском, г.Мегионе, г.Радужном.

С 1993 года экспертная служба стала полностью самостоятельной, приобретя статус окружного значения. Причины её создания общеизвестны - максимально приблизить экспертизу к населению. В этот же период в целях повышения качества врачебно-трудовой экспертизы особое внимание было обращено на организацию выездных заседаний ВТЭК в отдаленные и труднодоступные районы округа.

Направление на ВТЭК

1. Ф. И. О. больного Хохлова Парасовья Датиловича
2. Год рождения 1904
3. Адрес больного И-Вартовск Первомайская 53.
4. Пенсионер III гр.
5. Место работы —
6. Адрес места работы —
7. Профессия —
8. Должность —
9. Наименование учреждения, направившего больного Итине. Вартовская рай. больница поликли. отд.
10. Под наблюдением направляющего лечебного учреждения с 16 марта 1954г.
11. Услерия направляющего заболела (начало, развитие, течение, дабы обследования, проведенные <sup>лечебно-</sup>предпринятые) заболела в 45г. и с 45 года находится на пенсии по поводу гипертонической б-ни I-II ст. и хронич. воспалит. крестцового радикулита.
12. Не работает по болезни за последние 6 мес. зав:

С какого по какому <sup>число</sup> <sub>месяца</sub>	Название болезни
с 1945г.	Гипертоническая б-нь II ст.

13. Изменение профессии или условий работы за последние 20г.



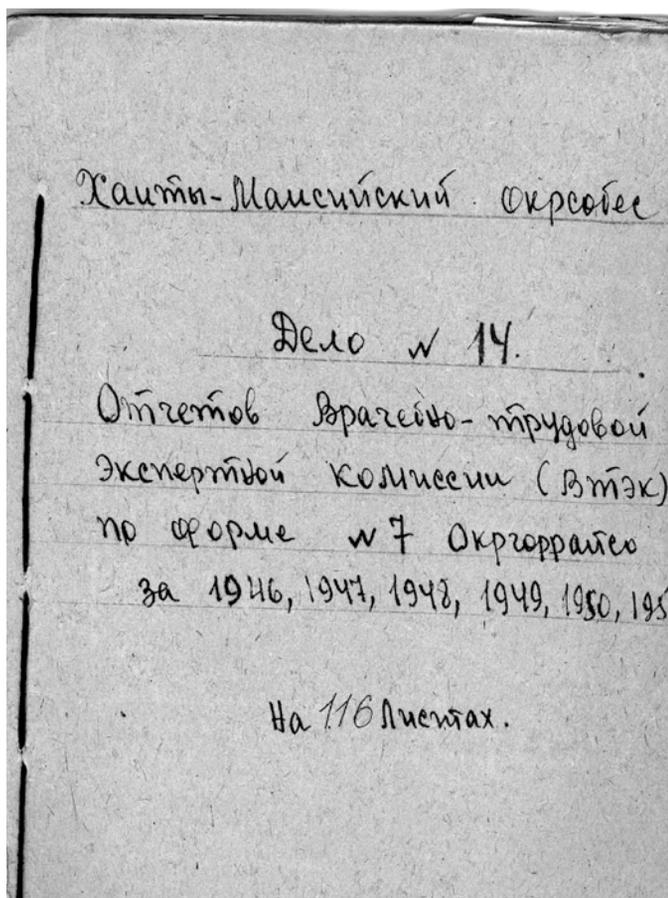
В 1998 г. с целью единообразного подхода к применению нормативных документов по установлению инвалидности в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы было передано освидетельствование детского населения, которое ранее осуществлялось в лечебно - профилактических учреждениях. В округе было создано одно педиатрическое бюро медико-социальной экспертизы в г.Сургуте и должность педиатра введена в состав всех бюро МСЭ.

Внесенные в 2004 году изменения в Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» определили функции и полномочия федерального центра и субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов. Учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы реорганизуются в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы. В соответствии с распоряжением Правительства от 16.12.2004 г. №1646-р создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре». Приказом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ утверждён Устав учреждения. С марта 2007 года и по настоящее время учреждение возглавляет Билан Наталья Владимировна.

Согласно распоряжению Правительства РФ от 08.12.2010 г. № 2194-р путем изменения типа существующего федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» (г. Ханты-Мансийск) было создано федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» (г. Ханты-Мансийск).

На основании распоряжения Правительства РФ от 14.07. 2012 г. № 1270-р федеральные казенные учреждения медико-социальной экспертизы, в том числе и Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» отнесено к ведению Минтруда России.

Функции, возложенные на учреждение медико-социальной экспертизы автономного округа по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы граждан, осуществляют 15 бюро смешанного профиля и 1 бюро для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет. Главное бюро представлено 2-мя экспертными составами. Ежегодно в бюро и экспертных составах учреждения проходят освидетельствование около 20 тысяч граждан, из них около 5 тысяч детей.



**О Т Ч Е Т**

врачебно-трудовой экспертной комис-  
сии за 1- квартал 1946 г.  
Область (край) АССР Бюро мед. освидетельств.  
Раздел 1: Освидетельствование на пред-  
мет установления инвалидно-  
сти впервые.

Категория осви- детельствованных	Все го осви- дет.	Из них:			
		Призн. инв.			Иных лиц или не призн.
		1 гр.	II гр.	III гр.	
Рабоч. и служащ.	134	7	57	56	20
Военнослужащие	175	3	64	71	17
Члены семей военнослужащ.	51	1	39	9	9
Прочие лица	97	2	51	33	9
<b>Итого:</b>	<b>457</b>	<b>13</b>	<b>211</b>	<b>169</b>	<b>64</b>

На сегодняшний день штатная численность составляет 272 единицы. Коллектив учреждения представлен высококвалифицированными специалистами, посвятившими себя благородному делу – помощи людям, нуждающимся в поддержке государства.

Среди врачей 55 % имеют высшую и первую квалификационные категории. В бюро и экспертных составах совместно с врачами-экспертами работают специалисты по реабилитации, психологи.

Сегодня в числе приоритетов службы также привлечение в службу молодых, грамотных и болеющих за свое дело специалистов.

Прошли десятилетия. За время прошедшее со дня создания первых врачебно-трудовых экспертных комиссий ситуация в медико-социальной экспертизе в значительной степени изменилась в лучшую сторону, повышен статус учреждений медико-социальной экспертизы, улучшилось их финансирование и материально-техническое оснащение учреждений. Отсутствует очередь на освидетельствование. Выполняя задачи по определению потребности инвалидов в реабилитационных мероприятиях, технических средствах реабилитации и услугах при разработке индивидуальных программ реабилитации и оценке эффективности их реализации учреждения медико-социальной экспертизы тесно взаимодействуют с медицинскими учреждениями, службой занятости населения, региональным отделением Фонда социального страхования, протезно-ортопедическими предприятиями, общественными организациями инвалидов и другими заинтересованными службами.

В настоящее время главное бюро оснащено специальным оборудованием, позволяющим проводить функциональную оценку, диагностику нарушений опорно-двигательного аппарата, тестирование различных видов сенсорных, психических нарушений. Результаты, полученные при обследовании на высокотехнологичном оборудовании, составляют основу для оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза пациентов и имеют не только экспертную, но и реабилитационную направленность.

Во всех возрастных группах населения показатель уровня первичной инвалидности в автономном округе ниже, чем в Российской Федерации и Уральском федеральном округе.

С 2017 года при Федеральном казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации создан Общественный совет, который является коллегиальным совещательным органом, образованным в целях независимой оценки доступности государственной услуги по медико-социальной экспертизе, обеспечения согласования и учета общественно значимых интересов граждан с инвалидностью и общественных объединений инвалидов, а также рассмотрения обращений граждан по вопросам качества оказания государственной услуги, соблюдения специалистами учреждения принципов этики и деонтологии при общении с гражданами. В состав Общественного совета входят региональные общественные деятели, представители правозащитных организаций, общественных организаций инвалидов, Уполномоченный по правам ребенка и др.

Преобразования в службе медико-социальной экспертизы в разные периоды многолетней истории были обусловлены требованиями времени, однако основная деятельность службы медико-социальной экспертизы Югры всегда оставалась неизменной: оказание своевременной, качественной и максимально доступной медико-социальной экспертной и реабилитационной помощи населению автономного округа.

### **МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТНОГО СОСТАВА ГБ МСЭ**

**Демидович Т.Г., Сенько Е.В., Гаркуша Л.Г.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России

Традиция эффективного взаимодействия учреждений здравоохранения, последипломного образования врачей и медико-социальной экспертизы сформирована в 80-е годы под руководством главного эксперта по ВТЭ Иркутской области Музы Михайловны Тимофеевой, заведующего кафедрой психиатрии ИГИУВа (ныне ГБОУ ДПО ИГМАПО, филиал РМАНПО) профессора Александра Сергеевича Боброва (в течение многих лет – сотрудник психиатрического отделения ЦИЭТИН), ректора-основателя ИГИУВа (организован в 1979 г.), заведующего кафедрой нервных болезней, профессора Евгения Михайловича Бурцева.

Совместная работа Областной ВТЭК (Главного бюро МСЭ по Иркутской области) с учреждениями здравоохранения и кафедрами ИГМАПО позволила выполнить междисциплинарное научное исследование по комплексному клинико-катамнестическому, неврологическому, психиатрическому и экспериментально-психологическому обследованию, лечению и освидетельствованию бывших фронтовиков (УВОВ), перенесших в годы Великой Отечественной войны закрытую легкую или среднетяжелую черепно-мозговую травму, преимущественно при контузии взрывной волной. Результаты работы были обобщены в монографиях, диссертационных исследованиях. Вопросам врачебно-трудовой экспертизы посвящена отдельная глава в монографии Е.М. Бурцева, А.С. Боброва «Отдалённый период военной черепно-мозговой травмы» (1986). Показано значение нервно-психических расстройств в оценке трудоспособности бывших военнослужащих, УВОВ, рассмотрены вопросы установления причины инвалидности. Для врачей-неврологов и психиатров лечебной сети и ВТЭК издано информационное письмо – «Нервно-психические нарушения и экспертиза трудоспособности в отдалённом периоде военной закрытой черепно-мозговой травмы» (составители: Е.М. Бурцев, А.С. Бобров, М.М. Тимофеева, О.Г. Максимов с соавторами. – Иркутск, 1986. – 27 с). Опыт совместной работы органов социального обеспечения (ВТЭК) и Иркутского института усовершенствования врачей Минздрава СССР по социальному и медицинскому обслуживанию ветеранов Великой Отечественной войны, перенесших травму черепа на фронте, был представлен в докладе заведующего Иркутским областным отделом социального обеспечения Г.А. Константинова на конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и экспертизы трудоспособности в отдалённом периоде военной черепно-мозговой травмы» (г. Иркутск, 19.02–21.02.1985), посвященной 40-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне.

Существенным недостатком обследования бывших фронтовиков, перенесшие военную травму, в общемедицинской сети (территориальных поликлиниках), являлась недооценка характера и степени выраженности психических расстройств и их роли в прогрессивном ухудшении состояния здоровья, служившим основанием для направления на ВТЭ. Лишь менее 1/3, нередко однократно, направлялись районными ВТЭК в психоневрологический диспансер с целью диагностической консультации.

В качестве базы для проведения комплексного стационарного обследования, лечения и оформления документов для освидетельствования бывших фронтовиков (УВОВ), перенесших военную черепно-мозговую травму, было выбрано отделение пограничных состояний Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1 – клинической базы кафедры психиатрии ИГИУВа. Все бывшие фронтовики направлялись на обследование Областной ВТЭК. Подобная организационная форма обеспечивала полноту данных комплексного обследования с дифференцированной клинической оценкой, проведением патогенетически обоснованной терапии (на этапе стационарного проведения полного объема лечебно-реабилитационных мероприятий), возможностью определения эффективности, что явилось одним из важных условий повышения качества врачебно-трудовой экспертизы.

В результате практика проведения дополнительного обследования в отделение пограничных состояний освидетельствуемых, направленных на ВТЭ медицинскими организациями общемедицинской сети с наличием очевидно дезадаптирующих психических расстройств, была признана вполне оправданной.

Впоследствии взаимодействие областной ВТЭК с медицинскими организациями психиатрической службы с проведением стационарного обследования в отделении пограничных состояний было реализовано при комплексном обследовании, лечении и проведении медико-социальной экспертизы крупных контингентов граждан, проблемы здоровья и трудоспособности которых имели большой социальный и общественный резонанс, – участников военных действий, жертв масштабных катастроф:

- участников боевых действий – Республика Афганистан, участники наведения конституционного порядка в Северо-Кавказском регионе;
- участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС;
- участников тушения пожара на заводе «Иркутсккабель» (г. Шелехов, 25.12.1992), поражающий фактор – воздействие длительной ингаляционной полиинтоксикации.

Третий экспертный состав ГБ МСЭ по Иркутской области организован в 1986 г. С 1996 г. руководителем экспертного состава является Т.Г. Демидович (с 1982 участвовала в комплексном обследовании).

В течение многих лет кругом интересов Третьего экспертного состава являлась реализация принципа целостного подхода в экспертно-реабилитационной диагностике с выявлением дезадаптирующих нервно-психических расстройств (преимущественно непсихотического уровня), в то время как медицинскими организациями направления на МСЭ формировались с сомато-неврологической патологией. Многолетняя курация

двух бюро психиатрического профиля обогатила Третий экспертный состав опытом медико-социальной экспертизы больных с психическими расстройствами, расширила понимание специалистами существенных отличий медико-социальной экспертизы психических расстройств от общесоматической патологии. Различия выражаются в специфических проявлениях дезадаптации, критериях оценки ее уровня, в диссоциации между относительно умеренно выраженными нарушениями и выраженной дезадаптацией или, наоборот, между выраженными психическими нарушениями и достаточно сохранной социальной адаптацией.

С учетом приверженности Третьего экспертного состава соматопсихиатрическому направлению в практике медико-социальной экспертизы, главным экспертом по медико-социальной экспертизе Иркутской области Людмилой Генриховной Гаркуша (с 2003 г.) определена целесообразность привлечения к работе в Третий экспертный состав ГБ МСЭ психиатра, сотрудника кафедры психиатрии ИГМАПО Е.В. Сенько. Как показал процесс совместной работы, потребовалось длительное обучение приглашенного психиатра пониманию задач и логики медико-социальной экспертизы.

В результате проведения экспертно-реабилитационной диагностики в Третьем экспертном составе совместно с психиатром впервые формулировался предварительный полный клинико-экспертный диагноз, отражающий мнение специалистов о нозологии нервно-психического расстройства, виде и степени выраженности дезадаптирующих психопатологических синдромов.

Все освидетельствованные экспертным составом с выявленными психическими расстройствами информировались специалистами состава о показаниях для обращения в психиатрическую службу, динамического наблюдения психиатром по направлению медицинской организации. В рамках программы дополнительного обследования освидетельствованные направлялись в психиатрический стационар (отделение пограничных состояний; стационар дневного пребывания). Базой стационарного обследования длительно являлась Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1. Освидетельствуемые Третьим экспертным составом Главного бюро МСЭ консультировались кафедрой психиатрии ИГИУВа (в период 1982–2016 гг. штатным консультантом-психиатром являлся заведующий кафедрой психиатрии ИГМАПО, профессор А.С. Бобров).

С течением времени в межведомственное взаимодействие с ГБ МСЭ включились областные психиатрические диспансеры и больницы, расположенные в крупных городах и районных центрах области. План обследования включает получение заключения консультанта-психиатра Главного бюро МСЭ, главного психиатра Министерства здравоохранения Иркутской области. Осуществляется обмен информацией со специалистами отделения (ОПС) и областного психоневрологического диспансера.

В результате выявляются стойкие нарушения психических функций вследствие органических психических расстройств, нозогенного невротического и патологического ипохондрического развития личности, их коморбидных сочетаний. Подобная тактика позволяет диагностировать истинную (преобладающую) дезадаптирующую патологию, назначать адекватную терапию, квалифицированно проводить медико-социальную экспертизу с определением порядка дальнейшего освидетельствования.

По результатам новой медико-социальной экспертизы в Бюро МСЭ (на основании вновь представленного направления на МСЭ) психиатрического и смешанного профиля освидетельствуемому решается расширенный комплекс социальных и реабилитационных проблем, в том числе на основании установления определяющей категории ограничения жизнедеятельности – ограничения способности контролировать свое поведение.

Развитие помощи лицам с непсихотическими и неразвернутыми формами психических расстройств имеет существенный профилактический потенциал, позволяет предотвратить развитие более сложных, тяжелых и инвалидизирующих форм психических расстройств (В.Н. Краснов, 2013). Известно, что поиск и внедрение в практику здравоохранения «организационных форм малой психиатрии» продолжается не одно десятилетие (цит. по Э.Я. Штернбергу, 1980). В современной отечественной литературе отчетливо обозначено, что проблема оказания психиатрической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами в первичном звене здравоохранения остается нерешенной в течение длительного времени (В.Н. Краснов, 2013). В силу ряда организационных, образовательных и иных причин возможности оказания психиатрической помощи пациентам с психическими нарушениями в условиях первичного звена здравоохранения в значительной степени ограничены. Взаимодействие между психиатрической службой и первичным звеном здравоохранения требует серьезного усовершенствования. Масштаб проблемы иллюстрируют данные, приведенные В.Н. Красновым (с соавт. 2013): пациенты с психическими расстройствами, включая сопутствующие расстройства при соматических заболеваниях, составляют не менее 10% населения, то есть

примерно 14,5 миллионов человек. В психиатрические диспансеры обращаются примерно 3,83 миллионов пациентов. Более 10 миллионов человек с непсихотическими психическими расстройствами оказываются вне психиатрической службы и не получают адекватной помощи.

В сложившейся ситуации выявление при проведении медико-социальной экспертизы дезадаптирующих психических расстройств, приводящих к стойкому нарушению психических функций и инвалидности у пациентов, направленных на МСЭ с соматоневрологической патологией, становится является важнейшим элементом межпрофессионального и межведомственного взаимодействия (в определении В.Н. Краснова), требует продолжения и развития.

#### **Список литературы:**

Войтенко, Р.М. Социальная психиатрия и экспертная психология /Р.М. Войтенко//. - Екатеринбург: «Тезис», 2006. – 368 с.

Киндрас, Г.П. Медико-социальная экспертиза /Г.П. Киндрас // Психиатрия: руководство для врачей. В двух томах / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. – Т.1. С. 390 – 407.

Козырев, В.Н. Сравнительная характеристика психической патологии, наблюдающейся у больных территориальной поликлиники и психоневрологических диспансеров /В.Н. Козырев, А.Б. Смулевич //Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова - 1982 год. - Т.82. В.8. - С. 58 – 63.

Краснов, В.Н. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина//Социальная и клиническая психиатрия -2013 год. – Т.23. № 4. – С. 5 – 13.

Бурцев, Е.М. Отдалённый период военной черепно-мозговой травмы / Е.М. Бурцев, А.С. Бобров// - М.: Медицина, 1986. – 208 с.

Бурцев, Е.М. Нервно-психические нарушения и экспертиза трудоспособности в отдалённом периоде военной закрытой черепно-мозговой травмы / Е.М. Бурцев, А.С. Бобров, М.М. Тимофеева, О.Г. Максимов с соавторами // Информационное письмо. – Иркутск, 1986. – 27 с.

## **ОЧЕРК ПО ИСТОРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Драч Д.А., Трёкин С.В., Шишкова-Лаврусь М.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

**Резюме.** Представлено формирование врачебно-трудовой экспертизы в Самарской области и её реорганизация в медико-социальную экспертизу за период со второй половины XIX века до сегодняшнего дня. Изложены сведения о конкретных специалистах Областной ВТЭК, а затем Главного бюро МСЭ, непосредственно принимавших участие в реформах и реорганизаций службы в разные годы. Описана структура ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России в настоящее время. Указаны результаты реализации проекта по созданию на базе Главного бюро МСЭ по Самарской области Ресурсного центра по оказанию государственных услуг инвалидам. Представлены новые формы и методы работы Общественного совета при учреждении.

В 2018 году исполнится 100 лет государственной службе медико-социальной экспертизы России. Бюро врачебной экспертизы, врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) и бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) за вековую историю внесли существенный вклад в дело социальной защиты и реабилитации инвалидов.

Однако история общественного и частного призрения в Самарской области берёт своё начало со второй половины XIX века, когда в России начался период грандиозных преобразований жизни государства.

После отмены крепостного права последовали либеральные реформы в социальной, экономической и культурной сферах общества. Согласно статистическим данным, до реформы 1861 года в Самарской губернии проживало 1 732 000 человек, из них 63 000 – в городах. На 15 000 тысяч жителей Самары приходилась аптека и больница с одним врачом. Но уже в 1855 году в Самаре открывается первый детский приют. В 1858 году под Самарой доктором Нестором Васильевичем Постниковым открыто первое в Европе специализированное медицинское учреждение с кумысолечебницей для лечения больных туберкулёзом. В 1860 году по инициативе Самарского губернатора Адама Антоновича Арцимовича за Малоканским садом (ныне между улицами Первомайской и Невской) на частные пожертвования появился первый дом для «душевнобольных»

из двух летних барачков для их изоляции. Эти бараки существовали до открытия психиатрической больницы в Томашевом колке в 1888 году. В 1875 году была построена Губернская земская больница, представляющая собой 15 одноэтажных деревянных домов и 4 двухэтажных каменных. Земские учреждения оказывали медико-благотворительную помощь больным и раненым, их семьям, детям-сиротам.

Дополнительным источником финансирования были пожертвования частных лиц и общественных организаций. Начиная с 1890 года благотворительность в Самаре стала обязательной для земства. В 1893 году самарский купец 1-ой гильдии, коммерции Советник Антон Николаевич Шихобалов основал богадельню, затратив на неё 30 000 рублей. Позже он открыл и другие богоугодные заведения и учреждения, за что был удостоен звания «Почётный гражданин города Самара» и ему был поставлен бронзовый бюст на высоком гранитном пьедестале в Покровском сквере, рядом с Покровской церковью.

В 1909 году по сведениям Врачебного отделения Самарского губернского правления в Самарской области было 30 богаделен. Кроме того, в селе Орловском работало убежище для глухонемых с 26 призреваемых. А в Самаре на средства Почётного гражданина города Самара, купца 1-ой гильдии Семёна Илларионовича Аржанова содержался приют для бедных, в котором призревались 102 семейства. Кроме богаделен для престарелых, в Самарской губернии были благотворительные заведения для малолетних. К их числу относились приюты ведомства учреждений императрицы Марии (в Самара, Бугульме, Екатериновке и Старом Буяне Самарского уезда). В Самаре работали: Николаевский сиротский дом, содержавшийся городом; Мариинский дом призрения сирот-воинов, обеспечивавшейся Обществом попечения о бедных; училище для слепых; детские приюты трудолюбия; ясли; Самарское местное управление российского общества Красного Креста, председателем которого с 1906 года был Самарский губернатор Владимир Васильевич Якунин. Также он возглавлял Самарское Губернское попечительство о детских приютах, губернский комитет по призрению детей, отцы которых погибли в русско-японскую войну. В феврале 1911 года Губернская дума присвоила ему звание Почетного гражданина города Самара.

Теоретические основы врачебно-трудовой экспертизы были заложены выдающимися российскими учеными. Николай Иванович Пирогов, отечественный хирург, ещё в 1858 году предложил для раненых трехразрядную оценку инвалидности в зависимости от возможности участия в трудовой деятельности. Под давлением прогрессивных отечественных сил в 80-е годы XIX века в Санкт-Петербурге была создана специальная комиссия для выработки официальных правил и положений, касающихся ответственности капиталистов за обеспечение пострадавших на производстве. Определенную роль в возникновении элементов врачебной экспертизы трудоспособности сыграл закон, опубликованный 2 июня 1908 года и послуживший основанием для разработки «Правил для определения ослабления или утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», и который положил начало организации с 1908 года консультационных бюро врачей, явившихся первыми в России специальными экспертными учреждениями. Инициатором создания таких бюро был фабричный инспектор И. Ф. Кухта и врач С. С. Налбандов. Первое бюро было создано в Одессе при лечебнице клинических врачей. Бюро было совершенно независимо от рабочих и предпринимателей и занималось освидетельствованием рабочих, получивших травмы в результате несчастных случаев. В 1910 году консультационное бюро врачей было создано в Самаре. В состав бюро входило 5 врачей-специалистов: терапевт, хирург, невролог, отоларинголог, офтальмолог, «городовой» врач, эксперт-техник. Кроме того, врачи губернской больницы, на базе которой располагалось бюро, оказывали необходимую помощь, при этом использовались лабораторные методы и рентген-диагностика.

Законом от 25 июля 1912 г. «О призрении низших воинских чинов» была введена пятиразрядная классификация инвалидности, основанная на степени утраты трудоспособности военнослужащего. Этот закон позволил значительно улучшить обеспечение солдат, ставших инвалидами вследствие ран или болезней, полученных в период прохождения военной службы, которым были четко определены размеры пенсий, значительно превышающих сумму прежних пособий - небольших и произвольно назначаемых из разных источников. Был устранён произвол при назначении пенсий, заметно упрощён порядок их выдачи. Согласно закону, пенсии получали все пострадавшие независимо от доходов (ранее претендовать на пособия могли лишь лица, не имеющие средств); были также установлены определённые, причем привязанные к цене продуктов (защищённые от инфляции), выплаты семьям мобилизованных солдат.

В первые месяцы революции 1917 года пенсионирование трудящихся осуществлялось различными ведомствами. С июля 1918 года оно сосредоточилось в отделах социального обеспечения, подчинявшихся к наркомату общественного призрения. Декретом Совета Народных Комиссаров (СНК) РСФСР 27 апреля 1918 года он был переименован в Комиссариат социального обеспечения.

31 октября 1918 года Совет Народных Комиссаров РСФСР утвердил «Положение о социальном обеспечении трудящихся», согласно которому государственная материальная помощь в случае стойкой утраты трудоспособности предоставлялась всем работникам, и при страховых кассах были организованы бюро врачебной экспертизы (три врача-специалиста, представители профсоюзной организации и страховой кассы).

Николай Абрамович Вигдорчик, врач, автор трудов по вопросам социального страхования и профессиональной гигиены по поручению Народного комиссара социального обеспечения РСФСР Н.А. Милютин в 1921 г. разработал классификацию стойкой нетрудоспособности («рациональная классификация инвалидности»), включавшую шесть групп инвалидности (утверждена Декретом СНК РСФСР от 08.12.1921 «О социальном обеспечении инвалидов»). Значительное внимание уделялось мерам по восстановлению трудоспособности и возвращению инвалидов к труду посредством профессионального обучения и трудоустройства.

Врачебно-экспертные комиссии, в соответствии с Постановлением СНК РСФСР от 31 января 1930 «О врачебно-экспертных комиссиях», первоначально организовывались Народным комиссариатом здравоохранения, однако, Постановлением СНК РСФСР от 13 августа 1932 «Об отмене Положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях», экспертиза трудоспособности была передана в ведение Народного комиссариата труда (соцстраха).

Постановление Всероссийского центрального исполнительного комитета СНК РСФСР от 7 октября 1937 г. № 997 «Об утверждении положения о Народном Комиссариате Социального Обеспечения РСФСР» послужило основанием для формирования в структуре Народного комиссариата социального обеспечения РСФСР отдела врачебно-трудовой экспертизы в составе Главного Управления трудового устройства и производственного обучения инвалидов.

Специальные научно-исследовательские учреждения для комплексного решения проблем врачебно-трудовой экспертизы и трудоустройства инвалидов в соответствии с Постановлением ЦК ВКП (б) от 28 сентября 1929 г. были созданы в начале 30-х годов прошлого столетия в Москве (ЦИЭТИН) и Санкт-Петербурге (ЛИЭТИН). Позднее, в 1979 г., организован Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Эти учреждения послужили базой для плодотворной деятельности таких ученых, как Сергей Никифорович Пузин, Джульетта Ивановна Лаврова, Лидия Павловна Гришина, Елена Соломоновна Либман (Москва), Михаил Израилевич Разумовский, Игорь Владимирович Шведовченко (Санкт-Петербург), Лев Владимирович Сытин (Новокузнецк) и других специалистов, заложивших научные и методологические основы медико-социальной экспертизы. Итогом их деятельности стало введение в 2004 г. новой научной специальности «медико-социальная экспертиза и реабилитация».

Для повышения квалификации специалистов ВТЭК в 1960 г. был создан Ленинградский институт усовершенствования врачей-экспертов (ЛИУВЭК, сейчас - ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России). Большая работа по вопросам применения новых подходов и критериев к установлению инвалидности, освидетельствованию детей, а также формированию индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов проведена профессорско-преподавательским составом института под руководством ректоров Павла Алексеевича Маккавейского, Михаила Васильевича Коробова, Виктора Григорьевича Помникова. Значительный вклад в разработку современной теории и методологии организационных и правовых вопросов медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов внес Анатолий Иванович Осадчих - ученый, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАЕН.

Информация о становлении государственной службы медико-социальной экспертизы в Самарской области в довоенные годы в архивах практически не сохранилась. Первое упоминание об экспертизе трудоспособности в Самарской области приходится на годы Великой Отечественной войны - к концу октября 1941 г. в Куйбышеве и области насчитывалось 27 эвакуационных госпиталя, рассчитанных на 7350 коек, которые стали базой для работы специалистов врачебно-трудовой экспертной комиссии. В годы войны в Куйбышеве была сформирована Областная ВТЭК, которую возглавлял Георгий Михайлович Епанешников, старшей медицинской сестрой работала Надежда Васильевна Баландина. Врачи-эксперты были совместителями из врачей госпиталей. ВТЭ военного времени приобрела определенные черты: стали устанавливаться причинную связь инвалидности, трудовые рекомендации, появилось понятие анатомического дефекта, изменились сроки переосвидетельствования – при первой группе через 6 месяцев. при второй и третьей группах через 3 месяца.

С середины 50-х годов XX века наступил новый этап в развитии врачебно-трудовой экспертизы. 21 декабря 1956 года Правительством РСФСР было утверждено Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях, которое определяло права и обязанности ВТЭК. Но уже в 1955 году организуется городская ВТЭК,

которую возглавила Александра Яковлевна Николаева, членами по совместительству работали врачи-эксперты Нина Николаевна Кобсова, Валентин Григорьевич Агалаков, старшей медицинской сестрой Анна Алексеевна Коняева, проработавшая в системе ВТЭ 44 года. Располагалась городская ВТЭК в районной поликлинике №1 на улице Ленинградской, дом 45, занимала 2 кабинета площадью 12 и 6 квадратных метров, в которых не было дневного освещения. В этот период в каждом районе Куйбышевской области работала собственная районная ВТЭК. Все врачи-эксперты были совместителями из районных лечебных учреждений. Заседания проходили 1-2 раза в месяц по мере необходимости.

Генеральной задачей следующего десятилетия стала задача улучшения качества врачебно-трудовой экспертизы. С 1963 года в Куйбышевской области была осуществлена работа по укрупнению ВТЭК: районные ВТЭК реорганизовались в межрайонные, в результате чего общее количество ВТЭК сократилось, но число ежедневно действующих увеличилось в 3 раза. В 1963 году вводится новая должность главного эксперта области, им становится председатель областной ВТЭК – Таисия Степановна Басенкова, которая проработала в этой должности почти 25 лет, а общий стаж её работы в экспертизе – 32 года. В 60-х годах Т.С. Басенкова была известным и признанным авторитетом в своей области. За большие заслуги в деле развития службы ВТЭ и подготовки экспертных кадров в нашей области Т.С. Басенкова удостоена высокого звания «Заслуженный врач РФ». В результате проведенной реорганизации в 1966 году вместо 35 ВТЭК осталось 22, из них 16 стали работать на постоянной основе. Количество врачей-экспертов сократилось со 109 до 69 человек. В 1966 году было освидетельствовано около 47 000 человек, в том числе около 6500 человек первично, интенсивный показатель составлял 62 на 10000 человек, показатель полной реабилитации – 7,8%, необоснованных направлений – 16%. Поэтому необходимо было улучшить взаимосвязь с учреждениями здравоохранения. Нельзя было мириться с тем, больные зачастую направлялись лечебными учреждениями на ВТЭК без достаточных предварительных обследований, от чего страдало качество экспертизы. С другой стороны, и врачи-эксперты не всегда являлись специалистами высокой клинической и экспертной квалификации. Чтобы исправить это положение 1 августа 1960 года в Ленинграде организуются курсы повышения квалификации при ЛИЭТИНе, куда стали направляться специалисты области. 1970 год характеризуется завершением реорганизации сети ВТЭК. Их количество сокращается до 16, все ежедневно действующие, количество работающих в них врачей-экспертов составляло 56 человек, все – на постоянной основе. В этот период важным положительным моментом является увеличение количества выездных заседаний, которое в 1970 году доходит до 35% в отличие от 16% в 1965 году. Количество необоснованных направлений сокращается до 6,2%.

Из врачей-экспертов, стоявших у истоков организации экспертной службы и продолжавших работать в 70-е годы необходимо отметить Владимира Семёновича Дмитриева, председателя глазной ВТЭК. Он сумел поставить свою работу так, что возглавляемая им ВТЭК несколько лет занимала 1-ое место среди других ВТЭК глазного профиля в СССР. В этот же период трудилась Лидия Васильевна Ишутина, пришедшая в экспертизу в 1962 году и отдавшая ей почти 30 лет своей жизни. Областную ВТЭК в этот период возглавляли Раиса Владимировна Пекарская и Эра Фёдоровна Ширинкина. Доброта, отзывчивость, большая любовь к людям, высокий профессионализм отличали работающих в это время Валентина Григорьевича Агалакова, Анну Степановну Кузнецову, Цию Лазаревну Гопштейн, Ольгу Михайловну Хвощевскую, Николая Прокофьевича Дударева, Андрея Григорьевича Кривогуза, Анастасию Ивановну Турапину и многих других. Большинство из этих людей в разные годы были отмечены почётными званиями и наградами за заслуги в труде.

С начала 1985 года в стране началась перестройка. Изменения в социальной в социальной политике государства привели к пересмотру сложившихся представлений на организацию освидетельствования граждан во ВТЭК. Это нашло своё отражение в принятом в 1985 году новом Положении о ВТЭК. Успешная работа коллектива во многом определяется тем, кто непосредственно руководит этой службой, направляет её, поддерживает, стимулирует её деятельность.

Одним из наиболее известных председателей Куйбышевской областной ВТЭК этого периода стал Фёдор Семёнович Белянин, занимавший должность Главного эксперта по ВТЭ с 1985 по 1987 годы. Его хорошо знали как высококвалифицированного сельского врача, опытного хирурга и доброго, отзывчивого человека. Он был участником Великой Отечественной войны, в послевоенное время занимал должности главного врача районной больницы, начальника медико-санитарной части, заведующего Облздравотделом. Помимо наград за боевые заслуги в период Великой Отечественной войны, удостоен почетного звания «Заслуженный врач РСФСР», Орденов «Трудового Красного Знамени» и «Октябрьской революции». Затем его дело с 1987 по 1999 годы продолжил Главный эксперт по ВТЭ Михаил Георгиевич Дрюков. Большую роль в развитии и становлении врачебно-трудовой экспертизы в этот период сыграли Г.Н. Кораблина, заведующая Куй-

бышевским Облсобесом, а затем сменившая её на этом ответственном посту Галина Дмитриевна Светкина, с приходом которой началась реорганизация врачебно-трудовой экспертизы в медико-социальную. Несмотря на трудные экономические условия постоянное улучшение материально-технической базы службы. Большая заслуга Г.Д. Светкиной в том, что служба медико-социальной экспертизы области тех лет по многим разделам работы являлась лидером в России. И, не случайно, результаты деятельности медико-социальной экспертизы Самарской области после доклада руководителя государственной службы МСЭ Геннадия Валентиновича Левикова в декабре 1999 года на Совете по делам инвалидов при Президенте РФ были одобрены и направлены в субъекты Российской Федерации для использования в работе.

Многим специалистам за добросовестный труд Указами Президента Российской Федерации присвоены Почетные звания.

Почетного звания «Заслуженный работник социального обеспечения Российской Федерации» удостоены: Раиса Владимировна Пекарская, председатель Самарской областной врачебно-трудовой экспертной комиссии №2; Ирина Львовна Щетинина, врач-эксперт Самарской областной врачебно-трудовой экспертной комиссии №3; Клавдия Григорьевна Лыкова, старшая медицинская сестра врачебно-трудовой экспертной комиссии №12 администрации Ленинского района; Антонина Григорьевна Синицына, старшая медицинская сестра врачебно-трудовой экспертной комиссии №3 администрации Октябрьского района; Татьяна Ивановна Замулина, старшая медицинская сестра врачебно-трудовой экспертной комиссии №9 администрации Советского района; Нина Васильевна Колчина, медицинский регистратор травматологической врачебно-трудовой экспертной комиссии №5 администрации Октябрьского района; Валентина Николаевна Митченко, старшая медицинская сестра врачебно-трудовой экспертной комиссии №18 администрации Промышленного района.

Почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации» удостоены: Владимир Семенович Дмитриев, председатель специализированной офтальмологической врачебно-трудовой экспертной комиссии №8 администрации Октябрьского района г. Самары; Светлана Ивановна Журавлева, председатель кардиологической врачебно-трудовой экспертной комиссии №1 администрации Самарского района г. Самары.

Новые подходы к установлению инвалидности в 80-90 годы XX-го столетия стали основанием для разработки современной концепции инвалидности и существенных изменений социальной политики Российской Федерации, что было отражено в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», принятом в 1995 г. Согласно постановлению Главы Администрации Самарской области от 1996 г., врачебно-трудовые экспертные комиссии были преобразованы в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы - главные и межрайонные бюро медико-социальной экспертизы. Положение о государственной службе медико-социальной экспертизы Самарской области, определившее задачи и функции Главного бюро и подведомственных ему бюро МСЭ, утверждено постановлением губернатора в 1997 г. Реорганизация государственной службы медико-социальной экспертизы Самарской области в федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» началась в январе 2005 г. в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 г. № 805. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2010 г. № 2194-р «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» получило статус федерального казенного учреждения. Распоряжением Правительства РФ от 14 июля 2012 г. № 1270-р «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» передано в ведение Минтруда России.

В декабре 1999 года руководителем государственной службы МСЭ Самарской области назначен Геннадий Валентинович Левиков, организовавший преобразования в проведении кадровой политики, в обеспечении материально-технической базы учреждения. В структуре службы появились бухгалтерия, хозяйственная служба, совершенствовалась структура учреждений МСЭ. На 1 января 2002 года сеть бюро медико-социальной экспертизы включала в себя 27 первичных бюро, из которых 17 бюро были специализированными. Впервые было организовано профпатологическое бюро. Изменения коснулись и структуры Главного бюро МСЭ, число составов возросло до 6, один из которых был организован в городе Тольятти. Впервые организовано отделение функциональной диагностики. Проведение структурных преобразований потребовало значительного притока кадров. Общая численность сотрудников государственной службы МСЭ выросла до 377 штатных единиц, из которых около 300 непосредственно участвовали в освидетельствовании граждан.

Огромный вклад в развитие медико-социальной экспертизы в Самарской области внесли Константин Анатольевич Борисов и Олег Львович Никитин, которые руководили службой соответственно с 2013 по 2015 год и с 2015 по 2016 год.

2 февраля 2016 года руководителем – главным экспертом по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» был

утвержден Дмитрий Александрович Драч. Его назначение совпало с началом важных организационных реформ в государственной службе медико-социальной экспертизы.

Структура федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации в настоящее время включает 30 бюро медико-социальной экспертизы смешанного профиля, 10 бюро специализированного профиля (фтизиатрическое, офтальмологическое, 4 психиатрических, 4 педиатрических) и 6 экспертных составов.

С 2016 года ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России располагается на базах в городских округах Самара, Тольятти, Сызрань и Отрадный. Основной является база в городском округе Самара (3-этажное здание общей площадью 6000 м<sup>2</sup>). Учреждение максимально приспособлено для лиц с ограничениями способности к передвижению, которым в рамках программы «Доступная среда» созданы оптимальные условия проведения медико-социальной экспертизы. Особое внимание уделяется освидетельствованию детей - для специализированных педиатрических бюро выделено отдельное помещение, организована детская игровая комната, на стенах которой представлены сцены из русских народных сказок, т. е. сделано всё, чтобы не испугать ребенка и превратить освидетельствование в игру. Медико-социальная экспертиза лиц с психическими расстройствами осуществляется на территории учреждения в отдельном здании.

В сентябре 2016 года по инициативе автономной некоммерческой организации «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» стартовал пилотный проект по созданию на базе Главного бюро МСЭ по Самарской области в городских округах Самара, Тольятти, Сызрань и Отрадный Ресурсного центра по оказанию государственных услуг гражданам с инвалидностью.

Реализация данного проекта позволила открыть в городском округе Самара на базе Главного бюро МСЭ консультационные пункты: отделения Пенсионного Фонда Российской Федерации по Самарской области; управления Федеральной почтовой связи Самарской области – филиал Федерального государственного унитарного предприятия «Почта России»; государственного казенного учреждения Самарской области «Центр занятости населения городского округа Самара» министерства труда, занятости и миграционной политики Самарской области; государственного учреждения «Самарское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации»; министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области; Самарского филиала федерального государственного унитарного предприятия «Московское протезно-ортопедическое предприятие» министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. К 1 июля 2018 года подобные Ресурсные центры созданы на базах МСЭ в городских округах Тольятти, Сызрань и Отрадный.

Огромное внимание в настоящее время уделяется взаимодействию с общественными организациями и организациями инвалидов. С этой целью 7 декабря создан Общественный совет при ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, который под председательством Сергея Викторовича Трёкина, заместителя руководителя по организационно-методической работе Главного бюро МСЭ, внедрил в практику деятельности новые формы и методы работы, результатом чего явилось: признание авторитета Общественного совета в решении социальных проблем общества органами исполнительной и законодательной власти, общественными организациями и инвалидами Самарской области; внедрение в работу новых, нестандартных форм заседаний: проведение Круглых столов по конкретным социально значимым вопросам, заседаний на базах общественных организаций, входящих в состав Общественного совета, для более тесного взаимодействия между членами Общественного совета, изучения опыта и определения проблем и помощи каждой отдельной организации, совместных заседаний Общественных советов, организованных при различных организациях, организация Клуба представителей родителей детей с ОВЗ; организация приемов граждан и представителей общественных организаций Самарской области председателем Общественного совета; организация просветительской и информационной работы среди инвалидов; подготовка сертифицированных специалистов из числа членов Общественного совета основам контроля доступности объектов городской инфраструктуры. С 22 декабря 2017 года председателем Общественного совета избрана Долганова Элли Александровна, руководитель департамента реализации инициатив Автономной некоммерческой организации «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов».

Создание Ресурсного центра по оказанию государственных услуг гражданам с инвалидностью и новые формы и методы работы Общественного совета привели к созданию на базе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Минтруда России центра межведомственного взаимодействия министерств, ведомств, общественных ветеранских организаций, общественных организаций инвалидов по решению острых социальных проблем инвалидов Самарской области.

История всегда переключается с настоящим и будущим. И сейчас перед специалистами Главного бюро медико-социальной экспертизы стоят вопросы улучшения качества оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы гражданам Самарской области.

### Список литературы:

- Алабин П.В. Двадцатипятилетие Самары как губернского города (историко-статистический очерк). Издание Самарского статистического комитета, 1877 год.
- Алабин П.В. Трехвековая годовщина города Самары. Самара, губернская типография, 1887 год.
- Алексушин Г.В. Летопись областной клинической. Самара, 2000 год.
- Ерофеев В.В., Чубачкин Е.А., Шейфер М.С. Томашев колокол: очерки и документы по истории Самарской психиатрической больницы. Самара, ООО «Издательство Ас Гард», 2013 год, 700 с.
- Завальный А.Н. Самара во все времена: 1000 невыдуманных историй. Самара, издательский дом «Раритет», 2008 год. 416 с.
- Здравоохранению Самарской области 80 лет. Справочно-библиографическое издание. Под ред. Р.А. Галкина. Самара, 1998 год.
- Кандауров С.П., Курятников В.Н. Малая родина большого города. Самара, 1996 год.
- Куйбышевская область: историко-экономический очерк. Под ред. В.Ф. Снегирева, К.Я. Някшина, Л.И. Фоминых. Куйбышев: Куйбышевское книжное издательство, 1967, 642 с.
- Липатова А.М. Самарских улиц имени. Самара, ОАО «Самарский дом печати», 2008 год. 288 с.
- О внесении изменений и дополнений в Номенклатуру специальностей научных работников. Приказ Минпромнауки РФ от 26.02.2004 № 58 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- О врачебно-экспертных комиссиях. Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР от 31.01.1930 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Постановление Правительства РФ от 16.12.2004 № 805 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- О создании федеральных казенных учреждений. Распоряжение Правительства РФ от 08.12.2010 № 2194-р. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 07.03.2018). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- О социальном обеспечении инвалидов. Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР от 08.12.1921 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- Об отмене Положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. Постановление СНК РСФСР от 13.08.1932 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- Об отнесении к ведению Минтруда России федеральных государственных учреждений. Распоряжение Правительства РФ от 14.07.2012 № 1270-р. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- Об утверждении положения о Народном Комиссариате Социального Обеспечения РСФСР. Постановление Всероссийского центрального исполнительного комитета Совета Народных Комиссаров РСФСР от 07.10.1937 № 997 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- Осадчих А.И. Социально-гигиенические, организационно-методические, теоретические проблемы социально-трудовой реабилитации инвалидов. Автореферат дис. ... д-ра. мед. наук. Москва, 1991, 30 с.
- Полное собрание законов Российской империи. Собрание III. Петроград: Государственная типография, 1915, Т. 32: 1912, Отделение I, С. 935-945.
- Положение о государственной службе медико-социальной экспертизы Самарской области от 19.03.1997 №78. Электронный ресурс: фонд правовой и нормативно-технической документации. URL:<http://docs.cntd.ru/document/945002362>.
- Положение о социальном обеспечении трудящихся. Декрет СНК РСФСР от 31.10.1918 (документ утратил силу). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
- Принципы и организация врачебно-трудовой экспертизы онкологических больных. Методическое пособие. Отв. ред. П. А. Маккавейский. Ленинград: Б.и., 1966, 53 с.
- Пузин С.Н., Дмитриева Н.В., Шевченко С.Б., Осадчук М.А., Суворов В.Г. Исторические этапы развития и становления службы медико-социальной экспертизы в России. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Москва: Медицина, 2017, № 1, С. 54-58.
- Русяева К. Федор Беянин. Записки врача Самарские судьбы (литературно-художественный журнал). Самара: ООО «ДЛД», 2010, № 3, С. 36-47.
- Списки населённых мест Российской империи, составленные и издаваемые Центральным статистическим комитетом Министерства внутренних дел. - СПб.: изд. Центр. стат. ком. Мин. внутр. дел, 1861-1885. [Вып. 36]: Самарская губерния: ... по сведениям 1859 года / обраб. А. Артемьевым. - 1864. - XL, 133 с.

Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. М.В. Коробова, В.Г. Помникова. Изд. 2-е, исправленное и дополненное. Санкт-Петербург: Гиппократ, 2005. 856 с.

Шерешевский Г.М. 1991. Начало самарской медицины. – В сб. «Самарский краевед». Историко-краеведческий сборник. Ч. 1. (Сост. А.Н. Завальный). Самара. Кн. изд-во, стр. 46-60.

Экспертиза трудоспособности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Сборник статей. Отв. ред. П. А. Маккавейский. Ленинград: Б.и., 1964. 264 с.

## **ОРГАНИЗАТОРЫ СЛУЖБЫ МСЭ – РУКОВОДИТЕЛИ КАФЕДРЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Карасаева Л.А.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

Введение. Организация службы медико-социальной экспертизы тесно переплетается с появлением и дальнейшим развитием СПИУВЭка, призванного формировать кадровый состав службы МСЭ, а также с организацией и развитием кафедры, занимающейся организационно-правовыми вопросами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Известно, в 1960 г. в Ленинграде создан Институт специализации врачей-экспертов (ИСВЭ), который в 1971 г. реорганизовался в Ленинградский институт усовершенствования врачей-экспертов (ЛИУВЭК). В 1995 г. в связи с возвращением Ленинграду первоначального названия – Санкт-Петербург, институт был переименован в Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов (СПБИУВЭК).

Цель работы: дать краткую характеристику заведующим кафедрой организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации с возможностью выразить должное почтение и благодарность.

Результаты и обсуждение. Первым заведующим кафедрой был Карпов Лев Николаевич, доктор медицинских наук (1973), профессор (1975).

Лев Николаевич родился 24.03.1926 года в г. Соликамске Пермской области. В 1955 г. окончил Харьковский медицинский институт по специальности «Лечебное дело». Затем учился в аспирантуре при кафедре истории медицины Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института; защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Земская санитарная организация в России». В 1955-1961 гг. работал младшим, затем старшим научным сотрудником ЛИЭТИНа. В 1961-1971 гг. – доцентом кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Тернопольского медицинского института.

Приказом Министерства социального обеспечения РСФСР от 10.05.1971 г. № 77 после избрания по конкурсу Л.Н. Карпов был назначен заведующим кафедрой организации ВТЭ ЛИУВЭКа. За время работы в институте Л.Н. Карпов проявил себя высококвалифицированным лектором и хорошим организатором учебного процесса на вновь созданной кафедре. Систематически работал над совершенствованием подготовки главных экспертов, председателей первичных и высших ВТЭК, старших инспекторов по ВТЭ в РСФСР и союзных республиках. Научные исследования Л.Н. Карпова посвящены истории отечественной медицины, организации врачебно-трудовой экспертизы и статистике инвалидности. Он является автором более 160 научных работ. Под его руководством были защищены 3 кандидатские диссертации. Проработав в должности заведующего кафедрой более 23 лет, в 1994 г. Л.Н. Карпов перешел на работу в должности профессора кафедры, в которой работал до 2000 г. Он неоднократно возглавлял делегации Минсобеса РСФСР в поездках в зарубежные страны (ГДР, МНР и другие) для обмена опытом и оказания методической помощи по организации врачебно-трудовой экспертизы в этих странах.

Кафедру вслед за профессором Карповым Л.Н. возглавил Коробов Михаил Васильевич, доктор медицинских наук (1991), профессор (1992), член-корреспондент РАЕН (1999).

Михаил Васильевич родился 09.03.1946 г. в г. Шуя Ивановской области. В 1969 г. окончил Ивановский гос. мединститут по специальности «Лечебное дело». В 1971 г. поступил в аспирантуру Ленинградского НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов; затем последовательно занимал должности: младшего научного сотрудника, старшего научного сотрудника, заведующего отделом организации врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ) и эпидемиологии инвалидности.

В 1977 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Изменения высшей нервной деятельности и вегетативной функции у пожилых лиц умственного труда в динамике рабочего дня». В 1990 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Медико-социальные аспекты использования труда пенсионеров по возрасту в народном хозяйстве». В 1991 г. избран на должность заведующего кафедрой реабилитации инвалидов. В 1994 г. в связи с объединением кафедры организации ВТЭ и реабилитации инвалидов в одну кафедру организации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов М.В. Коробов был назначен заведующим этой кафедрой, которую возглавлял до июня 2017 г. В институте на кафедре стали повышать свою квалификацию не только врачи, но и специалисты по реабилитации, социальной работе, средний медицинский персонал учреждений МСЭ, специалисты по трудоустройству инвалидов службы занятости населения, заместители руководителей учреждений здравоохранения по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и др. Более активно стали проводиться выездные циклы профессорско-преподавательского состава для повышения квалификации врачей-экспертов в регионы России.

Профессор М.В. Коробов - признанный в России специалист в области медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной защиты инвалидов, автор более 300 печатных работ. Он принимал активное участие в общественно-научной жизни России; член-корреспондент РАЕН, член межрегиональной общественной организации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России», член Президиума «Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии», член редакционного совета журналов «Медико-социальная экспертиза» и «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии».

В настоящее время труды Коробова М.В. и Карпова Л.Н. являются настольными книгами для преподавателей кафедры и Института, а также всех специалистов системы МСЭ, реабилитации и социальной защиты.

Хочу выразить огромнейшую благодарность Коробову М.В. и Карпову Л.Н. за их самоотверженный труд и бесценный вклад в дело развития организации МСЭ и реабилитации. Пожелать добрых и долгих лет жизни!

#### **Список литературы:**

Сазонов В.С., Фогель Я.М. Развитие организационно-правовых форм врачебно-трудовой экспертизы в СССР (1917-1937 гг.). В кн.: Вопросы социального обеспечения, М, ЦИЭТИН, 1979.

Коробов М.В., Дубинина И.А., Каменков К.А. История становления и развития медико-социальной экспертизы в России // Учебно-методическое пособие для специалистов учреждений медико-социальной экспертизы. - СПб.: СП-БИУВЭК, 2008. - 38 с.

## ***ПЕРВЫЕ ГОДЫ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ВТЭК В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С 1919Г. ПО 1945Г.***

**Клейменова Н.В., Кедров П.С.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области» Минтруда России

Столетний юбилей медико-социальной экспертизы отмечаемый в 2018г. вызвал среди сотрудников учреждений медико-социальной экспертизы большой интерес к истории учреждений ВТЭ / МСЭ, и особенно к первым годам формирования и становления экспертных учреждений.

При подготовке статьи авторами была проведена большая исследовательская работа по изучению подлинных архивных документов советских учреждений и экспертных организаций, хранящиеся в Объединенном государственном архиве Челябинской области (далее - ОГАЧО). Многие фонды, хранящиеся в ОГАЧО, были исследованы впервые, и ждут более детального изучения.

Сложность исследования первых лет деятельности учреждений медико-социальной экспертизы обусловлена небольшим объемом сохранившихся в архивах документов. В тоже время, сохранившийся массив исторической информации, подлинные документы экспертизы 20-х годов, позволяют воссоздать хронологию работы учреждений врачебной экспертизы, почувствовать дух времени, в котором приходилось работать нашим предшественникам.

Как государственная структура экспертиза трудоспособности зародилась в нашей стране после Октябрьской революции. Предпосылкой создания экспертных комиссий, стало принятие Декрета ВЦИК от

22.12.1917г. «О страховании на случай болезни», в котором содержались основные положения страховой программы на случай болезни и тем самым обеспечивалось право на социальное обеспечение для граждан. В примечании к декрету указывалось: *«Со времени издания закона о страховании инвалидности, всякий больной через 6 месяцев после начала заболевания, а равно если ранее этого срока он будет признан инвалидом, переходит на иждивение инвалидной кассы».*

Основанием для организации бюро врачебной экспертизы при подотделах социального обеспечения губернских и областных совдепах стал Декрет СНК РСФСР от 31.10.1918г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся», в котором значительное место отводилось мерам по возвращению инвалидов к труду путем восстановления их трудоспособности, профессионального обучения и трудового устройства, также указывалось на то что: *«наличие инвалидности и ее степень устанавливается медицинской экспертизой».*

Гарантированные декретом права на социальную помощь диктовали необходимость юридически значимого медицинского заключения об утрате трудоспособности, для чего первоначально при страховых кассах были созданы бюро врачебной экспертизы (БВЭ). В их состав входили три врача - специалиста, представители профсоюзной организации и страховой кассы. БВЭ было дано право удостоверить медицинским освидетельствованием факт временной или стойкой нетрудоспособности, что было записано в первом «Кодексе законов о труде» (1918г.).

До лета 1919г. территория Златоустовского, Челябинского, Троицкого, Верхнеуральского, Екатеринбургского, Шадринского уездов подчинялись антибольшевистскому правительству адмирала А.В. Колчака. Советские органы социального обеспечения начали свою работу на территории современной Челябинской области только во втором полугодии 1919 года. До образования Курганской области в 1943 г., в состав Челябинской области входило также несколько современных районов Курганской области.

Челябинский губсобес был организован по решению губернского революционного комитета 06.08.1919г. (протокол № 6, п. 3). Подчиненность у губсобеса была двойной: губисполком и народный комиссариат социального обеспечения. Согласно сведениям о деятельности Челябинского губернского отдела социального обеспечения, отдел начал функционировать с 07.08.1919г. (ОГАЧО . Р-137 оп. 1 д. 486 л. 10).

В сводке работ по отделу здравоохранения с 15 августа по 15 сентября 1919г. заведующий Губздравотделом Ф.Т. Розенгауз указывал, что в г. Челябинске: *«Организованы врачебные комиссии по освидетельствованию красноармейцев, больных и увечных»* (ОГАЧО ф. Р-1542 оп. 1 д. 111 л. 29-29 об.).

На заседании Челябинского Ревкома от 07.09.1919г. (Протокол № 21) решили: *«В виду громадной потребности в социальном обеспечении инвалидов и нетрудоспособных семейств потерявших своих работников, предложить отделу социального обеспечения ускорить работу медицинского освидетельствования потерявших трудоспособность и обследования нетрудоспособных семейств. Без выполнения установленного декретами порядка пенсии и пособия не выдавать»* (ОГАЧО ф. Р-1542 оп. 1 д. 111 л. 47).

Важным фактором, влияющим на качество работы врачей - экспертов стало обеспечение их нормативно-правовыми документами, регулирующими порядок работы экспертов, осуществление контроля за экспертной деятельностью, а также правовые документы регулирующие критерии установления степени утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности. В фондах ОГАЧО сохранились Таблицы для определения степени утраты профессиональной трудоспособности 20-х годов (ОГАЧО ф. Р-255 оп. 1 д. 90; ф. Р-255 оп. 1 д. 180). Обращает на себя внимание и такая примета переходного времени как наличие в делах рукописных копий декретов и распоряжений, регулирующих деятельность экспертных учреждений. Возможные ошибки при рукописном копировании таблиц заставляли руководителей бюро экспертизы и контроля, контролировать качество изготовленных копий, а также регулярно запрашивать предоставление заверенных и уточненных таблиц.

В 1921г. в Челябинский губсобес для руководства и контроля поступил приказ Совета Первой Революционной Армии Труда от 06.03.1921г. № 80/сат. /По уралкомтруду/ г. Екатеринбург, содержащий расписание болезней и телесных недостатков по которому призываемые к трудовой деятельности освобождаются от тяжелого физического труда, пересмотренное и дополненное согласно постановлениям Губздравотдела и Уральскомтруда. Согласно примечанию № 2 к приказу: *«Лица одержимые болезнями, которые по мнению врачей делают больных вовсе неспособными ни к какой работе направляются в экспертную комиссию для определения временной и постоянной инвалидности»* (ОГАЧО ф. Р-255 оп. 1 д. 180).

Приказом Челябинского Губернского комитета по трудовой повинности от 01.11.1920г. № 75 было установлено, что к выполнению всеобщей трудовой повинности не привлекаются: Инвалиды I, II и III групп (согласно Положения о социальном обеспечении от 31.10.1918г.). Перечисленные лица, имеющие право на

освобождение от трудповинности, должны представить Районному уполномоченному следующие документы: 1) Возраст удостоверяется паспортом или метрической записью, 2) инвалидность справкой Врачебно-контрольной комиссии (ОГАЧО ф. Р-255 оп. 1 д. 180 л. 75).

Бюро экспертизы руководствовались в своей работе Общим руководством для Секции Бюро Экспертизы и Контроля уездных подотделов и страховых пунктов (далее - Руководство). В соответствии с Руководством Бюро экспертизы определяли процент потери трудоспособности трудящихся, имеющих право на пенсию. Всякий пенсионер, хотя бы и получавший пенсию в прошлом должен быть освидетельствован в Бюро и только на основании акта экспертизы Коллегия решала вопрос о пенсии.

Вопросам контроля уделялось особое внимание, о чем свидетельствует «Наказ контрольным органам». Как указывалось, в наказе, *«условия переживаемого Республикой времени повелительно диктуют нам необходимость чрезвычайно серьезного и внимательного отношения к делу контроля над временно нетрудоспособными. Вместе с тем работа контрольных органов, ставя на первом плане бережное отношение к временно-нетрудоспособным с целью достижения наилучшего и наискорейшего восстановления их трудоспособности, должны служить способом борьбы с трудовым дезертирством. Контрольные органы должны быть так сконструированы, что бы они могли одновременно решить обе задачи».*

Задачи органов контроля формулировались следующим образом:

а) установление наличия временной нетрудоспособности и необходимости освобождения от работ /болезнь, увечье, материнство, карантин и т.п./.

б) определение срока, на который необходимо освобождение от работ, в целях скорейшего восстановления трудоспособности.

в) определение степени инвалидности /в случаях большой отдаленности Бюро Экспертизы/.

Врачебно-Контрольная комиссия должна была состоять из председателя, избираемого местным Советом /Бюро/ Профсоюзов и утверждаемого лечебным подотделом Здраводела и 2 членов-врачей, назначаемых Здраводелом из числа наиболее опытных и обладающих солидным стажем, по возможности знакомых с делом контроля и экспертизы. Оба врача должны быть специалистами терапевтами и знакомыми с хирургическими и нервными болезнями.

В каждом уезде должны были быть организованы от 1 до 3 комиссий, из которых одна или две работали бы в наиболее населенных рабочими и служащими населенных пунктах, а одна должна была быть разъездной. В губернских городах необходимо было иметь около 4-х комиссий и из них одну центральную комиссию при Бюро экспертизы для того что бы в трудных случаях можно было использовать опытных экспертов - специалистов, а также все научные учреждения: лаборатории, рентгеновские кабинеты и т.п. При Центральной комиссии нужно было иметь врача-специалиста по туберкулезу.

Для контрольной комиссии был установлен лимит приема граждан: контрольная комиссия должна была принимать от 6 до 7 человек в час и могла работать без перерыва около 3 часов. В первую очередь принимались рабочие и служащие советских учреждений.

По приведенным выше выдержкам из документов видно, что врачебно-контрольные комиссии и бюро экспертизы в начале своего появления выполняли зачастую одинаковые функции. Эта двойственность не осталась незамеченной. На заседании президиума Челябинского Губпрофсовета от 07.04.1921г. (протокол № 36) было решено:

*«а) Предложить Губздравоотделу организовать отдельно контрольную комиссию и бюро экспертизы, строго разграничить их функции; систематически контролировать работу этих комиссий и следить внимательнее за работой в амбулаториях»* (ОГАЧО ф. Р-255 оп. 1 д. 180 л. 99).

Первые годы советской власти Челябинская область испытывала большую нехватку врачей, которая становилась особенно острой на фоне борьбы с последствиями голода, тифом и другими инфекционными заболеваниями. В эти годы, в связи с недостатком медперсонала, врачи часто перемещались из одного учреждения в другое, совмещали по 2, а то и по 3 должности. Тем не менее, несмотря на острый дефицит врачей, к работе в бюро экспертизы привлекались, по возможности, наиболее квалифицированные кадры.

Среди первых работников бюро экспертизы Челябинской области, особенно стоит отметить Бейвеля Александра Францевича [7(19).03.1867, Житомир – 9.02.1939, Копейск]. Бейвель А.Ф. единственный в истории Челябинска человек, трижды подряд избиравшийся городским головой. После революции Бейвель А.Ф. вновь приступил к врачебной деятельности, работал в городской больнице, осуществлял частную практику, и согласно выписке, из приказа Губздраводела от 22.12.1919г. врач Бейвель (Бейвель Александр Францевич) по постановлению коллегии отдела, был назначен в Комиссию при отд. социального обеспечения (по освиде-

тельствующим больным и увечным) (ОГАЧО ф.-Р-255 оп. 1 л. д. 386 л. 11). Бейвель А.Ф. был освобожден от экспертной работы 16.05.1927г. (ОГАЧО ф. Р-112 оп. 2 д. 12 л. 84). Сегодня одна из улиц г. Челябинска носит имя Бейвеля А.Ф. – городского главы, врача и одного из первых экспертов ВТЭК Челябинской области.

С 1923 года Челябинская губерния была ликвидирована, и преобразована в Челябинский округ Уральской области, Губздравотдел руководивший деятельностью экспертов стал Окргздравотделом.

Первые годы становления Советской власти ознаменовались большой работой, направленной на устранение последствий революционного хаоса и гражданской войны. Одним из важных направлений этой деятельности было восстановление трудоспособности граждан пострадавших от ран и увечий в годы Первой мировой войны и Гражданской войны, назначение и выплата пособий по инвалидности и утрате трудоспособности. Об этом свидетельствует переписка органов социальной защиты и здравоохранения с протезными предприятиями о протезировании инвалидов войны (ф. Р-112, оп. 1, д. 171, 188, 327).

Общее собрание инвалидов при Первом Челябинском патронате имени т. Троцкого на своем заседании 20.01.1920г. постановило: *«возбудить ходатайство перед Челябинским губсобезом об открытии мастерских в г. Челябинске, как протезной, так и столярной мастерской»* (ф. Р-137, оп. 1, д. 240 л. 5-6). Протезная мастерская в г. Челябинске была организована только в 1938г., до этого времени инвалиды, проживавшие в Челябинской области, направлялись в протезные мастерские города Екатеринбурга, Самары и Москвы.

Изучение фондов ОГАЧО касающихся деятельности ВТЭК в начале 1920-х годов заставляет обратить внимание на такую сторону работы как материальное обеспечение работы экспертов. В сложных условиях послевоенной разрухи, голода и дефицита товаров первой необходимости, многие экспертные документы: справки, удостоверения, запросы, направления, и заявления оформлялись на любой бумаге, имеющей чистую поверхность, на оборотах бланков ломбардов, гербовых бумаг. Отличительной особенностью оформления экспертных документов в г. Челябинске, можно назвать использование при оформлении документов упаковочной бумаги различных челябинских чаеразвесочных фабрик, что не удивительно так как до революции г. Челябинск занимал второе место по объемам торговли чаем в Российской Империи.

Прием больных на комиссию осуществлялся по следующему расписанию: *«понедельник – граждане, служащие и рабочие г. Челябинска и уездные; вторник – рабочие и служащие железной дороги и уездные; среда – городские служащие, рабочие и уездные; пятница – служащие, рабочие железной дороги и уездные; суббота – инвалиды: империалистической т.е. германской (войны) и Красной армии, инвалиды труда старики и старухи»* (ОГАЧО ф. Р-137 оп. 1 д. 58 л. 61).

Граждане направлялись в бюро экспертизы и контроля для установления инвалидности и степени утраты трудоспособности органами социального обеспечения, государственными советскими организациями (работодателями) и домами инвалидов, например, Челябинским Советским домом увечных воинов (ОГАЧО ф. Р-137 оп. 1 д. 58).

В архивных документах нередко, встречаются письма работодателей, в которых обращается внимание на необходимость более качественной экспертизы граждан, так как в случае признания гражданина нетрудоспособным, советская организация потеряет ценного специалиста. Так Уездный комиссариат государственного контроля (Рабоче-крестьянская инспекция, далее - РКИ) Челябинского губернского отделения в письме от апреля 1920г., препровождая в подотдел социального обеспечения, два заявления контролеров Челябинского губернского отделения Н.Р. Зуева и В.Г. Стального для освидетельствования их здоровья на предмет освобождения их от службы, просит бюро экспертизы произвести освидетельствование названных лиц в присутствии представителя РКИ.

Далее Челябинское губернное отделение РКИ, пишет: *«Вместе с сим Отделение считает необходимым обратить внимание Бюро Экспертизы на то обстоятельство, что по наблюдению подача подобных заявлений сотрудниками учреждений становится уже систематичной и очень часто практикуется людьми еще вполне трудоспособными. Означенное явление заставляет Р.К.И. подозревать большинство подателей таких заявлений в желании освободиться от службы в одном учреждении для перехода в другое, лучше оплачиваемое, или для выезда в другой город. Отделу Социального Обеспечения вообще, а Бюро экспертизы в частности конечно известно как вредно отражается на ходе работы учреждений, уход из них нужных и полезных работников и насколько это обстоятельство вообще противоречит Обще-Советской политике в этой области, а посему Отделение Р.К.И. просит Бюро Экспертизы с особенной осторожностью относиться к заявлениям служащих Сов. учреждений, дабы пресечь возможность освобождения от службы еще могущих работать»* (ОГАЧО ф. Р-137 оп. 1 д. 58 л. 27-29).

С заявлениями о несогласии с решением врачебной экспертизы обращались не только представители государственных организаций, но и граждане несогласные с экспертным решением. В фондах ОГАЧО сохра-

нилось дело по жалобе на врачебную экспертизу гражданина Баталова. В 1928г. гражданин Баталов К. обратился в Окружное бюро жалоб с заявлением, в котором, содержалась просьба: *«послать его на комиссию т.к. мне неправильно определена группа инвалидности»*, также в заявлении указывается: *«Здравотдел извещает (меня) о том, что меня известят или вызовут на очередное заседание медкомиссии, но вот уже ... 4 ½ месяца, а мне совершенно ничего не известно»*, и далее *«Считаю такое отношение неправильным, прошу бюро жалоб принять соответствующие меры ... привлечь виновных к ответу»*.

Окружное бюро жалоб при Челябинской Окр. Рабоче-Крестьянской Инспекции препроводило заявление гр. Баталова К. о несогласии его ... для переосвидетельствования Заведующему Окрздравотделом.

Согласно информационным запискам Баталов К. прошел освидетельствование БВЭ 15.02.1928г. дана III группа. Решение было обжаловано 03.04.1928г., на заседании конфликтной комиссии снова подтверждена III группа. Решение конфликтной комиссии подлежит обжалованию в Окрздравотдел.

Борьба с коррупцией и конфликтом интересов при проведении экспертизы граждан, не является приметой только нашего времени. 21.03.1930г. Челябинский окружной исполнительный комитет советов рабочих, крестьянских, казачьих и красноармейских депутатов, на основании предписания Облздравотдела от 17.03.1930г. № О/1 предписал:

*«1. Запретить занятие частной практикой врачам, занимающим следующие должности:*

*4) Врачи – эксперты БВЭ, ВКК, а также все врачи, работающие в органах НК Труда и страхкассах».*

При проведении экспертизы врачами-экспертами с 1920г. по 1921г. использовалась шести групповая классификация инвалидности, созданная Н.А. Вигдорчиком. В этой классификации впервые болезнь связывалась с социальными факторами, решался вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности, нуждаемости в переводе на другую работу либо полном освобождении от нее. В частности, третья группа инвалидности устанавливалась лицам, способным выполнять лишь самые легкие работы (утрата трудоспособности 45 - 60 %), четвертая группа определялась при утрате трудоспособности 30 – 45%). С введением данной классификации во врачебно – трудовой экспертизе начал утверждаться принцип оценки тяжести степени нарушений функций и их сопоставления с требованиями профессиональной деятельности. Эта классификация с небольшими изменениями на 5 – групповую использовалась в Советском Союзе до 1932 г.

Используя эту классификацию инвалидности, врачебные комиссии наряду с установлением точного диагноза, оценивали условия труда и давали заключение о трудоспособности.

На протяжении 1920-х годов результаты врачебной экспертизы оформлялись в актах и протоколах освидетельствования, формы и содержание которых неоднократно менялись. Уже во второй половине 20-х годов, появляется форма акта освидетельствования которая выглядит уже более привычно для современных экспертов. Первая страница содержит анкетную часть, вторая и третья страницы содержат: медицинскую часть, данные объективного осмотра, диагноз. Последняя четвертая страница содержит принятое решение, и рекомендации по реабилитации профессиональной и медицинской (нуждаемость в протезах), а также дата очередного переосвидетельствования.

Врачебно-трудовая экспертиза в СССР до войны прошла ряд этапов обусловленных развитием здравоохранения и социального обеспечения. От процентного способа определения трудоспособности человека (1917 – 1925гг.) и 6-групповой классификации инвалидности (1920 – 1928гг.) до отнесения инвалидов к одной из 3-х групп установления степени сохранившейся трудоспособности, способов ее восстановления и трудоустройства ограниченно трудоспособных граждан (1933г.). Эти задачи определяли врачебно-трудовой характер экспертизы и закреплялись в Положении о ВТЭК, утвержденном секретариатом ВЦСПС 7 декабря 1933г. Врачебная экспертиза трудоспособности находилась сначала в ведении органов здравоохранения, затем – органов социального страхования, далее профсоюзов. В 1937г. органам соцобеспечения наряду с задачами трудового устройства инвалидов и назначения пенсий были переданы вопросы экспертизы.

Для решения задач, стоящих перед ВТЭК в то время, сеть комиссий была увеличена. Практиковались выезды врачей-экспертов на предприятия для проверки трудоустройства инвалидов. Особого внимания заслуживает попытка в этот период организации экспертизы трудоспособности по производственному принципу в виде создания специальных врачебно-экспертных комиссий (ВЭК) при крупных промышленных предприятиях.

В 1940 году, как подтверждают архивные материалы, увеличилось количество впервые освидетельствованных на ВТЭК в связи с изданием Указа Президиума Верховного Совета СССР от 26.06.1940г. «О переходе на восьмичасовой рабочий день, на семидневную рабочую неделю и о запрещении самовольного ухода рабочих и служащих с предприятий, и учреждений». В соответствии с данным указом, решение вопросов

об увольнении и переводе работников возлагалось на руководителей предприятий. В случае временной или стойкой утраты трудоспособности, необходимости перевода по состоянию здоровья на другую работу, требовалось заключение ВТЭК.

ВТЭК рассматривали сложные и сомнительные случаи освобождения от трудовой деятельности, выявляли необходимость перевода на другую работу, указывая её характер и продолжительность пребывания рабочего и служащего в новой должности. ВТЭК также рассматривали жалобы трудящихся по вопросам освобождения от работы по временной нетрудоспособности.

По данным ВТЭК Челябинской области за 1940г. из 8415 освидетельствованных комиссии признали трудоспособными 4205 человек, которые часто меняли место работы и нигде долго не задерживались. Кроме того, еще 3144 человекам комиссии рекомендовали изменить профессию. Временно нуждались в переводе на другую работу 312 человек. Временно нетрудоспособными оказались 754 человека, но и они после соответствующего лечения могли продолжать трудовую деятельность.

В случае стойкой утраты трудоспособности из-за заболевания или травмы комиссии устанавливали группу и причину инвалидности. По данным за 1940г., 24 ВТЭК Челябинской области провели 1632 заседания и освидетельствовали 38625 граждан. Впервые эту процедуру прошли 20422 человека, из которых комиссии признали инвалидами 1 группы – 553, 2 группы – 4427, 3 группы – 7027 человек. Таким образом, 54% освидетельствованных комиссии признали инвалидами (ОГАЧО ф. 804 оп. 7 д. 86 л. 14, 15).

Врачебно-трудовая экспертиза в нашей стране всегда находилась в тесной связи с органами социального страхования и обеспечения, совершенствуясь вместе с ними. В соответствии с Положением о Наркомате социального обеспечения РСФСР от 20.10.1937г. врачебно-трудовая экспертиза была передана от ВЦСПС органам социального обеспечения и объединена с трудовым устройством инвалидов, которое ранее находилось в их ведении. Таким образом, в одном наркомате были объединены вопросы пенсионного обеспечения, врачебно-трудовой экспертизы и трудоустройства.

В августе 1940г. был установлен новый порядок направления на ВТЭК – только через лечебно-консультационные комиссии (ВКК), организуемые при лечебно-профилактических учреждениях. Это позволило упорядочить проведение врачебно-трудовой экспертизы. В соответствии с циркулярным письмом Наркомздрава и Наркомсобеса РСФСР от 10.08.1940г. на каждого больного, направляемого на ВТЭК, оформлялся посыльный лист. В нем указывалось решение ВКК лечебного учреждения. Посыльный лист позволял проверить целесообразность и законность направления больного на ВТЭК.

Великая Отечественная война поставила перед врачебно-трудовой экспертизой новые задачи, имевшие большое государственное значение. Жизнь в те годы заставила советское государство разработать механизм реабилитации инвалидов войны. Органы социального обеспечения и здравоохранения были призваны решать проблемы восстановления и возвращения к труду огромного числа лиц, пострадавших на фронте и в тылу. Организация трудоустройства и обучения инвалидов было особенно важно для областей, расположенных в тылу, для Урала как главного арсенала победы страны. Фактически это стало одной из основных частей социальной политики правительства, и привело к тому, что в годы войны объем экспертной деятельности значительно вырос.

Так, в 1941 году во ВТЭК РСФСР освидетельствованы 1,4 млн человек, в том числе в порядке первичного освидетельствования – более 0,7 млн человек, в порядке переосвидетельствования – около 0,7 млн человек. В 1942 году объем освидетельствования увеличился в 1,5 раза. По данным начальника управления врачебно-трудовой экспертизы, главного эксперта НКСО РСФСР А.Я. Авербаха, за 1943 год во ВТЭК освидетельствованы (первично и повторно) около 3,4 млн, а в 1944 году – 4,6 млн человек. В 1943 году – свыше 2 млн, а в 1944 году – около 2,8 млн человек признаны трудоспособными с теми или иными ограничениями и возвращено к труду.

Ежегодный рост числа освидетельствуемых во ВТЭК подтверждают архивные данные. В 1942г. в г. Челябинске прошли освидетельствование 3777 человек, а в 1943г. – 23596 человек (увеличение более чем в 6 раз). В 1945г. в Челябинской области было освидетельствовано 138848 человек.

Если на 1 января 1939 года в России насчитывалось 1 221 ВТЭК, по сообщению главного эксперта НКСО РСФСР А.Я. Авербаха, то на 1 января 1942 года – 1 070, а в 1944 году – 2 776.

Одновременно число заседаний ВТЭК выросло на 70%. Увеличение числа заседаний шло за счет более частых освидетельствований инвалидов Великой Отечественной войны с целью их долечивания, своевременного уточнения трудового прогноза, а также за счет членов семей военнослужащих. Если в 1940 году на одно первичное освидетельствование приходилось 0,8 повторных, то в годы войны и в послевоенный период – это соотношение составляло уже 1:3 и даже 1:4.

Врачебно-трудовая экспертиза военного времени – это специфическая экспертиза, резко отличающаяся от экспертизы мирного времени. Боевые травмы отличались от трудовых травм, врожденных дефектов. При экспертизе военных контингентов чаще всего выраженность дефекта не соответствовала функциональному состоянию организма в целом, так как имелись преимущественно локальные поражения, без вовлечения в патологический процесс других органов и систем. Поэтому у инвалидов войны приспособляемость оказалась исключительно велика. Даже с тяжелыми дефектами люди могли работать. Соответственно менялись и критерии, и оценки состояния здоровья фронтовиков.

Врачи ВТЭК выполняли очень трудную и вместе с тем ответственную работу по определению трудоспособности человека и его трудовой реабилитации основанных на анализе медицинских, профессиональных и социальных факторов.

В целях совершенствования деятельности ВТЭК в сложных условиях военного времени проводились регулярные проверки деятельности гражданских и госпитальных ВТЭК Челябинской области. В Объединенном государственном архиве Челябинской области (ОГАЧО) сохранились архивные дела с актами проверок учреждений ВТЭК за 1942-1943гг. Облсобесом Челябинской области, эти документы представляют большой интерес для исследования деятельности учреждений ВТЭК в годы Великой Отечественной войны.

К 1942 году перед ВТЭК остро встал вопрос о сроках освидетельствования инвалидов войны, расширении сети комиссий для ликвидации очередности, работе врачей-экспертов по профориентации и организации обучения инвалидов войны новым профессиям и т.п. Отделом врачебно-трудовой экспертизы НКССО РСФСР в марте 1942 года были разработаны и разосланы на места: инструкция по профориентации, организации обучения и трудовом устройстве инвалидов войны для врачей-экспертов, работающих в госпиталях; инструкция для профконсультационных комиссий в госпиталях, предусматривающая принципы и положения при выборе профилей для обучения и трудового устройства инвалидов войны; классификация примерных профессий, которые могли быть рекомендованы при часто встречающихся дефектах конечностей; стандарт профконсультационной путевки, которая обеспечивала преемственность обучения, начатого в одном госпитале и законченного в другом.

Рост объема экспертной работы привел к тому, что с августа 1942 года началась работа по увеличению количества гражданских ВТЭК в тыловых областях.

Задача своевременного и квалифицированного обслуживания военных контингентов, увольняемых по болезни или ранению из армии, была решена организацией ВТЭК в тыловых эвакогоспиталях. По постановлению СНК СССР и приказу Наркомата здравоохранения СССР от 7 и 9 июля 1941, для нужд фронта в г. Челябинске и области было организовано 90 эвакогоспиталей и 33 отделения больниц на 44,7 тыс. коек, приписанных к ним. О необходимости организации госпитальных ВТЭК говорилось с начала 1942 года. Их создание началось в соответствии с директивой НКССО РСФСР, НКЗ РСФСР и Главного санитарного управления Красной Армии. Так, в Челябинской области в 1942 году уже действовали 45 госпитальных ВТЭК.

Качество экспертных решений в госпитальных ВТЭК было высоким в связи с тем, что в них участвовали квалифицированные лечащие врачи эвакогоспиталей, а председательствовали опытные эксперты. В Челябинской области при организации работы госпитальных ВТЭК сложилась следующая практика, в первой половине 1942г. формирующиеся госпитальные ВТЭК возглавляли штатные городские (районные) председатели (врачи) ВТЭК, которые таким образом передавали госпитальным врачам свой опыт, знакомили с порядком проведения экспертизы и оформления документов. В последующем, начиная со второй половины 1942г. госпитальные ВТЭК осуществляли экспертную деятельность собственными силами.

Сложившаяся к 1942г. практика врачебно-трудовой экспертизы требовала принятия нового положения о ВТЭК и введения врача-руководителя ВТЭК в аппарат НКССО АССР, облкрайсобесом для организационного и методического руководства всеми ВТЭК на определенной территории. В ноябре – декабре 1942 года проведена серия межобластных совещаний (в Иркутске, Москве, Свердловске, Новосибирске, Горьком) работников органов социального обеспечения с рассмотрением вопросов: об организации сети ВТЭК в связи с возросшим количеством освидетельствуемых; о сотрудничестве ВКК учреждений здравоохранения с ВТЭК при экспертизе трудоспособности; о практике работы ВТЭК конкретных областей; о роли врачей-экспертов в обучении и трудовом устройстве инвалидов войны; о пересмотре формулировок причин инвалидности. Практика работы ВТЭК в 1942 году по освидетельствованию инвалидов с последствиями военных травм, ранений и увечий требовала от научно-исследовательских учреждений, органов социального обеспечения разработки новых критериев оценки трудоспособности этих контингентов, улучшения качества экспертных решений, укрепления связи органов социального обеспечения и здравоохранения, совершенствования сети ВТЭК.

Для выполнения этих задач СНК СССР постановлением от 5 декабря 1942 года утвердил новое Положение о ВТЭК. В соответствии с вышеупомянутым положением с 1943 года деятельность ВТЭК осуществлялась только на базе лечебных учреждений, которые предоставляли экспертным комиссиям помещения, необходимое оборудование и аппаратуру, но подчинялись ВТЭК органам социального обеспечения. Важным обстоятельством, укреплявшим медицинскую сторону их деятельности, явилось то, что на должность председателя ВТЭК назначался один из двух врачей-экспертов. Третьим врачом в комиссии был главный врач лечебного учреждения, на базе которого работала ВТЭК. Членами комиссии оставались представители отдела социального обеспечения и профсоюзной организации.

По состоянию на 1941г. сеть ВТЭК Челябинской области включала в себя 30 комиссий, в том числе 1 Обл.ВТЭК. Одна районная ВТЭК могла обслуживать от одного района (города) до нескольких районов. На областную ВТЭК возлагались все конфликтные решения ВТЭК, особо сложные освидетельствования и освидетельствования в порядке проверки работы первичных комиссий. (ОГАЧО Ф. Р-948 оп. 1 д. 145)

В Челябинской области в начале 1943г. была проведена полная реорганизация всей сети ВТЭК. Комиссии были переведены на базу поликлиник и районных амбулаторий, укомплектованы врачами и председателями ВТЭК. В области работало 53 комиссии (51 – в районах и городах, 1 – в областной больнице восстановительной хирургии и 1 – областная комиссия). Была сделана попытка приближения ВТЭК к трудящимся и инвалидам. Так, при заводах работали три ВТЭК, при железнодорожных поликлиниках – четыре ВТЭК, при угольных копиях – одна ВТЭК. Все районы Челябинской области, за исключением Агаповского, который обслуживался Магнитогорской ВТЭК, имели свои районные ВТЭК. Количество госпитальных ВТЭК в Челябинской области с 1943г. уменьшалось в связи с перебазированием эвакогоспиталей на запад РСФСР. В среднем на одно заседание приходилось по 25–30 человек. Увеличение количества комиссий ВТЭК позволило соблюдать сроки переосвидетельствования инвалидов.

Согласно Инструкции НКСО РСФСР от 03.06.1942г. «О врачебно-трудовой экспертизе инвалидов Отечественной войны» переосвидетельствование инвалидов войны назначалось через более короткие сроки - это обстоятельство объяснялось тем, что в большинстве случаев врачи эксперты имели дело со свежими дефектами в молодом возрасте с благоприятным медицинским и трудовым прогнозом. В этих случаях незаконченные процессы чаще всего требовали дальнейшего лечения. Дефекты, казавшиеся при выписке стойкими, в процессе упражнений или работы исправлялись, функции восстанавливались. В ряде случаев наступало быстрое приспособление к протезу, дефекту, работе. Также сравнительно быстро изживалась нервно-психическая реакция, связанная с соматическим состоянием и перенесенными лечебными вмешательствами (ампутацией, реампутацией и пр.). В силу вышеперечисленных условий, а также в связи быстрым формированием трудовой установки и необходимостью возвращения на производство ценной рабочей силы, инвалидам войны назначалось переосвидетельствование в некоторых случаях через 3 месяца, чаще – через 6 месяцев, реже – через год.

Классификация инвалидности, введенная в 1932г., не предусматривала вынесения трудовых рекомендаций инвалидам I и II группы. Во время войны, когда инвалидами признавались лица молодого и среднего возраста, появилась необходимость в пересмотре этой классификации и введении понятия «выраженный дефект» (отсутствие конечности, периферический паралич или резко выраженный парез конечности, потеря одного глаза, обширные дефекты черепа и др.), дающего основание для установления III группы инвалидности при сохранении трудоспособности в своей профессии.

30 октября 1943 года было издано инструктивное письмо НКСО РСФСР, предоставляющее ВТЭК право устанавливать группу инвалидности по критерию «выраженный дефект».

Практика работы ВТЭК по профессиональной реабилитации накапливалась, изучалась и рекомендовалась для внедрения НКСО РСФСР в инструктивных письмах. Так, в соответствии с вышеуказанным письмом комиссиям было запрещено давать заключения о трудоустройстве без учета прошлой квалификации и профессиональных навыков освидетельствуемого.

Для усиления работы комиссий был создан институт врачей – старших инспекторов по врачебно-трудовой экспертизе, которые отвечали за организацию сети ВТЭК и их деятельность в республике, крае, области. Инспектора входили в штат наркомсобеса АССР или облкрайсобеса и назначались на должность Наркомсобесом РСФСР.

Врачами-инспекторами-контролерами в целях инструктажа и методических указаний осуществлялись выезды во ВТЭК, выезды на предприятия, проверялись акты освидетельствования.

В период войны ВТЭК приходилось проводить свою работу при крайне напряженном положении с врачебными кадрами, поэтому к вопросу о закреплении специалистов на работе во врачебно-трудовой экспер-

тизе и в Наркомсобесе РСФСР, и Наркомздраве РСФСР возвращались неоднократно. Так, в приказе НКССО РСФСР от 4 августа 1944 года наркомы социального обеспечения АССР, заведующие облкрайсобесов предупреждались о невозможности перемещений, увольнений врачей-старших инспекторов по ВТЭ. По действовавшему законодательству этот вопрос относился к ведению НКССО РСФСР.

Службой врачебно-трудовой экспертизы Челябинской области проводилась большая организационная и экспертная работа, максимально использовались имеющиеся возможности по восстановлению полной или частичной трудоспособности инвалидов Отечественной войны. В инструктивном письме НКССО РСФСР от 30.10.1943г. «Об очередных задачах ВТЭК» отмечалась, например, положительная работа врача – ст. инспектора по ВТЭ Челябинской области Ю.Ю. Гвоздинского, организовавшего ВТЭК при областной больнице по восстановительному лечению инвалидов Отечественной войны. Эта ВТЭК принимала нуждающихся в лечении инвалидов войны по направлению районных, городских ВТЭК. Врачи ВТЭК при областной больнице проверяли показания для лечения инвалида, в случае необходимости помещали его в больницу. На время лечения устанавливали II группу инвалидности. Выезжая в районы и города Челябинской области, врачи этой ВТЭК проводили инструктажи врачей местных ВТЭК для правильного отбора инвалидов, требующих восстановительного лечения.

В практике работы ВТЭК и в 1944 году допускались нарушения сроков переосвидетельствования инвалидов войны, наблюдались очереди и значительная перегрузка на одно заседание (в среднем на одно заседание приходилось по 30 освидетельствований при норме 25). Причинами этих недостатков являлись экспертиза контингентов, не подлежащих освидетельствованию во ВТЭК; медленное развитие сети ВТЭК; неправильное определение источников финансирования ВТЭК.

Положение улучшалось там, где органам социального обеспечения оказывали серьезную помощь местные власти. Челябинская область в числе 8 территорий РСФСР отмечалась как область, в которой создана стабильно работающая сеть ВТЭК. Челябинскому облсобесу удалось значительно улучшить работу ВТЭК благодаря помощи обкома ВКП(б) и облисполкома. Об этом свидетельствуют и цифры постоянного увеличения количества комиссий ВТЭК в Челябинской области.

Своеобразный итог работы учреждений ВТЭК Челябинской области был подведен в отчете о работе Челябинского облсобеса за 1945г. Во вступительной части отчета, по разделу ВТЭК, отмечалось: *«врачебно-трудовая экспертиза как в годы войны, а также и в период мирного времени, является большим и ответственным участком работы в органах социального обеспечения. Основы экспертизы – правильно подойти к вопросу определения группы инвалидности, правильно и рационально использовать ограниченную трудоспособность. В 1945 году Врачебно-Трудовые экспертизы добились квалифицированного заключения в вопросах подбора профессий и видов труда для инвалидов третьей группы, а также значительно улучшили оформление документации и совершенно ликвидирована очередность на ВТЭК».*

Согласно отчету за 1945г. к лучшим ВТЭК Челябинской области были отнесены: ВТЭК Кизильского района (председатель Шварцбург); ВТЭК Нагайбакского района (председатель Розенберг); ВТЭК Кусинского района (председатель Дементьева); ВТЭК Сосновского района (председатель Романова); ВТЭК Магнитогорска; ВТЭК Каслинского района (председатель Фельдман); ВТЭК Саткинского района (председатель Гаврилюк).

По состоянию на 1945г. в Челябинской области было: гражданских ВТЭК - 56 из них в городах области - 34, в районах области – 22; госпитальные ВТЭКи – 2. Количество ежемесячных заседаний составило в гражданских ВТЭК - 4320 из них в городах области - 3524, в районах области – 796; в госпитальных ВТЭК - 52.

Среди гражданских ВТЭК, при предприятиях и заводах было 3 ВТЭК, железно-дорожные ВТЭК – 4, и ВТЭК при угольных копях – 1.

К концу 1945г. госпитали в Челябинской области были расформированы, поэтому на 01.01.1946г. имелась одна ВТЭК при больнице восстановительной хирургии, которая была необходима для долечивания инвалидов Отечественной войны.

В 1945г. впервые было освидетельствовано 42028 чел.; переосвидетельствовано – 62068 чел. Из общего числа освидетельствованных в 1945г., было признано инвалидами: 1 группы - 753 чел., 2 группы – 17229 чел., 3 группы – 17973 чел., вне группы – 8085 чел. Из числа переосвидетельствованных в 1945г., было признано инвалидами: 1 группы – 1094 чел., 2 группы – 23299 чел., 3 группы – 35038 чел., вне группы – 2637 чел. (ОГАЧО Ф. Р-948 оп. 1 д. 189).

В первые годы Советской власти и до начала Великой Отечественной войны, на ВТЭК возлагались задачи по объективному и профессиональному освидетельствованию граждан, с целью выявления действи-

тельно больных, нуждающихся в мерах социальной защиты граждан и отделение их от граждан, не стремящихся работать.

Подводя итоги работы учреждений ВТЭК Челябинской области в годы Великой Отечественной войны, необходимо отметить следующее: незадолго до начала войны произошло объединение врачебно-трудоу экспертной экспертизы с работой по пенсионному обеспечению инвалидов в рамках НКССО РСФСР, что упорядочило работу ВТЭК. Война поставила новые задачи и объем экспертной деятельности в годы войны увеличился почти в 4 раза, количество комиссий выросло в 2,3 раза, а число заседаний – на 70%.

Несмотря на отмеченные выше кадровые и организационные трудности, ВТЭК Челябинской области, как показывают архивные документы, сохранившиеся в Объединенном государственном архиве Челябинской области (ОГАЧО) в нелегких условиях военного времени успешно справлялись с поставленными перед ними задачами, в сложных и непростых условиях с честью выполняли возложенные на них функции, свой долг.

### Список литературы:

Мануйлова Ю.Н. Реабилитация инвалидов войны и труда 1941 – 1945 гг. – Челябинск: [б.и.], г. Челябинск, 2003г.  
Смирнов Г.С. Врачебно-трудоу экспертная в системе социальной защиты населения (на примере Южного Урала). // Социум и власть. - № 6 (44), 2013г. – с.113 – 117.

Хохорина Г.А. Врачебно-трудоу экспертная как этап профессиональной реабилитации инвалидов войны и труда в 1941 – 1945 годах. // Ученые записки. - № 3, том 2, 2013г. – с. 24 – 28.

Энциклопедия Челябинск [электронный ресурс] <http://www.book-chel.ru/>

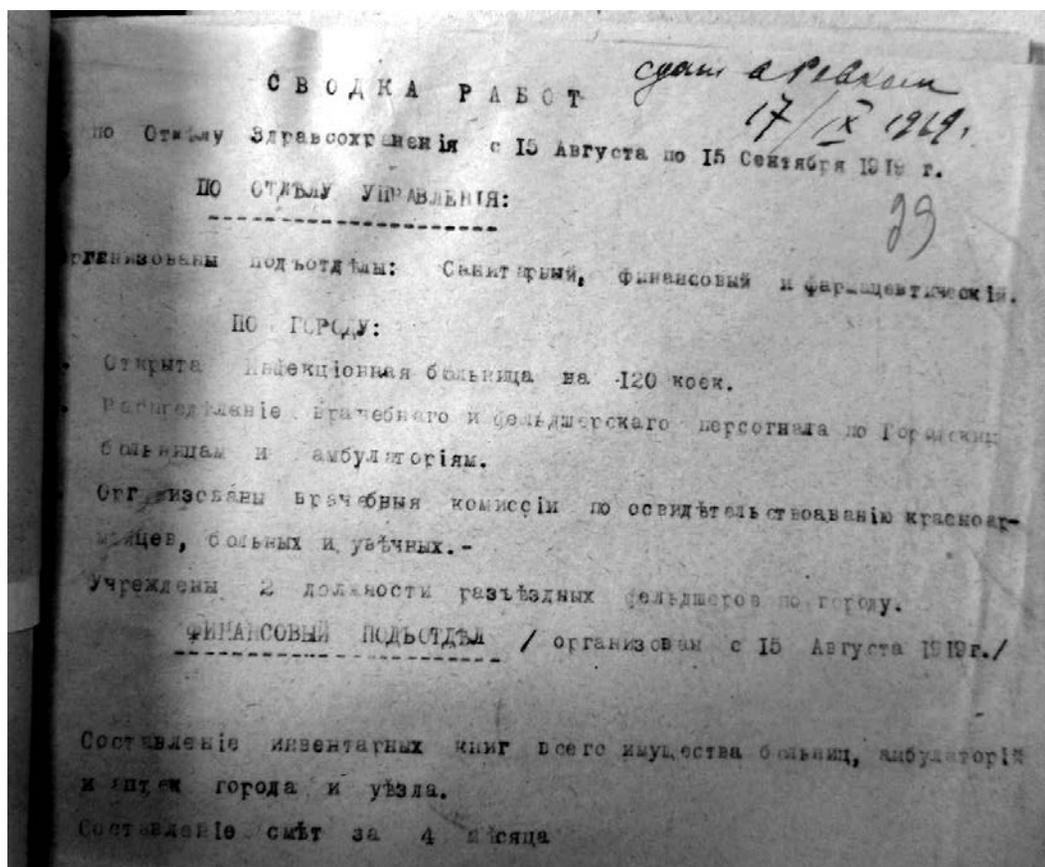


Фото 1. Сводка работ по отделу здравоохранения г. Челябинска. Первое официальное упоминание о создании врачебной комиссии по освидетельствованию красноармейцев, больных и увечных в г. Челябинске.

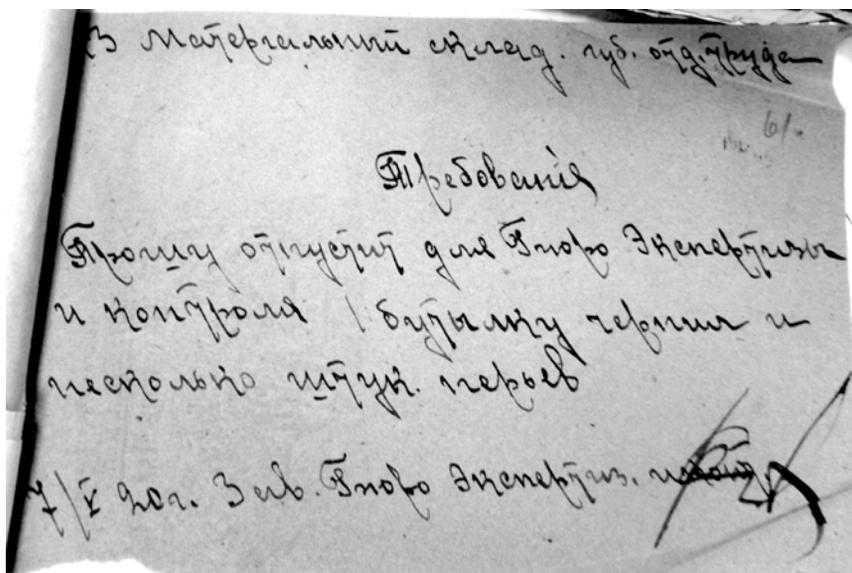


Фото 2. Требование об обеспечении бюро экспертизы и контроля канцелярией.

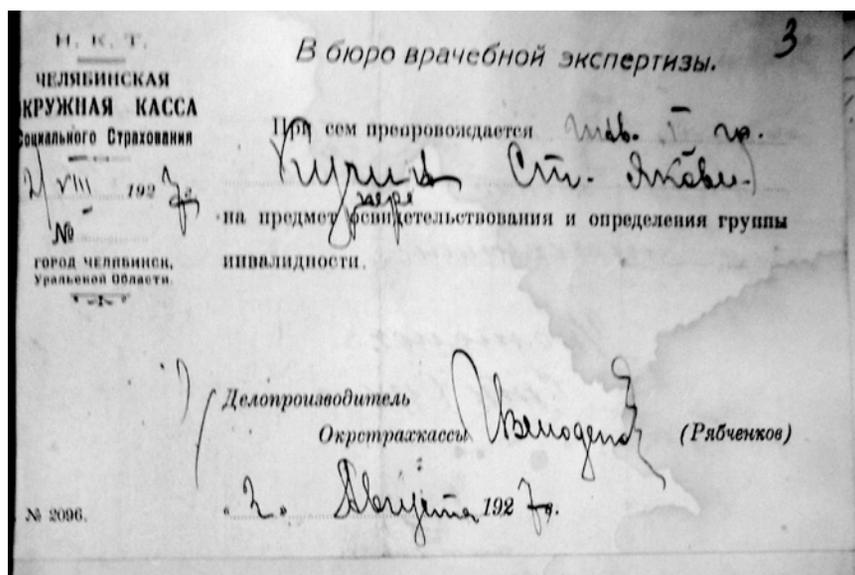


Фото 3. Направление на экспертизу 1927г.

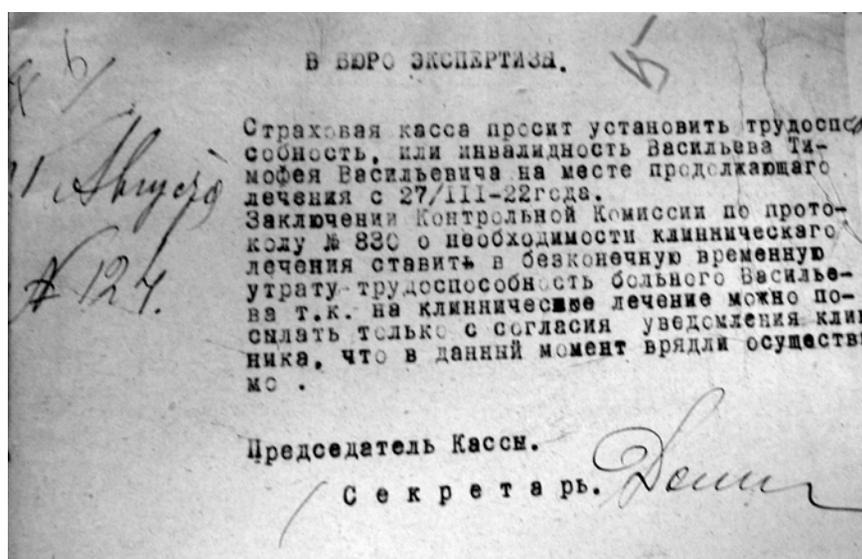


Фото 4. Направление на экспертизу

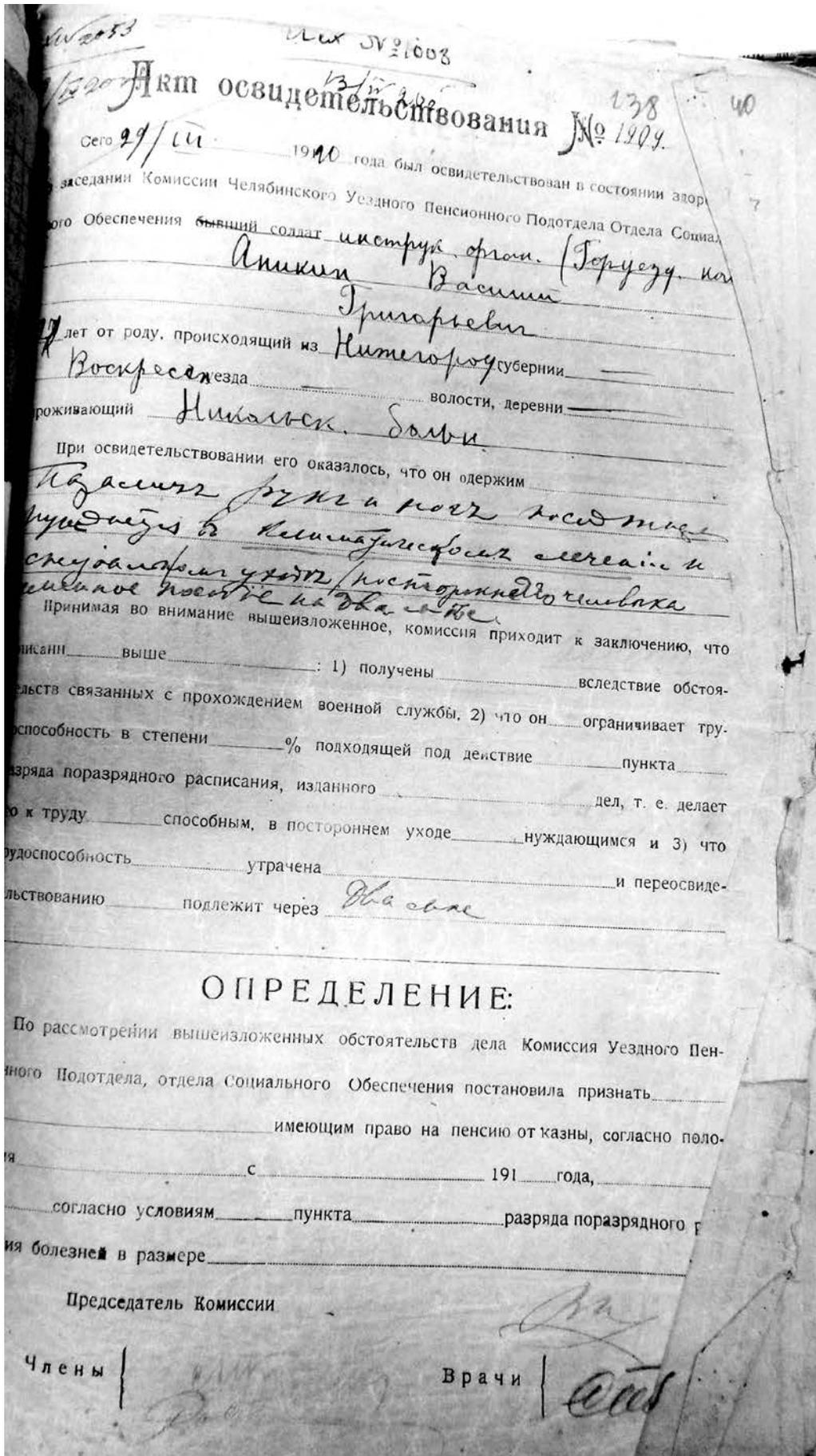


Фото 5. Акт освидетельствования от 29.03.1920г.



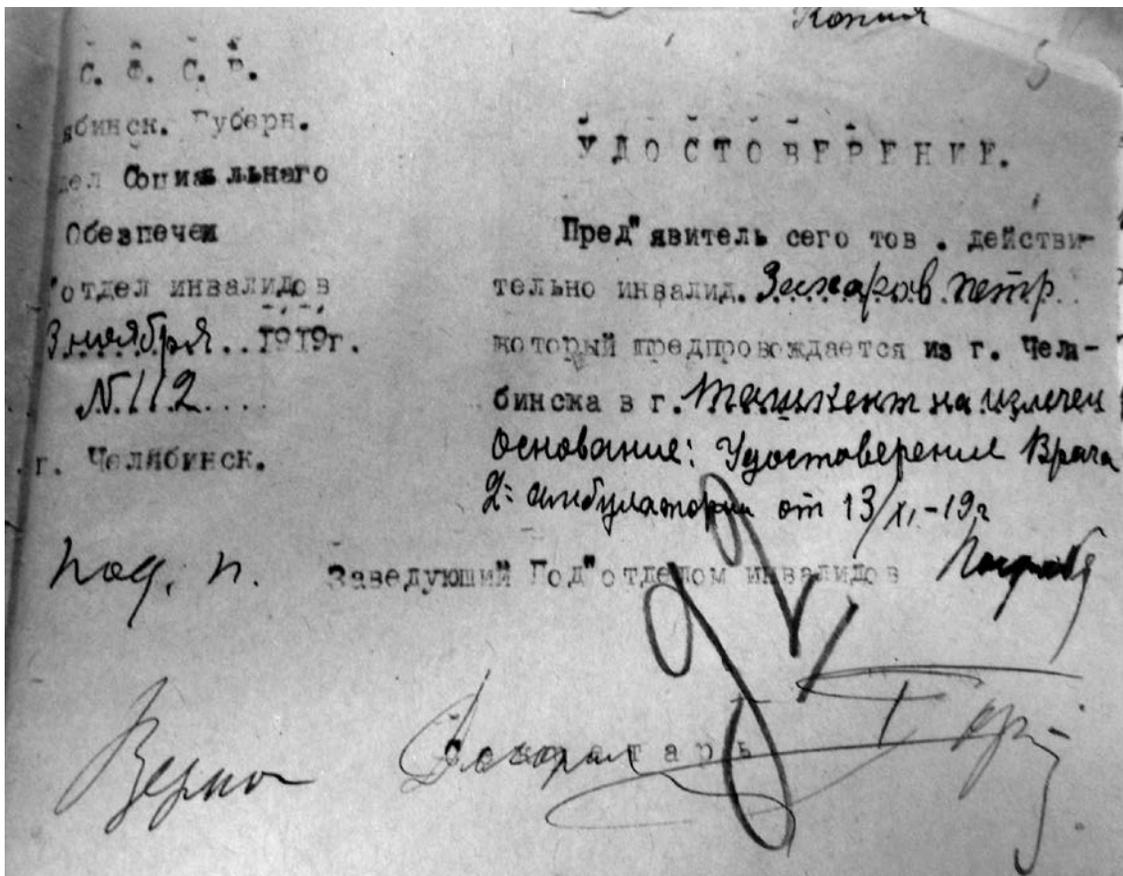


Фото 7. Удостоверение инвалида 1919г.

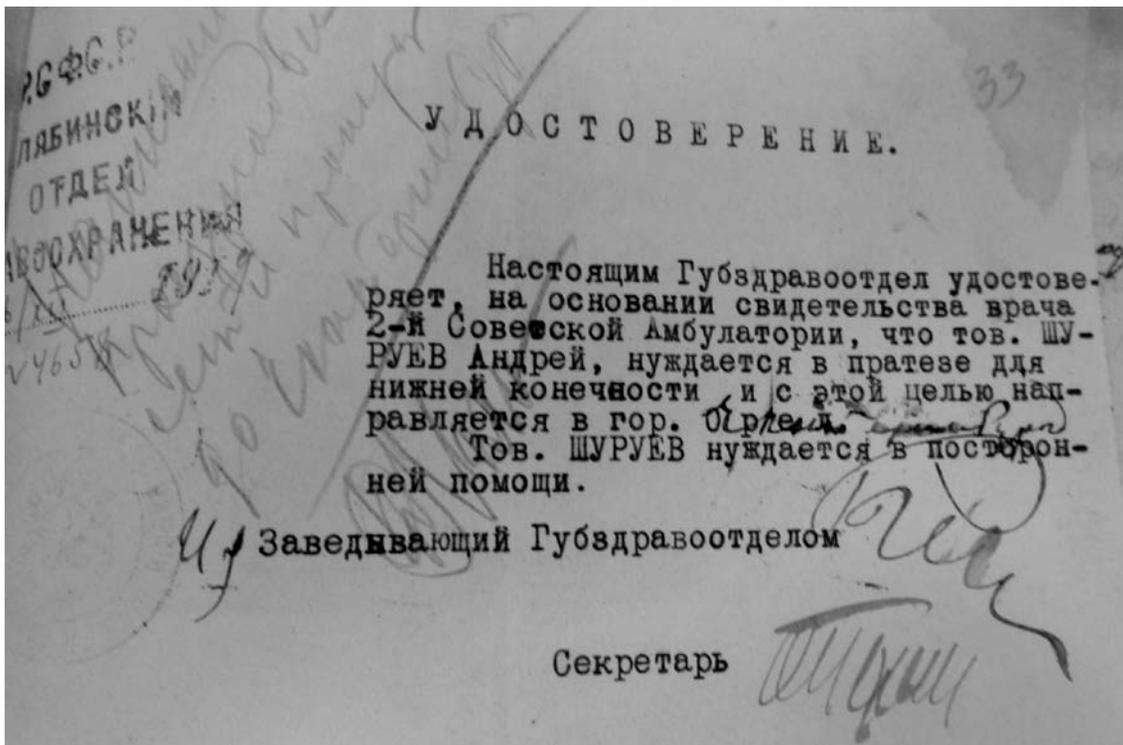


Фото 8. Удостоверение о нуждаемости в протезировании 1920-е годы.



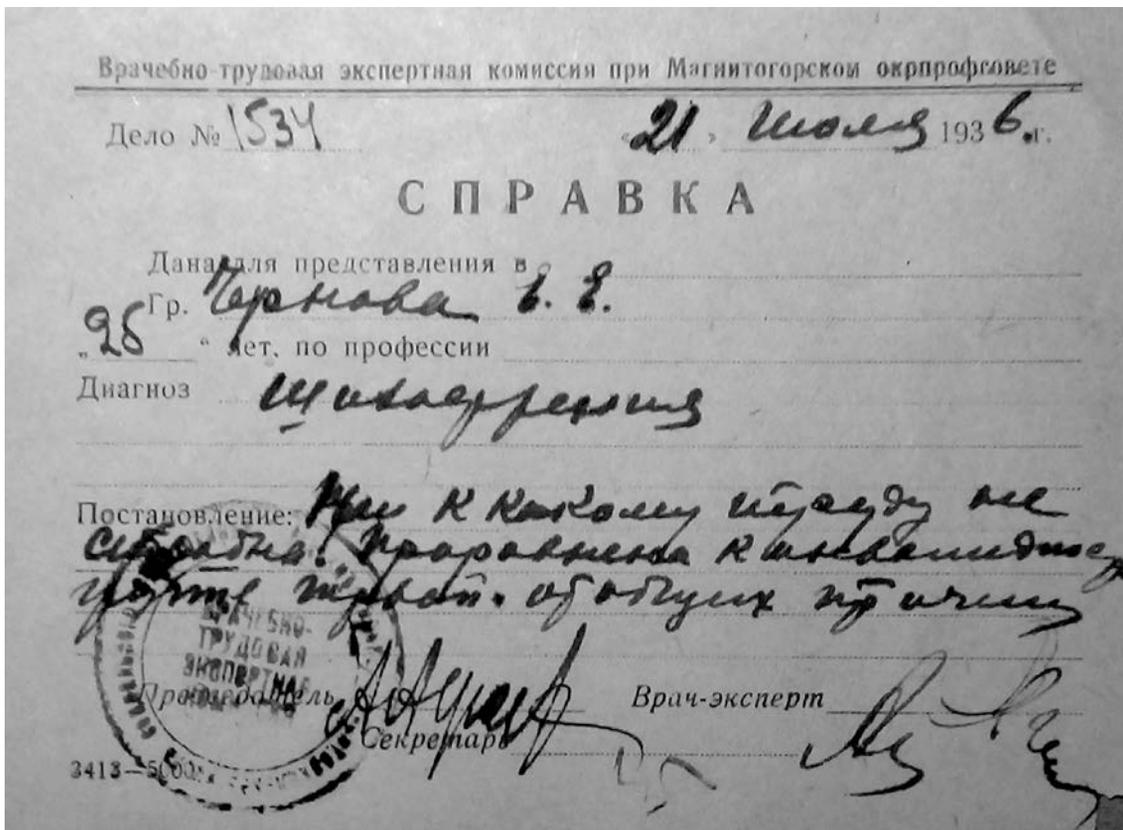


Фото 10. Справка ВТЭК г. Магнитогорска 1936г.

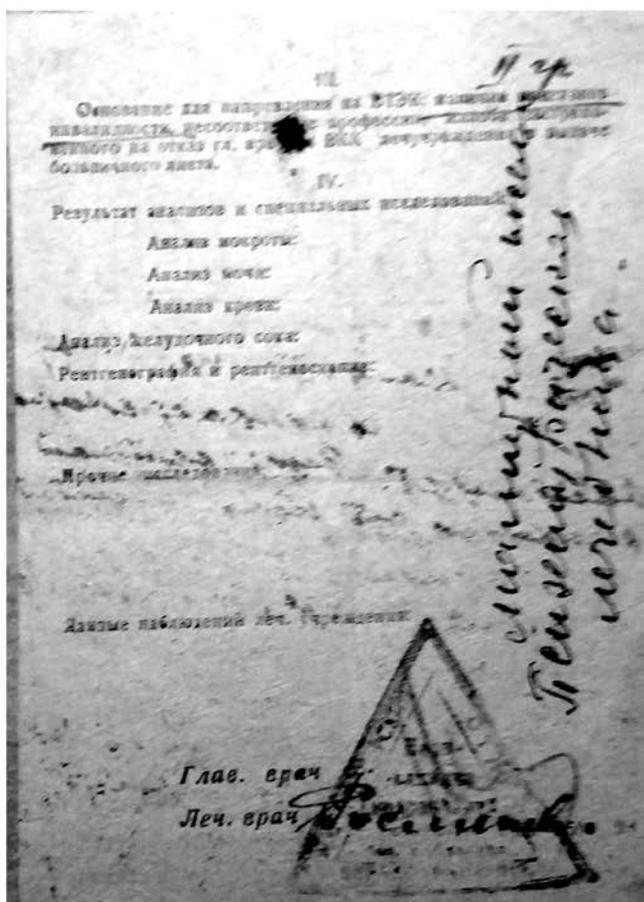
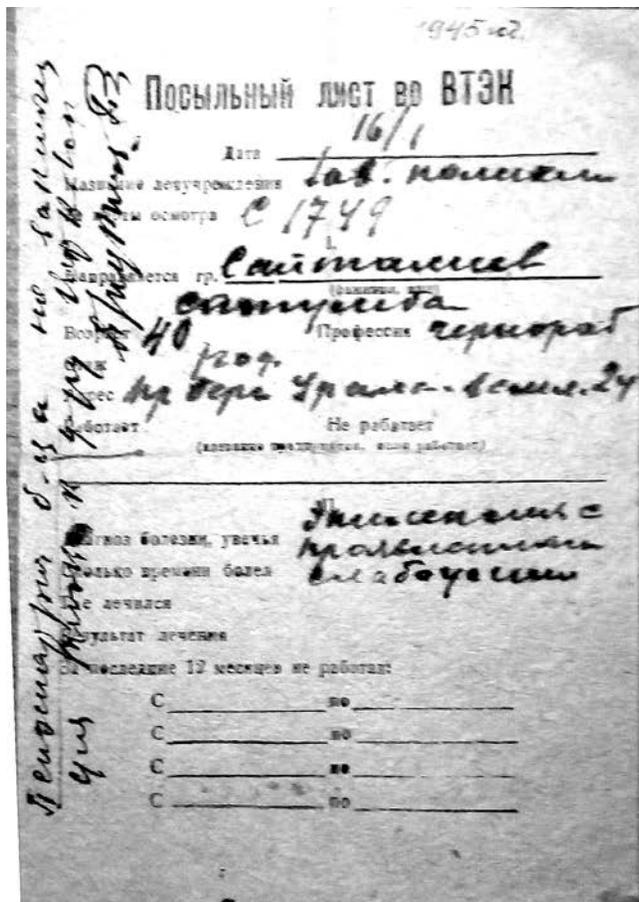


Фото 11. Посыльный лист 1945г.

**РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РОССИИ И В ЕАО****Кожушкова Д.В., Алаторцева О.П.**

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по ЕАО», г. Биробиджан

В 2018 году работники медико-социальной экспертизы ЕАО отметили две юбилейные даты: 100-летие существования нашей службы в России и её 50-летие в ЕАО. За эти годы служба из небольших врачебно-экспертных комиссий преобразовалась в Федеральные казенные учреждения медико-социальной экспертизы с комплексом экспертных и реабилитационных мероприятий для людей с ограниченными возможностями.

Отечественная система социального обеспечения начала формироваться в России с 1903 года, когда в связи с ростом числа фабрик и заводов увеличилось число случаев промышленного травматизма, и был принят закон об ответственности предпринимателей за увечья на производстве. Оплата за увечья производилась через страховые кассы, фонд которых формировался за счёт взносов самих рабочих. Освидетельствование производил фабричный врач или врач страховой кассы. В 1912 г. в России был принят закон «О страховании на случай болезни и несчастного случая». Появились первые таблицы определения степени утраты трудоспособности. Но специальных органов врачебной экспертизы не существовало. Создание государственных органов врачебной экспертизы было утверждено декретами по социальному страхованию, вышедшими в ноябре и декабре 1917 г. Они предусматривали возмещение увечному полному заработка с передачей экспертизы увечных врачам, выбранным рабочими и служащими.

Государственная служба медико-социальной экспертизы формируется в 1918 г., когда издаётся Положение о социальном обеспечении (от 31.10.1918 г.) и Кодекс о труде (от 10.12.1918 г.). Вначале она носит название врачебной экспертизы, а с 1932 г. по 1996 г. - врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭК). Врачебная экспертиза была представлена губернскими бюро с экспертными комиссиями в их составе и подчинялась органам социального обеспечения, страхования, труда, а с 1921 г. – органам здравоохранения. В состав комиссий входили 3 врача-эксперта, представители социального обеспечения и профсоюзов. Определялась инвалидность, определялись виды доступных работ для инвалидов, возможность восстановления их трудоспособности. Степень утраты трудоспособности определялась в процентах. При этом учитывался только характер заболевания и не принимались во внимание условия труда больного.

С 1921 г. вводится групповая классификация стойкой нетрудоспособности, состоящая из 6, а позднее – 5 групп инвалидности. Но только для лиц, вошедших в первые 3 группы, предусматривалось пенсионное обеспечение. Система была громоздкой, однако впервые болезнь связывалась с социальными факторами, решался вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности, нуждаемости в переводе на другую работу, либо в полном освобождении от работы. Такая классификация просуществовала вплоть до 1933 года.

В 1930 г. создаётся первый научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности в Москве (ЦИЭТИН), в 1932 г. — НИИ экспертизы трудоспособности и трудоустройства инвалидов в Ленинграде.

В 1933 г. г. создаётся 3-х групповая классификация инвалидности. В ней предусматривалась возможность выполнения работ только инвалидами 3-й группы.

В 1932 г. врачебно-экспертные комиссии преобразуются во врачебно-трудовые. Было принято новое положение о ВТЭК. Комиссии с 1932 по 1937 годы находились в ведении профсоюзов с целью приближения их к производству. Организуются первые выездные заседания на предприятиях.

В то время существовали комиссии 2х типов, решавшие разные задачи. ВТЭК, подчиненные районным и городским комитетам профсоюзов, занимались установлением инвалидности. Другие комиссии организовывались профсоюзами крупных предприятий, их задачей была организация помощи инвалидам в трудоустройстве.

В 1937 г. ВТЭК были переданы органам социального обеспечения, в составе которых они находились по 2004 г.

Объём работы комиссий возрос в период ВОВ 1941- 45 г. г. Появилась новая категория инвалидов — инвалиды ВОВ. В стране оказалось много инвалидов ВОВ молодого и среднего возраста, а классификация групп инвалидности 1932 г. не предусматривала трудовые рекомендации для инвалидов 1 и 2-й групп, что затрудняло их приобщение к труду. Поэтому выходят новые нормативные документы, в соответствии с которыми лицам с выраженным анатомическим дефектом, но не потерявшим трудоспособность в своей профессии, устанавливается 3-я группа инвалидности. Создаются лечебно-трудовые мастерские, организу-

ются специальные курсы профессиональной подготовки, переобучения и переквалификации. Руководителям предприятий и учреждений вменяется в обязанность предоставлять работу инвалидам в соответствии с их возможностями. В 1942 году создаётся первая специализированная (фтизиатрическая) ВТЭК.

В 1945 году на базе ЦИЭТИНа была создана первая в стране кафедра врачебно-трудовой экспертизы.

В 1948 году состоялся первый съезд врачей-экспертов, на котором проанализирован накопленный опыт врачебно-трудовой экспертизы. В этом же году издаётся Положение о ВТЭК.

В 1956 г. утверждена новая инструкция по определению инвалидности, в которой предусмотрена возможность работы для инвалидов всех трёх групп при отсутствии медицинских противопоказаний, и утверждён «перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно». Данная инструкция сохраняла свою силу вплоть до 1997 года. На предприятиях в этот период создаются специализированные цеха и участки для трудоустройства инвалидов, создаются специализированные артели инвалидов.

В 1960 году начала осуществляться подготовка специалистов по ВТЭ в открывшемся в Ленинграде институте специализации врачей-экспертов (ИСВЭ), реорганизованном в 1971 г. в Ленинградский институт усовершенствования врачей-экспертов (ЛИУВЭК, а с 1996 г. - СПбИУВЭК).

С 1963 г. повсеместно внедряются комплексные планы по профилактике инвалидности. Тогда же была введена должность главного эксперта.

В 1985 г. принимается новое положение о ВТЭК, расширяющее права граждан для направления на комиссию, вводится новый порядок расчета числа ВТЭК. Функциями ВТЭК становятся профессиональная ориентация инвалидов, формирование трудовых рекомендаций и рекомендаций по профессиональному обучению и переобучению, наблюдение и контроль за фактическим трудоустройством инвалидов, оценка его соответствия трудовым рекомендациям.

В 1989 г. ВОЗ принимает «Международную номенклатуру нарушений ограничений и социальной недостаточности», основанную на анализе функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, предусматривающую ограничения способности не только к трудовой деятельности, но и к самообслуживанию, обучению, передвижению, общению и др. Это дало толчок для формирования новых представлений об инвалидности и создания новых критериев для её определения в нашей стране.

24.11.1995 г. издаётся Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В целях реализации этого закона было принято Постановление Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. №392 «О государственной службе медико-социальной экспертизы». Начался процесс реорганизации врачебно-трудовых экспертиз в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы.

Издаётся ряд законодательных и нормативных актов, определяющих и совершенствующих новый порядок признания граждан инвалидами, в соответствии с наличием стойкого нарушения здоровья, различных степеней нарушения функций организма, с ограничениями тех или иных видов жизнедеятельности. Появился третий критерий для признания гражданина инвалидом — это необходимость осуществления мер социальной защиты. Всё большее внимание уделяется профилактической направленности в работе МСЭ, удовлетворению потребностей инвалидов в различных мерах реабилитации. У учреждений МСЭ появилась новая функция - разработка индивидуальных программ реабилитации (ИПР) лицам, признанным инвалидами. В эти программы, кроме раздела по медицинской и профессиональной реабилитации, включён раздел по социальной реабилитации, где указывается нуждаемость инвалида в обеспечении техническими средствами реабилитации (ТСР). В состав бюро введены специалисты по реабилитации, по социальной работе, психологи. С 1998 года в бюро МСЭ передаётся освидетельствование детей, которое раньше проводилось в ЛПУ. С 01.01.2000 категория «ребенок-инвалид» определяется детям до 18 лет.

В 1998 году принимается Федеральный закон №125 - ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», при этом на МСЭ возлагается обязанность по разработке программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

В 2004 году «Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» реорганизован в Федеральное государственное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», находящееся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а главные бюро МСЭ становятся подведомственными Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию.

С июня 2008 г. учреждения МСЭ находятся в ведении Федерального медико-биологического агентства.

С 2012 года по настоящее время учреждения медико-социальной экспертизы являются организациями, подведомственными Министерству труда и социального развития Российской Федерации.

Таким образом, с 01.01.2005 г. служба медико-социальной экспертизы переходит в федеральное подчинение. В этом же году издается ряд правительственных постановлений и приказов, регламентирующих работу учреждений МСЭ и реабилитацию инвалидов. Утверждена новая классификация и критерии, используемые при проведении медико-социальной экспертизы. Утвержден федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалидам.

20.02.2006 издается Постановление Правительства РФ № 95, утвердившее новые правила признания лица инвалидом. В них не были указаны сроки проведения реабилитационных мероприятий, дающих право на установление инвалидности без срока переосвидетельствования, что привело в тот период к резкому, неправомерному увеличению числа освидетельствований в филиалах МСЭ, осложнявших их работу, и к многочисленным жалобам граждан. В связи с этим, в это Постановление неоднократно вносились дополнения, уточняющие порядок признания лиц инвалидами и периодичность освидетельствования.

В 2011 г. приказом Минтруда России утверждён Административный регламент по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, с последующей редакцией его от 29.01.2014 г., прописывающий общий порядок оказания государственной услуги.

В 2015 году выходит приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н, который определил классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы при установлении инвалидности, а также реализовал возможность определения степени нарушенных функций организма в процентах.

Еврейская автономная область образована 7 мая 1934 года с центром в рабочем посёлке Биробиджан, получившим статус города в 1937 году. Область является субъектом Российской Федерации и входит в состав Дальневосточного Федерального округа. На юге она граничит с Китаем, на западе с Амурской областью, на севере и востоке с Хабаровским краем. В состав области входит 5 районов: Биробиджанский, Облученский, Смидовичский, Ленинский и Октябрьский. С начала своего образования область входила в состав Хабаровского края. В 1991 году Еврейская автономная область была выделена в самостоятельный субъект Российской Федерации.

Развитие службы МСЭ в области тесно связано с историей ее развития в стране в целом. В Еврейской автономной области, входившей до 1991 года в состав Хабаровского края, функции ВТЭ, до 1969 года, выполняли врачи-лечебники, утвержденные приказом крайсобеса г. Хабаровска. В г. Биробиджане и Биробиджанском районе это были врачи областной больницы: С.И. Вайнберг, А.И. Теплоухова, И.Г. Свиткин. В Октябрьском, Ленинском и Облученском районах были свои комиссии из врачей ЦРБ, которые освидетельствовали своих больных и выдавали им справки ВТЭК. Инвалидов Смидовичского района освидетельствовали в г. Хабаровске.

В январе 1969 г. был издан приказ Хабаровского крайсобеса об организации ВТЭК общего профиля для г. Биробиджана и Биробиджанского района. Первым её председателем была Хижинская Надежда Ивановна. Вначале врачами-экспертами и старшей медсестрой работали совместители, но с мая 1969 г. основной состав был сформирован из освобождённых врачей. Старшей медсестрой с мая 1969 г. по март 2003 года работала Помилуйко Зинаида Александровна, которая с апреля 2003 по 2004 г. продолжала работать в первом филиале социальным работником, проработав, таким образом, в службе медико-социальной экспертизы области 35 лет.

В то время в районах еще оставались те же составы из врачей ЦРБ, которые присылали в Биробиджанскую ВТЭК свои отчеты, где, в свою очередь, готовился сводный отчет. Освидетельствовало тогда в ЕАО от 1200 до 1600 человек в год. Эта цифра набиралась в основном за счет инвалидов ВОВ. Вначале ВТЭК располагалась в двух комнатах подвального помещения обкома партии, а с 1971 г. в одной комнатке клуба строителей, затем в трёх комнатах ветхого деревянного здания на ул. Ленина. В 1974 г. районные комиссии были ликвидированы, Биробиджанская ВТЭК стала областной (межрайонной). На предприятиях области создавались специальные рабочие места и участки для трудоустройства инвалидов, различные виды надомного труда.

В 1995 г. с принятием Федерального Закона № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», вводится новый порядок признания граждан инвалидами, издаётся ряд законодательных актов о преобразовании ВТЭК в новую службу МСЭ.

Больные психическими расстройствами долгое время освидетельствовались Хабаровской краевой ВТЭК, что создавало определенные неудобства. Выездные заседания этой комиссии проводились в Биробиджане только 4 раза в год. При необходимости срочного освидетельствования больным приходилось ехать

в соседний г. Хабаровск. Поэтому в 1997 году, одновременно с созданием в области новой службы медико-социальной экспертизы, издается постановление «О создании Областного специализированного психиатрического бюро МСЭ».

С 1998 года, в связи с освидетельствованием детей в бюро МСЭ, в состав межрайонной МСЭК вводятся детские врачи, а с 2001 г. в межрайонном бюро сформирован отдельный состав из 3-х врачей: педиатр, детский хирург, детский невролог.

Методическое руководство областными бюро до 2000 года осуществлялось Главным бюро МСЭ Хабаровского края. В 2000 году в области создается свое Главное бюро с одним экспертным составом, которое подчиняется областному комитету социальной защиты населения Правительства ЕАО.

В 2005 году служба МСЭ переведена в федеральное подчинение. Создано Федеральное Государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по ЕАО», в состав которого входили филиал №1 смешанного профиля и филиал № 2 специализированного психиатрического профиля, экспертный состав главного бюро. С 2009 года в ФГУ «Главное бюро МСЭ по ЕАО» образовано дополнительно 2 филиала. Таким образом, в настоящее время в составе учреждения имеются 2 филиала смешанного профиля (педиатрического и фтизиатрического профиля), один филиал общего профиля и один филиал специализированного (психиатрического) профиля.

В 2014 году Министерством труда и социального развития Российской Федерации приобретено двухэтажное здание для размещения учреждения МСЭ по Еврейской автономной области. Новое здание отвечает всем требованиям доступности. Просторные залы ожидания, кабинеты приема граждан, единая регистратура, лифт. Все это создало комфортные условия как для граждан, так и для работников учреждения. За последние 6 лет значительно улучшилось материально техническое оснащение учреждения. Все филиалы оснащены АРМ, создан кабинет диагностики, в котором используется специальное диагностическое оборудование. Составы бюро полностью укомплектованы специалистами по реабилитации, психологами и социальными работниками. В настоящее время здесь работают 21 врач по медико-социальной экспертизе (13 врачей на постоянной основе, 9 врачей на условиях внешнего совместительства). Врачи и средний медицинский персонал проходят повышения квалификации на базе СПБИУВЭКА Санкт-Петербурга, ФБУ «Федеральное Бюро» г. Москва. У всех медицинских работников имеется сертификат специалиста.

Новые законодательные и нормативные документы, возросшие требования к службе медико-социальной экспертизы создают условия для дальнейшего ее развития и совершенствования, дают импульс для проведения большой созидательной работы, что принесет несомненную пользу в работе.

## **ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Кокореева И.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Вологодской области» Минтруда России

Постановлением Центрального Исполнительного Комитета СССР от 23 сентября 1937 года была образована Вологодская область (Северная область была разделена на Вологодскую и Архангельскую). Первые документы, содержащие сведения об организации и становлении врачебно-трудовых экспертных комиссий в городах Вологде, Череповце, Соколе и Великом Устюге датированы от 1943 года.

В военном 1943 году в Вологодской области начали проводиться освидетельствования граждан, в основном из числа военнослужащих. Врачебно-трудовые экспертные комиссии входили в систему социального обеспечения Вологодской области.

Несколько позднее, спустя 5 лет в 1948 году была образована первая областная ВТЭК под председательством Муратова Ивана Андреевича (1948-1961г.г.). Это был энтузиаст своего дела и хороший организатор. Он впервые провел анализ деятельности ВТЭК за 1952-1956 годы. Сведения из этого отчета показывают, что в области в то время функционировало 47 ВТЭК, в том числе с 1948 года функционировала туберкулезная ВТЭК, а с февраля 1949 г. психиатрическая ВТЭК.

С 1962 г. областную ВТЭК возглавила Старкова Галина Васильевна. (1962-1967г.г.). Это пятилетие врачебно-трудовой экспертизы отмечено более жестким подходом в определении групп инвалидности. В 1963 году была организована травматологическая ВТЭК, а в апреле 1964 г. была образована глазная ВТЭК.

В 1967 году руководителем областной ВТЭК был назначен заслуженный врач РСФСР Кропин Алексей Николаевич. (1967-1972г.г.). За пять лет руководства он продолжил лучшие традиции Муратова И.А.

А.Н. Кропина на посту сменил Феликс Константинович Кононов (1972-1977г.г.). Он уделял много внимания созданию системы единых подходов в оценке трудоспособности врачами здравоохранения и ВТЭК. Им было разработано методическое пособие по функциональным методам исследований при различных формах болезней при направлении на экспертизу, дано понятие обоснованности направления больных на ВТЭК.

С 1977 года областную ВТЭК возглавила Инна Павловна Каплан (1977-1982г.г.). Инна Павловна провела большую работу по реорганизации сети экспертных комиссий из временных в постоянно действующие. Позднее Инна Павловна работала врачом-неврологом Главного бюро №2. В 2004 году Каплан Инне Павловне присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

С 1982 года была закончена реорганизация сети ВТЭК в области, на тот момент функционировало 10 постоянно действующих экспертных комиссий. В 1985 г. был образован второй состав областной ВТЭК.

На основании решения исполкома областного Совета народных депутатов от 23.05.1989 №232 создано учреждение Объединение врачебно-трудовой экспертизы области. Объединение врачебно-трудовой экспертизы являлось государственной организацией и входило в систему социальной защиты населения области. С 1989 года была введена освобожденная должность главного эксперта по ВТЭ - руководителя Объединения. Главным экспертом назначен Соколов Лолий Федорович (1982-1994г.г.) – прекрасный человек, любящий свое дело, всю свою энергию отдававший работе.

С 1994 года лучшие традиции Лолия Федоровича продолжил на этом посту руководитель - главный эксперт по медико-социальной экспертизе по Вологодской области Медведев Николай Михайлович (1994-2013г.г.).

В течение 1996 года врачебно-трудовые экспертные комиссии упразднены, началось создание государственной службы медико-социальной экспертизы в системе Министерства социальной защиты населения РФ.

Постановлением губернатора области от 14.12.1996 года №910 «О государственной службе медико-социальной экспертизы Вологодской области» было создано государственное учреждение «Объединенное бюро государственной службы медико-социальной экспертизы Вологодской области». Учреждение было ликвидировано в декабре 2004 года.

С 1 января 2005 года в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и во исполнение распоряжения Правительства РФ от 16 декабря 2004 года №1646-р создано и приступило к работе Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области».

С 2011 года Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области» переименовано в Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области».

С 2012 года на основании Постановления Правительства Российской Федерации № 1270-р от 14.07.2012 года Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области» находится в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

С 2013 года и по настоящее время возглавляет учреждение Образцова Татьяна Васильевна, руководитель - главный эксперт по медико-социальной экспертизе по Вологодской области.

## **ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

**Малюков Н.И., Шурупов Э.В., Голубев Ю.Ф.**

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России

Липецкая область образована 6 января 1954 года из окраинных районов смежных Воронежской, Курской, Рязанской и Орловской областей. В её составе 8 городов и 18 сельских районов. Область имеет высоко развитую промышленность, сельское хозяйство, строительную индустрию, сферу обслуживания населения. Промышленные предприятия сосредоточены, в основном, в крупных городах, к которым относятся Липецк и Елец.

С организацией Липецкой области как самостоятельного региона РСФСР, начали формироваться органы управления и отделы исполнительной власти. Врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) находились в ведении отдела социального обеспечения Липецкого облисполкома.

Врачебно-трудовая экспертиза опиралась в тот период на принципах, изложенных в Инструкции по определению групп инвалидности, а также на различные законодательные и нормативные документы. При этом инвалидность интерпретировалась как состояние полной или частичной утраты больным трудоспособности, а основной задачей экспертизы являлось установление степени её утраты.

Изменившиеся общественно-политические представления привели к пересмотру существовавшего в нашей стране отношения к инвалидам с учётом подходов к этой проблеме в мире. В настоящее время понятие инвалидности включает в себя не только нарушение здоровья со стойкими расстройствами функции организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности, но и степень социальной дезадаптации, требующей социальной защиты. В связи с этим значительно изменилась функция бывших ВТЭК, которые в соответствии с постановлением Правительства РСФСР от 13 августа 1996 года № 965 были преобразованы в учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Одной из основных задач МСЭ является не только определение степени нарушения медицинского и социального статусов гражданина, требующего замещения, но и выявление степени сохранности, наличие компенсаторно-адаптационных возможностей, реализация которых может способствовать функциональной, психологической, социально-средовой, профессиональной адаптации и реабилитации инвалидов, предотвращению формирования комплекса ущербности, нормального сосуществования в обществе здоровых людей.

Врачебно-трудовые экспертные комиссии в области вначале были разрозненны, отдельных помещений не имели, располагались территориально при городских поликлиниках в Липецке и Ельце. Так, психиатрическая ВТЭК располагалась на базе областного психоневрологического диспансера (первым председателем являлся врач-психиатр Фукс Рудольф Германович, а в последующие годы должность руководителя занимала Лысова Антонина Андреевна). Работали комиссии самостоятельно, единой организационной структуры не было, подчинялись непосредственно руководителю областного отдела социального обеспечения.

В соответствии с постановлением главы администрации Липецкой области от 03.12.1996 г. № 552 на базе действовавших ВТЭК было создано областное учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы (ОГУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области»), утверждено положение и штатное расписание в количестве 105,5 штатных единиц с месячным фондом заработной платы 42,7 млн. руб. Председателем учреждения была назначена Потапова Клара Михайловна (1931 – 2001), заслуженный врач РСФСР, старейший работник службы социальной защиты области. Она обратилась в Липецкий горисполком и к директору Новолипецкого металлургического завода (ныне - Новолипецкий металлургический комбинат) И.В. Франценюку с просьбой подыскать в одном из городских зданий помещения для размещения учреждения медико-социальной экспертизы. Этот вопрос решился положительно. Было предоставлено помещение на двух этажах в отдельно расположенном здании.

В апреле 1998 г. ОГУ «Бюро МСЭ по Липецкой области» возглавил Малюков Николай Ильич, заслуженный врач Российской Федерации, член-корреспондент РАЕН, ранее работавший начальником областного управления здравоохранения Липецкой области.

По распоряжению администрации Липецкой области от 29.12.1998 г. № 2177-р «О штатной численности областного государственного учреждения «Бюро медико-социальной экспертизы» в целях качественного проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 16 лет в составе ОГУ «Бюро МСЭ» дополнительно было образовано Главное бюро МСЭ № 3 – педиатрическое. Решение организационно-методических и кадровых вопросов было поручено Черных Ираиде Тутавне, заслуженному врачу РФ, бывшему главному педиатру Липецкого областного отдела здравоохранения, впоследствии ставшей руководителем нового подразделения.

Согласно закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ на учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы была возложена совершенно новая (по сравнению с кругом задач ВТЭК) функция – разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ИПР). Однако, из-за ограниченности финансирования штатная структура учреждений не могла быть сразу приведена в соответствие с новыми функциями МСЭ. Отсутствие в составе большинства бюро специалистов по реабилитации не позволяло в должной мере выполнять задачи разработки ИПР, динамического контроля и координации реализации мероприятий, анализа результатов реабилитации инвалидов.

С целью компьютеризации работы нашего учреждения была получена и установлена компьютерная техника, проведены локальные сети в помещениях МСЭ, приобретено программное обеспечение, что также требовало наличия в штатах ОГУ соответствующих специалистов.

За три года работы - с 1997 по 1999 год - в ОГУ «Бюро МСЭ по Липецкой области» число граждан, обратившихся за освидетельствованием, возросло соответственно с 37,6 до 41,3 тысяч человек. Количество разработанных в течение года ИПР за этот период увеличилось с 560 до 1495, в связи с чем возросла средняя нагрузка на одно бюро МСЭ. В 1999 году она превышала в 1,5 раза нормативный показатель.

Управление социальной защиты населения Липецкой области в августе 2000 г. обратилось (письмо от 02.08.2000г. № 5.6) к главе администрации Липецкой области О.П. Королеву с просьбой разрешить создание ещё одного бюро МСЭ (травматологического профиля), а также дополнительно включить в штатное расписание специалистов по реабилитации и специалистов по компьютерной технике в количестве 19 штатных единиц.

В период с 1996 по 1999 год в области отмечалось снижение показателей первичной инвалидности среди взрослых: соответственно от 110,7 до 90,0 (на 10 тыс. населения). Однако, начиная с 2000 г. наметилась тенденция к значительному росту уровня первичной инвалидности взрослого населения: от 106,6 в 2000 году до 133,8 в 2004 году (на 10 тыс. населения). Рост первичной инвалидности объяснялся вступлением в силу с 01.01.2004 г. положений Федеральных законов от 17.12.2001 г. № 173 «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и от 15.12.2001 г. № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» о назначении пенсий по инвалидности с учетом способности к трудовой деятельности.

В соответствии со статьей 4 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» по распоряжению Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 года № 1646-р были созданы подведомственные Росздраву федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы: главные бюро медико-социальной экспертизы, имеющие филиалы – бюро медико-социальной экспертизы в городах (районах), с определением их штатной численности и размера ассигнований, выделяемых за счет средств федерального бюджета на их содержание. Главному бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области была на 2005 год определена штатная численность 294 человека с расходами на содержание 15,7 млн. рублей (в 2005 году штатная численность составляла 147 человек, годовой бюджет 8,5 млн. руб.).

По постановлению Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 г. № 805 определен порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Приказом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 17 декабря 2004 г. № 201 утвержден Устав ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области». Разработан план первоочередных действий по государственной регистрации учреждения. В соответствии с приказом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 17 декабря 2004 г. № 26кр с 1 января 2005 года руководителем-главным экспертом по медико-социальной экспертизе ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области» назначен Н.И. Малюков.

В связи с необходимостью открытия новых структурных подразделений (согласно рекомендуемой Росздравом структуры) в ФГУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» проводилась работа по укомплектованию врачами-специалистами оргметодотдела и отдела кадров, программистами и операторами ЭВМ, отдела врачей-специалистов по узким врачебным специальностям, старшей медицинской сестры, а также формирование общего отдела (инженер по охране труда и технике безопасности, механик гаража, агент по снабжению, санитарки, кастелянши, водители автомобилей, кладовщик, гардеробщица, сантехник, электрик, плотник).

В структуре ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области» были сформированы 3 экспертных состава (один из них педиатрический), 15 филиалов различного профиля (4 межрайонных филиала, 3 травматологических, 8 специализированных бюро: кардиологическое, онкологическое, психиатрическое, педиатрическое, фтизиатрическое, цереброваскулярное, офтальмологическое).

Для размещения филиалов №№ 13 и 14 на основании распоряжения главы администрации города Ельца № 1176-р от 21.11.2005 г. в безвозмездное пользование передано помещение общей площадью 144,8 кв. метра, расположенное на первом этаже жилого дома в городе Ельце (ул. Октябрьская, 30).

Поскольку площади, занимаемые учреждением в областном центре, не отвечали санитарным требованиям, в 2001 году был разработан проект реконструкции с надстройкой 3-го этажа над средней частью здания по ул. Неделина, 31а. В 2005 году этот объект был внесен в перечень строек для федеральных госу-

дарственных нужд, финансируемых за счет средств федеральной целевой инвестиционной программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 гг.» с вводом в действие надстройки 3-го этажа в 2007 году. Объем финансирования был предусмотрен в размере 8 млн. рублей на 2006 год и 13 млн. рублей на 2007 год.

Работа по надстройке 3-го этажа основного здания, проводилась без прекращения работы второго этажа, что в определённой мере сдерживало проведение строительных работ. После завершения строительства появилась возможность разместить сотрудников бюро в нормальных санитарных условиях. Кроме того, удалось отремонтировать фасад и крышу, а затем начать работу по ремонту второго этажа здания в г. Грязи, где расположен филиал № 15 (Грязинское бюро МСЭ).

По распоряжению территориального управления Росимущества по Липецкой области от 10 апреля 2007 года № 239 передано в оперативное управление в ФГУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» нежилого здания с подвалом, расположенное в г. Липецке, по улице Неделина, д. 31-а, площадью 971 кв. м.,  $\frac{3}{4}$  доли административного здания в г. Грязи, площадью 632,3 кв. м., здание гаражей.

После перевода учреждения в подчинение федерального уровня, улучшилось финансирование по всем статьям расходов, укрепилась материально-техническая база. В 2007 году было выделено ассигнований в сумме 53,1 млн. рублей, что на 29 % больше, чем в предыдущем году.

В августе-сентябре 2009 года от ФМБА России были получены безвозмездно 5 автомобилей: 2 микроавтобуса «Fiat Dukato» на 14 пассажирских мест, 2 внедорожника «УАЗ Патриот», 1 автомобиль социальной помощи для людей с ограниченными возможностями для перевозки инвалидов-колясочников «Fiat Dukato».

После окончания ремонта помещения, в котором располагается филиал № 15 в г. Грязи, проведен текущий ремонт помещений филиалов №№ 13 и 14 в г. Ельце. В декабре завершен ремонт 2-го этажа административного здания в г. Липецк. Велись работы по монтажу оборудования системы видеоконференции и видеонаблюдения.

Была организована общественная приемная граждан, увеличено число ответственных работников, ведущих прием граждан. Разработан административный регламент по работе с обращениями граждан. Поставлены новые задачи перед составами Главного бюро по контролю за деятельностью бюро-филиалов, в то же время расширились возможности консультаций в сложных экспертных случаях.

С 2010 года вновь начала определяться только группа инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД), в связи с чем пенсии стали выплачиваться не по степени ограничения способности к трудовой деятельности, а по группе инвалидности. Это было связано с тем, что рассмотрение в комплексе всех функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности человека давало более полную картину, нежели только ОСТД, которую ранее ставили во главу угла.

Введено понятие «реабилитант» - это лицо, которому реабилитационные мероприятия могут компенсировать утраченные функции и обеспечить должную социализацию. Еще одной приоритетной задачей МСЭ стал новый подход к понятию «реабилитация». Первым шагом в этом направлении было установление более четкого периода проведения реабилитационных мероприятий, сроки которых устанавливались индивидуально.

Вопросы инвалидности являлись актуальной проблемой для Липецкой области: по данным пенсионного фонда в 2011 г. в области было зарегистрировано 141 945 инвалидов, что составляло 12,2% населения. Поскольку в течение последних лет уровень первичной инвалидности в нашей области был выше показателей средне-российских и по ЦФО, был поиск путей снижения первичной инвалидности.

На федеральном уровне по отношению к государственной службе МСЭ проводилась большая работа по формированию сети и кадрового состава учреждений МСЭ. Строго в соответствии с утвержденным графиком, завершена реализация третьего этапа работ по обеспечению оказания услуг МСЭ в электронном виде.

В 2010 году повысилась доступность медико-социальной экспертизы для граждан за счет того, что снизилась нагрузка в целом по учреждению на 26,3% и приведена к нормативу (до 15 в день). Увеличилось количество заседаний врачебных комиссий на 8,3%. Очередности на освидетельствование не было. Перераспределены зоны обслуживания между бюро. Возрос удельный вес освидетельствований на дому маломобильных граждан до 4,3% в 2010г. (в 2009 г. – 3,4%).

ФМБА России 14 января 2011 года направило во все субъекты Российской Федерации одобренную Правительством Концепцию совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, в которой достаточно серьезное место отведено вопросам реабилитации инвалидов. В мае 2011 года администрацией Липецкой области утверждена областная целевая программа «Доступная среда на 2011-2015 годы», целью которой являлось повышение качества жизни инвалидов области, обеспе-

чение интеграции их в общество. Для достижения названной цели должны были быть решены задачи по обеспечению доступа инвалидов и маломобильных категорий граждан к информации, повышению уровня подготовки специалистов, работающих с инвалидами, по содействию интеграции детей-инвалидов в общество, повышению доступности объектов транспортной инфраструктуры.

В связи с этим в нашем учреждении проводились мероприятия по созданию доступной среды и информации для маломобильных граждан при получении государственной услуги. Проводилась работа по оборудованию зданий пандусами, поручнями, подъемными устройствами. Для слабовидящих граждан на ступенях лестниц в здании были нанесены тактильные (жёлтые) полосы, оформлены стенды с информацией, напечатанной крупным шрифтом и рельефно-точечным шрифтом по Брайлю.

В 2011 году продолжалась работа по укреплению материально-технической базы учреждения с целью улучшения условий труда сотрудников и удобства граждан, проходящих освидетельствование. Решались вопросы по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 08.09.2010 г. № 697 «О единой системе межведомственного электронного взаимодействия» для обеспечения перехода на предоставление услуг по МСЭ в электронном виде. Межведомственное взаимодействие в вопросах медико-социальной экспертизы осуществлялось строго на основе заключенных соглашений о защите передаваемых персональных данных.

Продолжалась совместная работа нашего учреждения с протезно-ортопедическим предприятием и региональным отделением Фонда социального страхования РФ по вопросам своевременного обеспечения инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и другими средствами реабилитации, рекомендованных в ИПР, оперативно решались вопросы с управлением здравоохранения области, регулярно проводились совместные рабочие совещания с руководителями врачебных комиссий.

Налажено взаимодействие с управлением труда и занятости населения по вопросам трудоустройства инвалидов. В 2011 году в органах службы занятости населения в поисках работы было зарегистрировано 2346 инвалидов. Из них трудоустроено в течение года 1016 инвалидов или 43,3 % от числа обратившихся за помощью.

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» целенаправленно искало инновационные пути улучшения качества оказания государственной услуги по МСЭ. Успешному осуществлению инноваций способствовала система экономического стимулирования сотрудников учреждения за качество выполняемой работы, разработанная в соответствии с приказом ФМБА от 24.09.2008 г. № 324.

В 2011 году отмечено улучшение показателей первичной инвалидности. Интенсивный показатель первичной инвалидности снизился в 1,3 раза, в сравнении с 2010 годом. Число детей, признанных инвалидами впервые за тот же период снизилось на 7,7%.

Основной целью совершенствования медико-социальной экспертизы являлось повышение качества принимаемых учреждениями МСЭ экспертных решений. В связи с переходом на новые критерии МСЭ, актуальность данной проблемы существенно повышалась. Было необходимо расширить качество комплексного и тематического контроля со стороны составов, в том числе в разделах делопроизводства, соблюдения правил административного регламента, этики и деонтологии, социальной удовлетворенности граждан процедурой освидетельствования. Для филиалов-бюро ставились цели: максимально обеспечить физическую и информационную доступность медико-социальной экспертизы гражданам с ограниченными возможностями, повысить эффективность и качество экспертизы, улучшить результаты социального партнерства с учреждениями здравоохранения. Как результат совместной работы, в 2012 году отмечено улучшение показателей первичного выхода на инвалидность в сравнении с 2011 годом: соответственно с 77,0 до 70,8 на 10 тыс. взрослого населения и с 22,3 до 20,5 на 10 тыс. детского населения.

24 мая 2013 года утвержден план мероприятий по повышению эффективности деятельности ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России в части оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы на 2013-2018 годы.

2014 год был ознаменован принятием ряда кардинальных нормативных документов, регламентирующих деятельность учреждений МСЭ. 29 января 2014 г. издан приказ Минтруда России № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы».

29 сентября 2014 года принят приказ Минтруда России № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», в котором предусматривалась процентная система оценки

выраженности функциональных нарушений организма. Данный приказ потребовал доработки и практической апробации положений документа, в связи с чем в 2015 году предстояла большая работа, как внутри учреждения, так и разъяснительная работа с медицинскими организациями, осуществляющими направление граждан на медико-социальную экспертизу, работа с общественными организациями инвалидов, органами здравоохранения по взаимодействию и единым подходам по формированию клинико-функционального диагноза.

В 2014 г. все направления деятельности учреждения были автоматизированы с использованием современных высококачественных технологичных программных продуктов. Внедрена компьютерная программа ЕВИИАС МСЭ, которая дала возможность упорядочить процедуру оформления экспертной документации, обеспечила достоверность статистической отчетности. Налажена система межведомственного и внутриведомственного электронного документооборота. Отработана система защиты персональных данных в информационных сетях при взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти.

Структурные подразделения ФКУ «ГБ МСЭ по Липецкой области» были обеспечены достаточными площадями служебных помещений, благоприятными (комфортными) условиями для освидетельствования граждан и пребывания персонала. За счет централизованных поставок в учреждение поступило современное диагностическое оборудование.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в Липецкой области за 2014 год составил 55,6 на 10 тыс. населения против 66,3 в 2013 году.

В связи с вступлением в действие приказа Минтруда России от 29.09.2014г. № 664н по процентной системе оценки функций и структур организма с целью обеспечения прозрачности экспертизы, объективизации экспертных решений, исключения коррупционной составляющей предстояло изучить, внедрить и отработать эту систему не только в нашем учреждении, но и с врачами системы здравоохранения. От правильно сформулированного клинико-функционального диагноза в направлении на МСЭ зависел оценочный показатель, а от него наличие или отсутствие группы инвалидности.

В 2016 году было обеспечено проведение МСЭ в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 г. № 1024-н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Проводилась работа по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации в соответствии с приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. № 998н. Продолжалось внедрение диагностических методов исследования при проведении экспертно-реабилитационной диагностики в сложных экспертных случаях.

Ныне в ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России работают 154 сотрудника, из них 65 врачей. Среди врачей 3 кандидата медицинских наук, 1 врач имеет звание «Заслуженный врач РФ», 1 врач - член-корреспондент РАЕН, 3 врача награждены знаком «Отличнику здравоохранения», 21 врач имеет квалификационную категорию (6 чел. - «высшую», 15 чел. – «первую», 6 чел. «вторую»). Таким образом, 40,3% врачей-специалистов, работающих в учреждении имеют ученые звания, ученую степень или квалификационные категории. Руководителем-главным экспертом по медико-социальной экспертизе является Шурупов Эдуард Владимирович.

Ежегодно в области проводится научно-практическая конференция «День науки» по различным направлениям медицины с обязательным участием специалистов МСЭ в секционных заседаниях и публикацией тезисов докладов в сборниках. Врачи учреждения являются авторами публикаций в журналах, издаваемых ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Регулярно издается Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Липецкой области», выпускается «Атлас санитарно-эпидемиологическая обстановка в Липецкой области», в которых ведётся постоянный раздел «Первичная инвалидность взрослого и детского населения области», авторами которого являются сотрудники нашего учреждения.

В ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России сформированы общедоступные информационные ресурсы, содержащие информацию о деятельности учреждения. Для обеспечения доступа к информации о всех аспектах медико-социальной экспертизы создан официальный сайт в сети Интернет [www.mse48.ru](http://www.mse48.ru), на котором размещена справочная информация о проведении государственной услуги по освидетельствованию граждан. Для оценки качества предоставления госуслуги во время проведения освидетельствования ведется аудиозапись. Независимая оценка качества условий оказания услуг учреждения предусматривает оценку условий оказания услуг по таким критериям, как открытость и доступность

информации об учреждении, комфортность условий предоставления услуги. Все помещения структурных подразделений оборудованы системами кондиционирования воздуха, кулерами с водой, установлена охранно-пожарная сигнализация, видеонаблюдение.

В нашем учреждении проводится контроль за соблюдением Кодекса этики и служебного поведения, издан приказ руководителя № 177-О от 25.05.2018 г. «О мерах по соблюдению профессиональной этики и служебного поведения работниками ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России.

При ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России организован Общественный совет, в состав которого входят представители Общественной палаты и других общественных организаций Липецкой области. В план заседаний Общественного совета включено проведение анализа качества предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Руководитель учреждения Э.В. Шурупов и его заместитель М.В. Толмачёва постоянно принимают участие в заседаниях президиума областной Общественной палаты по делам инвалидов, Общественного совета по защите прав пациентов при ТО Росздравнадзора по Липецкой области. Через средства массовой информации разъясняются порядок предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе, положения постановления Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95, другие нормативно-правовые акты по медико-социальной экспертизе и по созданию условий доступности медико-социальной экспертизы для граждан Липецкой области. Два раза в месяц на страницах «Липецкой газеты» в рубрике «Вопрос – ответ» публикуются консультации по различным направлениям медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Для обеспечения доступности услуги по медико-социальной экспертизе, снижения времени ожидания в учреждении приобретено оборудование «Электронная очередь», выделено помещение под «Единую регистрацию».

17 августа 2018 г. заключено Соглашение о взаимодействии между управлением здравоохранения Липецкой области и ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области» Минтруда России по передаче направлений на МСЭ (форма № 088/у-06) из медицинских организаций в наше учреждение в электронном виде без участия гражданина.

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Липецкой области» Минтруда России является активным участником областных административных Советов, коллегий, совещаний по реализации проекта «Доступная среда» на которых рассматривались вопросы здоровья населения области.

## **ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Мамаева Т.А., Ауст Н.А., Архипова О.В., Смолина Л.Г., Сильянова Н.Ю.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России, г. Чебоксары

«Первое косвенное упоминание о психических расстройствах у жителей Чувашии встречается в известной работе Н.Ф.Рюля «Опыт статистического обозрения о числе одержимых разного рода душевными недугами в России». Обработав материалы первой переписи психически больных в населении России, он пришел к выводу, что «... в Казанской губернии находятся до 1003 страждущих душевными разного рода недугами, между тем как в смежной с оною губернией Нижегородской, при одинаковом почти народонаселении, состоит только 459 ...» (С.8). Однако представления о структуре психических расстройств стали возможными лишь с образованием земской медицины. Среди обратившихся за медицинской помощью в 1873 году на 6 фельдшерских участках Чебоксарского уезда встречались случаи падучей-21 больной, белая горячка 5, истерика-2, мания-1, меланхолия-1. На седьмом съезде земских врачей Казанской губернии (1896 год) ставился вопрос об увеличении койко-мест в Казанской окружной лечебнице, где находились психически больные. Квалифицированная медицинская помощь, однако, была недоступна большей части населения. В частности чувашаи не шли к врачам из-за языческих верований и из-за бедности (Н.В.Никольский, 1925)».

Чувашский народ, как и многие народы России, обрел свою национальную государственность в 1920 г. Психиатрическая служба Чувашии начала формироваться только к середине 50-х годов. До этого медицин-

скую специализированную помощь жителям республики оказывали либо в соседних регионах и областях, либо на местах силами врачей-терапевтов и невропатологов. К тому времени Чувашия имела всего один психоприемник на 5 койко-мест, который выполнял функции «диагностического фильтра и этапного отправного пункта» для направления психически больных на лечение в Казанскую, Горьковскую и Ульяновскую психиатрические больницы. За первый год работы психиатрической службы (1956) было отправлено на стационарное лечение 108 пациентов.

В 1956 году на базе «психонервного» отделения 1-ой Чебоксарской городской больницы открывается Республиканский психоневрологический диспансер (РПНД) с тремя врачебными должностями, будущий прообраз психиатрической больницы. В 1959 году открывается острое диагностическое отделение, т.е. начинает осуществляться в г. Чебоксары стационарная психиатрическая помощь. В 1957 году открыты психоневрологический интернат в селе Тарханы и Шихазанская психиатрическая больница, а в 1960 году - Ядринская психиатрическая больница, они были предназначены для обслуживания пациентов с хроническим течением заболевания. В 1962 году организовано научное общество невропатологов и психиатров (Чувашская Ассоциация врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов). 24 декабря 1962 года издан приказ министра здравоохранения Чувашской АССР об открытии Республиканской психиатрической больницы со стационаром на 100 коек.

Интересны статистические сведения того времени, по архивным материалам Чувашской Республики, в 1966 году на диспансерном психиатрическом учете состояло всего 840 больных на 100 тысяч населения. Из них с шизофренией-72 на 100 тыс, МДП-9, паранойей-8, реактивными психозами-11, прогрессивным параличем-4, травматическими психозами-36, психозами, обусловленными инфекционным энцефалитом-68, эпилепсией -237, неврозами-105, олигофренией-73, алкогольными психозами-9, алкоголизмом-78.

На базе только что открытой Республиканской психиатрической больницы с 01.10.1963 г. в Чувашии организована специализированная психиатрическая ВТЭК. Первым председателем психиатрической ВТЭК была назначена Дементьева Тамара Ивановна, работавшая во ВТЭК по совместительству. В последующие года председателем психиатрической ВТЭК по совместительству работала заведующая отделением психиатрической больницы Николаева Эвелина Степановна

До создания специализированной психиатрической ВТЭК больных с психическими расстройствами освидетельствовала Чебоксарская городская ВТЭК. Председателем этой ВТЭК с 1953 г по 1981 год являлся врач-хирург Мальков Николай Иванович, участник ВОВ. Своим трудом Мальков Н.И. внес большой вклад в работу экспертных комиссий, обучил многих врачей и средний медперсонал работе с больными и инвалидами в службе ВТЭ.

С 1971 г. до 1993 г. возглавлял работу комиссии Дмитричев Геннадий Николаевич, (02.08.1935г.-02.01.1993г.) врач высшей квалификационной категории, «Заслуженный врач Чувашской Республики», «Отличник социального обеспечения»

Дмитричев Г.Н. окончил Ижевский медицинский институт в 1964 году, в 1970-1971 гг. обучался в Ленинградском институте специализации врачей экспертов отделение психиатров-экспертов, после прохождения обучения в ординатуре по психиатрии работал председателем специализированной психиатрической ВТЭК. На протяжении всей своей врачебной деятельности работал по совместительству психиатром в медицинских учреждениях г. Чебоксары. Внес большой вклад в работу специализированной психиатрической ВТЭК, обучил многих врачей и средний медперсонал работе с больными и инвалидами в службе врачебно-трудовой экспертизы.

Под руководством главного эксперта Чувашской Республики (1976-1997 гг.), заслуженного врача Российской Федерации Кангиной Маргариты Михайловны по инициативе руководителя специализированной психиатрической ВТЭК Дмитричева Геннадия Николаевича в 1973 и 1982 гг. в Чебоксарах были организованы и проведены научно-практические конференции на тему «Врачебно-трудовая экспертиза, трудоустройство и реабилитация инвалидов при нервных и психических заболеваниях» с участием работников ЦИЭТИНа и ЛИУВЭКа. Любопытно и интересно взглянуть на Пригласительный билет и программу этой конференции. Один листок из прошлого возвращает нас в атмосферу того времени. Открывала конференцию министр соцобеспечения Чувашской АССР Р.И. Ерусланова с докладом «Основные направления деятельности врачебно-трудовых экспертных комиссий Чувашской АССР в свете решений 26-го съезда КПСС». Всего на конференции прозвучало 33 доклада на различные темы психиатрии, неврологии и ВТЭ при психических расстройствах. Но самое интересное, что в этой конференции принимали участие профессор М.С. Розова, профессор Е.М. Боева, доцент Р.М. Войтенко.

С января 1993 г. по май 1997 г. руководителем бюро специализированной психиатрической МСЭ работал Чувашской Республики заслуженный врач Чувашской Республики, врач высшей квалификационной категории Акчурин Вениамин Николаевич (1941 г.р.).

Акчурин В.Н. окончил Горьковский медицинский институт в 1968 году, 1968-1969 гг. обучался в Ленинградском институте специализации врачей-экспертов отделение неврологов-экспертов. С октября 1969 года по март 1972 года работал инспектором по врачебно-трудовой экспертизе Министерства социального обеспечения ЧАССР и одновременно по совместительству неврологом в лечебных учреждениях г.Чебоксары. После прохождения специализации по ВТЭ при психических заболеваниях в Ленинградском институте специализации врачей-экспертов, с марта 1972 года по декабрь 1992 года работал психиатром-экспертом специализированной психиатрической ВТЭК. Имеет правительственные награды: медаль «Ветеран труда», почетное звание «Заслуженный врач Чувашской Республики».

3 марта 1997 года на основании и в соответствии с Постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики №332 «О государственной службе медико-социальной экспертизы» была создана Государственная служба медико-социальной экспертизы Министерства социальной политики ЧР. 5 мая 1997 года на базе существующей специализированной психиатрической ВТЭК было сформировано бюро специализированной психиатрической МСЭ №1, а 2 сентября 1999 года бюро специализированной психиатрической МСЭ №2. В соответствии с новым штатным расписанием в состав бюро введены дополнительно врач-реабилитолог, психолог и специалист по социальной работе. А с августа 2000 года бюро специализированной психиатрической МСЭ начали проводить медико-социальную экспертизу детей до 18 лет страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения.

В настоящее время в Чувашии сформировано Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Чувашской Республике-Чувашии» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения освидетельствуют два бюро, одно из которых для проведения медико-социальной экспертизы для лиц в возрасте до 18 лет.

#### **Список литературы:**

Голенков А.В., Семенов Г.И., Козлов А.Б. Роль Республиканской психиатрической больницы в обеспечении населения Чувашии специализированной помощью (исторический очерк, посвященный 35-летию РПБ). Чебоксары, 1997г. 18с.

Первый съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Тезисы докладов. Чебоксары. 1995г. 96с.

## **ИСТОРИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: УРОКИ ПРОШЛОГО, ПРОБЛЕМЫ НАСТОЯЩЕГО, ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ**

**Мурзина Т.Ф.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

40-летию основания системы подготовки специалистов учреждений социальной защиты посвящается

В 2018 году исполнилось 100 лет социальной защите России, 100 лет – медико-социальной экспертизе (МСЭ), 40 лет – основанию системы подготовки специалистов учреждений социальной защиты. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов (СПБИУВЭК) – единственное в России федеральное государственное учреждение, где подготовка кадров учреждений социальной сферы является основным видом деятельности.

При создании Ленинградского института усовершенствования врачей-экспертов (ЛИУВЭК), кафедры которого готовили врачей для работы в области врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), первоначально не были учтены интересы большой группы врачей и других специалистов, работающих в учреждениях системы социального обеспечения РСФСР.

В 1978 году число врачей, работающих в стационарных учреждениях различного профиля, превысило 1500 человек. При этом имелось 900 штатных должностей психиатров и 500 терапевтов. Врачи, работающие на постоянной основе, составляли не более 1000 человек.

Начиная с 1977 года, руководители института (ректор П.А. Маккавейский и проректор М.Ф. Войтенко) неоднократно обращались в Министерство социального обеспечения РСФСР с предложениями организовать в институте самостоятельный курс усовершенствования врачей домов-интернатов, а не проводить обучение за счет имеющегося штатного расписания преподавателей экспертных кафедр.

Поэтому важной вехой в конструктивном решении этой проблемы стало постановление Министерства социального обеспечения РСФСР от 13.07. 1978 года № I -396-20 за подписью заместителя министра М.К. Емельяновой о создании специального курса подготовки врачей домов-интернатов.

Датой основания курса следует считать 18 октября 1978 года, когда по приказу ректора ЛИУВЭК доцента П.А. Маккавейского курс был организован в составе кафедры ВТЭ при нервных болезнях (заведующий кафедрой – доцент П.А. Маккавейский) при курсе ВТЭ при психических болезнях (заведующий курсом – доцент Р.М. Войтенко), также входящего в состав кафедры ВТЭ при нервных болезнях.

Руководителем курса подготовки врачей домов-интернатов стал доцент В.П. Беляев, главный психиатр Ленинграда и главный врач психиатрической больницы № 4. Министерством были выделены для нового курса 5 ставок преподавателей и 2,5 ставки вспомогательного персонала. Это позволило сразу же полностью укомплектовать состав курса из числа опытных научных сотрудников Ленинградского НИИ им. В.М.Бехтерева, медицинских институтов и из числа выпускников ЛИУВЭК.

С начала 1979 года стали проводиться занятия с врачами психоневрологических интернатов и домов-интернатов для умственно отсталых детей, а с 1980 года – циклы усовершенствования врачей домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

Объединение сотрудников нового курса с психиатрами-экспертами оказалось неудачным из-за слишком разных целей и задач, стоящих перед ними в педагогическом процессе. Поэтому через год курс был отсоединен от курса ВТЭ при психических болезнях, оставаясь в составе кафедры ВТЭ при нервных болезнях, а в 1984 году стал самостоятельным курсом.

Новый курс усовершенствования врачей домов-интернатов планировал проводить ежегодно 4 цикла по 20 человек каждый. К концу 1989 года на курсе прошло обучение 820 человек. Всего этого было явно недостаточно, если учесть, что количество врачей в домах-интернатах за этот период возросло и достигло 2000 человек. При этом по всей стране неуккомплектованность врачами в домах-интернатах достигала более 400 человек.

В 1989 году после смерти заведующего курсом усовершенствования врачей домов-интернатов В.П. Беляева новым заведующим стал доцент С.Г. Филомафитский, до этого работавший на курсе ВТЭ при психических болезнях. В 1990 году курс был реорганизован в кафедру усовершенствования врачей-домов-интернатов, которую возглавил доцент С.Г. Филомафитский. В 1991 году кафедра была разделена на две кафедры: усовершенствования психиатров психоневрологических интернатов (заведующий кафедрой доцент С.Г. Филомафитский) и кафедру общих и детских домов-интернатов (заведующий кафедрой д.м.н., профессор В.Н. Катюхин).

Начиная с 1991 года, кафедры усовершенствования врачей-домов-интернатов активно стали проводить многочисленные тематические циклы усовершенствования, как для психиатров, так и для терапевтов, доведя число этих циклов до 10 и более. В целом в год обучалось свыше 140-120 человек на двух кафедрах на тематических циклах усовершенствования. В 1992 году были организованы циклы интернатуры по психиатрии и терапии на вновь созданных кафедрах. Всего было обучено в интернатуре 19 человек по психиатрии и 6 человек по терапии.

В 1994 году две кафедры вновь объединились в одну – кафедру усовершенствования врачей домов-интернатов (заведующий кафедрой – доцент С.Г. Филомафитский) с выделением курса усовершенствования врачей общих и детских домов-интернатов (заведующий курсом – профессор В.Н. Катюхин).

Затем последовали сложные годы политической и экономической перестройки в стране. В связи с финансовыми трудностями многие сотрудники кафедры вынуждены были уволиться. В последующем кафедра вновь была преобразована в курс, возглавляемый доцентом С.Г. Филомафитским. Началась новая полоса преобразований.

В разные годы в этих учебных подразделениях работали доц. В.П. Беляев, проф. В.Н. Катюхин, доц. С.Г. Филомафитский, проф. И.И. Заболотных, доценты Б.А. Сисин, Л.Л. Горелова, Г.П. Квашнина, А.П. Рауш, ассистенты В.Ф. Батюкова, Г.В. Идрицан, И.П. Коновалова, В.Г. Мужиков, В.И. Петрова.

Важными профессиональными интересами, приоритетным направлением работы кафедры, готовившей специалистов для системы социального обслуживания населения за весь период ее существования были медико-социальное обслуживание и реабилитация детей-инвалидов. Большой практический и научно-педагогический опыт был накоплен кафедрой в деле подготовки специалистов детских учреждений социальной защиты.

Кафедра усовершенствования врачей домов-интернатов на протяжении прошедших лет - единственная кафедра в институте, обладающая большим практическим, научным и педагогическим опытом подготовки и повышения квалификации специалистов детских учреждений системы социальной защиты. Поэтому не случайно кафедра домов-интернатов явилась родоначальником в организации процесса обучения, подготовки первого поколения педиатров-экспертов в Российской Федерации в 1997-2000 гг.

В 1997-1998 годах произошла коренная перестройка с принципиально новыми подходами в осуществлении процесса признания ребенка инвалидом. Возникла необходимость подготовки в Российской Федерации специалистов педиатров-экспертов БМСЭ.

В августе 1997 года в СПБИУВЭК на кафедре домов-интернатов была организована интернатура (первичная специализация) по подготовке врачей-педиатров-экспертов для работы их в специализированных педиатрических бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), либо в составе общих и специализированных БМСЭ, освидетельствовавших взрослое население.

Цикл обучения в интернатуре был назван тогда «МСЭ и реабилитация больных и инвалидов с патологией детского возраста», а затем – «МСЭ и реабилитация детей-инвалидов». Куратором этого цикла с момента его организации – 1997 года и до 2000 года была доцент кафедры домов – интернатов Г.П. Квашнина, которая на протяжении этих лет обеспечивала создание всей необходимой учебной документации, организацию учебного процесса. В штат кафедры домов-интернатов в качестве совместителей были зачислены высокопрофессиональные преподаватели СПб Государственной педиатрической Академии, в проведении цикла также принимали участие преподаватели различных экспертных кафедр СПБИУВЭК, среди которых большой вклад внес заведующий кафедрой терапии доцент З.Д. Шварцман.

В 1999 году наряду с проводимой ежегодно интернатурой впервые в институте и в России на кафедре домов-интернатов доцентом Г.П. Квашниной был организован и проведен цикл повышения квалификации педиатров-экспертов «МСЭ и реабилитация детей-инвалидов» (для педиатров-неврологов экспертов). В 2000 году на кафедре домов-интернатов доцентом Г.П. Квашниной также с привлечением единичных преподавателей был проведен повторный цикл повышения квалификации неврологов-экспертов «Актуальные вопросы МСЭ и реабилитации детей-инвалидов с болезнями нервной системы».

В апреле 2000 года курс домов-интернатов расширил свою педагогическую активность: приказом ректора СПБИУВЭКа преобразован в курс стационарных и нестационарных учреждений социальной защиты населения (заведующий курсом – доцент С.Г. Филомафитский) с доцентским курсом детских реабилитационных центров (руководитель - доцент Т.Ф. Мурзина). Также в апреле 2000 года в институте был организован самостоятельный курс «МСЭ и реабилитации детей-инвалидов».

С наступлением нового тысячелетия значительно расширилась область социального обслуживания населения, появилось большое наименование новых учреждений, подведомственных органам социальной защиты. С апреля 2000 года курс домов-интернатов стал обучать специалистов всех учреждений, подведомственных органам социальной защиты населения субъектов Российской Федерации.

Работа специалистов учреждений социального обслуживания значительно отличается от деятельности специалистов бюро МСЭ и учреждений здравоохранения. Поэтому приоритет в обучении специалистов учреждений медико-социального обслуживания и реабилитации должен принадлежать специализированной кафедре, сотрудники которой имеют большой практический, научный и педагогический опыт в этой области, а кафедра - соответствующие учебные базы. Актуальным стал вопрос о создании специальной кафедры, готовящей специалистов для учреждений социального обслуживания.

Созданию кафедры предшествовала большая подготовительная работа во 2-м полугодии 2006 года. Вопрос о создании новой кафедры неоднократно детально обсуждался с ректором института профессором М.В. Коробовым, проректором по учебной и научной работе профессором В.Г. Помниковым. После защиты докторской диссертации (21.02.06.) доцент Т.Ф. Мурзина, назначенная на должность профессора кафедры МСЭ при нервных болезнях (курса стационарных и нестационарных учреждений), подробно обосновала острую необходимость создания такой кафедры, подготовила предложения по предполагаемым названиям будущей кафедры, структуре, штатному расписанию, перечню органов и учреждений социальной защиты, специалистов которых предполагается обучать, циклам, формам обучения и пр.

Для согласования и обсуждения многих организационных вопросов создания кафедры по подготовке и повышению квалификации специалистов в области социального обслуживания 30 ноября 2006 года профессор Т.Ф. Мурзина была командирована ректором СПбИУВЭК в Департамент развития социальной защиты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также в Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию.

После согласования с Министерством здравоохранения и социального развития РФ и с Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию с целью обучения специалистов, работающих в учреждениях, подведомственных органам социальной защиты населения субъектов РФ, в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов было решено создать специальную кафедру. Приказом ректора СПбИУВЭКа 09.01.07. была создана кафедра медико-социальной и психологической помощи, заведующей которой назначена д.м.н. Т.Ф. Мурзина.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487 – 1 (с изменениями на 2 февраля 2006 года) медико-социальная помощь включает: профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Обучение специалистов учреждений социальной защиты на кафедре медико-социальной и психологической помощи СПбИУВЭКа рекомендовано информационным письмом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 27 марта 2007 года № 10-11/08-3791.

В указанном письме приводится перечень руководителей и специалистов органов и различных учреждений, рекомендованных для обучения на кафедре медико-социальной и психологической помощи СПбИУВЭК: руководителей и специалистов органов социальной защиты населения, руководителей и главных врачей учреждений, подведомственных органам социальной защиты населения, врачей-психиатров, психотерапевтов, неврологов, педиатров, терапевтов, среднего медицинского персонала, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, специалистов по реабилитации, педагогов, воспитателей.

На кафедре осуществляется подготовка, переподготовка и повышение квалификации специалистов на циклах специализации и тематического усовершенствования. Проводятся дополнительные, выездные циклы по заявкам органов социальной защиты.

По окончании обучения выдается свидетельство о повышении квалификации установленного образца. Для главных врачей, врачей и среднего медицинского персонала циклы являются сертификационными. По завершении обучения возможна сдача сертификационного экзамена с выдачей сертификата установленного образца. Также проводится аттестация на квалификационные категории руководителей, врачей и среднего медицинского персонала учреждений социальной защиты по специальностям: «организация здравоохранения и общественное здоровье», «психиатрия», «сестринское дело».

На кафедре проводилась интернатура по специальностям «психиатрия с основами медико-социального обслуживания и реабилитации» и «терапия с основами медико-социального обслуживания и реабилитации».

Помимо проводимых традиционных учебных циклов интернатуры, профессиональной переподготовки, повышения квалификации, кафедра постоянно внедряет новые формы обучения специалистов системы социальной защиты. Кафедра является инициатором проведения в институте циклов повышения квалификации по накопительной системе часов (учет часов научно-практических семинаров и конференций), а также внедрения в практику кратковременных (16-18 часов) циклов повышения квалификации.

В 2013 году в связи с вступлением в силу закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ кафедра вышла с инициативой применения в институте накопительной системы часов как альтернативе циклового очного вида повышения квалификации. В настоящее время это уже успешно вошло в практику нашей педагогической деятельности.

Кафедра ведет активную работу по расширению сферы образовательных услуг, проводя циклы повышения квалификации не только для врачей и психологов учреждений социального обслуживания, но и для специалистов по реабилитации, социальной работе, специалистов образовательных учреждений, медицинских сестер учреждений социального обслуживания; руководителей и врачей системы здравоохранения, а также циклы профессиональной переподготовки по организации здравоохранения и общественному здоровью для руководителей стационарных и нестационарных учреждений социального обслуживания. Впервые в институте на нашей кафедре стали проводиться циклы профессиональной переподготовки и сертификационные циклы повышения квалификации по психотерапии и психиатрии-наркологии.

Впервые в институте кафедра внедрила в преподавание на учебных циклах такие темы как профилактика профессионального стресса у специалистов учреждений социальной защиты, основы психотерапии инвалидов, социокультурная реабилитация инвалидов, менеджмент в социальной сфере и др.

Впервые в институте на нашей кафедре стали проводиться учебные циклы по педагогике высшей школы. Кафедра медико-социальной и психологической помощи имеет многопрофильный характер и гуманитарную направленность: психология, психотерапия, педагогика высшей школы, социокультурная реабилитация и др. Поэтому неслучайно от нашей кафедры в последующем отделилась, как самостоятельная, кафедра гуманитарных наук, которую возглавила бывший доцент кафедры Травникова Н.Г.

В июле 2017 г. подписано Соглашение о научно-практическом сотрудничестве между кафедрой медико-социальной и психологической помощи СПБИУВЭК Минтруда России и Минтруда Республики Крым. Ежегодно утверждается план совместных мероприятий на год, в том числе – проведение выездных учебных циклов, научно-практических конференций и др.

Значительным достижением кафедры является решение актуальной проблемы реализации программ профилактики профессионального стресса у специалистов учреждений социальной сферы. В рамках Соглашения о сотрудничестве между кафедрой медико-социальной и психологической помощи ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России и Минтруда Крыма стали проводиться выездные циклы повышения квалификации специалистов учреждений социальной сферы Российской Федерации «Программа профилактики профессионального стресса» в г. Евпатории на базе центра профессиональной реабилитации.

В связи с междисциплинарным характером кафедры, имеются соответствующие учебные базы по различным специальностям. Это - стационарные и нестационарные учреждения социального обслуживания населения, подведомственные Комитету по социальной политике Санкт-Петербурга и органам социальной защиты населения отдельных административных районов Санкт-Петербурга, с которыми заключены официальные договоры о сотрудничестве.

Основной учебной клинической базой кафедры медико-социальной и психологической помощи до конца 2008 года являлся психоневрологический интернат № 1 (ПНИ № 1) Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга. В связи с переездом данного учреждения в Зеленогорск, в июне 2008 года заключен договор о научно-практическом сотрудничестве с новой учебной клинической базой – психоневрологическим интернатом № 10. Занятия цикла интернатуры по психиатрии проводились на другой учебной клинической базе, с которой также был заключен соответствующий договор о сотрудничестве - психоневрологическом диспансере (ПНД) № 13 с дневным стационаром Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

С момента создания кафедры также были заключены договоры о сотрудничестве со следующими учреждениями социального обслуживания населения: Детский дом-интернат (ДДИ) № 5 Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Красногвардейского административного района Санкт-Петербурга, Центр социальной реабилитации инвалидов Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

Свою деятельность кафедра осуществляет в тесном контакте с Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга в рамках Соглашения о сотрудничестве по ежегодному плану, утверждаемому председателем Комитета А.Н. Ржаненковым. Кафедру объединяет также сотрудничество со многими другими учреждениями социального обслуживания в рамках Соглашения о сотрудничестве с Комитетом, а также общественными организациями: ОБД «Золотой Пеликан», БОО «Пилигрим», БОО «Центр Шри Чинмоя», Клуб социальной реабилитации психически больных «Феникс», Фонд поддержки профессионального образования им. А.Г. Неболсина, Петровская Академия наук и искусств.

В связи с многопрофильным характером кафедры, на которой обучаются различные слушатели (руководители органов и учреждений социальной защиты, врачи психиатры, неврологи, терапевты, педиатры, психологи и другие специалисты учреждений социального обслуживания населения), учебные занятия проводятся одновременно на различных учебных клинических базах, что позволяет значительно повысить качество учебного процесса.

Сотрудники кафедры медико-социальной и психологической помощи, принимавшие участие в ее становлении и развитии: заведующая кафедрой д.м.н., профессор Мурзина Т.Ф., доцент к.м.н. Филомафитский С.Г., доцент к.м.н. Квашнина Г.П., профессор д.м.н. Катюхин В.Н., доцент к. психол. наук Травникова Н.Г., доцент д.м.н. Абриталин Е.Ю., профессор д.м.н. Курасов Е.С., доцент к.м.н. Днов К.В., доцент к.м.н. Тарумов Д.А., старший лаборант клинический психолог Купцова Е.С., лаборант врач-терапевт, психолог Перова О.В., лаборант психолог Александрова А.А.

Преподаватели кафедры – не теоретики, они обладают должным образованием, многолетним практическим и научно-педагогическим опытом в области медико-социального обслуживания и реабилитации инвалидов, необходимым для решения задач последипломного образования по заявленным специальностям с учетом специфики деятельности обучающихся на кафедре – руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания.

На кафедре постоянно разрабатываются новые технологии в области медико-социального обслуживания и реабилитации. Впервые в Санкт-Петербурге и в России сотрудниками кафедры внедрены в учебный процесс и практическую деятельность учреждений социального обслуживания населения новые реабилитационные технологии, разработанные сотрудниками кафедры в научно-исследовательских работах (НИР):

1. Структурно-функциональная модель реабилитационного центра для детей с патологией опорно-двигательного аппарата и ЦНС (Мурзина Т.Ф. НИР). Работа выполнена в 1998 г. по заказу Министерства труда и социального развития РФ в рамках Федеральной целевой Программы «Дети России», рекомендована Министерством для внедрения в практику детских реабилитационных учреждений России. Материалы работы использованы при создании детского реабилитационно-восстановительного центра им. Г.А.Альбрехта.

2. Социально-психологическая реабилитация детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата (Мурзина Т.Ф. НИР). Работа выполнена в 1998 г. по заказу Министерства труда и социального развития РФ в рамках Федеральной целевой Программы «Дети-инвалиды», рекомендована Министерством для внедрения в работу детских реабилитационных учреждений России.

3. Терапия творчеством в социально-психологической реабилитации детей-инвалидов с ампутированными дефектами конечностей. (Мурзина Т.Ф. Диссертация на соискание ученой степени к.м.н., 1999). Часть работы выполнена в рамках Федеральной целевой Программы «Дети-инвалиды», рекомендована Министерством для внедрения в работу детских реабилитационных учреждений России.

4. Концепция социокультурной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) (Мурзина Т.Ф., в составе коллектива авторов). Работа выполнена в 2003 году по заказу Министерства труда и социального развития РФ в рамках Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 годы». Данные материалы рекомендованы Межведомственной комиссией по координации деятельности в сфере реабилитации инвалидов при Министерстве труда и социального развития РФ для внедрения в работу учреждений социальной защиты населения, культуры и образования субъектов Российской Федерации. Материалы работы были отражены в Федеральном законе № 132-ФЗ от 23.10.2003 г. «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РФ по вопросам реабилитации инвалидов».

5. Методологические и организационно-методические основы психотерапии детей-инвалидов в стационарных учреждениях социальной защиты (Мурзина Т.Ф. Диссертация на соискание ученой степени д.м.н., 2006). Часть работы выполнена в рамках Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 годы» и рекомендована Минздравсоцразвития для внедрения в практическую деятельность учреждений социального обслуживания.

6. Социально-психологическая характеристика родителей детей-инвалидов в связи с задачами реабилитации (Мурзина Т.Ф., Макарова Н.В. НИР, утвержденная Ученым советом СПбИУВЭК).

7. В 2007 году сотрудники кафедры принимали участие в создании единого интернет-портала «Реабилитация инвалидов Российской Федерации с учетом создания информационно-коммуникационной системы реабилитации инвалидов» в рамках Федеральной целевой программы. Государственный заказчик – Федеральное агентство по информационным технологиям. Создание Портала является практической мерой по обеспечению программ реабилитации и реализации механизмов эффективного информационного взаимодействия государственных служб, занимающихся проблемами реабилитации инвалидов, реабилитационных учреждений, общественных организаций инвалидов, организаций-работодателей, инвалидов-граждан Российской Федерации и членов их семей.

8. По поручению губернатора СПб в составе межотраслевой рабочей группы с участием специалистов системы здравоохранения и социальной защиты заведующая кафедрой профессор Т.Ф.Мурзина принимала участие в разработке Концепции развития психиатрической службы для взрослого населения Санкт-Петербурга.

9. Озонотерапия у престарелых и инвалидов» (Катюхин В.Н.Общеинститутская НИР, 2012 г.).

10. Разработка примерной программы цикла повышения квалификации специалистов по реабилитации в социальной сфере(НИР по заданию Минтруда России совместно с кафедрой организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации, 2017 г.). Данная программа была апробирована кафедрой медико-социальной и

психологической помощи при проведении выездного учебного цикла в г. Евпатории для специалистов по реабилитации учреждений социальной защиты Республики Крым в августе 2017 года.

Все разрабатываемые кафедрой новые реабилитационные технологии также отражаются в публикациях, докладах на различных конференциях, семинарах, съездах, в средствах массовой информации.

На кафедре активно работает слушательское научное общество, участники которого не только слушатели интернатуры, но и циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации, а также сотрудники учебных баз кафедры.

Важной альтернативной формой обучения специалистов системы социальной защиты являются научно-практические семинары и конференции. Сотрудники кафедры постоянно организуют, проводят и участвуют в различных симпозиумах, съездах, конгрессах, научно-практических семинарах и конференциях. Кафедра с момента основания явилась впервые в институте инициатором и единственным в институте организатором постоянного проведения в Санкт-Петербурге Международных, Всероссийских, Межрегиональных и городских научно-практических конференций и семинаров по медико-социальному обслуживанию и реабилитации:

1.Международный научно-практический семинар «Применение творчества в лечении и реабилитации, посвященный очередной годовщине открытия детской клиники института гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой» (ежегодно).

2.Общероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медико-социальной и психологической помощи» (1 раз в 2 года).

3.Межрегиональный научно-практический семинар «Актуальные проблемы медико-социального обслуживания и реабилитации», посвященный дню основания системы подготовки специалистов учреждений социального обслуживания (ежегодно).

4.Городские научно-практические семинары по межведомственному взаимодействию в оказании психиатрической помощи населению - для специалистов учреждений, подведомственных Комитету по социальной политике и Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга (в соответствии с утвержденным планом). Такие семинары проводятся в тесном сотрудничестве кафедры с главным психиатром Комитета по здравоохранению профессором Софроновым А.Г. и главным психиатром-экспертом Росздравнадзора по Северо-Западному Федеральному округу, д.м.н. Лиманкиным О.В.

5. Постоянно действующий семинар «Технологии социокультурной реабилитации» для специалистов учреждений, подведомственных Комитету по социальной политике и ОСЗН районов СПб (в течение года по утвержденному плану совместной работы с опорно-экспериментальной площадкой Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга ПНИ № 10 им. В.Г. Горденчука).

6. Постоянно действующий семинар для психологов учреждений, подведомственных Комитету по социальной политике и ОСЗН районов СПб (в течение года по утвержденному плану совместной работы с опорно-экспериментальной площадкой Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга ПНИ № 10 им. В.Г. Горденчука).

За прошедшие годы произошло множество реорганизаций учебного подразделения института, которое готовило специалистов для учреждений социального обслуживания. В настоящее время уже нет необходимости доказывать, что деятельность специалистов в области медико-социального обслуживания и реабилитации инвалидов имеет свою специфику и коренным образом отличается от деятельности специалистов в области медико-социальной экспертизы.

Созданная в начале 2007 года наша кафедра значительно расширила свою педагогическую активность: от обучения врачей домов-интернатов - до обучения в настоящее время руководителей и различных специалистов органов и учреждений социальной защиты населения.

Многопрофильный характер, который имеет кафедра, оправдан, т.к. практически все больные и инвалиды учреждений социального обслуживания - это пациенты с тяжелой множественной сочетанной патологией (психиатрической, неврологической, соматической, ортопедической). Поэтому как диагностика, так и медико-социальное обслуживание и реабилитация указанного контингента должна быть комплексной.

Мы надеемся сохранить свои достижения и дальше развивать кафедру, но без профессионального стресса... Мы по-прежнему готовы к взаимовыгодному сотрудничеству с экспертными кафедрами института, традиционно осуществляющими подготовку специалистов Федеральных бюро МСЭ, для решения вопросов преемственности в работе по подготовке кадров системы социальной сферы и повышения эффективности ее работы.

23 ноября 2017 г. состоялся XI Межрегиональный научно-практический семинар, традиционно посвященный дню основания системы подготовки специалистов учреждений социальной защиты и 10-летию кафедры медико-социальной и психологической помощи. Слушатели цикла повышения квалификации психиатров (группа 12 чел.) обратились к участникам семинара с предложением направить письмо в адрес Ученого совета СПБИУВЭК о поддержке кафедры, которое было единодушно одобрено всеми участниками семинара: «...Просим поддержать и обеспечить развитие уникальной, единственной многопрофильной кафедры в России по обучению специалистов социальной сферы, сохранив школу с 40-летним опытом работы. На сегодняшний день последователем реальных дел и хранителем знаний, традиций является заведующая кафедрой Т.Ф. Мурзина, на энтузиазме которой в настоящее время держится кафедра...». В ноябре 2017 года письмо участников Межрегионального семинара было направлено в адрес ученого совета СПБИУВЭК.

О проблемах.

Проблемы обучения специалистов учреждений социальной защиты неоднократно в течение нескольких лет поднимались кафедрой на различных уровнях, в том числе доводились до Минтруда России. С недавнего времени актуальная проблема обучения специалистов учреждений социальной защиты находится на личном контроле Министра труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилина.

21 сентября 2018 года на базе кафедры медико-социальной и психологической помощи – психоневрологическом интернате № 10 имени В.Г.Горденчука, являющемся опорно-экспериментальной площадкой Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, состоялась межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная практическим аспектам применения различных моделей сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге.

Базу кафедры ПНИ №10 им. В.Г.Горденчука и данную конференцию посвятил Министр труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилин. Наверное, не случайно то, что это было во время доклада заведующей кафедрой медико-социальной и психологической помощи д.м.н., профессора Т.Ф. Мурзиной о проблемах обучения специалистов учреждений социальной защиты.

Взгляд в будущее? Смотрим с оптимизмом и надеждой...



На фото: Во время конференции на базе кафедры медико-социальной и психологической помощи – психоневрологическом интернате № 10 имени В.Г.Горденчука Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга. За трибуной – Министр труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилин и заведующая кафедрой профессор Т.Ф.Мурзина (делает доклад о проблемах обучения специалистов социальной защиты).

## **ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М., Андрушкас А.С., Маркова М.В.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России

Становление медико-социальной экспертизы в России и Удмуртской Республике имеет свою особую историю, знание которой позволяет правильно осмыслить ее современное содержание. В начальном представлении понятие «инвалид» относилось к военнослужащим, пострадавшим во время военных сражений. Так в результате боевых действий на фронтах Первой мировой войны появилось огромное количество раненых и получивших увечье военнослужащих, число которых продолжало возрастать. По данным Главного управления Генерального штаба Русской армии на 3 октября 1917 числилось 3 223 508 раненых солдат и офицеров. Всего на этой войне по расчётам военного историка Николая Головина было ранено 3 850 000 человек. Разумеется, не все из раненых стали инвалидами. Но можно предположить, что большинство, учитывая уровень медицины и ту лёгкость, с которой хирурги во фронтовых условиях принимали решения об ампутациях. По данным Александра Степанова - кандидата исторических наук, старшего научного сотрудника Института российской истории РАН, - около 2 млн. человек были демобилизованы по инвалидности.

Нет точных данных, сколько инвалидов вернулось либо переехало в Вятскую губернию. Предположительно – около 20 тыс., учитывая, что почти каждый сотый из рядового и унтер-офицерского состава российской армии был призван на Первую мировую из Вятской губернии.

В первый год после революции проведение экспертизы трудоспособности было возложено на врачебно – контрольные комиссии (ВКК), созданные при больницах, подчиненных медико – санитарным отделам, а после введения декрета « О страховании на случай болезни» в декабре 1917 г. при страховых кассах.

Ровно через год после революции — 31 октября 1918 года Председателем Совета Народных Комиссаров В.И. Ульяновым (Лениным) издан декрет «Положение о социальном обеспечении трудящихся», который установил, что наличие инвалидности и степень утраты трудоспособности в процентах устанавливается бюро врачебной экспертизы. Это послужило основой для развития экспертизы трудоспособности в общегосударственном масштабе. В Вятской Губернии бюро врачебной экспертизы были созданы при больницах, которые, в свою очередь, подчинялись губернскому медико-санитарному отделу. Вопросы формирования врачебно-трудовой экспертизы решаются в рамках формирующейся системы государственного социального обеспечения трудящихся.

В «Положении о социальном обеспечении трудящихся» от 1918 года указывается, в частности, что «... пенсии назначаются в случаях полной или частичной постоянной утраты трудоспособности, независимо от причин вызвавших утрату трудоспособности (болезнь, увечье, старость, профессиональное заболевание и т. п.), со дня подачи заявления об инвалидности.

Пенсии выдаются до дня смерти застрахованного, если только ранее этого срока трудоспособность пенсионера не восстановится до нормы, ниже которой пенсии не выдаются.

Размер месячной пенсии при полной утрате трудоспособности устанавливается: в размере 25-кратного дневного нормального пособия, выдаваемого в местности, где проживает пенсионер».

При частичной утрате трудоспособности размеры пенсии устанавливались от 1/5 до 3/4 полной пенсии.

При этом пенсионерам, требующим, вследствие беспомощности, особого ухода, пенсии должны быть соответственно увеличены.

К Декрету прилагалось любопытное примечание: «В случаях острых промышленно-хозяйственных кризисов во всей стране, Народному Комиссариату Труда предоставляется право временно отменить выдачу пенсий лицам, утратившим трудоспособность ниже 30%».

В 1918 году в результате непримиримых противоречий между основными социальными слоями общества в России начинается Гражданская война, которая сделала инвалидами ещё сотни тысяч россиян. Однако они уже имели гарантированное законом право на социальное обеспечение по инвалидности.

В 1918 году был также издан Декрет Совнаркома РСФСР об организации Народного комиссариата социального обеспечения.

Сохранился отчёт в Губернский Отдел социального обеспечения Глазовского Уездного отдела от 17 января 1919 года под № 598, в котором в числе прочего указано, что в ведении Отдела г. Глазова находится «Дом и школа инвалидов на 25 военноувечных, при школе 2 инструктора, 3 мастера, 1 заведующий хозяй-

ством, его помощник, письмоводитель, кухарка и сторож. В настоящее время ощущается острая нужда в обуви, платье, белье и постельных принадлежностях, кроватях, а также и в продовольствии». И далее: «... убежище увечных воинов эвакуировано в Уни (в настоящее время этот посёлок находится в Кировской обл.) Эвакуация вызвана требованием военных властей очистить помещения приютов для нужд войск».

Отчёт готовил заводделом тов. Медейко. Он указывал, что для каждого вида инвалидности должны быть организованы инвалидные дома, но в силу переживаемых тяжёлых условий это не сделано для лиц первой группы. За отчётный период (до организации Вотобласти) функционировало 5 убежищ, из них 3 с мастерскими и 2 без мастерских, а именно в г. Глазове (с мастерской – сапожной и без мастерской) и в с. Юсках (с сапожной мастерской). Всех инвалидов на 1 сентября состояло 103 человека, из них 51 в убежищах с мастерскими и 52 без мастерских. С переходом от Глазовского уезда с.Уней в настоящее время имеется 3 убежища с 91 призреваемым. В силу продовольственного кризиса положение призреваемых, особенно в настоящий момент, весьма тяжёлое.

Напомним, что за месяц с небольшим до этого было подавлено ижевское восстание, после чего по губернии прокатился красный террор. Отметим также, что Отдел социального обеспечения после образования 21 июля 1921 г. Удмуртского облисполкома стал отделом облисполкома и из Глазова переведён в Ижевск.

Декрет предоставлял право Отделу Социального Обеспечения и Охраны Труда Вятской губернии (с 1921 г. — Вотской автономной области), например, изменять группы получающих пенсии, а равно издавать инструкции об их применении.

В уездах Вотской автономной области инвалидам необходимо было подавать заявление о назначении пенсии в местный Подотдел Социального Обеспечения и Охраны Труда. Подотдел в течение месяца со дня подачи заявления должен был подвергнуть заявителя освидетельствованию через бюро врачебной экспертизы для установления процента утраты трудоспособности. На основании данных экспертизы Подотдел устанавливает пенсию. Бюро врачебной экспертизы с января 1921 года по 1928 год располагалось в Ижевском уездном отделе здравоохранения (Отдел здравоохранения исполнительного комитета Ижевского уездного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов).

До января 1921 г. бюро врачебной экспертизы располагались при страховых кассах. В их состав входили три врача-специалиста, представители профсоюзной организации и страховой кассы. БВЭ было дано право медицинским освидетельствованием удостоверить факт временной или стойкой нетрудоспособности, что было записано в первом «Кодексе законов о труде» (1918.). Руководство деятельностью БВЭ было возложено на соответствующие подотделы социального обеспечения и охраны труда при местных советах.

В 1920 г. БВЭ из Наркомата труда РСФСР переданы в Наркомат здравоохранения РСФСР, в ведении которого они находились до 1932 года, претерпев лишь в 1927 году изменение названия на врачебные экспертные комиссии (ВЭК).

В этот период получила развитие экспертиза временной нетрудоспособности на базе больничных касс. В 1924 году Совнарком утвердил «Положение о ВКК», предусматривающее его состав и функции. В 1927 году вышло в свет «Положение о Бюро врачебной экспертизы».

В Вотской автономной области и ряде других областей была сделана попытка организации экспертизы трудоспособности по производственному принципу в виде создания специальных врачебно-экспертных комиссий (ВЭК) при крупных промышленных предприятиях, но эта идея потерпела неудачу.

Постановление ЦК ВКП(б) от 28 сентября 1929 года «О социальном страховании...» послужило стимулом к совершенствованию работы по врачебно-трудовой экспертизе в начале 30-х годов. Был пересмотрен состав врачей-экспертов, проведена проверка и изучен состав инвалидов, принято решение о создании научно-исследовательских институтов. Специалисты из Удмуртской АССР стажировались с 1934 г. в Горьковском НИИ. После ВОВ упоминания о Горьковском НИИ отсутствуют, очевидно, он был реорганизован. Специалисты из Удмуртии учились и повышали квалификацию в Ленинградском научно-исследовательском институте экспертизы трудоспособности.

В 1931-33 гг. БВЭ были реорганизованы во врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК), на которые были возложены функции консультационного бюро по определению наряду с группой инвалидности характера работы, которая доступна инвалиду в виде оформления трудовых рекомендаций. Было утверждено первое «Положение о ВТЭК».

Важным событием данного периода явилось введение 29 февраля 1932 года Союзным Советом социального страхования трёх- групповой классификации инвалидности, чётко регламентировавшей критерии для установления каждой группы с учётом показаний к работе в своей или другой профессии.

В 1933 г. ВТЭК были переданы в ведение Всесоюзного Центрального Совета профсоюзов (ВЦСПС), а позднее в Наркомат социального обеспечения РСФСР.

12 января 1935 года на первой сессии ЦИК Удмуртской АССР Первого созыва Удмуртский областной отдел социального обеспечения был преобразован в Народный Комиссариат социального обеспечения Удмуртской АССР.

В связи с директивой Наркомата РСФСР в Удмуртии обратили особое внимание на детей-инвалидов. 21 октября 1936 года был открыт детский дом-интернат для глубоко умственно отсталых детей в поселке Канифольный, Як-Бодьинский район.

Начали образовываться отделы социального обеспечения при исполкомах городских и районных Советов депутатов трудящихся. Так, 27 августа 1938 года образован отдел социального обеспечения Сарапульского городского исполкома, а 7 марта 1939 года - соответствующий отдел Камбарского района.

С 1926 по 1937 год Наркомом социального обеспечения РСФСР служил наш земляк Иосиф Алексеевич Наговицин. В ряде источников сообщается, что он в 1937 году был арестован и расстрелян. Однако точно известно, что он умер в 1937 г. в туберкулёзном санатории. В годы своей деятельности Наркомом Иосиф Наговицин способствовал тому, что сотни тысяч инвалидов были обучены и трудоустроены.

В период Великой Отечественной войны в стране появилось огромное количество инвалидов. Данные по их числу в различных источниках серьёзно разнятся – от 6 до 9 млн.

Во время Великой Отечественной войны резко возросли объёмы экспертной деятельности ВТЭК, — к 1944 году функционирует 2 776 комиссий (до войны – около 1200), причем вновь создаваемые работают преимущественно при военных госпиталях, а также при поликлиниках крупных предприятий и узловых станциях железных дорог.

В соответствии с новым Положением о ВТЭК, утвержденным Совнаркомом СССР 05.12.1942 г., работа комиссий должна была производиться только на базе лечебно-профилактических учреждений, которые им предоставляли помещения и оборудование. Такое размещение комиссий способствовало улучшению контактов между ВКК и ВТЭК.

Отметим, что данное требование сохранялось до начала 90-х годов.

В 1942 году – в соответствии с Положением от 1942 года Наркомат социального обеспечения УАССР направлял и проверял работу городских и районных отделов социального обеспечения, врачебно-трудовых экспертных комиссий, удмуртских союзов кооперации инвалидов и касс взаимопомощи инвалидов, отделений Всероссийских обществ слепых и глухонемых. В систему Наркомата УАССР входило также Управление учебно-производственными предприятиями и трудоустройства инвалидов.

Сразу после войны при министерстве соцобеспечения Удмуртской АССР был создан штат врачей – старших инспекторов по ВТЭ.

К функциям ВТЭК, выполняемым в мирное время, добавилось установление наличия или отсутствия связи инвалидности с пребыванием на фронте, обязательность оформления рекомендаций по обучению и трудоустройству инвалидов. Многие инвалиды Великой Отечественной войны, несмотря на тяжёлые последствия ранений и травм, стремились продолжать трудовую деятельность. В связи с этим в 1943 г. Народным комиссариатом социального обеспечения РСФСР было издано инструктивное письмо, в соответствии с которым ВТЭК было дано право устанавливать III группу инвалидности лицам с «выраженным анатомическим дефектом» (ампутантам и др.), сохранившим частичную трудоспособность.

Постановлением Совета народных комиссаров СССР от 29.08.1942 г. на наркомов социального обеспечения возлагается персональная ответственность за трудоустройство и организацию обучения инвалидов Великой Отечественной войны новым профессиям. В соответствии с данным постановлением все инвалиды 3 группы мужчины в возрасте до 55 лет и женщины до 45 лет в обязательном порядке привлекались к труду, в противном случае они лишались пенсии. К 1944 г. в артелях кооперации работало 226 тыс. (около 53, 2 % инвалидов 2 группы и 85 % инвалидов 3 группы) работающих инвалидов (к 1947 г. работало 88, 7 % всех инвалидов войны).

В Удмуртии артели инвалидов были созданы ещё в 20 – 30-х годах. Например, Удмуртский республиканский союз кооперативных артелей инвалидов Совета промысловой кооперации Удмуртской АССР (до 1935 г. - Вотский областной союз кооперативных артелей инвалидов) был учреждён в феврале 1928 г. и функционировал в Ижевске до 1953 г. Далее артель вошла в состав Удмуртского многопромышленного союза.

С 1933 по 1960 гг. существовал также Удмуртский промысловый страховой Совет кооперативного страхования членов промысловой кооперации и кооперации инвалидов. В сокращённом виде название этого учреждения выглядело несколько иронично - Удмуртстраховсовет.

В лечебно-трудовых мастерских при госпиталях инвалиды обучались станочным профессиям, столярному ремеслу, ремонту часов, фотографии и др. В Удмуртии такие мастерские были организованы при госпиталях Ижевска, Сарапула, и др.

В послевоенные годы в стране была создана широкая сеть специализированных средних, высших учебных заведений для обучения инвалидов. Сегодня, например, функционирует «Сарапульский колледж для инвалидов». Появляются санаторно-курортные учреждения для лечения, реабилитации и обучения инвалидов.

В СССР продолжается совершенствование методов реабилитации инвалидов и нормативных документов по установлению инвалидности. В 40-60-е годы появилось новое направление – медицинская реабилитация, в основе которой лежала специализированная помощь пострадавшим с ампутационными культями конечностей, тяжёлыми повреждениями черепа, головного и спинного мозга, позвоночника.

28 апреля 1946 года Указом Президиума Верховного Совета УАССР образовано Министерство социального обеспечения УАССР, на которое было возложена организация врачебно-трудовой экспертизы и протезно-ортопедической помощи. В 1948 году вводится новое Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. В соответствии с этим положением был расширен круг задач, стоящих перед ВТЭК, имеющих профилактическую и реабилитационную направленность. Например, протезирование, восстановительное лечение, профессиональное обучение, переквалификация, определение для инвалидов условий и видов труда, доступных по состоянию здоровья и в связи с физическим дефектом, перевод на другую работу или освобождение от сверхурочных работ и работы в ночное время, изучение условий труда инвалидов непосредственно на предприятиях, в учреждениях и организациях, выявление работ и профессий, доступных инвалидам.

В 1956 году утверждена Минздравом СССР и ВЦСПС «Инструкция по определению групп инвалидности». Инструкция сохранила трёх - групповую классификацию инвалидности, но был утверждён «перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно». Фактически инструкция использовалась учреждениями ВТЭК вплоть до 1997 года.

В 1963 году, а затем в 1984 году было принято Типовое положение о Врачебно-трудовой экспертной комиссии, а также ряд других нормативных документов.

Повышению качества экспертизы стойкой нетрудоспособности способствовали организация с 1955 г. стационарной экспертизы, специализированных ВТЭК, создание высших ВТЭК.

В Удмуртии высшей была Республиканская ВТЭК. Также существовали специализированные ВТЭК – туберкулезная, психиатрическая, онкологическая и офтальмологическая – на базе соответствующих лечебных заведений. Отметим, что с 1964 г. в связи с принятием закона «О пенсиях и пособиях членам колхозов» на ВТЭК возлагалась обязанность по проведению экспертизы трудоспособности членов колхозов и их семей. Только в этот год в СССР было освидетельствовано 315 тыс. колхозников.

В 1957 г. на ВТЭК были возложены функции «...по определению медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок и об организации обучения инвалидов вождению мотоколясок».

Мотоколяски не прижились в СССР из-за плохих дорог. В 1951 году была выпущена партия автомобилей «Москвич» 400-420Б с ручным управлением специально для нужд людей с ограниченными возможностями. Позже «инвалидные» «Москвичи» в ограниченных количествах выпускались и Ижевским автозаводом. Но безусловное первенство в СССР держал инвалидный «Запорожец». В 2013 г. тендер на выпуск автомобилей для инвалидов выиграл АвтоВАЗ.

В 1985 г. Постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС утверждается новое Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях.

Одновременно с политическими и социальными изменениями в начале 90-х годов в стране происходит трансформация представлений об инвалидности и положении инвалидов в обществе.

Новым этапом стало принятие в 1995 году Федерального закона о социальной защите инвалидов в Российской Федерации, в котором было введено новое определение понятия «инвалид». Также появились новые основания для установления инвалидности, и определены задачи новой государственной службы медико-социальной экспертизы, создаваемой на базе ВТЭК.

В 1997 год врачебно-трудовые экспертные комиссии Удмуртской Республики реорганизованы в Государственную службу медико-социальной экспертизы. Министерством социальной защиты Удмуртской Республики утверждена форма индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида в основном для трудоустройства инвалидов, в том числе, на предприятия для слепых и глухих.

В 2004 году на основании распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 года Государственная служба медико-социальной экспертизы Удмуртской Республики реорганизована в Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы. С 2005 по 2008 годы учреждения МСЭ находились в ведение Росздрави России, с июня 2008 до 2012 – в ведение ФМБА Минздрава РФ, с 2012 по настоящее время – в ведение Минтруда России.

В соответствии с государственной программой РФ «Доступная среда» в 2012 году ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России принимало участие в реализации пилотного проекта по отработке подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы с учетом положений международной классификации функционирования, жизнедеятельности и здоровья. Результатом пилотного проекта стало: утверждение приказом Минтруда России и внедрение в практику работы учреждений МСЭ новых классификаций и критериев, используемых при проведении медико-социальной экспертизы, утверждение нормативов оснащения учреждений МСЭ специальным диагностическим оборудованием, внедрение в практику работы Перечня показаний и противопоказаний к обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, утверждение приказом Минтруда России новых форм акта и протокола проведения медико-социальной экспертизы, организация ведения текущих дел освидетельствования в МСЭ с применением государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система проведения медико-социальной экспертизы» (ГИС «ЕАВИИАС МСЭ»).

За период совершенствования системы медико-социальной экспертизы появилась новая специальность «Врач по медико-социальной экспертизе». Изменилась структура учреждения, главные бюро МСЭ оснащены диагностическим оборудованием. Реконструированы помещения, где проводится освидетельствование граждан, — они стали доступны для всех категорий инвалидов. Формируется государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов», который наполняется в режиме он-лайн. Организовано межведомственное взаимодействие с участниками реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, которые в режиме реального времени получают все необходимые сведения о потребностях в реабилитационных мероприятиях, а специалисты учреждения МСЭ получают обратную связь с итогами исполнения реабилитационных мероприятий при очередном переосвидетельствовании.

Главной задачей для коллектива ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России является повышение качества оказания государственной услуги: в 2018 году дополнительно в Ижевске открыты новые помещения, в которых расположены бюро — филиалы, в планах на 2019 год открытие бюро — филиала в городе Воткинске.

В 2018 году Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации инициировано проведение независимой оценки качества условий оказания услуг в 42 федеральных казенных учреждениях медико-социальной экспертизы, которая предусматривает оценку условий оказания услуг по таким критериям, как открытость и доступность информации об учреждении; комфортность условий предоставления услуги, в том числе время ожидания её предоставления; доброжелательность, вежливость работников учреждения; удовлетворенность условиями оказания услуг, а также доступность услуг для инвалидов.

### **Список литературы:**

- Архив Министерства социальной политики и труда Удмуртской Республики
- Архив ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России
- Центральный государственный архив Удмуртской Республики
- Центр хранения современной документации (архив ЦК КПСС)
- Н. Павлова («Иосиф Наговицин» изд. «Удмуртия». 1988 г.)
- Краткий справочник по фондам ГУ «ГАСПД УР»
- Б. Урланиса («История военных потерь»)
- Александр Солженицын («Архипелаг ГУЛаг», «Красное колесо» и др.)
- В. Фелелова («В СССР инвалидов нет!»)

## **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Низамов Р.Х., Пузанова О.В., Абдразакова Р.А.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

С 01.01.2005 г. ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» является учреждением, подведомственным Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию. На тот момент освидетельствование граждан проводили 38 бюро МСЭ.

На основании постановлений Правительства Российской Федерации № 535 от 31 мая 2012 года «Вопросы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации» и № 610 от 19 июня 2012 года «Об утверждении положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации», а так же в соответствии с приказом Минтруда России № 241 от 25 сентября 2012 года Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» переименовано в Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

С 04.06.2012 года структурные подразделения: 15 бюро МСЭ общего, педиатрического и офтальмологического профилей, 5 экспертных составов, расположенные в г. Казань, сменили свое расположение и с этой даты по настоящее время размещаются в одном здании по адресу: г. Казань, ул. МазитаГафури, 71. Это 9-ти этажное здание площадью 4 825 кв.м., в котором также располагается и административно-управленческий аппарат.

Оснащение и реконструкция здания максимально ориентированы для нахождения в нем лиц с ограниченными возможностями, создания условий безбарьерной среды.

В трех крупных городах (Казань, Набережные Челны, Альметьевск) на базе Главного бюро организованы выставки технических средств реабилитации инвалидов и представлен проект квартиры, адаптированной для проживания лиц с ограниченными возможностями. Постоянное обновление демонстрационных моделей позволяет подобрать техническое средство с учетом индивидуальных потребностей человека, достаточно грамотно подходить к решению этого вопроса.

Говоря о соблюдении и защите прав граждан при прохождении медико-социальной экспертизы, необходимо отметить, что все этапы освидетельствования фиксируются системой видеонаблюдения.

В числе первых из учреждений МСЭ в Главном бюро МСЭ по Республике Татарстан внедрена система «единой электронной очереди».

Со времени введения в эксплуатацию электронной очереди среднее время нахождения граждан в здании МСЭ значительно сократилось. Использование электронной очереди позволяет нашим гражданам получить информацию о требующейся услуге, распечатать талончик с указанием времени вызова, записаться на прием, а также дать оценку качества работы бюро. Запись на освидетельствование в бюро МСЭ осуществляется председателями врачебных комиссий лечебно-профилактических учреждений, а также самими гражданами.

В настоящее время Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации включает в себя по штатному расписанию 8 экспертных составов и 41 бюро МСЭ, из них: 1 экспертный состав Главного бюро МСЭ для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет, 3 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с психическими расстройствами, 1 бюро МСЭ для освидетельствования больных туберкулезом, 2 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения, 7 бюро МСЭ для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет.

Ежегодно в Главном бюро проходят освидетельствовались около 60 тысяч граждан. Наибольшее количество граждан, впервые признанных инвалидами, приходится на период с 2004 по 2006годы, что связано с вступлением в силу Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», отменившего льготы для лиц, не являющихся инвалидами.

С 2007 года идет снижение уровня первичной инвалидности.

В 2017 году в Главном бюро освидетельствовано 50 348 граждан. Более трети из них - это граждане, направленные на освидетельствование впервые, из них инвалидами были признаны 16 тысяч 215 человек. 75% составляют жители городских поселений, а в разбивке по гендерному признаку 55% приходится на долю граждан мужского пола.

В структуре первичной инвалидности по группам тяжести за последние годы наблюдается увеличение доли лиц, которым установлена I группа.

В 2016 и 2017 гг. злокачественные новообразования (ЗНО) в структуре болезней вышли на первое место.

Уровень первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения в 1997 году составлял 8,9, в 2017 году он достиг уровня 18,4.

Более того, наблюдается рост доли лиц I группы при первичном признании инвалидами этих граждан. Из полутора тысячи граждан, которым была установлена I группа, в 40% случаях она определена бессрочно, а это значит, что данные граждане направлены на поздних стадиях развития опухоли, когда имеется налицо инкурабельность заболевания с выраженными явлениями интоксикации, кахексии, неблагоприятный прогноз. Количество таких граждан возросло в сравнении с 2015 годом на 19% и составило 570 человек, среди трудоспособных граждан I группа бессрочно установлена 87 гражданам, в 2 раза больше в сравнении с 2015 годом.

Наибольшее количество граждан, у которых были выявлены значительные нарушения функций организма уже при первичном направлении на освидетельствование, установлена I группа инвалидности, - это граждане со злокачественными новообразованиями органов пищеварения - 40%, каждый третий из них в трудоспособном возрасте. И их количество растёт.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО среди трудоспособных граждан республики составил - 10,4 на 10 тысяч населения указанного возраста.

В структуре первичной инвалидности ЗНО по локализации первое место занимают ЗНО органов пищеварения, второе - ЗНО молочной железы, третье - ЗНО женских половых органов.

Вследствие ЗНО органов пищеварения инвалидами признаны впервые 462 чел. Это 21% от общего количества инвалидов, признанных впервые вследствие злокачественных новообразований.

81 человек из них - в возрасте от 18 до 44 лет (18%).

В структуре первичной инвалидности вследствие данной патологии инвалидом II группы признаны в 2017 году 48,5%, на долю I группы приходится 37%, III группы - 14,5%.

Инвалидность без срока переосвидетельствования установлена 21 гражданину, из них 18-ти - I группа.

Наибольшее количество случаев установления первичной инвалидности приходится на ЗНО желудка (29%), на ЗНО прямой кишки приходится 27%.

Вследствие ЗНО молочной железы признано инвалидами первично 368 чел. (2016 год - 434 чел., т.е. на 15% меньше).

На долю I группы приходится 9%, II группы - 42%, III группы - 49%. Бессрочно установлена инвалидность 8 гражданам (I группы - 6 чел.).

Из них в возрасте от 18 до 44 лет признано инвалидами 150 женщин или 40% случаев инвалидности вследствие данного заболевания.

Вследствие ЗНО женских половых органов признаны инвалидами при первичном освидетельствовании 284 чел. (2016 г. - 279 чел.). Из них 43% (121 чел.) - в возрасте от 18 до 44 лет. Их абсолютное количество выросло на 16% в сравнении с 2016 годом (104 чел.).

В структуре первичной инвалидности по группам тяжести на I группу приходится - 11%, II группы - 48%, III группы - 41%. Бессрочно инвалидность установлена 5 женщинам (I - чел., II и III группы - по 2 чел.).

ЗНО представляют актуальную проблему в связи с их широкой распространенностью, высоким уровнем инвалидизации онкологических больных. Это обуславливает экономическую и социальную значимость этой проблемы и может отрицательно влиять на экономический потенциал республики.

Второе ранговое место среди граждан 18 лет и старше занимает инвалидность вследствие болезней системы кровообращения. Уровень первичной инвалидности по республике составил 15,1. Число первично признанных инвалидами возросло на 2% и составило 4 634 человека (из них 42% - это граждане трудоспособного возраста). Растёт доля признанных инвалидами I и II групп и среди граждан трудоспособного возраста, и среди всего взрослого населения.

На третьем месте - психические расстройства и расстройства поведения. 1 116 человек признаны инвалидами вследствие психических заболеваний.

Уровень первичной инвалидности в расчете на 10 тыс. взрослого населения составил 3,6. В сравнении с 2015 годом количество таких инвалидов выросло на 14%, с 2016 годом – на 4%. Из них: в более 50% случаев выявлены нарушения психических функций вследствие органических поражений мозга.

На долю I и II групп приходится более 80%, при этом в 2017 году выросла доля I группы.

50% признанных инвалидами первично вследствие психических заболеваний – это граждане в возрасте от 18 до 44 лет, т.е. граждане, относящиеся к группе населения основного трудового потенциала и основных трудовых ресурсов.

В 2017 году инвалидами признаны впервые 7 805 граждан трудоспособного возраста, уровень первичной инвалидности среди них составил 36,7.

В структуре первичной инвалидности в республике среди граждан данного возраста наблюдается рост доли и абсолютного числа признанных инвалидами вследствие психических расстройств. Число и удельный вес лиц, которым установлена инвалидность впервые вследствие злокачественных новообразований, болезни системы кровообращения снижается, но при этом выросла доля лиц, которым установлена I группа инвалидности. Количество таких граждан возросло на 6 %. В основном, этот рост вследствие злокачественных новообразований.

При повторном освидетельствовании за прошедший год признаны инвалидами более 25 тыс. граждан, из них: в 42 % случаев инвалидность установлена бессрочно.

Уровень повторной инвалидности снизился до 82,3 в 2017 году, В структуре повторной инвалидности по группам тяжести вырос удельный вес I и II группы, на долю I группы приходится около 14 %, II группы – 34 %. Суммарный коэффициент утяжеления инвалидности, т.е. показатель, отражающий долю лиц, которым при повторном освидетельствовании установлена более тяжелая группа, вырос до 14%.

Анализ выполнения реабилитационных мероприятий показал, что доля положительных результатов реабилитации среди взрослого населения составила 52 %. Наиболее часто достигается частичная способность к самообслуживанию, это в 75 % случаев с положительными результатами, частичная компенсация утраченных функций - в 67% и в 60 % -нарушенные функции восстановлены частично.

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ**

**Низамов Р.Х., Сытова Н.Б.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

В 2018 году исполняется 100 лет со дня рождения в России медико-социальной экспертизы. Именно в далеком 1918 году в стране начали создаваться первые бюро врачебной экспертизы (БВЭ) – учреждения, являющиеся предшественниками действующих а настоящее время федеральных учреждений медико-социальной экспертизы.

За 100 лет работы бюро врачебной экспертизы, затем врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) и бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) внесли существенный вклад в дело профилактики инвалидности, социальной защиты и реабилитации инвалидов в нашей стране. Пройдя сложный и длительный путь становление и развития медико-социальная экспертиза в настоящее время представляет собой социально значимую отрасль научных знаний и практической деятельности, успешно реализующей государственную политику в области социальной защиты инвалидов. Задачами медико-социальной экспертизы является не только установление (фиксация) инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности, но и, прежде всего, определение потребности инвалидов в мерах, направленных на полное или частичное восстановление их способности к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, на всемерную адаптацию и интеграцию в общество.

Такой характер деятельности учреждений МСЭ заложен в самом понятии «медико-социальная экспертиза» - это определение в установленном порядке потребностей свидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма».

Период развития и становления службы медико-социальной экспертизы состоял из нескольких этапов.

Основанием для создания БВЭ явился принятый 31 октября 1918 г. декрет Совнаркома РСФСР «Положение о социальном обеспечении трудящихся», который определил, что «...наличие инвалидности и степень

ее устанавливается медицинской экспертизой...». Кодексом законов о труде, принятом 10 декабря 1918г., уточняется название данных учреждений – «факт постоянной или временной утраты трудоспособности и удостоверяется медицинским освидетельствованием, проходным бюро врачебной экспертизы при общегородских, районных и областных кассах».

В состав бюро врачебной экспертизы (БВЭ) с момента их основания входили три врача-специалиста, а также представители от правления страховой кассы и профсоюзной организации.

В 1920 году бюро врачебной экспертизы из Наркомата труда РСФСР передаются в Наркомат здравоохранения РСФСР, в ведении которого бюро врачебной экспертизы, а с 1927 года - врачебные экспертные комиссии (ВЭК) находятся до 1932 года.

В 1927 году в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР «Об упорядочении работы органов врачебной экспертизы трудоспособности» сначала делается попытка упорядочить работу БВЭ, а затем БВЭ реорганизованы во врачебные экспертные комиссии (ВЭК). В соответствии с Положением о данных учреждениях задачи ВЭК дополняются пунктами о необходимости устанавливать характер и причину инвалидности, а также о восстановлении трудоспособности путем долечивания и переобучения.

В 1931 году врачебные экспертные комиссии реорганизованы во врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК), утверждается первое Положение о ВТЭК.

В 1937 году в соответствии с постановлением ЦИК СССР врачебно-трудовые экспертные комиссии из СССР передаются в Наркомат социального обеспечения РСФСР - затем Министерство социального обеспечения РСФСР, в рамках которого находятся по 1991 год.

В соответствии с новым Положением о ВТЭК, утвержденном Совнаркомом СССР 5 декабря 1942 года, работа врачебно-трудовых экспертных комиссий должна была проводиться только на базе лечебно-профилактических учреждений, которые им предоставляли помещения и оборудование. Такое размещение комиссий способствовало улучшению контактов между ВКК и ВТЭК. Такое требование сохранялось вплоть до начала 90-х годов.

В 1990 году принимается закон «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР», определивший основные направления профессиональной реабилитации и обеспечения занятости инвалидов. В данном законе, в частности, было записано, что «отказ в заключении трудового договора либо в продвижении по службе, увольнение по инициативе администрации, перевод инвалида на другую работу без его согласия по мотивам инвалидности не допускается, за исключением случаев, когда по заключению медико-социальной экспертизы состояние его здоровья препятствует выполнению профессиональных обязанностей либо угрожает здоровью и безопасности труда других лиц».

Начало следующим переменам было положено в 1995 году с принятием Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ, в котором были введены новое определение понятие «инвалид» и новые основания для установления инвалидности, определены задачи новой государственной службы МСЭ, создаваемой на базе ВТЭ, взят в качестве основной меры социальной защиты инвалидов - курс на их реабилитацию.

Признание граждан инвалидами было возложено на учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы (главные бюро и бюро МСЭ).

Основными задачами новой службы стали:

- 1) определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;
- 6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего.

В реализации закона в 1996 году принимаются «Положение о признании лица инвалидом», «Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы», «Примерное положение об индивидуальной программе реабилитации инвалида», определившие порядок работы учреждений новой службы.

Для реализации новых задач по определению потребностей инвалидов в мерах реабилитации и разработке индивидуальных программ реабилитации (ИПР) в состав бюро МСЭ дополнительно вводятся специалисты: психолог, специалисты по реабилитации и по социальной работе и др. Важное место в ИПР, разрабатываемой бюро МСЭ, отводится программе профессиональной реабилитации, направленной на восстановление способности инвалида к трудовой деятельности и обеспечение его занятости.

С принятием в 1998 году Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» № 125 ФЗ и последующими его изменениями на специалистов учреждений МСЭ возлагается обязанность по разработке программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

Переломными в развитии службы медико-социальной экспертизы стали 2004–2005 годы.

Внесенные в 2004 году изменения в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» N 181-ФЗ четко определили функции и полномочия федерального центра и субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов. Основным объемом гарантированных мер по реабилитации инвалидов взял на себя Федеральный центр. В реализации Закона Правительством Российской Федерации от 30 декабря 2004 года утверждается «Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду», принимаются другие нормативные правовые документы, определяющие порядок предоставления инвалидам мер реабилитации.

В связи с изменениями, внесенными в 2004 году в Федеральный закон № 181-ФЗ, учреждения государственной службы МСЭ реорганизуются в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (ФГУ МСЭ). С 1 января 2005 года в составе Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав) ФГУ Главные бюро МСЭ и их филиалы - бюро МСЭ приступают к работе.

В 2006 году постановлением Правительства Российской Федерации утверждается новый «Порядок и условия признания лица инвалидом», в котором были устранены недостатки и противоречия, имевшие место в принятом ранее документе.

За последние годы повысилось качество экспертизы, обоснованность принимаемых учреждениями МСЭ экспертных решений, приближается к 100% число разрабатываемых инвалидам ИПР. В своей работе учреждения МСЭ тесно и плодотворно взаимодействуют с лечебно-профилактическими учреждениями, региональными отделениями ФСС, протезно-ортопедическими предприятиями, районными и городскими центрами занятости населения, другими органами, службами и учреждениями.

Становление и развитие медико-социальной экспертизы в Республике Татарстан происходило также в несколько этапов.

В июне 1918 года при Казанском губернском отделе социального обеспечения созданы Комиссии Казанского губернского комиссариата государственного обеспечения для освидетельствования военно-увеченных и определения их прав на пенсии в составе: председателя и членов (врача комиссариата обеспечения, врача Окружного военно-санитарного управления, врача комиссариата здравоохранения, представителей казенной палаты, комиссариата по военным делам, делегата Союза увечных воинов).

18 октября 1918 года утверждена схема организации отдела социального обеспечения при Казанском губернском совдепе, в которую входит пенсионный подотдел для начисления пенсии гражданским лицам и военно-служащим – бывшим офицерским чинам. При этом производится обследование имущественного положения и состояния здоровья просителей. Назначение пенсий и пособий по потере трудоспособности не производится впредь до издания нового пенсионного устава, в основании которого будет положено два принципа: материальная необеспеченность и потеря трудоспособности просителем.

Согласно отчетов Комиссии Казанского Губернского Комиссариата Государственного обеспечения для освидетельствования военно-увеченных и определения прав на из пенсии 15 июня 1918 года заседала комиссия в составе: Председателя товарища Федорова, врача Комиссариата обеспечения товарища Москвина, врача Комиссариата Здравоохранения товарища Томасевича, представителя Казенной палаты товарища Ушатикова, представителя Комиссариата по военным делам товарища Смирнова, делегата союза увеченных воинов товарища Дмитровского.

Согласно отчетов о деятельности Казанского уездно-городского отдела социального обеспечения за ноябрь 1918г., в состав отдела входят подотделы: пенсионный, пайковый, охраны старости и инвалидности, призрения несовершеннолетних нравственно-дефективных детей, финансово-хозяйственные, Комиссия по оказанию помощи пострадавшим от контрреволюции.

Согласно декрета Народного комиссариата от 7 августа 1918 года при пенсионном подотделе открыт стол по назначению пенсий потерявшим трудоспособность красноармейцам и их семьям. При этом ме-

дицинская комиссия в течение месяца имела 5 заседаний, в ноябре месяце рассмотрено 205 дел, к 1 декабря не решенных осталось 883 дела.

В это время появляются выездные заседания Комиссии, Комиссия выезжала в иные города Республики Татарстан. Так, в декабре 1918 года Врачебная комиссия пенсионного подотдела по освидетельствованию инвалидов выезжала в г. Арск, где имела 4 заседания, освидетельствовано 151 человек.

В ноябре 1918 года создается Комиссия по освидетельствованию инвалидов Лаишевского отдела социального обеспечения. В отчете о деятельности заведующего отделом социального обеспечения при Лаишевском уездном совдепе за период с 12.12.1918г. по 01.01.1919г. указано, что комиссия провела 3 заседания о назначении пенсии инвалидам, рассмотрено 220 дел, из них: назначена пенсия 89 лицам, отказано и признаны здоровыми 18 человек, прекращено за принятием по мобилизации на военную службу 50 дел, 63 дела отложено из-за неявки освидетельствуемых.

В декабре 1918г. создан пенсионный подотдел Тетюшского отдела социального обеспечения, в месяц подотдел проводил 5 заседаний, на каждом заседании рассматривается в среднем около 60 дел.

В марте 1920 года при подотделе социального обеспечения функционировала экспертиза, установление процентов потери трудоспособности переходит в Губздрав.

Согласно архивного фонда Народного комиссариата здравоохранения в октябре 1920 года разрабатывается порядок организации экспертизы и контроля при кантонарных отздравах Татнаркомздрава, создаются организации экспертизы и контроля при кантонарных отделах здравоохранения Татнаркомздрава, где проводится медицинское освидетельствование (экспертиза) гражданских (не военных) лиц и медицинский страховой контроль.

Медицинский страховой контроль осуществляется Контрольным бюро в составе врача или лекпома, делопроизводителя и служителя (освобождение от работы при временной утрате трудоспособности) и врачебно-контрольными комиссиями в составе двух врачей и одного представителя профсоюзов (об отпусках по болезни, о переводе на более легкую работу, о переводе на другие условия работы и т.д.)

В функции Бюро врачебной экспертизы в составе двух врачей и одного представителя профсоюзов входило определение постоянной утраты трудоспособности, составлялся протокол с указанием процентов общей и профессиональной трудоспособности.

С октября 1920 года в Татарстане функционируют контрольные бюро и экспертные комиссии отдела экспертизы и контроля Татнаркомздрава, бюро врачебной экспертизы, Комиссии по определению постоянной утраты трудоспособности (пенсионные), Комиссии по определению трудоспособности (правтруд), Центральная врачебно-контрольная комиссия.

Сохранившийся в архивах Протокол заседания врачей – специалистов при отделе охраны здоровья детей Татнаркомнадзора говорит о том, что 24 ноября 1920 года заседала комиссия в составе докторов Бурништейн, Суркова, Соколова, Тимбарисеевской, председательствовал Мухамедьяров, секретарь товарищ Коварская.

В списках врачей Врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) в 1948 году значатся:

Таратина А.И. - председатель ВТЭК

Нинашлова У.А. – член ВТЭК

Файзуллина Г.Ф. – член ВТЭК

Сафиуллина З.З. – заведующий РСО

Багатов Д.П. – ст. инспектор

Фархутдинова А.Д. – ст. бухгалтер

Абзалова Ш. – сторож

Мухаметшина З.- ст. счетовод.

В списках работников райсобеса и врачей ВТЭК за 1949 год отдела социального обеспечения ТАССР значатся:

Валиева И.Х. - председатель ВТЭК

Валиева Н.Ш. – член ВТЭК

Галиева М.Д. – член ВТЭК

Ситдинов Г.С. – член ВТЭК

Шарифуллин А.Ш. – представитель Советской Армии

Гарипова С.З. – представитель рабочей молодежи

Сабирова З.Г. – представитель рабочего класса

Бакиева Р. Х. – представитель средней школы

Харисова З.С. – ст.бухгалтер

Шайдуллина Н.К. – представитель средней школы.

На 01.01.1962 год в республике функционировало 39 ВТЭК, из которых 9 в г. Казани (Республиканская, туберкулезная, психиатрическая, глазная и 5 районных). Из 38 ВТЭК 10 являлись ежедневно действующими, а 28 ВТЭК работали от одного до четырех раз в неделю. Всего на этот период времени во ВТЭК работало 111 врачей, из них 24 – на основной работе, а остальные работали во ВТЭК по совместительству.

В порядке повышения квалификации экспертной квалификации 15 врачей районных ВТЭК прошли стажировку при республиканской или специализированной ВТЭК, 2 врача прошли усовершенствование при ЛИЭТИНе в г. Ленинграде.

В 1962 году во ВТЭК Республики Татарстан прошли освидетельствование и переосвидетельствование 70395 человек.

К концу 1962 года произведена реорганизация и укрупнение ВТЭК, и к 01.01.1963 года в Татарстане функционировало 35 ВТЭК.

Постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11.03.1963г. № 299 в Татарстане Райздравотделом совместно с Райсобесом разработан и реализовывался План мероприятий направленных на снижение заболеваемости и инвалидности. Ежегодно освещались вопросы об обоснованности направления больных на ВТЭК.

Общественным советом при ВТЭК в 1967 – 1968 годах были проведены ряд предприятий по трудоустройству инвалидов, проверка состояния диспансеризации рабочих.

В данные годы все чаще используется такая форма работы как выездные заседания. Из 239 заседаний ВТЭК в 1966 году было 124 выездных, в 1967 году из 221 заседания – 151 выездное, в 1968 году из 187 заседаний – 142 выездное.

В 1969 году в Плате мероприятий важным пунктом отмечено изучение причин первичного выхода на инвалидность, учет работающих инвалидов и правильное трудоустройство инвалидов.

Подобная работа по исполнению Постановления Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11.03.1963г. № 299 сохранялась до 1980 года, создавались Комплексные Планы реализации мероприятий совместной работы ВТЭК, райздравотдела и райсобеса Татарии «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы».

В 1980 году в Татарской АССР действовали ВТЭК: Республиканское №1, Республиканская №2, Республиканская №3, Республиканская №4, Альметьевская общее, Альметьевская глазное, Арская, Зеленодольская, Октябрьская, Бугульминская, Нижнекамская, Чистопольская, Комсомольская общая, Комсомольская травматологическая, Автозаводская общая, Автозаводская психиатрическая, в г. Казани спецпсихиатрическая №1, спецпсихиатрическая №2, онкологическая, фтизиатрическая, кардиологическая, травматологическая, глазная, Вахитовская, Кировская, Московская, Ленинская, Приволжская ВТЭК.

В 1980 году во ВТЭК г. Казани работало 35 врачей, число заседаний составило 915, дано консультаций 4475, проведено 14 научно-практических конференций, 60 семинаров.

Всего освидетельствовано ВТЭК г. Казани в 1980 году 2399 человек, признано инвалидом 1 группы 79 человек, 2 группы 1021 человек, 3 группы – 885 человек.

В 1991 году ВТЭК подведомственны Министерству социального обеспечения Республики Татарстан, контроль за деятельностью ВТЭК общего и специализированного профиля возложен на Республиканские ВТЭК- составы. В четырех составах в 1991 году работают 10 врачей на основной работе, дано консультаций 3101, проведена 21 проверка ВТЭК, всего освидетельствовано 1504 человек, из них: по обжалованию решения ВТЭК 496 человек, по контролю 1008 человек, изменено решение 21 – по обжалованию и 30 – по контролю. Число освидетельствованных для определения медицинских показаний на получение спецавтотранспорта 824, из них установлены показания на получение спецавтотранспорта – 542.

В Республике Татарстан Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 30.12.1997 г. №920 с 1 января 1998 г. на базе врачебно-трудовых экспертных комиссий была создана Государственная служба медико-социальной экспертизы.

1998 год - в структуре Государственной службы медико-социальной экспертизы Республики Татарстан к началу года функционировали 22 первичных бюро МСЭ общего профиля и 4 состава Главного бюро.

Согласно плану развития службы в 1998 году созданы 3 межрайонных бюро (Ново-Савиновское, Приволжское №2 г.Казани и Набережно-Челнинское №3 общего профиля) и административно-управленческий аппарат службы. Руководителем Главного бюро назначен Иксанов Хайдар Вазихович.

1999 год - созданы 5 межрайонных бюро (Азнакаевское, Буинское, Елабужское бюро общего профиля, кардиологическое бюро №2 г.Казани и онкологическое бюро г.Набережные Челны специализированного профиля). В Главное бюро создан 5-й состав для детского населения, группа информационно-методического и статистического обеспечения, группа юристов и группа по проф. ориентации, организации труда и социально-средовой адаптации.

2000 год - распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 01.06.2000 г. №64 в Республике Татарстан создается медико-социальная экспертиза для лиц, младше 18ти лет: открываются 5 межрайонных бюро педиатрического профиля (бюро МСЭ смешанного профиля, психоневрологическое специализированного профиля г.Казани, общего и психоневрологического профиля г.Набережные Челны, общего профиля г.Альметьевска). Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 30.12.2000 г. №922 утверждено «Положение об индивидуальной программе реабилитации ребенка-инвалида на территории Республики Татарстан».

Во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004г. №1646-р в Республике Татарстан с 1 января 2005г. медико-социальную экспертизу граждан осуществляет Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)». Учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы Республики Татарстан при Министерстве социальной защиты Республики Татарстан» ликвидировано, создано федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)». С 01.01.2005 г. ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» является учреждением, подведомственным Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию. На тот момент прием граждан вели 38 бюро МСЭ: 5 бюро педиатрического профиля, 3 бюро психиатрического профиля, 2 бюро офтальмологического профиля, 2 бюро травматологического профиля, 2 бюро онкологического профиля, 1 бюро для освидетельствования лиц с туберкулезом.

В связи с большим количеством обращений граждан на освидетельствование с последствиями травм с 18.04.2005 года создается филиал №39 (травматологического профиля).

В связи с большим количеством освидетельствований граждан с онкопатологией с 06.05.2006 года создается филиал №40 (онкологического профиля).

В соответствии с Указом Президента РФ от 12.05.2008г. №724 «Вопросы системы и структуры Федеральных органов исполнительной власти» и Постановлением Правительства РФ от 2 июня 2008 №423 «О некоторых вопросах деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального медико-биологического агентства» Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав) ликвидировано, его функции переданы Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА России). Таким образом, Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан» передано в ведение Федерального медико-биологического агентства России.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 ноября 2009 года № 906-н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» были определены задачи и функции федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 11.04.2011г. № 295н был утвержден Административный регламент по проведению медико-социальной экспертизы. Административный регламент по проведению медико-социальной экспертизы - это сводный документ, который обобщает всю нормативно-правовую базу по медико-социальной экспертизе и прописывает общий порядок работы МСЭ простым, четким и доступным языком, что очень важно для граждан, которым непросто ознакомиться со всеми документами, который регламент объединяет. С его помощью человек будет знать, какие требования избыточны. Административный регламент предусматривает описание последовательности действий не только гражданина, но и специалистов, предоставляющих эту государственную услугу.

В регламенте впервые были четко прописаны сроки предоставления услуги - после подачи заявления на проведение экспертизы выделено максимум 30 дней. Указан полный перечень необходимых документов при подаче заявления гражданином, а также требования к условиям и организации обслуживания лиц направленных на освидетельствование. Кроме того, подача заявлений, получение направлений и получение решений федеральных государственных учреждений МСЭ может осуществляться в электронном виде посредством Единого портала государственных услуг.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» создано распоряжением Правительства Российской Федерации от 08.12.2010г. №2194-

р путем изменения типа существующего Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)».

Согласно приказу руководителя – главного эксперта ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» от 18.10.2010г. №152 начал осуществлять свою деятельность экспертный состав №8 ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан», приказа от 25.11.2010г. №164 – начало работы бюро МСЭ №41 ФГУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан».

На основании постановлений Правительства Российской Федерации № 535 от 31 мая 2012 года «Вопросы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации» и № 610 от 19 июня 2012 года «Об утверждении положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации», а так же в соответствии с приказом Минтруда России № 153 от 31 августа 2012 года, Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» переименовано в Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

С 04.06.2012 года структурные подразделения: бюро МСЭ общего профиля, педиатрического профиля, офтальмологического профиля, экспертные составы и аппарат управления, расположенные в г. Казань, сменили свое расположение и с этой даты по настоящее время размещены в здании по адресу: г. Казань, ул. Мазита Гафури, 71. Это 9-ти этажное здание площадью 4 825 кв.м.

Перед зданием расположены стояночные места для автотранспорта. Светофоры, установленные у пешеходных дорожек, ориентированы на граждан с ограниченными возможностями (звуковые сигналы, специальные знаки).

Здание оснащено системой контроля и управления доступом, централизованного кондиционирования. При проектировании стеклянных входных дверей предусмотрено автоматическое их открывание.

Оснащение и реконструкция здания максимально ориентированы для нахождения в нем лиц с ограниченными возможностями, создания условий безбарьерной среды. Создана система визуальной, слуховой или тактильной информации.

На всем маршруте передвижения проложены тактильные дорожки, установлены тактильные таблички (у входа, гардероба, регистратуры, возле лифта, на поручнях). Расположенный в кабине лифта аппарат двухсторонней связи снабжается устройством для усиления звука, а при необходимости — и устройством для получения синхронной визуальной информации.

Создана система специально оборудованных и приспособленных к нуждам инвалидов санитарных узлов. Вдоль лестничных маршей, ведущих на этажи, где располагаются бюро для освидетельствования граждан до 18 лет, установлены 2-х-уровневые поручни. На каждом этаже организованы комфортные залы ожидания, для детского населения предусмотрен отдельный этаж, специально оборудованный игровыми площадками.

В холле на этажах установлены видеомониторы, инфоматы, которые позволяют открыть страницу нашего официального сайта.

На 1-м этаже располагаются кабинеты врачей консультантов, которые осуществляют прием документов нетранспортабельных больных, консультируют обратившихся на прием граждан, а также по телефону по вопросам предоставления государственной услуги по МСЭ. В холле 1-го этажа находится терминал государственных услуг, буфет.

В трех крупных городах (Казань, Набережные Челны, Альметьевск) на базе Главного бюро организованы выставки технических средств реабилитации инвалидов и представлен проект квартиры, адаптированной для проживания лиц с ограниченными возможностями. Постоянное обновление демонстрационных моделей позволяет подобрать техническое средство с учетом индивидуальных потребностей человека, достаточно грамотно подходить к решению этого вопроса. Все это способствует повышению качества обслуживания граждан, позволяет сократить время получения государственной услуги, создать комфортные условия, как для населения, так и работников Главного бюро, повысить эффективность разработки и выполнения реабилитационных мероприятий, и как следствие, снизить социальную напряженность среди наиболее уязвимой части нашего общества. Список данных средств на сегодняшний день значительно расширился, более того, появилась возможность получать компенсацию за приобретенное средство самостоятельно.

Говоря о соблюдении и защите прав граждан при прохождении медико-социальной экспертизы, необходимо отметить, что все этапы освидетельствования фиксируются системой видеонаблюдения. В любой момент необъективность, некорректность сотрудников МСЭ, нарушение прав гражданина на этапе проведения

МСЭ можно установить, а, следовательно, и принять меры в защиту прав освидетельствуемых. Для этого необходимо лишь указать время, дату обращения получателя услуг в бюро.

Наверное, никто не будет спорить, что ожидание утомляет, нервнует и не способствует увеличению лояльности по отношению к тому учреждению, где граждане вынуждены ожидать приема в очереди. В числе первых из федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы в Главное бюро МСЭ по Республике Татарстан внедрена система «единой электронной очереди».

Со времени введения в эксплуатацию электронной очереди среднее время нахождения граждан в здании МСЭ сократилось с 1,5 часов до 20 минут. Использование электронной очереди, позволяет нашим гражданам получить информацию о требующейся услуге, распечатать талончик с указанием времени вызова, записаться на прием, а также дать оценку качества работы бюро. Запись на освидетельствование в бюро МСЭ осуществляется председателями врачебных комиссий лечебно-профилактических учреждений, а также самими гражданами.

Таким образом, в настоящее время Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации включает в себя по штатному расписанию 8 экспертных составов и 41 бюро МСЭ, из них: 1 экспертный состав Главного бюро МСЭ для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет, 3 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с психическими расстройствами, 1 бюро МСЭ для освидетельствования больных туберкулезом, 2 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения, 7 бюро МСЭ для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет.

В административном здании общей площадью 5005 м<sup>2</sup> по адресу: г. Казань, ул. М. Гафури, 71 осуществляют свою деятельность 5 экспертных составов Главного бюро, 17 бюро МСЭ, административно-управленческий персонал.

Бюро МСЭ и экспертные составы, расположенные в г.Наб.Челны, находятся в одном здании по адресу: ул.Набережная им. Габдуллы Тукая, д.65 (2 экспертных состава №№ 6, 7, бюро общего профиля для освидетельствования лиц в возрасте старше 18 лет №№ 31, 32, 33, 34, 36, а также бюро № 35 для освидетельствования лиц с психическими расстройствами и бюро №№ 37, 38 для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет).

По состоянию на 01.01.2018 штатная численность ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России составила 559 единиц, фактически работающих – 412 человек.

Общая укомплектованность кадрами 72,6%, врачами-специалистами- 68,2%, психологами – 48,4%, специалистами по социальной работе – 47,1%, другими работниками – 85%.

Средний возраст работников ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России составляет 45 лет.

За 100 лет работы бюро врачебной экспертизы, затем врачебно-трудовые экспертные комиссии и бюро медико-социальной экспертизы внесли существенный вклад в дело профилактики инвалидности, социальной защиты и реабилитации инвалидов в нашей стране.

Пройдя сложный и длительный путь становление и развития медико-социальная экспертиза в настоящее время представляет собой социально значимую отрасль научных знаний и практической деятельности, успешно реализующей государственную политику в области социальной защиты инвалидов.

## **О СОЗДАНИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Низамов Р.Х., Саттарова И.Р.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

Началом истории развития педиатрической службы медико-социальной экспертизы в стране можно назвать 1979 год, когда впервые был введен статус ребенка-инвалида в нашей стране постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 23 мая 1979 года №469, которым устанавливалась размер денежных выплат и выплата пособий детям-инвалидам в возрасте до 16 лет, а приказом Минздрава СССР №1265 был введен термин «дети-инвалиды с детства». Далее в 1991 году приказом Минздрава РСФСР №117 были утверждены сроки и перечень медицинских показаний для установления инвалидности у детей клини-

ко-экспертными комиссиями в условиях детских поликлиник. Начиная с 1997 года в субъектах РФ в соответствии с Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», при формировании учреждений Государственной службы медико-социальной экспертизы стала создаваться и педиатрическая служба МСЭ. Освидетельствование детского населения в РФ, ранее проводившееся в учреждениях здравоохранения постепенно начала передаваться в органы социальной защиты. Особенно актуальным и необратимым данный процесс стал после Указа Президента РФ от 2000 года, продлившего возраст детства с 16 лет до 18 лет и последующей отмены в 2000 году приказа Минздрава РСФСР №117.

Педиатрическая сеть учреждений медико-социальной экспертизы в Республике Татарстан для освидетельствования граждан в возрасте от 0 до достижения ими 18-ти лет был создан приказом Министерства социального обеспечения Республики Татарстан №64 от 12 июня 2000 года «О создании учреждений Государственной службы медико-социальной экспертизы для детского населения на территории Республики Татарстан». Данным приказом с 01.07.2000 года в Республике Татарстан были созданы 1 экспертный педиатрический состав, 6 детских межрайонных бюро МСЭ (из них 4 бюро МСЭ общего профиля: в г. Казани, г. Набережные Челны, г. Альметьевске и 2 специализированные психоневрологические бюро МСЭ в г. Казани и в г. Набережные Челны), также в штатное расписание семи бюро МСЭ, освидетельствующих взрослое население старше 18-ти лет, были дополнительно введены должности врачей-педиатров, детских офтальмологов, онкологов, социальных педагогов, старших медсестер для дополнительного обслуживания детского населения. Данная мера была продиктована исключительно в целях приближения населению процедуры проведения медико-социальной экспертизы, впервые оказываемой детскому населению нашей республики в бюро МСЭ, с соответствующим утверждением им зон обслуживания городов и районов республики. Приказ Министерства социального обеспечения Республики Татарстан «О создании учреждений Государственной службы медико-социальной экспертизы для детского населения на территории Республики Татарстан» был исполнен своевременно и к 01 сентября 2000 года вновь созданная педиатрическая сеть Государственной службы медико-социальной экспертизы Республики Татарстан полностью укомплектован необходимыми врачебными кадрами и специалистами, до 01 октября 2000 года проведена учеба и усовершенствование специалистов детских бюро МСЭ на специальном цикле, проведенном сотрудниками Федерального бюро МСЭ. После первого октября 2000 года детскому населению установление инвалидности начала проводится на всей территории республики только в бюро МСЭ.

С момента создания по сегодняшний день педиатрическая сеть учреждений медико-социальной экспертизы в Республике Татарстан с целью повышения качества предоставляемой государственной услуги по медико-социальной экспертизе детскому населению республики неоднократно реорганизовывалась и трансформировалась, несравненно улучшилось материально-техническое оснащение каждого бюро МСЭ по всей республике, созданы прекрасные современные условия для посетителей бюро МСЭ и сотрудникам. На сегодняшний день медико-социальная экспертиза лиц в возрасте до 18 лет проводится в 1 экспертном составе и 10 бюро МСЭ: 7 бюро МСЭ для детского населения смешанного профиля, 2 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения и 1 фтизиатрическое бюро. Все бюро МСЭ Республики Татарстан (в том числе освидетельствующие детское население) начиная с конца 2012 года подключены и работают в единой автоматизированной вертикально интегрированной информационно-аналитической системе (ЕАВИИАС), вся медико-экспертная документация ведется в электронном виде и доступна в он-лайн режиме для контроля, как на внутриведомственном уровне, так и на федеральном уровне. Также, начиная с 2005 года электронная база данных освидетельствований граждан и рекомендованных реабилитационных мероприятий является неотъемлемой и основной частью федерального регистра инвалидов (ФРИ).

В Республике Татарстан общее количество детей-инвалидов имело тенденцию к росту вплоть до 2001 года, как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении к общей численности детского населения республики. Всего за период с 1997 года по 2000 год в РТ общее количество детей-инвалидов увеличилось на одну треть и составило 2% от общей численности детского населения. Начиная с 2001 года по сегодняшний день наблюдается тенденция к сокращению общего количества детей-инвалидов как в абсолютных цифрах, так и удельного веса детей-инвалидов в общей численности детского населения республики. По состоянию на 1 января 2017 года в Республике Татарстан проживало 14742 детей-инвалидов, что составило 1,8% от общей численности детского населения республики. На 1 января 2017 года, по оценке Росстата, дети-инвалиды составили 2,1 % от общей численности детского населения РФ.

В РТ до начала деятельности педиатрической сети учреждений медико-социальной экспертизы, т.е., например с 1997 года по 2000 год, наблюдался прирост уровня детской инвалидности на 20,4%, также за данный период каждому пятому ребенку от общего числа детей-инвалидов, инвалидность устанавливалась впервые в жизни. Начиная с 2001 года, по республике в сравнении с аналогичными показателями за 2000 год, в течение одного года наблюдается снижение показателей уровня детской инвалидности на 6,1% и уровня первичной детской инвалидности на одну треть, а в сравнении с 1997 годом (за 5 лет) удельный вес первичной инвалидности в республике снизился почти в 2 раза.

Начиная, практически с 1997-1998 годов по РФ, а в Республике Татарстан с конца 2000 года, по сегодняшний день в Республике Татарстан, изменились принципы установления инвалидности у детей, инвалидность устанавливается с учетом наличия ограничения жизнедеятельности у детей, вызванных стойкими расстройствами функций организма, заболеваниями или анатомическими дефектами, согласно современной концепции инвалидности, определенной Федеральным Законом №184 от 24 ноября 1995 года «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Данная концепция установления инвалидности у детей принципиально изменила статистику детской инвалидности, отличаясь от существовавших ранее в течение последних десятилетий (вплоть до 2000 года) либеральных подходов установления инвалидности у детей, основанных лишь на оценке функциональных изменений и патологических состояний, без учета влияний этих расстройств функций организма на различные виды жизнедеятельности ребенка. С конца 2014 года в России (в том числе в РТ) федеральными казенными учреждениями медико-социальной экспертизы применяются новые классификации и критерии установления инвалидности, разработанные с учетом международного и отечественного опыта, основанные на количественной системе оценки степени выраженности нарушенных функций организма человека.

За период функционирования педиатрической сети учреждений медико-социальной экспертизы в республике доля детей-инвалидов с первично установленной инвалидностью от общего показателя детской инвалидности не превышала 14%, за последние три года (2015-2017гг) находится на уровне 10-11 %.

За 2017 год в Республике Татарстан освидетельствовано всего 7692 ребенка, из них каждый четвертый освидетельствован первично. За 2017 год из общего числа первично освидетельствованных 83% признаны инвалидами и почти каждому шестому первично освидетельствованному ребенку инвалидность по категории «ребенок-инвалид» не установлена. В 2017 году в возрастной структуре первично признанных детьми инвалидами в возрасте от 0 до 18 лет, дети в возрасте до 3-х лет составляют более 46 %. На протяжении последних лет наибольшее количество случаев первичного установления инвалидности приходится на самый ранний возраст. За последний год удельный вес первично признанных детьми инвалидами в возрасте до 3-х лет увеличился на 3,3% (с 43,2% до 46,5%) и среди субъектов ПФО является одним из самых высоких. Уровень первичной инвалидности среди детского населения увеличился с 19,7 случаев на 10 тысяч детского населения в 2016 году до 20,2 случаев на 10 тысяч детского населения в 2017 году (т.е., на 0,5 случаев на 10 тысяч детского населения). В Республике Татарстан за последние годы уровень ПДИ в 1,3 раза ниже аналогичного показателя по РФ и более 7% ниже аналогичного показателя по ПФО. В 2017 году почти 78 % первично признанных детей-инвалидов проживали в городах республики, более 60 % первично признанных детей-инвалидов являются лицами мужского пола.

Среди заболеваний, наиболее часто приводящих к первичной инвалидности среди детского населения Республики Татарстан, первое ранговое место по результатам освидетельствований в 2017 году занимали психические расстройства и расстройства поведения, хотя наблюдалось уменьшение на 6,8 % абсолютного числа детей, признанных инвалидами вследствие данного класса заболеваний в сравнение с 2016 годом. Интенсивный показатель по РТ (на 10 тыс. детского населения) за 2017 год составляет – 5,4 ‰. Психические расстройства и расстройства поведения занимают в структуре заболеваний, формирующих первичную инвалидность, начиная с 2015 года стабильно первое ранговое место. Показатель удельного веса психических расстройств в структуре заболеваний, формирующих первичную инвалидность, по РТ за 2016 год составлял 30,1 %, что выше аналогичного показателя по РФ и ПФО почти на одну четверть; а за 2017 год удельный вес психических расстройств в РТ составлял 26,7 %, что выше аналогичного показателя по РФ и ПФО почти в 1,1 раза.

На втором ранговом месте остаются болезни нервной системы, интенсивный показатель по Республике Татарстан (на 10 тыс. детского населения) составляет – 4,0 ‰ (2016 год – 3,9 ‰). Показатель удель-

ного веса болезней нервной системы в структуре заболеваний формирующих первичную инвалидность по РТ за 2016 год составил 19,9 %, за 2017 год составил 19,7%, что на уровне аналогичных показателей по РФ и ПФО за эти годы.

Третье ранговое место в структуре первичной детской инвалидности занимают врожденные anomalies (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Интенсивный показатель по Республике Татарстан (в расчете на 10 тыс. детского населения) составляет – 3,4 ‰ (в 2016 году занимали также 3 ранговое место в структуре – 2,5 ‰). Показатель удельного веса врожденных anomalies в структуре заболеваний формирующих первичную инвалидность по РТ за 2016, 2017 годы был значительно ниже аналогичных средних показателей по РФ и ПФО, составил соответственно 12,6 % и 16,8%. В течение последних 4-х лет (2014-2017 гг.) в республике наблюдалось снижение уровня первичной инвалидности вследствие врожденных anomalies (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений 1,9 раза (с 6,3 случаев на 10 тысяч детского населения до 3,4 случаев на 10 тысяч детского населения). Но, в 2017 году наблюдалось возрастание на одну треть доли врожденных anomalies в структуре первичной детской инвалидности, где дети самого раннего возраста – до 3-х лет, составили почти 84%.

Сегодня государством направляются огромные финансовые затраты на весь процесс выхаживания и дальнейшей абилитации недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, поэтому вопрос признания их инвалидами является актуальным для гражданского общества. Начиная с 2011 года специалистами педиатрических бюро МСЭ ведется анализ признания детьми - инвалидами в Республике Татарстан недоношенных маловесных детей. Анализ выявил, что доля признанных инвалидами недоношенных маловесных детей в общей численности детей - инвалидов в возрасте от 0 до 3-х лет только за последние семь лет увеличилась в 10,5 раза и в 2017 году достигла 17,8%. В 2017 году доля признанных первично инвалидами недоношенных маловесных детей в общей численности первично признанных детей – инвалидов до 18-ти летнего возраста составила 6,3% и за последние семь лет увеличилась почти в 5,3 раза; до 3-х летнего возраста составила 13,6% и за последние семь лет увеличилась также в 5,4 раза. За 2017 год в структуре заболеваний, являющихся основной причиной первичной инвалидности среди детей-инвалидов, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, первое ранговое место (59%) занимают заболевания нервной системы, далее одну треть структуры составляют врожденные anomalies, заболевания уха и отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. Таким образом, увеличение показателя первичной детской инвалидности за последний 2017 год произошло, во-первых, за счет увеличения доли признанных инвалидами детей в возрастной категории до 3-х лет, в том числе за счет возрастания до 13,6% доли признанных первично инвалидами недоношенных маловесных детей, в самой ранней возрастной категории; во – вторых, за счет возрастания на одну треть доли врожденных anomalies в структуре заболеваний, приводящих к первичной инвалидности у детей до 18-ти лет.

За 2017 год в сравнении с 2016 годом наблюдался рост числа признанных инвалидами детей с хромосомными anomalies и anomalies ЦНС и органов чувств в 1,8 раза, с anomalies системы кровообращения в 1,4 раза. Рост уровня первичной детской инвалидности с врожденными anomalies в 2017 году по РТ наблюдался в 20 муниципальных образованиях.

В 2017 году из общего числа освидетельствованных три четверти были освидетельствовано повторно, из них 86% для определения инвалидности по категории «ребенок-инвалид». По результатам проведенных повторных медико-социальных экспертиз для установления инвалидности по категории «ребенок-инвалид» за 2017 год в 95,2% случаях инвалидность повторно установлена и показатель полной реабилитации составил 4,8%, а за 2016 год показатель полной реабилитации составлял 10,3%. За 2017 год, в сравнении с результатами освидетельствований в 2016 году, снизилось общее количество не признанных при переосвидетельствовании инвалидами (т.е. реабилитированных) на 56,5 %. В структуре заболеваний в 2017 году, послуживших основанием для продления инвалидности по результатам освидетельствования, более 75% случаях выступают психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные anomalies (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. За последний год наблюдается рост доли психических расстройств и расстройств поведения, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, новообразований, болезней уха и сосцевидного отростка, болезней системы кровообращения в структуре повторной инвалидности детей. В 2017 году 72% повторно признанных детьми - инвалидами являлись детьми с 4-х до 14 летнего возраста и за последние

годы наблюдается увеличение как общего числа, так и их доли в общей численности повторно подтвердивших инвалидность детей. В возрастной категории детей-инвалидов до 3-х лет и старше 15 лет, наоборот отмечается снижение общего количества, их удельного веса от общей численности повторно признанных инвалидами детей.

В 2017 году 235 детей реабилитированы и показатель полной реабилитации составил 4,8%. В структуре реабилитированных почти 50% занимают дети с врожденными аномалиями и болезнями нервной системы. За 2017 год возрастная структура реабилитированных детей в более 16% представлена детьми до 3-х лет, в 75% - детьми в возрасте от 4-х до 14-ти лет. То есть, за 2017 год по результатам повторного освидетельствования в 92% случаях реабилитированы дети, не достигшие 15-ти летнего возраста. В возрастной структуре реабилитированных за 2017 год детей, с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, 76% составляют дети до 7-ми летнего возраста, более 20% приходится на детей с 8 до 14 летнего возраста и лишь 3,6 % на детей старше 15-ти лет. То есть, в нашей республике у основной части детей-инвалидов, в 76% случаях, с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, все необходимые реабилитационные мероприятия в рамках индивидуальных программ реабилитации и абилитации, практически завершаются до достижения ими 7-летнего возраста. В нозологической структуре реабилитированных за 2017 год детей-инвалидов с врожденными аномалиями 51% составляют аномалии системы кровообращения; 14% аномалии развития нервной системы, по 10% аномалии костно-мышечной и мочеполовой системы; 5% врожденные расщелины губы и нёба.

Основным разделом работы педиатрических бюро МСЭ по профилактике детской инвалидности в Республике Татарстан является разработка и выдача индивидуальных программ реабилитации ребенка-инвалида (ИПР ребенка-инвалида), а с 01 января 2016 года индивидуальных программ реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (ИПРА ребенка-инвалида). Данными учреждениями начиная с 01.02.2001 года разрабатывались и выдавались индивидуальные программы реабилитации ребенка-инвалида, а с 2015 года с передачей учреждений медико-социальной экспертизы в федеральное подчинение, ИПР ребенка-инвалида разрабатывается согласно единых нормативно-правовых актов федерального значения. Если в 2001-2002 году лишь 13 -15 % законных представителей детей-инвалидов соглашались получать ИПР ребенка-инвалида, то на сегодняшний день все признанные дети – инвалиды получают ИПРА ребенка-инвалида. Удельный вес детей - инвалидов, нуждающихся в назначении им при разработке ИПРА ребенка-инвалида ТСР по республике за 2017 год составил– 32,9%. По республике Татарстан в структуре нуждаемости детей-инвалидов в ТСР в рамках ИПРА ребенка-инвалида за 2017 год (как и в 2015, 2016 году) первое ранговое место занимают рекомендации о нуждаемости детей-инвалидов в обеспечении ортопедической обувью – 51,5%, второе место - рекомендации о нуждаемости детей-инвалидов в обеспечении подгузниками 41,3%, далее рекомендации о нуждаемости детей-инвалидов в обеспечении креслами-колясками прогулочными и комнатными, тьюторами на нижние конечности по 29%, 23,3% и 22,2% соответственно.

Всем известно, что показатели детской инвалидности любой страны являются индикатором состояния здоровья детского населения и потенциала формирования трудовых резервов и будущего развития страны, и поэтому вопросы инвалидизации детского населения и реабилитации детей-инвалидов в Республике Татарстан являются самыми актуальными и приоритетными. Достаточно низкий показатель первичной инвалидности детей и высокий показатель реабилитации детей-инвалидов за последние годы в нашей республике является результатом не только принятых за последние годы на федеральном уровне новых критериев установления инвалидности детям, а является прогнозируемым результатом многолетней планомерной межведомственной работы учреждений медико-социальной экспертизы, всех учреждений Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной защиты, Министерства образования республики под руководством нашего Президента, Правительства, по реабилитации, социализации детей-инвалидов внедрению в учреждениях здравоохранения нашей республики инновационных методик ранней диагностики, совершенствованию подходов к лечению и ранней реабилитации, улучшения показателей излечиваемости данных заболеваний до направления детей на медико-социальную экспертизу. То есть, каждая копейка из республиканского и федерального бюджета, направленная на информатизацию, усовершенствование, и модернизацию системы медицинской помощи на всех уровнях её оказания, на развитие образовательных, социальных учреждений, формированию доступной среды жизнедеятельности для населения нашей республики является оправданным и необходимым.

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ФАКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).  
ВОСПОМИНАНИЯ ВЕТЕРАНОВ**

**Павлова А.Э., Неустроева М.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России

Служба медико-социальной экспертизы в Республике Саха (Якутия) имеет богатую историю. К сожалению, проследить её подробно из-за недостаточного объема архивных данных не представляется возможным.

В Якутии до 1937 г. врачебно-трудовые экспертные комиссии не создавались, и только в 1937 г. было организовано пять ВТЭК (врачебно-трудовых экспертных комиссий), обслуживающих 10 районов республики и г. Якутск.

В 1938 г. комиссий уже насчитывалось тринадцать. В последующие годы их деятельность значительно расширилась и в 1945 г. в Якутии функционировало более 30 ВТЭК. В мае 1946 г. была создана первая Якутская республиканская ВТЭК. В декабре 1946 г. была организована специализированная ВТЭК по освидетельствованию больных туберкулезом. В феврале 1956 г. была установлена освобожденная должность председателя Якутской республиканской ВТЭК. В 1957 г. во всех ВТЭК республики работало 112 врачей. На 01 января 1967 г. в Якутской АССР насчитывалось 47 комиссий, в т. ч. одна республиканская, четыре специализированных (туберкулезная, онкологическая, глазная, психиатрическая), одна городская и 42 ВТЭК по районам республики. В 1968 г. было произведено укрупнение районных ВТЭК и увеличение в Якутской республиканской ВТЭК числа врачей-экспертов работающих в службе врачебно-трудовой экспертизы на основном месте.

В начале 90-х годов в связи с известными событиями в нашей стране произошли значительные перемены, в том числе в структуре подчиненности врачебно-трудовых экспертных комиссий. В 1992 г. была образована новая государственная структура - Управление медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (УМСЭ и РИ), которое вошло в структуру Министерства социальной защиты, труда и занятости РС(Я) на основании Постановления Министерства социальной защиты труда и занятости РС(Я) от 02 апреля 1992 г. № 3.

В дальнейшем в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О порядке признания граждан инвалидами» от 13 августа 1996 г. № 965, на основании Постановления Правительства Республики Саха (Якутия) от 30 декабря 1996 г. № 513 врачебно-трудовые экспертные комиссии республики преобразованы в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы.

В 1997 г. функции медико-социальной экспертизы расширились и дополнительно введено проведение освидетельствования детского населения, которое ранее проводили лечебно-профилактические учреждения.

Также в этот период было уделено большое внимание освидетельствованию пострадавших на производстве вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания: в г. Якутске создано республиканское бюро МСЭ специализированного профиля по освидетельствованию пациентов с профессиональными заболеваниями.

За прошедшие годы медико-социальная экспертиза ещё не раз претерпевала структурные изменения, часто изменялась нормативно-правовая база, критерии инвалидности. С годами врачебно-трудовая экспертиза преобразовалась в медико-социальную, а со временем способность гражданина к труду стала приоритетной в оценке ограничений жизнедеятельности.

С 2005 г. в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004г. № 1646-р и Постановления Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. № 805 «О порядке организации и деятельности ФГУ МСЭ» главные бюро медико-социальной экспертизы стали относиться к федеральным государственным учреждениям. Наше учреждение было реорганизовано в Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия)», которое находилось в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию до сентября 2008 г., затем передано в подчинение Федерального медико-биологического агентства на основании Постановления Правительства от 02 июня 2008 г. № 423 и распоряжения Правительства РФ от 10 сентября 2008 г. № 1300-р.

С 2012 г. распоряжением Правительства РФ от 14 июля 2012 г. № 1270-р федеральные учреждения медико-социальной экспертизы – главные бюро медико-социальной экспертизы отнесены к ведению Минтруда России. Приказом руководителя – главного эксперта по МСЭ от 18 октября 2012 г. № 11-осн федеральное ка-

зенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия)» переименовано в федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

За многолетнюю историю медико-социальной экспертизы в Республике Саха (Якутия) проводилась оптимизация структуры учреждения с целью повышения качества и доступности медико-социальной экспертизы населению нашей республики. В настоящее время Главное бюро имеет в своем составе двадцать бюро и три экспертных состава, которые предоставляют государственную услугу по проведению медико-социальной экспертизы всему населению Республики Саха (Якутия), шесть отделов Главного бюро (отдел кадрово-правового обеспечения, планово-экономический отдел, отдел бухгалтерского учета и отчетности, организационно-методический отдел, отдел информационно-технического обеспечения, отдел по общим вопросам учреждения) обеспечивают своевременное и качественное функционирование экспертных подразделений.

Руководителями Учреждения в разные годы работали: с 1969 г. по 1983 г. - заслуженный работник социальной защиты Российской Федерации, отличник здравоохранения СССР, отличник социальной службы Республики Саха (Якутия), почетный ветеран Республики Саха (Якутия), ветеран ВОВ Слободчиков Владимир Яковлевич, с 1983 г. по 1986 г. - отличник здравоохранения СССР, отличник социального обеспечения РСФСР Ермолаева Тамара Никитична, с 1986 г. по 2008 г. - заслуженный врач Российской Федерации, отличник социально-трудовой сферы, отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия), отличник социальной службы Республики Саха (Якутия) Николаева Галина Александровна. С марта 2008 г. руководителем-главным экспертом по МСЭ назначена отличник социально-трудовой сферы, отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия) Лазарева Лена Ивановна.

В немалой степени экспертная работа зависит от уровня подготовки специалистов и преданности своему делу. В настоящее время медико-социальная экспертная служба Якутии укомплектована самыми высокопрофессиональными кадрами. Все специалисты МСЭ в обязательном порядке проходят профессиональную подготовку на базе Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов. Медико-социальная экспертиза требует от врачей не только высоких профессиональных знаний, но и личностных качеств по отношению к пациентам - сердечности, терпения, уважения, готовности оказать срочную поддержку. И эти качества, несомненно, свойственны всем работникам службы. Ведь в коллективе трудятся заслуженные врачи Российской Федерации, заслуженные работники социальной защиты, отличники здравоохранения и социальной защиты Республики Саха (Якутия).

В 2018 году в учреждении подписано положение о ветеранах службы медико-социальной экспертизы Республики Саха (Якутия). Благодаря добросовестной работе и профессионализму ветеранов службы, опытных работников, внесших существенный вклад в совершенствование системы медико-социальной экспертизы на сегодняшний день Главное бюро представляет собой основательную и социально значимую отрасль практической деятельности, успешно реализующую государственную политику в области социальной защиты инвалидов. Огромную роль в становлении службы медико-социальной экспертизы в республике сыграли – заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения РС (Я), отличник социально-трудовой сферы, отличник социальной службы РС (Я) Николаева Г.А., отличники здравоохранения СССР, социального обеспечения РСФСР Ермолаева Т.Н., Хохлова Г.И., заслуженный работник социальной защиты РФ, отличник здравоохранения СССР, социальной службы РС (Я), почетный ветеран РС (Я), ветеран ВОВ Слободчиков В. Я., заслуженный врач ЯАССР, РСФСР, отличник здравоохранения СССР Терехова М. Н., заслуженные врачи РСФСР Дружинина В. И., Любимов Г. П. заслуженный врач ЯАССР Афанасьева Е. Д., заслуженный врач ЯАССР, отличник социальной службы РС(Я) Черемных Н. Т., заслуженный врач РС (Я), отличник здравоохранения РС (Я) Соскова В.А., отличники здравоохранения и социальной службы РС (Я) Винокурова М. И., Дьякова М. М., отличники здравоохранения РС(Я) Петрова М. П., заслуженные врачи, отличники здравоохранения РС (Я) и социальной службы РС(Я) Соловьёва Л. В., Трофимов И. И., отличники здравоохранения и социальной службы РС (Я) Иванов К.Ф., Александров Н.Н., отличники здравоохранения РС(Я) Акишева Е. В., Яковлев С. Н., Черепанова К. К., Иващенко Л. В., отличники социальной службы Иванова А. И. и многие другие сотрудники.

Более 20-ти лет в рядах службы медико-социальной экспертизы добросовестно трудятся специалисты высокого профессионального уровня: заслуженный врач ЯАССР, отличник социально-трудовой сферы, здравоохранения и социальной службы РС(Я) Унарова Н.Н., отличник социально-трудовой сферы, отличник здравоохранения и социальной службы РС(Я) Степанова В.Ф. , ветераны труда, среди них - отличник здравоохранения РС(Я), отличник социально-трудовой сферы Лазарева Л.И., отличники здравоохранения РС(Я)

Васильева В.Н., Михайлова Н.А., Павлова А.Э., Юмшанова Д.П., отличники социальной службы РС(Я) Корнилова Л.З., Перевалова Н.А., Ким А.И., Заболоцкая Ф.Е. и многие другие. Они на протяжении многих лет являются наставниками, заслуживают самых теплых слов благодарности за ответственное отношение к делу, компетентность, внимательное отношение к людям, добросовестный и долготелый труд.

Из воспоминаний Слободчикова Владимира Яковлевича

Я работал врачом-травматологом и в сентябре 1969 года был переведен в Минсобес РС (Я), назначен на должность председателя республиканской ВТЭК. В то время на основной работе была одна ставка председателя и медсестры, терапевт и невролог совместители из поликлиники. В г. Якутске была одна ВТЭК на основной работе, в районах работали только совместители. За годы работы были созданы специальная профилированная ВТЭК смешанного состава (онкология, фтизиатрия, офтальмология, психиатрия), вторая республиканская ВТЭК, председателем назначена Хохлова Г.И. В городах Алдане, Ленске, Мирном работали председатели комиссии на основной работе, а члены - совместители. За время работы были сокращены 7 редко заседающих ВТЭК, где все врачи были совместителями. Работу по обслуживанию сокращенных ВТЭК, взяла на себя республиканская ВТЭК, выезжая в районы раз в год. Постепенно штаты Якутской республиканской ВТЭК наполнились основными кадрами: терапевт Ермолаева Т.Н, невролог Соловьева Л.В. Во ВТЭК была получена первая машина. В данной должности я проработал 15 лет, затем на укрупнение кадров переведен главным врачом Якутского протезно-ортопедического предприятия и директором данного учреждения, где проработал три года. Впоследствии был принят на должность эксперта хирурга в управлении МСЭ и в дальнейшем назначен руководителем бюро МСЭ № 3.

Из воспоминаний Николаевой Галины Александровны

Данное мне судьбой знакомство с социальной службой относится к концу 80-х годов прошлого столетия, когда я в 1986 году из органов здравоохранения республики перешла на работу в Министерство социального обеспечения ЯАССР. В системе социальной службы (сначала врачебно - трудовые экспертные комиссии, далее реорганизованы в медико – социальные экспертные комиссии) я проработала 26 лет, из них 21 год – главным экспертом по МСЭ. Сейчас, оглядываясь назад, вспоминаешь прожитые годы, коллег по работе, товарищей, друзей, и в памяти возникают эпизоды и личности особой значимости. К такой категории эпизодов из своей жизни я отношу знакомство и годы работы с сотрудниками службы МСЭ, которые проявляли в работе профессионализм, принципиальность, отзывчивость, человечность, честность. Ветераны труда своим многолетним и добросовестным трудом внесли большой вклад в дело становления и совершенствования системы врачебно - трудовой, медико - социальной экспертизы: Т.Н. Ермолаева, В. И. Дружинина, В.А. Соскова, М.Н. Терехова, Н.Т. Черемных, А.А. Мармылёв, В.Я. Слободчиков, Л.В. Соловьева, Н.Н. Унарова, А.А. Попов, М.И. Винокурова, К.Ф. Иванов и многие, многие другие. Многие ветераны ушли на заслуженный отдых, другие продолжают трудиться. Хочу выразить своё глубокое уважение всем сотрудникам службы МСЭ: водителям, уборщицам, бухгалтерам, медицинским статистам, секретарю приёмной, работникам архива, программисту, руководителю хозяйственной части (безвременно ушедшему из жизни), медицинским регистраторам, среднему медицинскому персоналу, кадровикам, врачам-экспертам, руководителям службы. Ваша добросовестность, профессионализм заслуживают самой искренней признательности. Большое значение в работе службы МСЭ имело внимание и поддержка министров труда республики А.К. Акимова, Ю.А. Песковской, первого заместителя министра Ю.А. Готовцева, заместителя министра Г.Г. Никифорова.

Из воспоминаний Соловьевой Лидии Васильевны

Я пришла во врачебно–трудовую экспертизу в 1974 году. Тогда мы располагались на базе первой поликлиники. Мой приход совпал с периодом перестройки в работе службы. Если раньше во всех районах работали свои врачебно-трудовые комиссии, то начиная с 1975 года межрайонные комиссии начали укрупняться. Республиканской комиссией была проведена большая методическая работа и с органами здравоохранения, и с населением. Проводилось информирование об освидетельствовании граждан на выездных заседаниях врачебной комиссии. Начали с Орджоникидзевского, Мегино-Кангаласского районов республики и т.д. Северные районы передали в межрайонные комиссии для организации выездных заседаний. Реорганизационная работа проводилась вплоть до моего ухода в 2015 году и по-видимому она будет продолжаться и дальше. Когда я пришла в Республиканскую ВТЭК председателем был Слободчиков В.Я., а врачом – терапевтом - Ермолаева Т.Н. Территория нашей республики очень большая, а плотность населения - низкая. Поэтому приходилось много ездить по районам. Часто сидели в аэропортах из-за задержек в связи с непогодой. Перелетали из одного района в другой на грузовых самолетах. Владимир Яковлевич частенько летал на ящиках вместе с продуктами питания! Но работа спорилась, а жизнь кипела.

Из воспоминаний Унаровой Нины Никитичны

В 1977 году я была переведена врачом психоневрологом специализированной ВТЭК Министерства социального обеспечения ЯАССР. В те годы в г. Якутске было 2 ВТЭК: республиканская и специализированная, а также ВТЭК располагались в районах республики. В годы работы в специализированной ВТЭК я работала с очень грамотными, компетентными специалистами и просто хорошими людьми, такими как, руководитель–главный эксперт В. Я. Слободчиков, врачи Г.И. Хохолова, А.П. Стручкова, Г.П. Любимов. С большой благодарностью всегда вспоминаю отеческие наставления большого профессионала В.И. Кононова, тогда министра социального обеспечения ЯАССР. В 1980 году меня назначили председателем Якутской межрайонной ВТЭК. После реорганизации в сфере ВТЭК, в 1986 году меня назначили руководителем Ярославской межрайонной ВТЭК г. Якутска (ВТЭК №1), а в 1997 году была назначена руководителем республиканского бюро МСЭ специализированного профиля. Наш сплоченный и трудолюбивый коллектив в эти годы много сил и усилий приложил по восстановлению документов на освидетельствование больных с профессиональными заболеваниями, было разработано много инструктивно-методических материалов по проведению медико-социальной экспертизы, работали в тесной связи с учреждениями здравоохранения, социальной защиты населения, образования, службы занятости населения, Пенсионного фонда, Фонда социального страхования и т.д. Со мной работали высококвалифицированные специалисты В. Н. Васильева, А. А. Попов, М. М. Дьякова, О. М. Лукина, А. И. Гоголева, А. П. Никитина, Е. Д. Горохова, Р. Н. Иннокентьева, М. Р. Румянцева, И. И. Самсонова, Т. С. Андреева, Р. А. Суй. За годы моей работы произошло много реорганизаций, преобразований в нашей сфере, вместе с тем, эти годы были самыми интересными и плодотворными, налажена системная совместная работа с межведомственной комиссией, введена автоматизация.... Я горжусь, что стояла у истоков создания медико-социальной экспертизы в нашей республике. Особой моей гордостью является тот факт, что в течение 25 лет мой родной коллектив возложил на меня большую ответственность, доверив работать председателем первичной профсоюзной организации. Большим своим человеческим счастьем считаю, что работала под руководством умных, честных, человеческих профессионалов, таких как, В. Я. Слободчиков, Т. Н. Ермолаева, Г. А. Николаева, Л. И. Лазарева. Мой многолетний скромный труд был высоко оценен руководством министерств здравоохранения, труда и социального развития, Правительством и руководством Республики Саха (Якутия) и Российской Федерации.

Из воспоминаний Акишевой Елены Васильевны

В медико–социальную службу я поступила на работу в 1986 г. Конечно самое яркое воспоминание – это первый день работы. Меня встретили очень тепло, приняли в коллектив, который быстро стал мне родным. Свои первые шаги в качестве эксперта я сделала под внимательным и чутким руководством Унаровой Нины Никитичны. Коллектив наш был очень дружный, сплоченный, мы друг друга понимали с одного взгляда, всегда поддерживали. С больными никогда не конфликтовали, из любой трудной ситуации старались найти правильный выход.

Из воспоминаний Винокуровой Марии Иннокентьевны

В 1969 году по роду деятельности моего супруга перевели в Жиганский район, и начались мои трудовые будни на севере нашей республики. В этот период работы я совмещала свою работу в здравоохранении и во врачебной комиссии. Во время работы в Жиганском районе я познакомилась с В. Я. Слободчиковым, Т. Н. Ермолаевой. Они были очень компетентными в своей работе, ответственными, грамотными специалистами. По приезду в г. Якутск 1985 году я устроилась на работу в психоневрологическом диспансере. Затем по приглашению Т. Н. Ермолаевой перешла на работу во ВТЭК. Я попала в очень дружный коллектив республиканской ВТЭК. По работе была во многих районах республики. Работа врача эксперта требовала очень объективной оценки для установления инвалидности. Теплотой вспоминаю совместную работу со Слободчиковым В. Я., Ермолаевой Т. Н., Акишевой Е. В., Унаровой Н. Н., Александровым Н. Н. и многими другими. После выхода на заслуженный отдых мой коллектив нас - ветеранов не забывает, при возможности всегда приглашает на праздники. За весь период своей трудовой деятельности мне очень везло с моим коллективом, мы были единой семьей.

Из воспоминаний Никифоровой Лидии Спиридоновны

Я проработала в МСЭ с 1993 года по 2007 год. Возглавляла экономическую работу коллектива. Работалось мне легко и комфортно. Коллектив наш был очень дружным. И в то же время панибратства не было - соблюдались не только права, но и обязанности всех сотрудников. Объективность и справедливость были главными критериями работы коллектива. Руководителем была очень грамотная, опытная,

честная, трудолюбивая - Галина Александровна Николаевна. Все были очень активными! Культурный досуг всегда организовывался на высоком уровне. Работа и отдых шли рядом! Коллектив МСЭ мне запомнился надолго и это самые позитивные воспоминания. Спасибо всем за прекрасные 15 лет работы в моей жизни!

Из воспоминаний Переваловой Надежды Афанасьевны

В связи с переходом на Президентскую форму управления Указом Президента Республики Саха (Якутия) от 19 января 1992 года № 27 Министерство социального обеспечения Якутской Саха-ССР было ликвидировано и создано новое Министерство социальной защиты, труда и занятости Республики Саха (Якутия). В структуру нового Министерства утвержденного Постановлением Министерства социальной защиты труда и занятости РС(Я) от 02 апреля 1992 года № 3 вошло Управление медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов созданное на базе действующих врачебно-трудовых экспертных комиссий.

17 августа 1992 года я поступила на работу в Управление медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в качестве медицинского статиста. Совмещала работу секретаря-машинистки, при этом издавала приказы по кадровой работе. В 1994 году прошла полный курс по профессии машинистка со знанием делопроизводства. Благодаря наставлению Галины Александровны Николаевой – руководителя Управления в 1999 году была направлена на учебу и в 2001 году закончила Якутский филиал Челябинского юридического техникума по специальности «правоведение», с присвоением квалификации «юрист». 01 февраля 1994 года личные дела и трудовые книжки Министерством были переданы в распоряжение Управления и я была назначена главным специалистом по кадрам.

Наш отдел начал функционировать с 01 января 2005 года при передаче в федеральное ведение, когда был создан вспомогательный отдел, меня назначили на должность начальника отдела. 03 апреля 2006 года отдел был переименован в общий. В состав отдела также входили должности специалиста по кадрам, документоведа, инженера по охране труда, программиста. Документоведом работала Гореева Александра Викторовна, должность инженера по охране труда совмещали наряду со своей основной работой экономисты Никифорова Лидия Спиридоновна, Васильева Евгения Сергеевна, программистом Апросимова Фекла Егоровна, с 03 декабря 2007 года по 03 марта 2009 года Волков Иван Васильевич. С 12 января 2009 года отдел был опять переименован в отдел кадрово-правового обеспечения. Введена должность юрисконсульта, а должность программиста передана в организационно-методический отдел. Юрисконсультом работали с 01 января 2005 года по 30 декабря 2008 года – Федоров Эдуард Дмитриевич по внешнему совместительству (должность юрисконсульта до 2009 года относился к административному аппарату), первым юрисконсультом нашего отдела стал Федоров Максим Михайлович, который проработал 11 января 2009 года по 18 августа 2010 года, кратковременно проработал, на время декретного отпуска основного работника, с 01 марта 2012 года Мурзабаев Егор Бекназарович, в данное время с 06 сентября 2009 года работает Семенова (Федорова) Марфа Валерьевна. Инженером по охране труда с 02 марта 2009 года по 04 марта 2011 года проработал Захаров Вадим Николаевич. С 12 ноября 2009 года в отдел был переведен из бюро № 4 специалистом по кадровой работе Ким Афанасий Ирсенович, который работает по настоящее время.

Работа отдела была начата с нуля. После получения кадровых документов работников от Министерства обнаружилось много недостатков, отсутствовали некоторые записи в трудовых книжках, не доставало приказов по личному составу, приходилось искать в архиве министерства и дополнять личные дела работников. Постепенно кадровая работа встала на ноги, проработаны должностные инструкции, положения отделов и бюро, номенклатура дел, подписан коллективный договор, ведется учет граждан состоящих на воинском учете, накоплен архив дел, проводится работа по повышению квалификации специалистов

В 2002 году я была награждена знаком «Отличник социальной службы Республики Саха (Якутия)», в 1998 и 2005 году Почетной Грамотой Министерства труда и социального развития Республики Саха (Якутия), в 2006 году Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Ким Афанасий Ирсенович награжден в 2008 году знаком «Отличник социальной службы Республики Саха (Якутия)».

Из воспоминаний Павловой Аллы Эдуардовны

Свою трудовую я уже не мыслю без медико-социальной экспертизы. Впервые порог нашего учреждения я переступила в 1991 году, будучи студенткой медицинского ВУЗа нашей республики, начав работать медицинским регистратором в МСЭК № 1. В экспертизу я пришла в период работы главным экспертом Николаевой Галины Александровны – грамотного руководителя, уважающего свой коллектив, способного

выслушать, понять своих сотрудников и поддержать их в трудную минуту. В тот период моим непосредственным наставником была Анна Егоровна, которая проработала в службе долгие годы. Я еще застала тот период, когда не было компьютеров, отчеты и аналитические документы мы набирали на электрической печатной машинке, прием граждан проводился 3 раза в неделю по 18 освидетельствований в день. Акт освидетельствования представлял собой четыре страницы формата А5, которые вручную скрупулёзно заполняли врачи-эксперты: руководитель (невролог) Унарова Нина Никитична, Дьякова Мила Максимовна (терапевт) и Новиков Сергей Сергеевич (хирург). Индивидуальные программы реабилитации в то время еще не существовали, эксперты заполняли небольшие карточки по трудовой реабилитации. Регистратор отвечал за архив, номенклатуру, почту, печатание и заполнение документации. Коллектив в 90-е годы в нашей республике был небольшим, но мы жили одной дружной семьей.

После окончания третьего курса института я уже работала старшей медицинской сестрой и в 1998 году была направлена в интернатуру в Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, в нашу alma mater. Интерны жили в общежитии в центре северной столицы на ул. Тверской, дом 25. Мы жили втроем в комнате на четвертом этаже с Верой Семеновной Спиридоновой и Ольгой Михайловной Лукиной, моими землячками, к этому периоду имевшими опыт врачебной экспертной работы. Один год интернатуры пролетел как один день, но сих пор с теплом вспоминаю лекции профессора Г. Д. Шостка «...красной нитью проходит...», высокий уровень профессионализма, культуры, интеллигентности преподавательского состава.

После возвращения из г. Санкт-Петербург начала работать врачом-экспертом и в 2000 году перешла в бюро №1 под руководство компетентного и справедливого руководителя Соловьевой Лидии Васильевны. Наше бюро проводило освидетельствование граждан четырех неоспоримо сложных патологий: психиатрии, офтальмологии, фтизиатрии и онкологии, что требовало особых знаний и навыков. В деятельности бюро большое значение уделялось аналитическому направлению, методической работе, тогда же были опубликованы первые научные статьи в региональных и федеральных изданиях. В 2008 году мой наставник Соловьева Л. В. передала мне руководство бюро.

За последние 20 лет медико-социальная экспертиза непрерывно совершенствуется: принимается новая нормативно-правовая база, учреждение оснащается программным обеспечением, компьютерной техникой, современным диагностическим оборудованием, формируется федеральная база данных, реализуется программа доступности для граждан и т.д. В 2008 году руководителем-главным экспертом по МСЭ была назначена Лазарева Лена Ивановна, заместителем руководителя по экспертной работе - Гоголева Анастасия Ивановна. Время перемен ставило перед руководством учреждения новые глобальные задачи, требовало принятия компетентных и оперативных управленческих решений.

До 2009 года в главном бюро существовал один экспертный состав под руководством Васильевой Валентины Николаевны. Огромный объем работы определял необходимость в расширении данного направления деятельности и в 2009 году в главном бюро был открыт экспертный состав №2, в 2015 году – экспертный состав №3. Деятельность экспертного состава всегда требовало и требует от сотрудников высокого уровня юридической грамотности, определенных человеческих качеств, умения работать в единой связке с первичным экспертным звеном, грамотного межведомственного взаимодействия, способности аргументированно и профессионально отстаивать свою точку зрения в принятии коллективных решений.

Из воспоминаний Самсоновой Инны Иннокентьевны

После окончания медицинского училища в 1998г. с тремя маленькими детьми я устроилась медицинским регистратором в Главное бюро. В то время Главное бюро МСЭ находилось в Министерстве социальной защиты нашей республики. Первый рабочий день помню, как сейчас - меня встретил Попов Андрей Алексеевич, проводил в кабинет №404, где «грозно» сидела Татьяна Семеновна Андреева, познакомила меня с моими обязанностями: «твое дело ввести, как следует входящие и исходящие журналы, какие дела поступили и от нас уходят». Позднее Татьяна Семеновна рассказывала, что узнав, что у меня трое маленьких детей, подумала, что я постоянно буду находиться на листке нетрудоспособности, и что долго не протяну. Могу сказать, что мои дети почти «выросли» в стенах учреждения МСЭ, за что благодарна своим коллегам, так как меня никогда не упрекали и входили в мое положение.

Помню беседу Андрея Алексеевича во время осмотра пациента. Он у молодого человека спрашивал: «Почему спортом не занимаетесь? Физическую работу не выполняете?». В то время я особо не понимала эти расспросы. Оказывается, он этим оценивал его ограничение жизнедеятельности.

Долгое время работала медицинской сестрой в специализированном бюро №2 под руководством Унаровой Нины Никитичны, в котором со всех районов республики освидетельствование проходили граждане с трудовыми увечьями и профессиональными заболеваниями. Работая в бюро №2, я заочно училась в педагогическом институте, далее стала работать специалистом по социальной работе. Работали очень дружно, всех своих больных узнавали на лицо, т.е. имели возможность наблюдения динамики реабилитационных мероприятий, разработанной нами ПРП и ИПР инвалида. В 2012г. руководителем бюро МСЭ №2 стала Лугинова Л.Д. При рекомендации технических средств реабилитации подходили индивидуально с применением НПА по ТСР. За эти годы было много оптимизаций в деятельности учреждения МСЭ.

За эти годы было много изменений по нормативно – правовым аспектам, в отношении установления инвалидности и по разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида, но неизменным остается выявление ограничения жизнедеятельности человека. Нигде гражданина так досконально не осматривают и оценивают так, как это делают специалисты МСЭ, анализируя его социально – бытовые, профессиональные, психологические и другие данные по степеням ограничения жизнедеятельности.

Из воспоминаний Андреевой Татьяны Семеновны

Я пришла работать во врачебно- трудовую экспертизу в 1985 году. Работала под руководством Нины Никитичны Унаровой. До прихода в эту службу работала в СМУ и в 1987 году, чтоб получить квартиру, я была вынуждена уйти обратно. Но затем вновь вернулась в 1992 году и проработала медицинским регистратором до 2016 года, когда ушла на заслуженный отдых. Очень благодарна руководству нашей организации за высокую оценку моей работы! Я была неоднократно награждена почетными грамотами. За время работы активно участвовала в общественной жизни коллектива. С теплотой вспоминаю совместную работу с Галиной Александровной, Валентиной Николаевной, с Андреем Алексеевичем. Вспоминаю выездные заседания в курируемых районах. Были курьезные случаи в командировках! Жили в разных условиях, но всегда выручали доброжелательность друг к другу и сплоченность. В командировках у меня была роль «мамы». Брала на себя заботу о своих коллегах. Старалась, чтобы голова у них не болела за приготовление пищи. Готовила завтраки, ужины. Благодарю свой коллектив за поддержку и опору в тяжелые для меня и моей семьи дни.

### **ИНВАЛИДНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

**Петренко М.В., Быкова Н.В., Широбокова С.В., Смагина Т.Н.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России

Инвалидность – важнейший показатель социального неблагополучия населения. Проблемы инвалидности затрагивают не только личные интересы граждан с ограниченными возможностями здоровья, но в определенной мере касаются их семей и всего общества. Поэтому решение проблем, связанных с инвалидностью, во многом определяет лицо социальной политики государства.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ «О порядке и условиях признания лица инвалидом» №95 от 20.02.2006 г. претендовать на статус инвалида может не тот гражданин, у которого есть то или иное заболевание, а тот, у кого есть совокупность трех необходимых условий, включающие в себя медицинскую, правовую и социальную составляющие инвалидности.

Первое условие – медицинская составляющая - нарушение здоровья со стойкими нарушениями функций организма вследствие заболевания, дефекта или травмы (лат. «invalidus» - слабый, нездоровый), «validus» - сильный, крепкий). Свидетельством стойких нарушений функций является невозможность их устранения в определенные сроки.

Второе условие – полная или частичная утрата способности и возможности к осуществлению ведущих категорий жизнедеятельности - самообслуживания, самостоятельного передвижения, ориентирования, общения, контроля своего поведения, обучения или трудовой деятельности.

Третье – необходимость в мерах социальной защиты со стороны государства, включая реабилитацию.

Исходя из условий, в медико-социальной экспертизе медицинское понятие «расстройство функций организма» шире, чем понятие «болезнь». Например, культя не является болезнью, а анатомическим дефектом, являвшийся, возможно, следствием, когда то перенесшей травмы. Но сам факт наличия этого дефекта указывает на то, что способностей полноценно реализовать заложенную природой в организме человека статодинамическую функцию у него меньше.

В медицинской составляющей необходимо также учитывать, что возрастные изменения не дают оснований для установления инвалидности, за исключением тех изменений, которые представляют собой отклонения от общепризнанных для данного возраста.

Содержание расстройств, подтверждающие их стойкий характер клиническими, диагностическими и инструментальными методами описываются в форме 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

Правовая составляющая инвалидности – это особый юридический статус «инвалид», гарантирующий дополнительные права и социальные льготы.

Социальная составляющая – это гарантированное перераспределение материальных благ в пользу инвалида для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей для полноценного участия в жизни общества. Объем и характер этих мер зависит от группы и причины инвалидности.

До выхода Постановления Правительства Российской Федерации от 17.03.2011 г. № 175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» имело значение материальное благополучие гражданина, претендующего на статус инвалида. Если гражданин был достаточно материально обеспечен, что позволяло ему получать высококачественные медицинские услуги, приобретать современные высокотехнологичные средства реабилитации, высокоэффективные дорогие медицинские лекарства и др., т.е. если у него отсутствовала нуждаемость в социальной поддержке со стороны государства (3-го условие инвалидности) установление статуса «инвалид» являлось не правомочным.

Государственная программа «Доступная среда» уточнила, что инвалидность является не свойством человека, а препятствиями, которые он испытывает в обществе и в окружающей среде. Поэтому при определении инвалидности должна учитываться не только возможность его личной экономической независимости, но и возможность осуществления жизнедеятельности в широком понимании социума. Это положение уравнило граждан с ограничениями жизнедеятельности с достаточным и мало достаточным материальным благополучием.

С 2011 г. идет активная реализация госпрограммы «Доступная среда». Но недостаточная приспособленность окружающей среды для комфортного проживания и функционирования людей с разной тяжестью инвалидности продолжают оставаться серьезной проблемой. Зачастую люди с ограниченными возможностями являются дезадаптированными, страдают от недостаточной социализации. В обществе по-прежнему отсутствуют навыки общения с инвалидами. Крайне низкая возможность для комфортного трудоустройства даже у инвалидов с сохранным интеллектом, что снижает их имущественный и социальный статус, приводит к определенной социальной дискриминации.

Проблема доступности окружающей среды особенно актуальна для детей-инвалидов. Их познание окружающего мира вынужденно ограничивается. Отсутствие полноценного общения со сверстниками нарушает индивидуальное развитие, потенциал ребенка и его способности в полной мере не раскрываются.

Дезадаптация и отсутствие возможности полноценного участия в жизни общества приводит к серьезным проблемам личностно-психологического характера. Наблюдается множество психологических и эмоциональных проблем: неуверенность в завтрашнем дне, пониженная самооценка, отсутствие веры в собственные способности, ощущение ущемленности в правах и собственной ущербности.

Для расширения доступности инвалидам окружающей среды и для создания им условий полноценного участия в жизни общества принят Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». Федеральный закон положил в основу степень стойко нарушенных функций или ограничение возможности участия в жизни общества. Положив в основу проблемы, которые испытывает инвалид при вовлечении в различные жизненные ситуации, закон полностью заменил термин «социальная недостаточность» термином «ограничение возможности участия» и позволил расширить возможности реабилитации инвалидов (восстановление утраченных функций) до абилитации – обучения тому, чего человек никогда не умел.

Законодательно изменив приоритеты в условиях установления инвалидности, гражданин, имеющий стойкие нарушения функций, получил возможность расширить оценку его индивидуальных возможностей функционирования до оценки возможностей функционирования в окружающей среде. А направление социальной политики государства на преодоление барьеров дало ему возможность минимизировать ограничение своей активности до практически полноценной вовлеченности в социальную среду.

## **ГОССЛУЖБА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАК ВЕХА В СТАНОВЛЕНИИ ГЛАВНОГО БЮРО МСЭ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Петрунько И.Л.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России

«Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» - филиал ФГБОУ ДПО  
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Прошло уже двадцать лет с момента создания в Иркутской области Государственной службы медико-социальной экспертизы – областного государственного учреждения Министерства социальной защиты населения Иркутской области (Госслужба МСЭ). Она была одним из важных этапов становления и развития медико-социальной экспертизы в нашем регионе.

Сегодня с высоты прошедшего времени хочется оценить, что было сделано за период существования Госслужбы МСЭ до 2005 года, когда все бюро МСЭ в стране стали федеральными государственными учреждениями и было создано Главное бюро МСЭ по Иркутской области.

До 1995 года в России вместо медико-социальной экспертизы проводилась врачебно-трудовая экспертиза врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК), которые подчинялись районным и городским управлениям соцзащиты, а контрольные и методические функции осуществляло Областная ВТЭК. Иркутское областная ВТЭК многие годы возглавляла прекрасный организатор, очень авторитетный и опытный специалист, сумевшая создать высококвалифицированный коллектив, Муза Михайловна Тимофеева, учреждение тогда было школой передового опыта в стране. Однако подходы к установлению инвалидности могли различаться в разных регионах страны. При проведении врачебно-трудовой экспертизы основным критерием установления инвалидности было наличие стойкой нетрудоспособности, но такой подход противоречил международным документам по правам инвалидов, по которым под инвалидностью понималось ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность. Оказалось, что в России в связи с ранее применяемыми критериями намного меньше инвалидов, чем в цивилизованных странах.

В 1995 г. был принят Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который привел критерии установления инвалидности в соответствие международным: инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Согласно статье 8 этого закона медико-социальная экспертиза осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы. Однако в стране тогда еще не организовывались федеральные учреждения МСЭ. Поэтому в Иркутской области Постановлением губернатора в 1998 г. создана Госслужба МСЭ путем реорганизации врачебно-трудовых экспертных комиссий в бюро медико-социальной экспертизы и перехода на новые критерии определения инвалидности.

Основными задачами Госслужбы МСЭ было: осуществление медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности, ее причин, сроков и времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию; формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих; участие в разработке комплексных программ в области профилактики и социальной защиты инвалидов.

Создание Госслужбы МСЭ Иркутской области позволило значительно улучшить финансирование, обеспечить бюро МСЭ компьютерами и мебелью (хотя бы частично), провести ремонт помещений. Но главное, что финансирование из областного бюджета позволило увеличить число составов главного бюро МСЭ до 4-х за счет перевода травматологической ВТЭК в специализированный экспертный состав, организовать педиатрическое межрайонное бюро МСЭ в г. Иркутске, дополнительные специализированные профпатологическое, психоневрологическое бюро для освидетельствования детей. Для освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, создано бюро МСЭ смешанного профиля. В состав главного бюро введены 3 психолога и 2 специалиста по социальной работе. В 1999 г. организован 5-й экспертный состав Главного бюро МСЭ, а межрайонные бюро МСЭ стали укомплектовываться врачами-педиатрами для освидетельствования детей. Увеличилось число психологов и специалистов по социальной работе, появились специалисты по реабилитации инвалидов.

Проблемой оставалось составление годовых отчетов, анализ инвалидности по статистическим талонам бюро МСЭ, проводимые вручную.

Большим достижением в 2000 г. стало создание компьютерной базы данных по освидетельствованным в бюро МСЭ гражданам, программы по составлению годовых отчетов и анализу инвалидности, что значительно сократило временные затраты и устранило возможные дефекты в статистической отчетности. Статистические талоны вводились 6 операторами. В настоящее время имеется компьютерная база данных по освидетельствованным в бюро МСЭ гражданам с 2000 до 2015 г. (в 2015 г. перешли на единую автоматизированную вертикально-интегрированную информационно-аналитическую систему обработки данных бюро МСЭ, в связи с чем отпала необходимость в прежней компьютерной базе данных), что позволяет проводить анализ показателей инвалидности по всем параметрам и нозологическим формам за многолетний период.

В 2000 г. завершился процесс организации Госслужбы МСЭ, число бюро достигло 34, а количество специалистов – 180 чел.

В 2001 г. создан специализированный педиатрический состав Главного бюро МСЭ.

Количество освидетельствований уже за первые 5 лет существования Госслужбы МСЭ возросло с 55 тыс. до 87 тыс. человек в год.

Достижением также следует признать увеличение разработанных индивидуальных программ реабилитации инвалидов с 1485 в 1998 г. до 2091 в 2002 г. Конечно, сейчас это уже не кажется чем-то особенным, т.к. уже много лет в бюро МСЭ области программы реабилитации и абилитации разрабатываются всем инвалидам. Но уже с 1998 г. в созданной Госслужбе МСЭ в работе был сделан акцент на реабилитацию инвалидов.

Другим достижением явилось значительное снижение числа отмененных решений экспертными составами Главного бюро МСЭ при освидетельствовании граждан в порядке обжалования: с 19,6% в 1998 г. до 7,8% в 2002 г., что характеризует улучшение качества медико-социальной экспертизы. Достигнуть этого удалось благодаря повышению квалификации.

Для улучшения качества медико-социальной экспертизы в экспертных составах Главного бюро МСЭ в 2002 г. был организован консультативный орган – экспертный совет, который рассматривает наиболее сложные случаи медико-социальной экспертизы, особенно, когда мнение одного экспертного состава расходится с мнением другого. В состав экспертного совета входят руководитель – главный эксперт и его заместители, руководители экспертных составов. Деятельность экспертного совета продолжается до настоящего времени и оценивается как очень полезная и важная.

С первых дней создания Госслужба МСЭ тесно сотрудничала с кафедрой медицинской экспертизы Иркутского института усовершенствования врачей (ныне медицинская академия последипломного образования), преподаватели которой совмещали работу в экспертных составах Главного бюро МСЭ. Такое взаимно-полезное сотрудничество продолжается до сих пор. Опубликовано большое количество совместных печатных работ, по материалам Госслужбы МСЭ, Главного бюро МСЭ по Иркутской области по проблемам инвалидности и реабилитации инвалидов защищена 1 докторская и 4 кандидатских диссертации.

Таким образом, создание в 1998 г. в Иркутской области Госслужбы МСЭ явилось важным этапом в развитии и совершенствовании медико-социальной экспертизы в нашем регионе, сделанные тогда организационные и методические наработки до сих пор успешно применяются с целью улучшения качества деятельности учреждения.

## **САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ – АКТИВНЫЙ УЧАСТНИК СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Помников В.Г., Пенина Г.О., Спиридонова В.С., Травникова Н.Г.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации является единственным учреждением дополнительного профессионального образования, которое занимается послевузовской подготовкой, профессиональной переподготовкой и повышением квалификации врачебных кадров, а также других специалистов, работающих в системе социальной защиты населения Российской Федерации.

В 1960 г. в Ленинграде на основании распоряжения Совета Министров РСФСР № 5101-Р от 11 августа 1960 г., был основан Институт специализации врачей-экспертов (ИСВЭ). Структура, организация и задачи, поставленные перед коллективом института, были определены приказом Министерства социального обеспечения РСФСР № 170 от 30 августа 1960 г. Создание 58 лет назад учебного заведения подобного типа было исключительно важным для успешного развития врачебно-трудовой экспертизы и социального обеспечения в нашей стране.

Инициатором создания института был директор Ленинградского НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЛИЭТИН) кандидат медицинских наук, доцент Маккавейский Павел Алексеевич. Он стал ректором ИСВЭ, затем первым ректором ЛИУВЭКа и оставался на этом посту до 1984 г.

С самого начала работы института, учитывая многогранность врачебно-трудовой экспертизы как специальной отрасли научной и практической деятельности, был заложен комплексный подход в подготовке врачей-экспертов.

С позиций сегодняшнего дня основные показатели учебной деятельности ИСВЭ были довольно скромными. Всего за десять лет (1960-1970 гг.) в нем было подготовлено около 700 врачей-экспертов. Однако для дальнейшего развития службы врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ) России, в которой подавляющее число врачей-экспертов было совместителями, это имело существенное значение. Так, если в 1962 г. во всех врачебно-трудовых экспертных комиссиях РСФСР на основной работе работало только 11,2% врачей, то на 1 января 1970 г. их было 33,4%. Таким образом, менее чем за 10 лет произошло трехкратное увеличение числа врачей, работавших на основной работе во ВТЭК (врачебно-трудовых экспертных комиссиях) РСФСР. Немалая заслуга в укомплектовании ВТЭК постоянными и квалифицированными врачебными кадрами в те годы принадлежала ИСВЭ.

В 1984 г. ректором института становится канд. мед. наук, доцент Вересов Виктор Иванович, ранее работавший в Ленинградском государственном институте усовершенствования врачей (ГИДУВ). К юбилейной дате — 25-летию ЛИУВЭКа (1985 г.) — в штатном расписании было 75 ставок преподавателей, 53 ставки учебно-вспомогательного и 53 ставки административно-хозяйственного и обслуживающего персонала.

Основными направлениями деятельности института являлось последипломное образование врачебных кадров в институте, которое проводилось по вопросам врачебно-трудовой экспертизы, медицинским основам протезирования, медико-социальному обслуживанию инвалидов и престарелых в домах-интернатах. За 25 лет работы институтом было подготовлено более 10 тыс. врачей для системы социального обеспечения страны.

В эти годы профессорско-преподавательским составом института был выполнен большой объем учебно-методической работы: разработано более 400 учебных планов и программ, утвержденных Министерством социального обеспечения РСФСР, более 3300 план-конспектов лекций, планов семинаров, методических разработок к практическим занятиям. Подготовкой и повышением квалификации в институте были охвачены практически все врачи, работающие в системе социального обеспечения Российской Федерации.

В 70-е годы в институте вводится ординатура и аспирантура. В рамках плана научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ Министерства социального обеспечения РСФСР со второй половины 70-х годов профессорско-преподавательским составом института выполняются научно-исследовательские работы в области эпидемиологии и статистики инвалидности, организации и методологии врачебно-трудовой экспертизы, социально-трудовой реабилитации инвалидов и т. п.

В 1992 г. институт был передан в ведение вновь образованного Министерства социальной защиты населения Российской Федерации. В 1994 г. ЛИУВЭК одним из первых среди вузов страны получил лицензию на образовательную деятельность в сфере дополнительного профессионального образования.

В 1995 г. в связи с возвращением Ленинграду первоначального названия - Санкт-Петербург, институт был переименован в Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов (СПБИУВЭК) и в 1996 г. передан в ведение вновь образованного Министерства труда и социального развития Российской Федерации. В том же году новым ректором, по рекомендации Ученого совета института, Министерством труда и социального развития Российской Федерации назначается проректор по учебной и научной работе, заведующий кафедрой организации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, доктор медицинских наук, профессор Коробов Михаил Васильевич.

Изменения в названии института и его ведомственной подчиненности по времени совпали с принятием в 1995 году Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ, реорганизацией врачебно-трудовой экспертизы в государственную службу медико-социальной

экспертизы, расширением функций и усилением кадрового состава созданных в рамках данной службы новых учреждений - бюро МСЭ, внедрением в деятельность врачей-экспертов новых критериев и принципов медико-социальной экспертизы. В связи с передачей экспертизы детского населения из учреждений здравоохранения в бюро МСЭ в институте была начата подготовка педиатров по вопросам медико-социальной экспертизы.

Произошедшие изменения в организации и методологии медико-социальной экспертизы определили основные направления и приоритеты в подготовке специалистов для новой службы. В этот период профессорско-преподавательским составом была проведена большая работа по созданию новых учебных планов и программ, переработке учебно-методической, документации. Для слушателей были переработаны и переизданы руководства по медико-социальной экспертизе, разработаны и изданы методические рекомендации, обзорные информации, учебно-методические пособия, интерпретирующие новые критерии медико-социальной экспертизы при различных заболеваниях, организационные подходы и методические основы разработки индивидуальной программы реабилитации. Благодаря проведенной институтом работе, врачи и специалисты вновь созданной службы МСЭ сумели в кратчайшие сроки перейти на новые критерии установления инвалидности и внести существенный вклад в дело реабилитации и улучшения положения инвалидов в России.

В начале 2000-х годов особенно актуальным становится совершенствование учебного процесса в связи с изменениями нормативной правовой базы в области социальной защиты инвалидов. Курс Правительства РФ, взятый на повышение эффективности мероприятий по реабилитации инвалидов в соответствии с утвержденным в 2004 г. «Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду», необходимость пересмотра преподавания вопросов, прежде всего, связанных с определением медицинских и социальных показаний к обеспечению инвалидов мерами и средствами реабилитации. С этой целью в учебных планах программах было увеличено число учебных часов, предназначенных для повышения квалификации специалистов учреждений МСЭ. Благодаря проведенной работе, учреждения МСЭ, несмотря на трудности, с возложенными на них новыми обязанностями, определенная заслуга в этом принадлежит нашему институту.

Важным событием стало получение институтом в 2001 г. в полное оперативное управление здания на Б. Сампсониевском пр. 11/12, в котором в настоящее время размещаются основные административно-хозяйственные и вспомогательные службы, а также ряд учебных подразделений института.

Подытоживая учебную работу института за прошедшее 58 лет, следует отметить, что в последние годы заметно возросли масштабы подготовки и повышения квалификации врачебных кадров для системы социальной защиты инвалидов Российской Федерации. Неуклонно увеличивалось число слушателей, обучающихся в институте: учебно-производственный план института в 2000 г. составлял 1000 слушателей, начиная с 2005 г. – 1500 и более слушателей в год. Только за последние 5 лет в институте прошли подготовку, переподготовку и повышение квалификации по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации почти 8 тыс. руководителей и врачей-специалистов учреждений социальной защиты населения (в среднем 1580 человек в год). Большая работа проводится по организации выездных циклов повышения квалификации, особенно в отдаленные регионы страны. За последние 5 лет наибольшее количество слушателей обучено из гор. Санкт-Петербурга (465 человек), Республики Дагестан (446 человек), Ростовской области (428 человек), Воронежской области (300 человек), Иркутской области (293 человека), Республики Татарстан (272 человека), Ленинградской области (266 человек), Красноярского и Краснодарского краев (260 и 254 человек соответственно), Челябинской области (229 человек). В настоящее время институт полностью удовлетворяет заявки главных бюро МСЭ, других учреждений социальной сферы в повышении квалификации врачей и специалистов.

Система последиplomного образования врачебных кадров в институте включает следующие направления и виды обучения:

1. Послевузовское профессиональное образование, в том числе:
  - интернатура (первичная специализация), а с 2017 года - ординатура по основным врачебным специальностям - терапии, хирургии, неврологии, психиатрии, педиатрии, детской психиатрии и др. с основами МСЭ для: выпускников медицинских вузов и врачей, которым необходимо подтвердить или изменить основную специальность;
  - ординатура по основным врачебным специальностям и специальности «медико-социальная экспертиза»;

- аспирантура по основным медицинским научным специальностям, в том числе специальности «медико-социальная экспертиза имедико-социальная реабилитация».

2. Дополнительное профессиональное образование, в том числе:

- профессиональная переподготовка по специальностям «медико-социальная экспертиза», «организация здравоохранения и общественное здоровье», «восстановительная медицина», «рефлексотерапия» и др., требующим дополнительной подготовки в объеме более 500 учебных часов;

- повышение квалификации руководителей, врачей и других специалистов (психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, техников-протезистов и др.), работающих в учреждениях МСЭ, реабилитации и социального обслуживания инвалидов, на протезно-ортопедических предприятиях, по актуальным и избранным вопросам основной врачебной специальности, специальности «медико-социальная экспертиза», а также вопросам медико - социального обслуживания в стационарных и нестационарных учреждениях социальной защиты населения, медицинским и техническим вопросам протезирования;

- курсы информации и стажировка, в том числе стажировка на рабочем месте по освоению врачами новых технологий и методов работы по специальности.

Перечисленные формы последиplomного образования реализуются в полном объеме на договорной основе института с главными бюро МСЭ субъектов Российской Федерации, другими учреждениями и предприятиями социальной сферы и здравоохранения, в среднем, на 120-130 циклах обучения. За 58-летний период деятельности ИСВЭ-ЛИУВЭКа-СПБИУВЭКа в нем прошли подготовку и повысили квалификацию более 36 тыс. слушателей, основную часть которых составили врачи и специалисты учреждений МСЭ.

Наряду с подготовкой кадров, институт вносит значительный вклад в развитие научных и методологических вопросов медико-социальной экспертизы, реабилитации, протезирования и медико-социального обслуживания населения. За годы существования института профессорско-преподавательским составом выполнено более 150 научно-исследовательских тем в рамках планов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ Министерств и ведомств, являющихся учредителями института, федеральных и региональных целевых программ, а также планов НИР института, востребованных учреждениями социальной сферы. По их результатам выпущено 8 сборников научных работ, подготовлено и защищено более 90 диссертаций, в том числе 19 докторских. Сотрудниками института опубликовано 52 монографии, 35 руководств и учебников, более 300 учебных и учебно-методических пособий, 112 обзорных и экспресс-информаций, 86 методических рекомендаций, а также более 1700 статей и более 3000 тезисов докладов в материалах национальных и международных конгрессов, съездов и конференций, на которых ими сделано более 980 научных докладов.

Ученые института внесли существенный вклад в разработку актуальных вопросов клинической медицины, медико-социальной экспертизы, реабилитации, протезирования и медико-социального обслуживания инвалидов и престарелых. Среди них следует отметить: профессоров Макарова А.Ю., Карпова Л.Н., Горелова Ф.И., Скляренко Р.Т., Коробова М.В., Помникова В.Г., Войтенко Р.М., Кейера А.Н., Тарасова А.Н., Петрова М.Н., Попова С.Е., Лесогора В.М., Шостку Г.Д., Пронину Е.В., Разумовского М.И., Лапина В.В., Мурзину Т.Ф., Сергееву В.В., Довгальюка А.З.; доцентов Маккавейского П.А., Кадыскина М.Б., Митропольского А.Н., Шевченко В.К., Шварцмана З.Д., Роскова Р.В., Филомафитского С.Г., Беляева В.П., Серпоккрыл Н.В., Макарову О.В., Пенину Г.О., Спиридонову В.С. и др.

С 2012 г. по настоящее время ректором института является профессор, д.м.н. Помников Виктор Григорьевич.

На сегодняшний день в ФГБУ ДПО СПБИУВЭК преподают высококвалифицированные специалисты по клиническим специальностям и по вопросам медико-социальной экспертизы, 70% из них - доктора и кандидаты медицинских наук. В течение последнего года сотрудниками ФГБУ ДПО СПБИУВЭК уже опубликовано более 150 новейших научных разработок, в т.ч. более 30 в авторитетных рецензируемых журналах, издано более 21 учебно-методических пособий и монографий по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации, в том числе справочники по медико-социальной экспертизе и реабилитации.

На протяжении более чем 58 лет своей истории институт ведет большую благотворительную и просветительскую работу, работу по установлению и поддержанию взаимосвязей, как с органами государственной власти, так и с общественными организациями инвалидов.

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК работает под руководством и для Минтруда России, в законодательной среде, созданной Минобрнауки России в соответствии с содержательными требованиями Минздрава России.

Таким образом, институт за годы своей работы накопил большой теоретический и практический потенциал и, на сегодняшний день, располагает достаточной методологической основой, материальной базой, организационными и кадровыми ресурсами для реализации своей миссии, предоставления услуг по повышению квалификации специалистов Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, протезно-ортопедических предприятий, учреждений социального обслуживания, с целью получения ими всех необходимых компетенций, теоретических знаний и практических навыков для применения в практике работы учреждений и повышения качества медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Глубокий и фундаментальный подход к образовательному процессу, и вместе с тем - учет современных тенденций и велений времени, позволяет ФГБУ ДПО СПБИУВЭК в течение многих лет сохранять позицию ведущего образовательного и научного учреждения, подведомственного Минтруду России, оставаясь опорным отраслевым вузом в системе социальной защиты населения.

**Список источников:**

Войтенко Р.М., Коробов М.В., Мурзина Т.Ф. и др. От основания до наших дней: ИСВЭ-ЛИУВЭК-СПБИУВЭК 50 лет / под ред. проф. М.В. Коробова и доц. З.Д.Шварцмана. – СПб: ООО «Типография «Береста», 2010. – 64 с.

Юбилейный сборник о руководителях и профессорах института (1960-2010) / под ред. проф. М.В. Коробова. – СПб., 2010.- 102с.

Помников В.Г., Пенина Г.О., Владимирова О.Н. и др. ФГБУ ДПО СПБИУВЭК - Ведущий отраслевой вуз Минтруда России // Bulletin of the International Scientific Surgical Association. BISSA, 2017. Vol.6 - №3. – С.24-30.

***ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ФКУ «ГБ МСЭ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ»  
МИНТРУДА РОССИИ. ОПЫТ РАБОТЫ***

**Преловская И.Ю., Исаченко И.Г., Баранова Л.Ю.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России

Медико-социальная экспертиза успешно реализует государственную политику в области социальной защиты инвалидов. На современном этапе развития медико-социальной экспертизы трудно представить бюро МСЭ без психолога. Впервые должность психолога была введена в штатный норматив бюро МСЭ Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 № 965 «О порядке признания граждан инвалидами». С момента создания Областной государственной службы медико-социальной экспертизы в 1998 году в штатное расписание были введены психологи.

Психолог, работающий в учреждениях медико-социальной экспертизы, участвует в комплексной оценке состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессиональных и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утвержденных Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации. Основной задачей психолога является определение структуры нарушенных и сохраненных психических функций и степени выраженности имеющихся нарушений, определение психологического реабилитационного потенциала личности. Полученные данные учитываются при вынесении экспертного решения и разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – ИПРА).

Методической основой работы психологов ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России являются концептуальные подходы и принципы, разработанные кафедрой социальной психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

В бюро – филиалах и экспертных составах ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России сегодня работает 16 психологов. Создание единого информационного пространства позволило оптимизировать процессы, связанные с предоставлением государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, обмениваться по защищенным каналам связи информацией, содержащей персональные данные о гражданине (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ, корпоративная сеть учреждения). Современные информационно-коммуникативные технологии предоставили возможность оперативного контроля за деятельностью курируемых бюро, несмотря на значительную территориальную разобщенность, расстояние между которыми составляют до тысячи километров.

Основная часть профессиональной деятельности психологов сосредоточена на экспертно-реабилитационной диагностике. Норматив нагрузки психолога в бюро МСЭ определен согласно рекомендациям ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и ФГБОУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России с учетом особенностей деятельности Главного бюро МСЭ по Иркутской области. Психологами экспертных составов и бюро в течение года проводится порядка 7000 экспериментально-психологических обследований (ЭПО).

Начиная с 2017 года качество психологической и профессиональной экспертно-реабилитационной диагностики возросло за счёт использования специального диагностического оборудования АПК «Шуфрид» (аппаратно-программного комплекса нейроскрининга и диагностики когнитивных, моторных функций и внимания). Использование в работе АПК «Шуфрид», позволило психологам объективно оценить специфику психической деятельности освидетельствуемых, повысить качество экспертных решений.

Особое значение приобретает единообразие подходов к реабилитационно-экспертной психологической диагностике. С этой целью психологами экспертных составов учреждения в 2004 году для внутреннего пользования были разработаны методические рекомендации по оформлению психологического заключения. В соответствии с годовым планом работы ежегодно проводится порядка 10 семинаров для психологов бюро, в рамках которых прорабатываются вопросы, касающиеся современных методологических подходов психологической диагностики, оперативно решаются организационные вопросы.

Деятельность всех психологов бюро координирует старший психолог – специалист экспертного состава, который согласовывает перспективные планы, годовые отчёты психологов бюро и экспертных составов, анализирует и обобщает накопленный опыт. Психологи учреждения традиционно участвуют в постоянно действующем семинаре для всех сотрудников учреждения. Тематика подготовленных психологами сообщений соответствует проблемам и задачам деятельности учреждения: «Особенности взаимодействия с людьми пожилого возраста», «Типология конфликтных ситуаций», «Этика и деонтология», «Использование АПК «Шуфрид» в психологической диагностике», «Этика и деонтология в практической деятельности медицинских регистраторов, медсестёр, делопроизводителей бюро МСЭ», «Правила поведения специалистов в конфликтных ситуациях при оказании государственных услуг», «Эффективное взаимодействие специалистов МСЭ с гражданами различных возрастных групп» и так далее.

Высока потребность граждан в психологическом просвещении и консультировании. Освидетельствуемые получают от психологов информацию об учреждениях, оказывающих психологическую, психотерапевтическую и реабилитационную помощь в областном центре и районах области. Ежегодно психологи оказывают более 1500 консультаций.

В учреждении проводится работа по обучению специалистов бесконфликтному поведению, приобретению навыков эффективного общения. Психологи консультируют специалистов бюро и экспертных составов по вопросам психологического климата в коллективах, избеганию синдрома эмоционального выгорания. Навыки эффективной коммуникации, стратегии управления конфликтом в типичных конфликтных ситуациях, отрабатываются в «деловых играх».

В рамках межведомственного взаимодействия психологами ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России были подготовлены сообщения по вопросам этики и деонтологии, эмоциональному выгоранию для сотрудников ФСС, Пенсионного фонда, реабилитационных центров. Психологи постоянно поддерживают связь со специалистами службы занятости населения, с органами социальной защиты населения, с общественными организациями инвалидов.

Повышение уровня квалификации психологов осуществляется на выездных циклах ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и ФГБОУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России. Профессиональное общение с коллегами из медицинских, образовательных, реабилитационных учреждений города и области расширяет кругозор, позволяет систематизировать накопленный опыт. Большую часть профессиональной информации психологи получают за счет самообразования и за счёт активного общения между собой при осуществлении практической деятельности.

Сегодня, несмотря на территориальную удаленность многих бюро от областного центра, все психологи учреждения являются единым коллективом, способным решать профессиональные задачи в такой сложной и ответственной сфере, как медико-социальная экспертиза и реабилитация людей с инвалидностью, способствовать более успешной интеграции их в общество «без барьеров» и снижению психологической напряженности граждан при предоставлении им государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

## ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Рябокоть А.Г., Доронина О.Е., Мустафин Р.Н.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России

Ленинградская область, как самостоятельная административно – территориальная единица, входящая в состав РСФСР, была образована 1 августа 1927 года Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР (СУ РСФСР 1927 год № 82/547). В её состав вошли 5 губерний: Ленинградская, Псковская, Новгородская, Череповецкая, Мурманская. Область была разделена на 9 округов: Ленинградский, Лужский, Лодейнопольский, Череповецкий, Новгородский, Боровичёвский, Псковский, Великолукский, Мурманский. Округа делились на районы. В дальнейшем территория Ленинградской области неоднократно изменялась и только к 1945 году были установлены её современные границы.

Отдел социального обеспечения Леноблисполкома был образован в 1927 году и занимался вопросами социального обеспечения жителей области, в том числе инвалидов.

Первая сеть бюро врачебных экспертиз создана в Ленинградской области в 1929 году, которая в 1933 году реорганизована во врачебно – трудовые экспертные комиссии (ВТЭК), использующие 3-х групповой уровень инвалидности.

С 1956 года в Ленинградской области, как и по всей стране, стала применяться впервые разработанная инструкция по врачебно-трудовой экспертизе.

В начале 60-х годов в Ленинградской области экспертное обслуживание больных и инвалидов осуществляли межрайонные комиссии ВТЭК, которые курировал 1 состав высшей ВТЭК (сельскохозяйственный).

В 1965 году организовано два состава областной ВТЭК - общего и кардиологического профиля, возглавляла службу Сергеева Александра Федоровна, которая являлась и председателем состава общего профиля. Председателем кардиологического состава был Аранович Борис Наумович.

В 1973-74 гг. главным экспертом являлся Буренин Владимир Павлович, а с 1975 до 1998 года - Пухтенкова Анна Ивановна. В этот период проводилась работа по совершенствованию экспертного обслуживания населения и сети ВТЭК.

В 1993 – 95 гг. произошла реорганизация сети ВТЭК, их разукрупнение с образованием ежедневно-действующих комиссий практически во всех районах Ленинградской области. Кроме этого, создано еще 2 состава высшей ВТЭК.

В 1995 году была разработана новая концепция инвалидности, которая легла в основу Федерального закона от 24.11.1995 года № 181–ФЗ “О социальной защите инвалидов в РФ”.

В целях реализации Федерального закона и постановлений Правительства РФ от 13.04.1996 года № 392 “О государственной службе медико-социальной экспертизы” и от 13.08.1996 г. № 965 «Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы» с 1 января 1998 года произошла реорганизация Ленинградской областной врачебно-трудовой экспертной комиссии в государственную службу медико-социальной экспертизы.

Постановлением Губернатора Ленинградской области от 31 июля 1997 года № 353-пг “О создании государственной службы медико-социальной экспертизы Ленинградской области” и приказом Комитета социальной защиты Ленинградской области от 14 октября 1997 года № 120 “О реорганизации службы врачебно-трудовой экспертизы в государственную службу медико-социальной экспертизы” создано государственное учреждение “Главное бюро госслужбы МСЭ Ленинградской области”.

С 1998 года руководить службой назначена Рябокоть Анна Григорьевна, кандидат медицинских наук.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации № 965 сеть бюро в Ленинградской области сформирована с учетом утвержденных показателей (численности населения и количества освидетельствований в год на одно бюро), и было организовано 22 бюро медико-социальной экспертизы (17 общего и 5 – специализированного профиля), курация которых осуществлялась 4-мя экспертными составами главного бюро.

Существенные изменения произошли в кадровой структуре экспертных подразделений. В состав бюро и экспертных составов главного бюро были включены руководитель – врач по МСЭ, три врача по МСЭ, специалист по реабилитации, психолог, специалист по социальной работе.

2 декабря 1998 года Приказом № Ю/623 Ленинградской областной регистрационной палаты зарегистрировано Положение о государственном учреждении «Главное бюро государственной службы медико-социальной экспертизы Ленинградской области», где определены основные задачи Главного бюро:

- Реализация на территории Ленинградской области государственной политики в сфере медико-социальной экспертизы населения;
- Участие в разработке и реализации основных программ социальной поддержки инвалидов;
- Реализация на территории Ленинградской области законодательства РФ и областного законодательства в сфере медико-социальной экспертизы населения;
- Координация деятельности учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы Ленинградской области;
- Организация и координация разработки и внедрения в систему государственной службы медико-социальной экспертизы современных технологий, создание автоматизированной системы обработки информации;
- Организация работы по подготовке и переподготовке кадров учреждений медико-социальной экспертизы Ленинградской области.

Во исполнение Приказа Минздрава и Минтруда России от 25.02.1998 г. № 50/18 с 1999 года для обеспечения освидетельствования детей в учреждении была создана педиатрическая служба, в каждое бюро были включены врачи по МСЭ, педиатры, в главном бюро выделен экспертный состав для освидетельствования детей в возрасте до 18 лет.

В период с 1999 года по 2001 год учреждение проводило научно-практическую работу по заданию Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Модель деятельности учреждений медико-социальной экспертизы», которая включала в себя и «Модель педиатрической службы медико-социальной экспертизы», а также «Апробация по внедрению формы акта освидетельствования в практику деятельности учреждений медико-социальной экспертизы» с предоставлением проекта формы акта освидетельствования.

Впервые в Российской Федерации с 1999 года главным бюро МСЭ по Ленинградской области в автоматизированной системе проведения МСЭ, разработанной совместно со СПАРМ.

К 2002 году все экспертные структурные подразделения были автоматизированы и стали работать в единой информационно-справочной системе СПАРМа «МСЭ и реабилитация инвалидов», на основе которой в главном бюро формировалась автоматизированная база инвалидов Ленинградской области, прошедших медико-социальную экспертизу. Опыт работы в автоматизированной системе в дальнейшем распространился на учреждения МСЭ других субъектов.

С 1 января 2003 года вступило в силу Постановление Губернатора Ленинградской области от 24 июля 2002 года № 152–пг «О создании и реорганизации ряда учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы Ленинградской области», утвержденного на основании Постановления Правительства Ленинградской области от 2 августа 2001 года «О порядке создания, реорганизации и ликвидации государственных унитарных предприятий и государственных учреждений Ленинградской области и порядке координации, регулирования и контроля их деятельности», которым утверждена новая сеть учреждения МСЭ. Утверждено 6 составов Главного бюро, создано бюро в г.Сосновый Бор, изменен объем выполняемой работы для удаленных бюро. В ряде крупных муниципальных районов Ленинградской области, таких как Всеволожский, Выборгский, Гатчинский, были организованы бюро с несколькими составами специалистов (2 и более). В период 2003 – 2004 гг. существенно улучшилась материально-техническая база учреждения, были выделены дополнительные помещения для бюро в Гатчине, Приозерске.

С 1 января 2005 года Постановлением Правительства РФ от 16 декабря 2004 года № 805 учреждения МСЭ переданы на федеральный уровень и в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 16 декабря 2004 года № 1646-р для оказания услуг по медико-социальной экспертизе гражданам Ленинградской области создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области». Структура учреждения была представлена 6 составами главного бюро и 20 филиалами в крупных городах Ленинградской области.

За длительный период деятельности службы врачебно-трудоустройственной и медико-социальной экспертизы учреждение успешно проводило социальную политику государства в Ленинградской области по отношению к гражданам особых социальных категорий, инвалидам: в 50-70 годах большое внимание уделялось инвалидам Великой Отечественной войны, в 90 годах – воинам интернационалистам, в первую очередь прошедших службу в Афганистане, Чечне, в 90-2000 годах – жителям блокадного Ленинграда, ликвидаторам аварии на ЧАЭС.

С 1 января 2010 года штатным расписанием учреждения утверждено 25 филиалов – бюро и 5 экспертных составов, что является наиболее оптимальным на сегодняшний день для квалифицированного и своевременного оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы для граждан Ленинградской области.

В 2014 году учреждение успешно перешло на работу в единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системе медико-социальной экспертизы.

В последние годы учреждение продолжает работу по совершенствованию организации деятельности и кадровой службы в соответствии с Дорожной картой, что прежде всего, коснулось штатной численности учреждения, которая сократилась с 490 до 330 единиц к 2018 году.

В 2016 году при главном бюро был создан отдел экспертно-реабилитационной диагностики, работа которого позволила за счет объективизации степени нарушений функций организма человека существенно повысить качество проведения МСЭ, включая определение потребностей инвалидов в технических средствах реабилитации.

Современным этапом развития службы медико-социальной экспертизы в Ленинградской области является переход с 2014 года на единые критерии по установлению инвалидности, исключая субъективность в принятии экспертного решения, и создание к 2018 году единой информационной площадки от бюро МСЭ до Главного бюро и Федерального бюро с включением Пенсионного фонда, фонда социального страхования и органов государственной власти для функционирования Федерального реестра инвалидов.

Развитие службы медико-социальной экспертизы в Ленинградской области – это зеркальное отражение истории государства, его политики и общества, и происходящие изменения напрямую связаны с традициями и законодательством в сфере социального права Российской Федерации.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В., Сираева З.Т.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, г. Уфа

Аннотация. В статье представлены основные этапы становления и развития службы медико-социальной экспертизы в Республике Башкортостан, краткие сведения о ветеранах службы.

Добровольное вхождение большей части современного Башкортостана в состав России завершено к 1557 году. Территория Башкортостана в XVI –XVII веках обозначалась как Уфимский уезд или Башкирия. В 1865 году образована Уфимская губерния разделением Оренбургской губернии на Уфимскую и Оренбургскую. Октябрьская революция внесла коррективы в процесс становления автономии. В ноябре 1917 года Башкирское областное (центральное) шуро (совет) провозглашает части территорий Оренбургской, Пермской, Самарской, Уфимской губерний автономной частью Российской республики – территориально-национальной автономии Башкурдистан. Название «Малая Башкирия» было введено в январе 1918 года. Автономная Башкирская Советская Республика образована 23 марта 1919 года. В 1922 году Уфимская губерния упразднена, а ее территория передана Башкирской республике – образовалась так называемая «Большая Башкирия». Столицей республики изначально было село ТемясовоБаймакского района, затем город Стерлитамак и впоследствии Уфа. В 1992 году принято наименование Республика Башкортостан.

В России первое врачебно-консультационное бюро было организовано по инициативе медицинской общественности с привлечением частного финансирования в 1908 году в г. Екатеринославе, а следом в Москве, Харькове, Баку, Одессе и в Уфимской губернии. В последующем послужило первичной моделью типовых экспертных учреждений.

В состав бюро входило 5 врачей: терапевт, хирург, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, «городовой» врач и эксперт-техник.

Основной задачей бюро являлось точное «определение характера заболевания и связанной с ним степени потери трудоспособности».

В 1912 году было утверждено «Порядок расписания болезней и телесных недостатков» и определение состояния трудоспособности стало проводиться врачами организованных в Башкирии больничных касс.

После Октябрьской Революции 1917 года, в основу создания врачебной экспертизы трудоспособности была положена страховая программа партии большевиков, принятая по предложению В.И. Ленина Пражской Конференцией РСДРП в 1912 году.

В первые месяцы революции экспертиза трудоспособности стала проводиться временными врачебными комиссиями (ВВК) при больницах, подчиненных медико-санитарным отделам. С конца 1917 года были организованы фабрично-заводские страховые кассы и теперь врачебная экспертиза стала в их подчинении.

В состав бюро врачебной экспертизы (БВЭ) входили 3 врача специалиста, представитель правления страхкассы и представитель профсоюзной организации, который является председателем БВЭ.

Таковые БВЭ при страховых кассах были организованы во всех уездах Башкирии. На заседании Башвоенревкома от 23.02.1919 года было решено организовать наркомат труда, а при отделе охраны труда подотдел ВТЭ. Это произошло в с. Темясово, которое в то время было столицей Малой Башкирии. В связи с наступлением армии Колчака, Башвоенревком со всеми наркоматами эвакуировался в г. Саранск, где находился по август 1919 года. С 05.08.1919 года Башвоенревком находился во временной столице Малой Башкирии – г. Стерлитамаке, с июля 1922 года – в г. Уфе, куда переехали все учреждения Башкирской Республики.

Для определения постоянной потери трудоспособности, степени инвалидности в Башкирии имелись 3 экспертные комиссии в городах: Уфа, Златоуст и Бирск. В состав Комиссий входило 2 врача и представитель профсоюзной организации (он же председатель). Граждан, нуждающихся в проведении врачебно-трудовой экспертизы, направляли Отделы труда и пенсионные кассы соцсобесов.

Постановления экспертных комиссий поступали в город Уфа на заключение Рабочей Комиссии и только после заключения Рабочей Комиссии акты экспертизы, определяющие группу инвалидности, получали законную силу. Для сведения: в 1922 году тремя комиссиями проведено 3458 освидетельствований, из них в Уфимской – 2876, признано инвалидами 1888 чел.; Златоустовской – 461, признано инвалидами 450 чел.; Бирской – 121, признано инвалидами – 110 чел. Постепенно экспертные комиссии были организованы во всех кантонах Башкирии и переданы в здравоохранение (кантон – военно-территориальная единица в Автономной Советской Башкирской Республике 1921-1930 гг.), где до 30-х годов были в подчинении подотдела медицинской экспертизы отдела гражданской медицины Народного комиссариата здравоохранения республики.

С 1933 года по 1937 год комиссии назывались врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) и находились в ведении профсоюзов.

Постановлением ЦИК СССР от 23.03.1937 года ВТЭК переданы в органы социального обеспечения и принято новое Положение о ВТЭК, которое предусматривало передачу экспертизы временной нетрудоспособности в созданные в учреждениях здравоохранения врачебно-консультационные комиссии.

Постановлением №2105 Совета Народных Комиссаров БАСССР от 19 декабря 1937 года «Об организации отделов социального обеспечения в районах и городах БАСССР» предусматривалось, что с 1 января 1938 года ВТЭК организуются по каждому отделу социального обеспечения за исключением районов: Уфимского, Кировского и Ленинского, которые обслуживает Городская ВТЭК, а в районах, где нет врачей, ВТЭК не организуется.

Особенности военного времени с 1940 по 1945 годы определили создание при военных госпиталях врачебно-трудовых экспертных комиссий в составе врача-эксперта, представителя местного отдела социального обеспечения, председателя и членов (Постановление Совнаркома СССР от 7 мая 1942 г.).

Согласно Положению о ВТЭК от 05.12.1942 г. все ВТЭК должны были располагаться на базе лечебно-профилактических учреждений, на должность председателя ВТЭК назначался один из врачей-экспертов комиссии. В областные, краевые отделы социального обеспечения и Наркоматы социального обеспечения была введена должность врач - старший инспектор по ВТЭК.

Работа ВТЭК в 1942 году проводилась во всех районах и городах Башкирии – в 62 районных центрах и 7 городских.

Все комиссии были укомплектованы врачами, работающими по совместительству и заседающими 2 раза в месяц, кроме г. Уфы, где ВТЭК в это время работает ежедневно и состоит из 3-х врачей и председателя.

По г. Уфе в 18 госпиталях организованы выездные ВТЭК, которые осматривают больных и определяют группы инвалидности, всего за этот период в госпиталях осмотрено 973 инвалида.

В первый послевоенный период резко возросла нагрузка на ВТЭК. Число освидетельствований увеличилось в 1946 и 1947 годах в 5 раз по сравнению с довоенными годами.

В 1946 году в Министерство социального обеспечения введена должность старшего инспектора по ВТЭ, в том числе и в Башкирии.

Утвержденная Минздравом РСФСР и ВЦСПС в 1956 году Инструкция об определении групп инвалидности сохраняет 3-групповую классификацию инвалидности, устраняет противоречия в отношении официальных критериев групп инвалидности и фактического участия инвалидов I и II групп в общественном производстве, вводятся разграничения условий труда на обычные и специально созданные.

Одновременно с Инструкцией был утвержден новый перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливалась ВТЭК без указания срока пересвидетельствования.

21 декабря 1956 года Правительством РСФСР было утверждено новое Положение о ВТЭК, которое особое значение придавало областным, краевым, республиканским и центральным городским ВТЭК. Эти комиссии теперь становились высшими органами по экспертизе трудоспособности в области, крае, республике. Они должны осуществлять методическое руководство деятельностью городских и специализированных ВТЭК.

С декабря 1956 года начал функционировать высший республиканский орган по экспертизе – Башкирская центральная городская ВТЭК в г. Уфе. Городская ВТЭК работала при центральной поликлинике и имела самостоятельную комиссию в Сталинском районе г. Уфы. Возглавляла центральную городскую ВТЭК доктор Архипова Е.П., а в составе комиссии были терапевты Маркелова З.Н., Диамант С.А., Шардоман З.Е., хирург Осипов Н.П. и невропатологи Вусовский Л.М., Певзнер И.В..

В 1963 году в Башкирии впервые открыты специализированные ВТЭК: фтизиатрические в г. Стерлитамак и г. Белорецк, офтальмологическое в г. Салават, онкологического профиля в г. Уфе.

В 1964 году создается Республиканская ВТЭК из двух экспертных составов общего и травматологического профиля.

В период с 1963 по 1997 годы проходило дальнейшее реформирование службы врачебно-трудовой экспертизы, укрупнение существующих комиссий. Так из 47 комиссий к 1993 году осталось 33, из них 10 специализированных: фтизиатрическая, 2 офтальмологических, 4 психиатрических, онкологическая, кардиологическая, травматологическая. В Республиканской ВТЭК стало функционировать 5 экспертных составов общего профиля.

Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995г.) определена государственная политика в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, в том числе детей-инвалидов, а также порядок осуществления медико-социальной экспертизы с использованием современных критериев.

В соответствии с Законом Республики Башкортостан «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Башкортостан «О социальной защите инвалидов в Республике Башкортостан», Постановлением Правительства Российской Федерации №965 от 13 августа 1996 года «О порядке признания граждан инвалидами», Постановлением Кабинета Министров Республики Башкортостан №173 от 11 сентября 1997 года произведена реорганизация республиканских врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) в бюро медико-социальной экспертизы, этим же постановлением предусматривалось образование бюро педиатрического профиля для проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 16 лет.

Согласно распоряжения Кабинета Министров Республики Башкортостан №109-р от 11.02.1999 года «О передаче функций освидетельствования детей в возрасте до 16 лет в учреждения службы медико-социальной экспертизы в Республике Башкортостан» с 1 апреля 1999 года начали функционировать два педиатрических бюро в г. Уфе, обслуживающие город и близлежащие районы республики; в штатное расписание межрайонных общих и специализированных бюро медико-социальной экспертизы были введены педиатры. В Главном бюро был организован экспертный состав для освидетельствования детей до 16 лет.

Новый этап дальнейшего развития службы медико-социальной экспертизы начался в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16.12.2004г. №1646-р и Постановлением Правительства Российской Федерации «О порядке организации и деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 16.12.2004г. № 805, согласно которым с 1 января 2005 года создано Федеральное государственное учреждение Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан.

На основании Распоряжения Правительства Российской Федерации от 08.12.2010г. №2194-р Учреждение переименовано в Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан» Минтруда России.

В настоящее время ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России представлено 6 экспертными составами Главного бюро и 40 бюро медико-социальной экспертизы, из них: 1 - для освидетельствования лиц больных туберкулезом, 2 - для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет, 2 - для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органов зрения, 4 - для освидетельствования лиц с психическими расстройствами, 18 бюро - общего профиля, 13 бюро - смешанного профиля.

Все бюро ежедневно действующие. Ближайшее бюро находится в г. Бирск на расстоянии 100 км от г. Уфа. Самое отдаленное на расстоянии 500 км – вг. Сибай.

В настоящее время ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России возглавляет заслуженный врач Республики Башкортостан, невролог Сафронова Е.В., которая работает в службе более 25 лет.

Коллектив учреждения представлен высококвалифицированными специалистами, среди которых 2 врача имеют ученую степень кандидата медицинских наук, 10 врачей имеют звание «Заслуженный врач Республики Башкортостан», 2 специалиста имеют звание «Отличник здравоохранения Республики Башкортостан», 1 врач имеет знак «Почетный работник Минтруда России».

В разные годы службу медико-социальной экспертизы Республики Башкортостан возглавляли талантливые организаторы, чья трудовая деятельность неразрывно связана с развитием и становлением службы:

В 1956 г. центральную городскую ВТЭК возглавляла доктор Архипова Е.П.

Долгое время в 60-х годах Республиканскую ВТЭК возглавляла доктор Вахрушева Л.Г.

С 1973 по 1988 годы председателем республиканской ВТЭК, главным экспертом был заслуженный врач РСФСР, хирург Вильданов Х.Ф., который проработал в службе около 50 лет (1960-2008гг.).

С 1988 по 1999 годы главным экспертом по МСЭ Республики Башкортостан была заслуженный врач Республики Башкортостан, невролог Бальсун А.П., которая проработала в службе около 40 лет (1973-2012гг.).

С 1999 по 2013 годы главным экспертом по МСЭ Республики Башкортостан был заслуженный врач Республики Башкортостан, терапевт Томилов Ю.С.

В 2013 – 2016 годах службу возглавлял заслуженный врач Республики Башкортостан, терапевт Исхаков М.М.

Продолжая добрые традиции, следует отметить наших работающих ветеранов, которые являются основным ядром организующей и практической работы нашего учреждения:

Заместитель руководителя по экспертной работе – заслуженный врач Республики Башкортостан, терапевт Бакиева Р.М., которая в службе более 40 лет.

Заместитель руководителя - руководитель экспертных составов – заслуженный врач Республики Башкортостан, невролог Хузева Б.М., которая в службе более 30 лет.

Руководитель экспертного состава главного бюро – заслуженный врач Республики Башкортостан, невролог Гумерова З.Б., которая в службе около 40 лет.

Руководитель экспертного состава главного бюро – врач по МСЭ, хирург Ковалева Л.А., которая в службе более 40 лет.

Врач по МСЭ, терапевт бюро МСЭ – заслуженный врач Республики Башкортостан, почетный работник Минтруда России Тавлыбаева Р.Х., которая в службе более 30 лет, из них руководителем бюро 28 лет.

В результате многолетней совместной деятельности сложился коллектив единомышленников, имеющих общее понимание целей и задач, стоящих перед службой, определенных Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, которая совершенствование системы медико-социальной экспертизы рассматривает как приоритетное направление (распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008г. №1662-р).

Коллектив ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России способен решать поставленные задачи в деле модернизации системы медико-социальной экспертизы на высоком профессиональном уровне.

**ВКЛАД НАУЧНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ КАФЕДРЫ ХИРУРГИИ В ПОВЫШЕНИИ  
КАЧЕСТВА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ****Скляренко Р.Т., Спиридонова В.С.**ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,  
кафедра хирургии, МСЭ и реабилитации

Основным направлением научной деятельности сотрудников кафедры хирургии в течение многих лет были разработка методов медицинской реабилитации и последующая оценка трудоспособности больных с заболеваниями периферических сосудов, гнойных болезнях легких и плевры, болезней органов пищеварения, онкологических заболеваний.

В рамках проводимых исследований разрабатывались новые методы хирургической реабилитации больных, оценивалась их эффективность, уточнялись сроки временной нетрудоспособности после различных операций, критерии определения степени нарушения функций, установления степени утраты трудоспособности, ограничений жизнедеятельности и инвалидности, исследовались и разрабатывались научные проблемы протезирования.

Профессор Горелов Ф.И. в 1971г защитил докторскую диссертацию на тему «Хроническая эмпиема плевры после пневмонэктомии» и в течение многих лет успешно занимался хирургической реабилитацией больных с бронхиальными и пищеводными свищами, эмпиемой плевры, послеоперационными грыжами.

Его ученик и последователь ассистент, а в последующем доцент Ходько Е.И. разработал методику лечения хронической эмпиемы плевры средствами малой хирургии. Им защищена диссертация «Реабилитации больных и инвалидов с хронической эмпиемой плевры после пневмонэктомии без применения широкой торакотомии».

Асс., затем доцент Семеко Л.А., под руководством Горелова Ф.И. подготовила и защитила диссертацию «Врачебно-трудовая экспертиза больных и инвалидов после хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки». Были уточнены сроки временной нетрудоспособности после различных операций на желудке, показания к направлению на ВТЭК; рассмотрены варианты экспертных решений при первичном и повторном освидетельствовании.

Довгалюк А.З., в настоящее время профессор, в 1995 году защитил докторскую диссертацию «Клинико-морфологические критерии прогноза рака пищевода после хирургического и комбинированного лечения больных и вопросы медицинской и социальной реабилитации». Был проведен многофакторный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения рака пищевода. В результате изучения большого клинического материала была предложена оценка клинико-морфологических критериев прогноза, разработаны положения и рекомендации по медицинской и социальной реабилитации этих больных.

Омаров М.А. впервые в практике ВТЭ применил комплексный подход, включающий одновременное применение инвазивных (флебографию) и неинвазивных (окклюзионную плетизмографию) методов исследования для оценки состояния периферической гемодинамики, позволивший получить новые количественные данные, характеризующие венозный кровоток, как в поверхностных, так и в глубоких венах нижних конечностей и успешно защитил кандидатскую диссертацию в 1994г. С учетом полученных диагностических тестов, количественных и качественных характеристик оценки венозной гемодинамики, степени хронической венозной недостаточности нижних конечностей были выработаны научно обоснованные рекомендации по профилактике инвалидности, медицинской реабилитации и разработке программ индивидуальной реабилитации при варикозной болезни, которые были отражены в докторской диссертации «Инвалидность, медико-социальная экспертиза и реабилитация при болезнях вен нижних конечностей», защищенной им в 2004 году. Практическое значение имеют также предложенные им критерии оценки ограничений жизнедеятельности больных с заболеваниями вен, разработанные на основе объективной оценки функциональных нарушений и социальной недостаточности, используемые в работе бюро МСЭ по настоящее время.

Выявленное во многих случаях несоответствие клинических исходов и показателей реабилитации побудило избрать новую тему научных исследований на кафедре – разработку научно обоснованных методов прогнозирования исходов лечения и его влияния на трудоспособность.

Фаттахов Н.Х. подготовил и в 1992 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Отдаленные результаты лечения и экспертиза трудоспособности лиц с патологией периферического кровообращения после острой холодовой травмы конечности». Им на большом клиническом материале изучена вероятность и сроки развития заболевания сосудов при отморожениях, дана характеристика инвалидности пострадавших.

Важнейшим прогностическим фактором при острой холодовой травме определена тяжесть нарушения регионарной геодинамики и степень функциональных нарушений.

Путова О.Н. в диссертационном исследовании «Врачебно-трудова экспертиза при последствиях реплантации сегментов верхних конечностей» изучила результаты 104 реплантаций различных сегментов в верхней конечности. На основе выделенных основных прогностических факторов функции конечности была разработана методика обследования и балльная оценка восстановления функции кисти пострадавших, написаны методические рекомендации для врачей ВТЭК, которая получила признание не только у врачей по медико-социальной экспертизе, но и используется артрологами, травматологами.

Тема получила дальнейшее развитие в работе аспиранта Мусилова М.М. «Возможности реабилитации больных и инвалидов с последствиями сочетанной травмы магистральных сосудов и периферических нервов верхних конечностей» (2004), где суммарная функция кисти названа одним из основных прогностических критериев. Самым важным итогом исследования является разработка прогностических критериев и выявление закономерностей, позволяющих прогнозировать исходы реабилитации у лиц с сочетанной травмой сосудов и нервов уже на ранних этапах и уменьшить число ошибок при формировании ИПР для этих больных. Оценка реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза выполнена им с учетом данных многофакторного анализа.

Два диссертационных исследования выполнены по экспертной оценке патологии позвоночника. В работе аспиранта Ромашова П.П. «Клинико-экспертная оценка исходов неосложненных компрессионных переломов грудного и поясничного позвонков» (1999) предложена новая концепция медико-социальной экспертизы больных с исходами различных методов консервативного и оперативного лечения неосложненных компрессионных переломов позвоночника. Установлены основные патологические факторы, определяющие степень нарушения функции позвоночника, главными из которых являются стойкие нарушения нормальной анатомической формы и структуры тел позвонков, (неполная консолидация), кифотическая деформация, хроническая нестабильность и стеноз позвоночного канала.

Аспирант В.П. Дору-Товт в 2008 году защитил работу на тему: «Инвалидность, клинические и социальные аспекты оценки ограничений жизнедеятельности при неспецифическом остеомиелите позвоночника». Предложенная им модель прогностической оценки течения инвалидности при остеомиелите позвоночника позволяет объективизировать сроки временной нетрудоспособности и показания к направлению на МСЭ, а врачам-экспертам определиться в характере реабилитационных мероприятий. Разработанный алгоритм обследования и вынесения экспертного решения больному остеомиелитом внедрен в практику МСЭ. В практической работе врачей-экспертов также используется программно-математический комплекс прогнозирования инвалидности.

Аспирантом Братусь Г.А. впервые на основе многомерного анализа изучены закономерности влияния различных медико-социальных и клинико-организационных факторов на возвращение к трудовой деятельности женщин, подвергшихся современным методам радикального лечения рака молочной железы. Рассчитаны прогностические критерии выживания и вероятности возвращения к трудовой деятельности на послеоперационном этапе, что имеет важное практическое значение для учреждений здравоохранения и социальной защиты. Материалы и выводы диссертационного исследования «Научное обоснование клинико-организационных форм и эффективность медико-социальной и трудовой реабилитации женщин после функционально-сдающих операций при раке молочной железы» (2008) внедрены в практическую деятельность органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения.

В рамках научно-исследовательской работы кафедры проведены исследования по вопросам инвалидности при хирургических болезнях детского возраста и профессиональной реабилитации больных после хирургического лечения.

Ассистентом Шабановой О.А. на основании социально-гигиенического клинико-психологического и функционального обследования 450 больных сколиозом разработаны рекомендации по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации при сколиозе, которые внедрены в практику работы

общих и специализированных БМСЭ и реабилитационных учреждений. Одним из важных результатов диссертационного исследования «Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации больных сколиозом» (2011) является выявленная вероятность возникновения психопатологических дезадаптационных расстройств и нервно-психических срывов у детей и подростков больных сколиозом, что обуславливает необходимость включения в реабилитационную программу подростков психотерапевтической и психологической помощи.

Еще одна диссертационная работа асс. Спиридонова Н.А. «Медико-социальные последствия у больных врожденным вывихом бедра» (2011) позволила научно обосновать меры по совершенствованию системы реабилитации больных и инвалидов с врожденным вывихом бедра.

При всем многообразии тем выполняемых исследований научные интересы кафедры были связаны, прежде всего, с разработкой основных критериев оценки нарушений периферического кровообращения.

Приоритетными на протяжении всего времени являлись проведение на кафедре исследований, посвященных МСЭ и реабилитации при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей, которыми занимается более 40 лет.

Профессором Складенко Р.Т. в 1973 году была защищена кандидатская диссертация на тему «Восстановительные операции на артериях при тяжелых ишемических расстройствах», где впервые в Советском Союзе была обоснована возможность сохранения конечности при атеросклеротической гангрене с помощью реконструктивной операции, а в 1986 году была защищена докторская диссертация: «Оценка трудоспособности и возможности реабилитации больных облитерирующим атеросклерозом после хирургического лечения». Проведенное в работе комплексное исследование различных аспектов медицинской и социальной реабилитации послужило основой при разработке практических мероприятий по восстановлению трудоспособности больных с облитерирующим атеросклерозом.

Были разработаны объективные показатели оценки состояния периферического кровообращения при хирургическом лечении, предложена 4-х степенная классификация состояния компенсации кровообращения после операции, используемая врачами-экспертами в практической работе и по настоящее время.

Различные аспекты инвалидности и реабилитации при облитерирующем атеросклерозе в последующие годы нашли отражения в статьях и методических документах.

Доцентом Спиридоновой В.С. впервые у больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей были проведены биомеханические исследования для оценки нарушения статодинамической функции и в 2005 году успешно защищена диссертация «Критерии ограничения передвижения больных с окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и их значение для медико-социальной экспертизы». Разработанные критерии ограничения передвижения позволили обосновать экспертные решения при определении степени ограничения способности к самостоятельному передвижению, тяжести инвалидности, оценить реабилитационный потенциал и его прогноз, разработать индивидуальную программу реабилитации инвалидов.

Многолетнее изучение проблемы атеросклероза позволило прийти к выводу, что при достаточно полном и глубоком изучении потребностей инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза в различных видах медицинской и социальной помощи сохраняются проблемы в определении реальных возможностей реабилитации и приоритетности различных видов восстановительного лечения, что затрудняет планирование и реализацию намечаемых программ и снижает их эффективность.

На кафедре было проведено исследование соискателя Каличавы А.Ш. «Прогнозирование результатов медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей». Автор проследил течение инвалидности у 1120 инвалидов за 5-ти летний период, провел компьютерную обработку полученных материалов и по результатам анализа дал характеристику реабилитационного потенциала и прогноза, что позволяет конкретизировать разрабатываемые программы реабилитации и повышать их эффективность. Им получен патент на способ прогнозирования инвалидности при облитерирующем атеросклерозе, изданы методические рекомендации.

В продолжение темы аспирант Иващенко Л.В. провела исследование и в 2012 году успешно защитила диссертацию на тему «Медико-социальные аспекты инвалидности и возможности реабилитации при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей в условиях Крайнего Севера». Иссле-

дование посвящено возможности реабилитации больных с мультифокальным атеросклерозом. Медицинская реабилитация из-за необходимости многоуровневых и многокомпонентных хирургических вмешательств с реваскуляризацией нескольких бассейнов длится у этих больных 4-5 лет, что отрицательно сказывается на возможностях их профессиональной реабилитации и социальной интеграции. Разработанные научно обоснованные пути совершенствования МСЭ инвалидов с мультифокальным атеросклерозом имеют практическое значение для повышения эффективности реабилитации инвалидов с этой патологией и интеграцией их в общество. Возврат к активной жизни, социальная реадaptация остаются основной проблемой лечения и реабилитации больных и инвалидов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

В 2015 году на кафедре закончено научное исследование и успешно защищена кандидатская диссертация заочного аспиранта Дотдueva С.Х. Впервые в соответствии с международным стандартом FIM и учетом результатов инструментальной диагностики разработаны алгоритм оценки семи уровней функциональной независимости больных облитерирующим атеросклерозом, определены факторы, определяющие качество жизни и уровень функциональной зависимости этих больных. Было доказано, что эффективность реабилитационных мероприятий в значительной мере зависят от правильной оценки исходного функционального статуса инвалида и его реабилитационного потенциала. По результатам опросников получено значительное снижение показателей социально-ролевой функции у больных ОАСНК, свидетельствующие о серьезных функциональных ограничениях в социальной сфере и низкой социальной активности, что должно быть учтено при составлении ИПРА. Для практической работы специалистам бюро МСЭ и реабилитационных учреждений рекомендовано использовать полученные данные при планировании и осуществлении конкретных мероприятий для реабилитации и интеграции инвалидов в общество.

Приведенные аспирантские работы были выполнены в рамках кафедральных и институтских тем, в выполнении которых был задействован весь кафедральный коллектив.

В настоящее время на кафедре продолжается научно-исследовательская работа с учетом поэтапного реформирования системы медико-социальной экспертизы. В рамках институтских НИР в 2016-2018 гг сотрудники принимали участие при разработке критериев и количественной оценки степени нарушения функций организма при установлении инвалидности у детей.

Ведутся исследования для совершенствования существующей системы количественной оценки степени выраженности нарушенных функций организма при установлении инвалидности. Уточняется клиничко-экспертная количественная оценка стойких нарушений функций при хирургических и онкологических болезнях. Сотрудниками кафедры за эти годы опубликовано более 3000 научных работ в журналах и сборниках, методических разработок, издано 6 руководств и 2 пособия для врачей, написан раздел хирургических болезней для справочника по МСЭ и реабилитации выпущенного институтом в 2003, 2005, 2009 и 2017 годах. Сотрудники кафедры выступают с докладами на международных, общероссийских, городских конгрессах и конференциях, съездах и обществах.

Кафедра придает большое значение научно-практической работе. Результаты научных исследований внедряются в практику работы МСЭ. Высокая квалификация профессорско-преподавательского состава позволяет успешно предлагать новые оригинальные методики хирургической реабилитации больных и инвалидов, критерии экспертно-реабилитационной диагностики, оценки клиничко-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, социальной реабилитации, профилактики инвалидности тяжелому контингенту хирургических больных.

Коллектив кафедры готов, как и прежде, отдать все силы, свой опыт и достижения делу совершенствования и модернизации системы медико-социальной экспертизы, медицинской и социальной реабилитации населения Российской Федерации.

### **Список литературы:**

Войтенко Р.М., Коробов М.В., Мурзина Т.Ф. и др. От основания до наших дней: ИСВЭ-ЛИУВЭК-СПБИУВЭК 50 лет / под ред. проф. М.В. Коробова и доц. З.Д.Шварцмана. – СПб: ООО «Типография «Береста», 2010. – 64 с.

Юбилейный сборник о руководителях и профессорах института (1960-2010) / под ред. проф. М.В. Коробова. – СПб., 2010.- 102с.

Помников В.Г., Пенина Г.О., Владимирова О.Н. и др. ФГБУ ДПО СПБИУВЭК - Ведущий отраслевой ВУЗ Минтруда России // Bulletin of the International Scientific Surgical Association. BISSA, 2017. Vol.6 - №3. – С.24-30.

**ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ХИРУРГОВ-ЭКСПЕРТОВ НА КАФЕДРЕ  
ХИРУРГИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ –  
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ****Скляренко Р.Т., Спиридонова В.С.**

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, кафедра хирургии, МСЭ и реабилитации

Основной целью института является развитие учреждения как научно-образовательного центра, осуществляющего кадровое обеспечение системы медико-социальной экспертизы и реабилитации, базирующейся на использовании научных исследований и разработок на основе интеграции науки, образования, практического здравоохранения и реабилитационных технологий, на основе научно обоснованных современных подходов и требований законодательных актов Российской Федерации.

На основании Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ и Пост. Правительства РФ от 22.01.2013 № 23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов» Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации утверждены ряд профессиональных стандартов, касающихся как руководителей учреждения, так и специалистов по медико-социальной экспертизе

Преподавание вопросов ВТЭ при хирургических болезнях врачам врачебно-трудовых экспертных комиссий нашего государства началось в 1960 г. одновременно с организацией ИСВЭ под руководством заведующего хирургическим отделением Ленинградского НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЛИЭТИНа), д.м.н., профессора Шапиро Г.Л. Самое активное участие в подготовке хирургов-экспертов в эти годы принимали также к.м.н., старший научный сотрудник ЛИЭТИНа Емельянова Ю.М. и ассистент Кристаль Н.А. Ежегодно на курсах института по вопросам ВТЭ при хирургических болезнях проходили специализацию 12-15 врачей. С 1960 по 1971 г.г. институтом было выпущено около 140 хирургов-экспертов. С реорганизацией в 1971 г. ИСВЭ в ЛИУВЭК была создана кафедра ВТЭ при хирургических болезнях, первым заведующим которой была назначена к.м.н. Емельянова Юлия Михайловна (1971-1972 гг.).

В 1972 г. заведующим кафедрой был избран д.м.н., профессор Горелов Федор Иванович - видный специалист в области разработки и внедрения методов хирургической реабилитации легочных и абдоминальных больных, который возглавлял ее с 1972 по 1990 год. Под его руководством в первые годы работы был сформирован педагогический коллектив кафедры, была отработана методика преподавания, проведена большая учебно-методическая работа для решения основной задачи по обучению слушателей и совершенствованию их профессиональных навыков. Этот период характеризуется формированием и становлением педагогических основ преподавания вопросов ВТЭ при хирургических болезнях.

С 1972 года основной клинической базой кафедры является СПбГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн». Один из самых крупных в РФ. В настоящее время коечная мощность составляет 1479 коек, он является головным центром в Северо-Западном регионе по вопросам организационно- методического руководства проблемами оказания медицинской помощи инвалидам и ветеранам войн. Его стационар насчитывает 32 специализированных лечебных отделения, включая 8 хирургических (Руководитель ГВВ - с 2014 года полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор М.Ю. Кабанов).

В 70-е, 80-е, 90-е годы прошлого столетия продолжилось введение новых циклов и форм обучения врачей. Проводилась постоянная коррекция педагогического процесса в связи с изменяющейся концепцией медико-социальной экспертизы и реабилитации, больше стали выпускать для слушателей учебно-методических пособий и руководств.

В январе 1990г впервые в институте под руководством заслуженного врача Российской Федерации, д.м.н. профессора Риммы Тихоновны Скляренко, специалиста в области сосудистой хирургии, МСЭ и реабилитации больных хирургического профиля была создана кафедра первичной последипломной подготовки хирургов – экспертов, создание которой позволило осуществить давно назревшую реорганизацию учебного процесса, на отделении специализации. Взяв за основу социальный заказ – подготовку компетентного хирурга-эксперта для работы в первичных бюро ВТЭК. Был, прежде всего, сформулирован перечень умений и программа подготовки переработана и адаптирована к этим требованиям – введены новые темы, изменен удельный вес других, увеличено число занятий во ВТЭК, введена подготовка по методам диагностики.

Для улучшения подготовки слушателей по хирургии были введены занятия на базе НИИ скорой помощи. Работа в отделениях ургентной хирургии, участие в экстренных операциях оживили практическую подготовку слушателей.

С 1991 года на кафедре стали проводить циклы 4-месячной специализации (в дальнейшем – циклы профессиональной переподготовки) по специальностям «хирургия», «онкология» и «медико-социальная экспертиза». Первоначально учебная цель этого цикла планировалась как подготовка клиницистов по вопросам ВТЭ при хирургических болезнях. Однако, выяснилось, что на обучение приезжают врачи не только с разным клиническим стажем и различной подготовкой, но и разных специальностей (рентгенологи, окулисты, акушеры-гинекологи) для которых может быть даже в большей степени, чем недавним выпускникам была необходима серьёзная клиническая подготовка. Соответствующие изменения были внесены в лекционный курс и практические занятия. В итоге, программа обучения на этом цикле заняла как бы промежуточное положение между программами специализации и тематического усовершенствования.

В 1992 году после очередной реорганизации отделившаяся ранее кафедра повышения квалификации хирургов и созданная кафедра специализации были объединены в одну кафедру ВТЭ при хирургических болезнях. Заведующей единой кафедры становится профессор Скляренко Р.Т., которая возглавляет ее до 2018 года.

Объединение двух коллективов расширило возможности кафедры, усилив ее педагогический и научный потенциал. Однако, исходя из различных образовательных задач на разных ступенях подготовки, кафедра сохраняет специфику преподавания на циклах специализации и усовершенствования.

В 1996 г кафедра переименовывается в кафедру МСЭ и реабилитации при хирургических болезнях, а в 2010 в кафедру хирургии, МСЭ и реабилитации.

По мере расширения задач, стоящих перед институтом, специализации врачебно-трудовых экспертных комиссий, а также необходимости совершенствования подготовки и повышения квалификации не только врачей-экспертов, но и врачей других учреждений социального обеспечения Российской Федерации в рамках кафедры в разные годы были созданы курсы ВТЭ при урологических болезнях, курс травматологов - ортопедов, курс экспертной рентгенологии. Два последних курса в дальнейшем были преобразованы в самостоятельные подразделения.

В 1994 году в целях улучшения подготовки онкологов – экспертов на кафедре был создан курс ВТЭ при онкологических заболеваниях, который до настоящего времени возглавляет профессор кафедры, д.м.н. Довгалюк А.З.

Многопрофильность хирургических отделений ГВВ позволяет кафедре успешно решать основные учебные задачи по практической подготовке, переподготовке и повышению квалификации хирургов для учреждений медико-социальной экспертизы Российской Федерации.

Углубленное изучение и практическая подготовка обучающихся по медико-социальной экспертизе осуществляется на базах ФКУ ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу Минтруда России и ФКУ ГБ МСЭ по Ленинградской области Минтруда России, также производственная практика или стажировка проводятся на базах ФКУ ГБ МСЭ субъектов Российской Федерации, где они закрепляют полученные навыки работы с программным обеспечением (ЕАВИИАС МСЭ), привыкая работать в электронной среде.

Алгоритм учебного процесса по подготовке молодых специалистов достаточно прост и эффективен. Теоретическая подготовка обеспечивается чтением лекционного курса и самостоятельным изучением изданного на кафедре руководства, работой в библиотеке, а также проведением семинарских занятий с разбором наиболее «трудных» тем.

Большое значение придается практической подготовке слушателей. В связи с требованием времени на практико-ориентированный подход к обучению, практические навыки обучающиеся начинают обретать в формирующемся в институте симуляционном центре, и закрепляют при обучении на клинических базах. Занятия проводятся в форме клиничко-экспертных разборов с привлечением пациентов. На практических занятиях обучают методике освидетельствования, умению разбираться в данных лабораторных, инструментальных, рентгенологических исследований и грамотно их интерпретировать применительно к конкретному освидетельствуемому. Вместо простого запоминания и заучивания слушателю предлагается решение своего рода проблемных ситуаций у постели больного, развивая у него, таким образом, клиническое мышление, навыки работы с больным.

Эффективность разработанных методик подготовки подтверждается результатами заключительного тестового контроля и первого опыта «самостоятельной» работы на деловых играх и производственной практике в бюро, где слушатели в большинстве своем самостоятельно принимают участие в заседаниях комиссии, хорошо ориентируются в документации, грамотно пишут диагноз и выносят решение.

С 2017 года последипломная подготовка молодых специалистов на кафедре осуществляется по программе двухгодичной ординатуры. Учебный план послевузовской профессиональной подготовки по хирургии

включает клиническую подготовку врача в стационаре, изучение вопросов организации здравоохранения и общественного здоровья, включая образовательные программы на смежных кафедрах. С ординаторами 1 года обучения проводится тестирование для определения уровня знаний и составляется индивидуальный план подготовки.

Высокая квалификация профессорско-преподавательского состава позволяет успешно применять учебно-методические комплексы, новые теоретические знания, с учетом современных высокотехнологических хирургических операций и реабилитации больных и инвалидов, критерии экспертно-реабилитационной диагностики, оценки клиничко-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, социальной реабилитации, профилактики инвалидности тяжелому контингенту хирургических больных.

В рамках реализации в системе непрерывного медицинского образования в планах кафедры стоит организация краткосрочных циклов обучения для врачей системы МСЭ, врачей учреждений здравоохранения по смежным вопросам, касающимся и реабилитации.

Глубокий и фундаментальный подход к образовательному процессу, и вместе с тем – учет современных тенденций и велений времени позволяет ФГБУ ДПО СПБИУВЭК в течение многих лет сохранять позицию ведущего образовательного и научного учреждения, подведомственного Минтруду России, оставаясь опорным отраслевым вузом в системе социальной защиты населения.

### **Список литературы:**

Закон Российской Федерации от 21.11.2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Закон Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.08.2013 № 585н «Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности»

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.09.2013 № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования»

От основания до наших дней: ИСВЭ-ЛИУВЭК-СПБИУВЭК 50 лет/ Под ред. М.В. Коробова, З.Д. Шварцмана.- СПб.: ООО «Типография «Береста», 2010.- 64 с.

Помников В.Г., Пенина Г.О., Владимирова О.Н. и др. ФГБУ ДПО СПБИУВЭК - Ведущий отраслевой ВУЗ Минтруда России // Bulletin of the International Scientific Surgical Association. BISSA, 2017. Vol.6 - №3. – С.24-30.

## **СТАНОВЛЕНИЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Скочилова И.Д., Сень С.Г., Рыбникова Н.А., Карпова Л.В.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России

История становления областной специализированной туберкулёзной врачебно-трудовой экспертной комиссии Иркутской области уходит корнями в 40-е годы прошлого века. Послевоенный период 1945-1950 годов характеризовался подъемом заболеваемости и смертности от туберкулеза, что потребовало принятия дополнительных мер по укреплению туберкулёзной службы, том числе мер социальной защиты больных туберкулезом. В архиве бюро хранятся протоколы заседаний ВТЭК, датированные 1959 годом.

Одним из первых председателей туберкулёзной ВТЭК была Черняева А.М., с 1970 по 1988 годы комиссию возглавляла Бехтерева Галина Дмитриевна, в разные годы работали врачи-фтизиатры: Филadelphов Георгий Васильевич, участник Великой Отечественной Войны, Матюхова Лина Павловна и старшая медицинская сестра Белова Галина Ивановна. В 1979 году в туберкулёзную ВТЭК пришла работать молодым врачом Сень Светлана Григорьевна, с 1988 года и по настоящее время она возглавляет работу коллектива.

Изначально в туберкулезной ВТЭК освидетельствовались граждане, страдающие туберкулезом различных локализаций. С 1970-х годов до августа 1998 года врачи туберкулезной ВТЭК освидетельствовали также и больных с профессиональными заболеваниями. На освидетельствование направлялись больные, которые работали на Саянском Химпроме, Братском Алюминиевом заводе, Усольском Химпроме, Иркутской слюдяной фабрике, Иркутском заводе тяжёлого машиностроения им. Куйбышева, Иркутском авиационном заводе, Иркутском мясокомбинате.

В 1998 году туберкулезная врачебно-трудовая экспертная комиссия была преобразована в Бюро медико-социальной экспертизы специализированного профиля для освидетельствования больных туберкулезом, проживающих на территории Иркутской области. В работе фтизиатрического бюро большое значение придавалось выездным заседаниям, на которых проводилось до 30% освидетельствований. Выездные заседания, основная цель которых – доступность специализированной экспертизы и приближение ее к месту жительства граждан, проводились в Иркутском городском противотуберкулёзном диспансере, Ангарском, Братском, Усольском, Черемховском, Тайшетском, Нижнеудинском, Усть-Кутском, Усть-Илимском, Усть-Ордынском диспансерах. По мере необходимости, освидетельствования граждан осуществляются в стационаре и на дому.

Проблема заболеваемости туберкулезом чрезвычайно актуальна для Иркутской области. Областной показатель заболеваемости в 2 раза превысил среднероссийский уровень (90,3 на 100 т.н. против 45,5). По смертности от туберкулёза область занимает 7 место по Российской Федерации. Уровень смертности от данной патологии в Иркутской области в 2016 г. превышал среднероссийский показатель в 2,7 раза (показатели по Иркутской области и Российской Федерации составили 16,9 и 6,2 соответственно). В структуре смертности от инфекционных болезней на туберкулез приходится почти треть (27,2% – 493 человека).

С 1998 года Бюро проводит также освидетельствование лиц, страдающих туберкулёзом, в учреждениях ГУФСИН Иркутской области. С этой целью проводятся выездные заседания в ИК-6г. Иркутска, ЛИУ-27 г. Вихоревка Братского района, на базе которого расположен филиал Туберкулёзной больницы МСЧ-38 ФСИН России, а также в СИЗО-1 г. Иркутска.

Период 1990–1993 гг. были годами стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом, однако последующие годы после развала Советского Союза характеризовались ухудшением эпидемиологической ситуации по туберкулезу как в стране, так и в Иркутской области, ухудшением снабжения лекарственными препаратами, снижением эффективности лечения больных. Тенденция к распространению туберкулёзной инфекции среди неблагополучных слоев населения усугубилась ростом ВИЧ-инфекции. На освидетельствование в Бюро стали направляться первые больные, у которых туберкулёз протекал на фоне ВИЧ-инфекции.

В настоящее время ВИЧ-инфекция протекает в сочетании с туберкулезом различных локализаций. В большинстве случаев – это лёгочные формы, в меньшей степени – туберкулез нервной, костно-суставной систем и лимфоидной ткани. Данная категория граждан сейчас составляет более половины всех освидетельствованных в Бюро.

С 1990-го года Бюро работало в режиме полутора ставок, освидетельствование проходили более трёх тысяч граждан в год. В последние годы число освидетельствований снизилось до 2300 человек в год, что обусловлено эффективными результатами лечения туберкулёза современными лекарственными препаратами. Количество выездных заседаний также снизилось, в настоящее время проводятся только в Тайшетском туберкулёзном отделении районной больницы (на базе которого освидетельствуются граждане Нижнеудинского и Чунского районов Иркутской области), в ЛИУ-27 г. Вихоревка, СИЗО-1 и ИК-6 г. Иркутска.

Бюро МСЭ по освидетельствованию больных туберкулезом работает в тесном взаимодействии с учреждениями здравоохранения, ФСС, ПФР, социальной защиты населения, центрами занятости населения и протезно-ортопедическим предприятием. На совместных конференциях, семинарах обсуждаются проблемы, задачи, цели фтизиатрической службы, состояние инвалидности вследствие туберкулёза в Иркутской области, происходит обмен информацией в области изменения нормативно-правового законодательства наших служб, проводятся взаимные консультации, намечаются пути решения возникающих вопросов и проблем.

## **ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**Смычек В.Б., Копыток А.В., Казакевич Д.С., Вальчук Э.Э.**

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск,  
Республика Беларусь

Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются в зависимости от конкретных условий. С позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного человека, а общества в целом. Интеграция инвалида в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др.

В связи с этим большое значение приобретает медико-социальная экспертиза (МСЭ), которая пришла на смену врачебно-трудовой экспертизе (ВТЭ) после принятия в 1991 году Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь».

Рассматривая историю становления ВТЭ (а в последующем МСЭ) в нашей республике, следует учитывать тот факт, что Беларусь длительное время находилась в составе СССР, поэтому основные этапы развития медико-социальной экспертизы тесно связаны с развитием здравоохранения в Советском Союзе.

Служба врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) в Республике Беларусь была организована в 1946 году. Функционировали 2 врачебно-трудовые экспертные комиссии общего профиля и 2 специализированные (фтизио-пульмонологическая и офтальмологическая). В последующие годы сформировались другие специализированные ВТЭК: психо-неврологическая, кардиологическая), ортопедо-травматологическая и др.

Важным событием в развитии ВТЭ для республики стало решение Государственного Комитета Совета Министров БССР № 257 от 1 сентября 1967 года в об организации Белорусской научно-исследовательской лаборатории экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (БНИЛЭТИН). Лаборатория выполняла приоритетные научные исследования в соответствии с требованиями времени: это разработка концептуальных и частных вопросов врачебно-трудовой экспертизы, поиск путей влияния на показатели инвалидности, формирование подходов к рациональному трудоустройству инвалидов.

В 1968 году приказом Министра социального обеспечения БССР при лаборатории была открыта клиника на 300 коек. С открытием стационара БНИЛЭТИН стала методическим и консультационным центром врачебно-трудовой экспертизы в Белорусской ССР. В 1969 г. клиника состояла из пяти отделений: неврологического, терапевтического, офтальмологического, ЛОР-отделения, хирургического, включающего ортопедические койки. Кроме того, в клинике осуществлялась социально-медицинская реабилитация больных и инвалидов при заболеваниях органов слуха, органов зрения и опорно-двигательного аппарата.

Постановлением Совета Министров БССР от 23 ноября 1973 г. лаборатория была преобразована в Белорусский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (далее – БНИИЭТИН, институт). Институтом проводились исследования по проблемам профилактики инвалидности, по вопросам врачебно-трудовой экспертизы, восстановительной хирургии, социально-трудовой реабилитации, сохранения трудоспособности пожилых лиц.

В результате были разработаны и научно обоснованы принципы экспертизы трудоспособности, экспертно-диагностические методы для практики ВТЭ, вопросы организации труда инвалидов при различных заболеваниях, в том числе инвалидов Великой Отечественной войны. Институтом были разработаны критерии оценки состояния трудоспособности, обоснованы рекомендации по трудовому устройству и условиям труда слепых, слабовидящих, слабослышащих, глухих, по профессиональной ориентации и профилактике инвалидности, было изучено и проанализировано состояние трудового устройства и профессионально-технического обучения инвалидов в БССР.

С момента создания и до распада СССР институт обеспечивал информационную, организационную, методическую и консультативную помощь по проблемам врачебно-трудовой экспертизы, социально-трудовой реабилитации гражданам Белоруссии, Литвы и Молдавии.

С 1986 года в республике начался пересмотр существовавшей концепции отношения к проблеме инвалидности. Постановлением Совета Министров БССР от 21.11.86 г. № 349 в качестве основной задачи, стоящей перед институтом, была определена разработка подходов к профилактике инвалидности и реабилитации больных и инвалидов, с целью их социальной интеграции. В основу государственных мер по проблемам инвалидности были положены важнейшие принципы, сформулированные во Всемирной программе действий в отношении инвалидов, принятой ООН на 1982-1992 годы. В 1988 году была создана самая многочисленная организация инвалидов – Белорусское общество инвалидов, объединяющее 200 тысяч человек (до этого в республике уже около 50 лет существовали – Белорусское общество глухих и Белорусское общество инвалидов по зрению). Реальное право участвовать в решении важнейших государственных задач получили инвалиды, избранные депутатами высшего органа государственного управления – Верховного Совета 12-го созыва Республики Беларусь. В рамках работы комиссии по делам инвалидов они участвовали в разработке закона Республики Беларусь “О социальной защите инвалидов” (1991 год). В том же году был принят новый Закон Республики Беларусь “О пенсионном обеспечении”.

С 1990 года началось становление и развитие государственной системы мер по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов, по ее научно-организационному и методическому обеспечению. Решением Комиссии Президиума Совета Министров БССР по вопросам научно-технического прогресса от 23 октября 1990 года была принята первая Республиканская научно-техническая программа 69.04р “Разрабатывать методы и технические средства для медицинской и социально-трудовой реабилитации инвалидов на 1991-1995 годы”, головной организацией по реализации которой был определен БНИИЭТИН.

Впервые в Республике Беларусь научные коллективы различной ведомственной принадлежности приступили к разработке новых экспертных подходов, к совершенствованию статистики инвалидности, созданию технологии профессиональной диагностики и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов. В результате выполнения программы в 1990 году была разработана специализированная медико-социальная информационно-аналитическая система “Инвалидность”. Она была первой информационной системой по вопросам инвалидности среди стран бывшего СССР.

После распада СССР во многих бывших союзных республиках при проведении врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации использовались прежние нормативно-распорядительные документы. Однако, в 1991 г. был принят «Закон о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», который определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, ввел новую концепцию инвалидности и дал ее определение. Согласно ст. 2 данного Закона «инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в помощи и защите». Следует отметить, что подобный закон, защищающий права инвалидов, принят в Беларуси раньше, чем в других республиках бывшего СССР, включая Россию. Закон был направлен на защиту прав инвалидов, дал им возможность трудиться, ввел реабилитацию как вид социальной помощи инвалидам и обязанность лечебных учреждений и других учреждений оказывать услуги в области реабилитации.

После принятия Закона «О социальной защите инвалидов» в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации.

1 февраля 1992 г. БНИИЭТИН переименован в «Белорусский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов» Министерства здравоохранения Республики Беларусь (БНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов). В соответствии с новыми целями и задачами была проведена реструктуризация клиники и научного сектора института. ВТЭ была переименована в медико-социальную экспертизу с приданием ей новых задач. Произошло объединение службы МСЭ и реабилитации. Должность заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности была переименована в «заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе» с расширением их функциональных обязанностей.

Распоряжением Совета Министров Республики Беларусь от 28.01.1992 г. № 59 врачебно-трудовые экспертные комиссии были реорганизованы в медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) и переданы из ведения Министерства социального обеспечения в ведение Министерства здравоохранения. 31 декабря 1992 г. постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 801 утверждено новое Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях, а 16 февраля 1993 г. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №28 утверждены Инструкция по определению инвалидности и Инструкция по определению причин инвалидности. С принятием этих документов освидетельствование детского населения было передано во МРЭК, ранее осуществлявшееся лечебно-профилактическими учреждениями.

Для кадрового обеспечения реорганизованной службы МСЭ и реабилитации в номенклатуру врачебных специальностей были введены новые специальности «врач-эксперт-реабилитолог» и «врач-реабилитолог» и при республиканской аттестационной комиссии создана подкомиссия для аттестации врачей по данным специальностям. С сентября 1992 г. при БНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов создана клиническая ординатура по специальности врач-реабилитолог-эксперт.

Принятие Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.) ознаменовало собой начало нового этапа в решении проблем, связанных с инвалидностью. Этот Закон определяет государственную политику Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов как составной части охраны общественного здоровья в целях гарантий и обеспечения условий для его сохранения, восстановления и компенсации, нарушенных или утраченных способностей инвалидов к общественной, профессиональной и бытовой деятельности в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями. Согласно ст. 19 Закона «при возникновении у больных дефекта здоровья в результате заболевания или травмы, в том числе при переходе заболевания в хроническую стадию реабилитационные учреждения составляют индивидуальную программу медицинской реабилитации».

Важное значение для приведения законодательства Республики Беларусь в соответствие с международными нормами, касающимися прав инвалидов имел приказ № 88 от 26.03.1999 г. «О внесении изменений в инструкцию по определению инвалидности и в инструкцию по определению причин инвалидности», где категория «ребенок-инвалид» устанавливается в возрасте до 18 лет. Кроме того, в соответствии с внесением изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» от 01.08.1999 г. социальные пособия детям-инвалидам в возрасте до 18 лет впервые стали назначаться в зависимости от степени утраты здоровья (СУЗ). В основу критериев установления СУЗ детей-инвалидов положена оценка степени выраженности нарушенных функций органов и систем, приводящих к ОЖ с учетом их влияния на возможность социальной адаптации ребенка.

В 90 годы XX века в нашей республике получила развитие новая концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ-9 и -10) в виде «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», которая впервые рассматривала ограничения трудоспособности человека в контексте ограничения способности не только к трудовой деятельности, но и к самообслуживанию, передвижению обучению и др. категориях жизнедеятельности. Дальнейшее развитие МСЭ и БНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов было связано с совершенствованием экспертно-диагностических подходов в соответствии с современными научными достижениями и Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Применение этой концепции предопределило пересмотр основных документов по медико-социальной экспертизе и постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 60 от 12 августа 2002 г. были утверждены новая «Инструкция по определению инвалидности», «Инструкция по определению причин инвалидности». С целью унификации подхода и оценки разных нарушений и ограничения жизнедеятельности введено понятие функциональный класс (ФК), ранжированный по 5-бальной системе (от 0 до 4), принятой за 100%, интервал между баллами составляет 25%:

ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%);

ФК 1 – легкое нарушение (от 1% до 25%);

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение (от 26% до 50%);

ФК 3 – выраженное нарушение (от 51% до 75%);

ФК 4 – резко выраженное нарушение (от 76% до 100%).

В 2003 г. было утверждено Положение о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 10.10.2003 г. № 1299 «Об утверждении Положения о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»).

В связи с введением в действие Гражданского кодекса Республики Беларусь и в соответствии с Декретом Президента Республики Беларусь № 11 от 16.03.2000 г. «Об упорядочении государственной регистрации и ликвидации (прекращении деятельности) субъектов хозяйствования» и Приказом Минздрава № 207 от 29.08.2000 г. БНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов переименован в Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» (НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации).

В 2000 годах деятельность НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации постоянно совершенствуется в соответствии с меняющимися требованиями времени, но неизменным остается активное участие института в решении как организационно-методических задач, так и научно-практических вопросов, связанных с медико-социальной экспертизой.

В 2002 году в соответствии с Положением о независимой медицинской экспертизе, утвержденного Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 1006 от 25 июля 2002 г., на базе института создана научно-экспертная комиссия, которая рассматривала случаи несогласия граждан с консультативно-экспертными заключениями комиссий клиники института, а также областных и Минской городской независимых экспертных медицинских комиссий.

В первом десятилетии нового века институт в качестве головной организации участвовал в выполнении отраслевых научно-технических программ (ОНТП) «Медицинская реабилитация» (2001-2003 гг.) и «Реабилитационные технологии» (2004-2006 гг.) и научные разработки в области медико-социальной экспертизы позволили усовершенствовать оценочные критерии дефектов, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Использование указанных критериев было положено в основу разработанных основополагающих документов по проведению медико-социальной экспертизы, методических рекомендаций по определению степени утраты здоровья у детей-инвалидов. В Республике Беларусь было принято ряд новых документов, направленных на совершенствование порядка осуществления медико-социальной экспертизы:

утверждено новое положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 16.10.2007 № 1341 «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь и их отдельных положений») и примерные штатные нормативы медицинских и других работников медико-реабилитационных экспертных комиссий (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.11.2007 № 122 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников медико-реабилитационных экспертных комиссий»). В состав МРЭК введены кабинеты медико-профессиональной реабилитации для проведения: профессиональной консультации пациентов, в целях подбора оптимальных условий и характера труда, формирования индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР инвалида);

профессиональной диагностики, профессиональной консультации детей-инвалидов в возрасте от 14 до 18 лет в целях подбора предполагаемой профессии для обучения, соответствующей состоянию здоровья, с учетом возможности их последующего трудоустройства; анализа условий труда на конкретных рабочих местах по представленным документам, а также профессиографического анализа в целях подбора оптимальных условий труда, формирования ИПР, программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, определения степени утраты профессиональной трудоспособности в случаях, установленных законодательством;

утверждена Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты здоровья (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 г. №97 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты здоровья»);

принята в 2008г. новая редакция Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», в котором отдельная глава посвящена экспертным вопросам;

утверждено Положение о порядке осуществления независимой медицинской экспертизы (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26.12.2008 № 2024 «Об утверждении Положения о порядке осуществления независимой медицинской экспертизы»). В службе медико-социальной экспертизы для многоуровневого контроля за ее деятельностью была сформирована «экспертная вертикаль»: пациент → лечащий врач → врачебно-консультативная комиссия (далее – ВКК) → МРЭК районная, межрайонная → МРЭК центральная (областная, центральная городская) → ГУ «НИИ медицинской экспертизы и реабилитации» (консультативно-поликлиническое отделение, межведомственная научно-экспертная комиссия (далее – НЭК).

13 августа 2008 г. ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» переименовано в ГУ «Научно-исследовательский институт медицинской экспертизы и реабилитации», а в июне 2010 года в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь

от 31 мая 2010 г. № 576 ГУ «Научно-исследовательский институт медицинской экспертизы и реабилитации» переименовано в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (далее – РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Центр).

В период 2010-2015 гг. РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации является головной организацией по выполнению ОНТП «Медицинская экспертиза и реабилитация» и «Экспертно-реабилитационные технологии». Основной целью данных программ являлась разработка новых методических подходов к решению экспертных вопросов, оценке качества проведенной экспертизы, разработка и внедрение новых современных технологий медико-социальной экспертизы с учетом МКФ.

В 2016-2018 годах выполнялись научно-исследовательские работы в рамках ОНТП «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности». Основная цель программы повышение качества жизни пациентов путем разработки и внедрения новых современных технологий медицинской реабилитации, медико-социальной экспертизы с учетом Международной классификации функционирования.

В результате выполнения заданий программ получены интересные в научном отношении и значимые для практического применения результаты:

введены понятия и термины, которые используются при проведении МСЭ только в Республике Беларусь, например, синдром взаимного отягощения и синдром социальной компенсации, введение которых расширяет показания для установления пациентам инвалидности; способность к ведущей возрастной деятельности, степень утраты здоровья у детей в возрасте до 18 лет, что обеспечивает дифференцированный подход и расширение показаний при установлении инвалидности детям, своевременное оказание детям реабилитации и мер социальной защиты;

исключены (по результатам проведенного эксперимента) перечни конкретных профессий, специальностей для возможной трудовой занятости инвалидов. По результатам МСЭ лицам, признанным инвалидами, указывается только нуждаемость в мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации. Данное нововведение явилось серьезным шагом на пути совершенствования МСЭ, позволяет инвалидам иметь больше возможностей для трудоустройства, сокращает число повторных обращений в МРЭК с целью коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида в части трудовых рекомендаций, запросов об имеющихся свободных вакансиях. При этом инвалидам органы по труду, занятости и социальной защите оказывают содействие в трудоустройстве с учетом

утверждены и внедрены в экспертную практику новые методы МСЭ, позволяющие максимально объективизировать экспертные решения, например, пациентов после перенесенной трансплантации органов (печени, почек, сердца); с ВИЧ-инфекцией, симптоматической эпилепсией; метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности; метод оценки степени утраты здоровья у детей с неврологической, соматической и ортопедотравматологической патологией;

утверждены: Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях, которым определены правовой статус МРЭК, их структура, порядок организации деятельности, права и функции МРЭК и их структурных подразделений; Положение о порядке проведения медико-социальной экспертизы (экспертизы нарушения жизнедеятельности пациентов), которым установлен порядок проведения медико-социальной экспертизы МРЭК, порядок обжалования заключений МРЭК, закреплена возможность установления степени утраты не только профессиональной, но и общей трудоспособности в случаях, предусмотренных законодательством (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 17.12.2014 г. № 1185 «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»);

введены новые причины инвалидности с целью расширения социальной помощи лицам, пострадавшим в результате взрыва, произошедшего 4 июля 2008 г. во время проведения праздничных мероприятий, посвященных Дню Независимости Республики Беларусь (Дню Республики) и акта терроризма; определено установление степени утраты профессиональной трудоспособности данной категории пациентов;

предложены к использованию новые экспертно-диагностические критерии доступности труда и профессионально-производственной среды лиц с ограниченными возможностями, эти экспертные критерии должны быть внедрены в практическую работу специалистов кабинетов медико-профессиональной реабилитации для уточнения трудовых возможностей инвалидов при оценке их способности к трудовой деятельности;

разработана и предложена для межведомственного обсуждения принципиально новая модель определения инвалидности, включающая одновременное определение степени утраты общей трудоспособности и

группы инвалидности, что научно обосновывает дифференцированный подход к назначению объема социальных выплат инвалидам с одинаковой группой инвалидности, позволит в перспективе назначать им разный объем реабилитационной помощи.

С 2019 года планируется реализация новой отраслевой научно-технической программы «Экспертиза, реабилитация, качество оказания медицинской помощи», целью которой является повышение качества оказания экспертно-реабилитационной помощи населению Республики Беларусь путем улучшения качества оказания медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации; совершенствования организации и проведения медицинских экспертиз; осуществления мер по предупреждению инвалидности, и снижению ее тяжести.

Основными направлениями достижения поставленной цели являются:

- мониторинг состояния здоровья населения республики;
- развитие услуг медицинской реабилитации больных и инвалидов, в том числе детей-инвалидов в возрасте до 18 лет;
- дальнейшее развитие и совершенствование порядка организации и проведения медицинских экспертиз;
- использование МКФ для дальнейшего эффективного развития реабилитации;
- обеспечение мультидисциплинарного и межведомственного взаимодействия всех заинтересованных лиц в организации и проведении реабилитации (абилитации) инвалидов, в том числе детей-инвалидов;
- обеспечение эффективной занятости и условий для максимального трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- развитие информационного обеспечения здравоохранения.

Выполнение отдельных заданий ОНТП и внедрение новых научных разработок в практику здравоохранения будет способствовать повышению качества жизни населения республики, улучшению (стабилизации) демографических показателей, профилактике инвалидности или снижению ее тяжести, повышению качества экспертно-реабилитационной помощи, дальнейшему развитию и совершенствованию системы реабилитации, реабилитационного направления отечественного здравоохранения; реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, совершенствованию проведения медико-социальной экспертизы, повышению ее качества на основе использования усовершенствованных критериев, интеграции инвалидов в общество, повышению доступности услуг здравоохранения, образования, трудовой занятости.

При этом, несмотря на значительные достижения и успехи в организации и порядке проведения МСЭ, в республике остается весьма актуальным дальнейшее развитие и совершенствование медико-социальной экспертизы. В связи с подписанием и ратификацией Конвенции о правах инвалидов в 2016 г. Республика Беларусь взяла на себя обязательство исполнения всех статей и положение данного международного документа, гарантирующего права и свободу лицам с ограниченными возможностями и принятия всех мер по прекращению их дискриминации в любых сферах жизни. Одним из шагов на пути реализации положений Конвенции явилась разработка и утверждение Национального план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 годы (Национальный план) (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13.06.2017 № 451 «Об утверждении Национального плана действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017–2025 годы»).

В соответствии с Национальным планом, который являясь основополагающим документом, призванным обеспечить создание необходимых условий и механизмов для реализации положений Конвенции в нашей стране на основании консолидации усилий государственных органов, организаций и институтов гражданского общества в ближайшее время предстоит разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы в республике, в частности:

- разработка новой модели установления инвалидности, начиная с проработки вопроса перехода на процентную систему определения инвалидности в соответствии с Международной классификацией функционирования (подпункт 8.1 пункта 8 Задачи 2 Национального плана. Срок реализации – 2020). Реализация данного вопроса предполагает разработку, усовершенствование и поэтапное внедрение (на первом этапе в виде пилотного проекта) процентной системы определения инвалидности в соответствии с МКФ, с промежуточной оценкой ее эффективности и, при необходимости, доработкой;
- совершенствование параметров и критериев оценки категорий жизнедеятельности, используемых при проведении МСЭ;
- пересмотр перечня нарушений функций органов и систем организма, оцениваемых при проведении МСЭ и медицинской реабилитации, с учетом МКФ;

- объективизация оценки степени выраженности нарушений функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности пациентов с заболеваниями, преобладающими в структуре инвалидности, или социально значимыми при проведении МСЭ;
- определение в соответствии с МКФ диапазона степени выраженности в процентах функциональных классов (ФК 0-4), используемых при оценке степени ограничений жизнедеятельности;
- расширение перечня дополнений к экспертному решению как механизма предоставления различным категориям инвалидов ситуационной помощи как инструмента обеспечения доступности услуг, товаров и информации (подпункт 6.6. пункта 6 Задачи 2 Национального плана).

Таким образом, врачебно-трудовая, а затем медико-социальная экспертиза за годы своего существования превратилась в государственную систему, деятельность которой направлена на улучшение здоровья народа, сохранение трудоспособности, снижение или устранение имеющихся ограничений жизнедеятельности, профилактику заболеваний, повышение материального благополучия, улучшение условий труда и быта, максимальную интеграцию или реинтеграцию больных и инвалидов в общество.

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Спиридонова Л.Ч.,

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России

Республика Тыва – субъект Российской Федерации. Входит в состав Сибирского федерального округа. Население республики (2018) - 321722 человек, из них детей 119911 чел., граждан трудоспособного возраста 165090 чел., старше трудоспособного возраста - 36721. Тыва расположена в центральной части Азиатского материка.

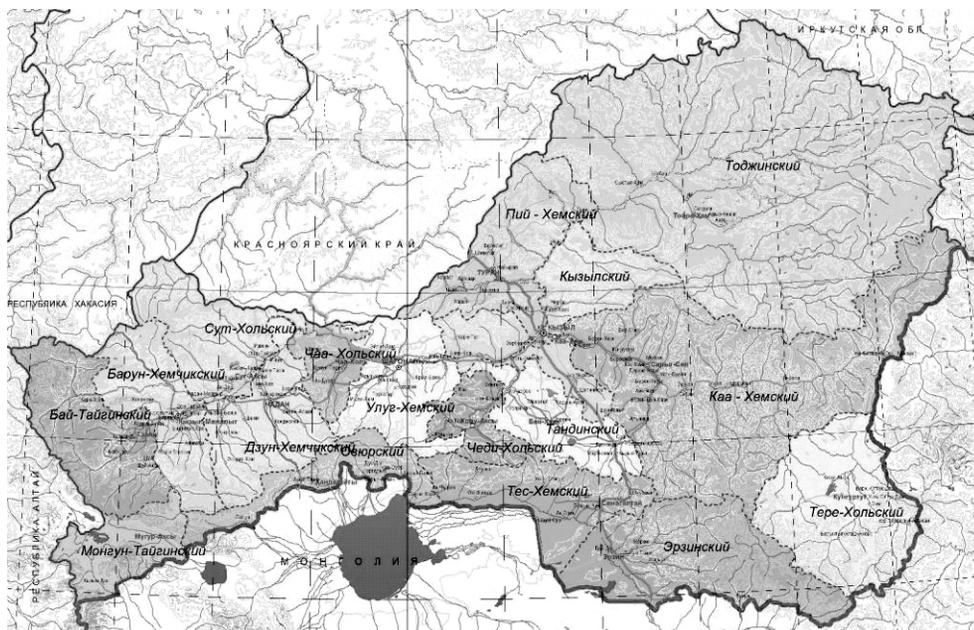


Рис. 1. Республика Тыва (административно-территориальное деление).

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России уже в течение 40 лет располагается в здании по адресу: г. Кызыл Республики Тыва, улице Комсомольская, дом 3. Здание одноэтажное, бревенчатое, построено в 1929 году. До начала 50-х годов в здании размещалось НКВД, затем до 1978 года Министерство социального обеспечения Республики Тыва с 1979 по 2004 годы Республиканская ВТЭК, Государственная служба МСЭ. С 1 января 2005 года занимает на безвозмездной основе ФКУ «Главное бюро по МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России. Здание площадью 405,9 кв.м., после ремонта было полностью оборудовано с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения, помещения были приспособлены

для людей с ослабленным зрением, слухом и передвигающихся на кресло-колясках. Все входы оборудованы пандусами, на подъездной дороге обозначены места парковки автомашин для инвалидов, в регистратуре установлено светодиодное информационное табло с обновляемой информационной бегущей строкой, ширина дверных проемов, коридорные поручни, поручни в санитарной комнате, и санитарная комната оборудованы с учетом требований доступной среды. На дверях кабинетов вывешены таблички крупным шрифтом с именами, должностями членов комиссии. Коридор ожидания оборудован световыми табло для не слышащих граждан и табличками с информацией по шрифту Брайля для незрячих инвалидов. Вывешены информационные наклейки по направлению движения для слабовидящих граждан.



Рис. 2. ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России.

### 1-3 этап до 1945г.

В кочевом хозяйствовании, которое издревле вели тувинцы, имелись зачатки кооперирования, такие, как взаимопомощь и взаимовыручка, воспитание чувства взаимобязанности людей в делах и поступках. Как правило, воспитание чувств взаимопомощи, коллективизма характерно для всех типов кочевого хозяйствования, т.к. именно безусловное следование принципам взаимопомощи и формирование на принципах взаимоуважения культуры и традиций является залогом выживания народа в сложных природно-климатических условиях. А также приверженность к религии, как хранительнице этических нормативов общества, системы ценностей, основанной на традиционном мировоззрении, базировавшейся на народных верованиях, буддизме, а также духовной культуре народа, передающейся из поколения в поколение. На тот период времени люди, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации по состоянию здоровья получали помощь, прежде всего, от своих сограждан, земляков, родственников и служителей буддистских монастырей.

Тувинская народная республика, как государство, была образована в августе 1921г. В 1930 году принимается новая Конституция. На основе принятой конституции с 1930 года велась работа по становлению системы здравоохранения, появились зачатки создания социальной службы.

В годы Великой Отечественной войны Тувинская Народная Республика проявила себя как верный и надежный союзник Советского государства: экспортировала в СССР продукцию лучшего качества. С июня 1941 по август 1944 года ТНР поставила в СССР 50 тысяч боевых коней, а также более 700 тысяч голов скота. За годы войны Тува поставила на нужды Советской армии 52 тысячи пар лыж, 10 тысяч полушубков, 19 тысяч пар рукавиц, 16 тысяч пар валенок, 67 тонн шерсти, 400 тонн мяса, ржаной, ячменной муки и топленого масла, а также десятки тонн мёда, плодово-ягодных консервов и концентратов, рыбных изделий, тонны перевязочных бинтов, лекарств традиционной медицины, воска и смолы. 16 марта 1943 года на подмосковном аэродроме «Чкаловский», в присутствии наркома авиационной промышленности СССР А. И. Шахурина,

делегация ТНР торжественно передала в распоряжение 133-го истребительного авиационного полка ВВС РККА 10 истребителей Як-7Б, построенных на средства, собранные тувинцами.

Историческим моментом для тувинского народа стала дата 11 октября 1944 года, когда Решением Президиума Верховного Совета СССР на правах автономной области РСФСР Тува вошла в состав СССР.

#### 4-й этап — 1946–1990 годы.

Медико-социальная экспертиза Республики Тыва прошла сложный и длительный путь становления и развития, начиная свои истоки с 1945 года.

По архивным данным впервые в Туве ВТЭК (Врачебно-трудова́я экспертная комиссия) образовалась после вхождения Тувинской Народной Республики в состав РСФСР. Приказом областного отдела социального обеспечения и отдела здравоохранения от 4 января 1945 года при областной больнице сформирована врачебно-трудова́я экспертная комиссия. В 1945 году первым председателем комиссии назначена представительница отдела социального обеспечения Анчимаа Амырбитовна Хертек. В комиссию экспертами входили врач-хирург, терапевт и невропатолог по совместительству из областной больницы. Заседания ВТЭК проводились один раз в неделю. Практиковались ежеквартальные выездные заседания в труднодоступные районы республики, где в основном жили коренные жители, среди которых были и участники и инвалиды ВОВ. По данным Управления Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю, Республике Хакасия и Республике Тыва в то время на территории республики проживало 374 инвалидов и участников Великой Отечественной войны. По воспоминаниям очевидцев, в труднодоступные районы, куда невозможно было добраться на автотранспорте, врачам медико-социальной экспертизы приходилось добираться верхом на лошадях, верблюдах, оленьих упряжках. Условия для освидетельствования граждан в те времена были разные, приходилось осматривать больных на чабанских стоянках, в юртах, сельских фельдшерско-акушерских пунктах, где зачастую отсутствовало даже электричество.

В 1948 г в работе I-го Всесоюзного съезда врачей-экспертов также участвовали делегаты из Тувинской Автономной области. В этот период ВТЭ находится в ведении управления социального обеспечения. На экспертизу направлялись граждане старше 16 лет и не достигшие пенсионного возраста, при наличии трудового стажа отделами социального обеспечения.

В 1962 году, в связи с преобразованием Тувинской Автономной области в Тувинскую АССР, областной отдел социального обеспечения был преобразован в Министерство социального обеспечения Тувинской АССР. 10 января 1962 г состоялась первая сессия Верховного Совета Тувинской АССР, на которой создано Министерство социального обеспечения Тувинской АССР, находившееся в подчинении Совета Министров Тувинской АССР и Министерства социального обеспечения РСФСР. Министерство социального обеспечения Тувинской АССР наряду со своими прямыми функциональными обязанностями руководит врачебно-трудова́й экспертизой, контролирует работу врачебно-трудова́х экспертных комиссий. В 1963 году принято положение о профилактике инвалидности, которым регламентируется должность Главного эксперта.

В 1965 году, первым председателем ВТЭК назначена врач-невропатолог Мажова Александра Петровна. В составе комиссии работали: врач-хирург Александр Иванович Кануников (участник ВОВ, дошедший до Берлина, заслуженный врач РСФСР, народный врач СССР), от городского отдела социального обеспечения - Зоя Папагаевна Аракчаа, от отдела финансового обеспечения Юрий Михайлович Успенский.

До 1968 года, по мере укомплектования районных больниц, создавались первичные бюро ВТЭ при каждой больнице, где заседания проводились один раз в месяц. В 1968 году впервые был назначен освобожденный главный эксперт и председатель республиканской ВТЭК. Им стал Борис Павлович Пресняков, который стоял у истоков организации ВТЭ республики.

С 1971 г. главным экспертом стал Лакпа Чолдак-оол Салчакович первый врач-эксперт коренной национальности. Лакпа Ч.С. был высококвалифицированным специалистом-экспертом, заслуженным работником социального обеспечения Российской Федерации, заслуженным работником здравоохранения Республики Тыва. Он более 30 лет проработал в системе МСЭ, на разных руководящих должностях: главным экспертом, председателем Главного бюро. Чолдак-оол Салчакович много сил и энергии отдал развитию врачебно-трудова́й, затем медико-социальной экспертизы нашей республики.



Рис. 3. Лакпа Ч.С. – главный эксперт (1971-1997), председатель Главного бюро (1997-2003 гг.).

С 1971 года образовались постоянно действующие городские и межрайонные первичные бюро, с освобожденными председателями. Со дня выделения из состава Республиканской ВТЭК городского бюро, данное бюро возглавил врач-терапевт Спиридонов Аркадий Лукич, которого сменил Омек Кууларович Мартан-оол, прошедший клиническую ординатуру по ВТЭ в Ленинградском ИУВЭК. Он возглавлял городское бюро в течение 28 лет.

Образование специализированной врачебно-трудовой экспертной комиссии в 1978 году по освидетельствованию туберкулезных больных, лиц, страдающих психическими и глазными заболеваниями, значительно улучшило организацию проведения комиссий, обеспечена доступность для граждан.

С введением Закона о государственных пенсиях 1956 года, нового положения о ВТЭК, Перечня заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования, инструктивного указания на получение инвалидами автомобиля «Запорожец» и т.д. с 1956 по 1980-е годы ВТЭ получила дальнейшее совершенствование.

Одним из старейших работников учреждения является Намчак Адис Намдалович, возглавлявший Республиканскую ВТЭК с апреля 1977 года по 1987 годы. Эти годы характеризовались расширением учреждений врачебно-трудовой экспертизы, совершенствованием организационных форм деятельности, созданием системы подготовки кадров. Постановлением Совета Министров СССР от 29 декабря 1984 года введено новое положение о ВТЭК, где ориентирование было направлено не только на установление инвалидности, но и на снижение первичного выхода на инвалидность, профилактику, реабилитацию инвалидов. Намчак А.Н. успешно справился с возложенными на него задачами.

В 1984г. утверждено Положение о врачебно-трудовой экспертной комиссии, а также ряд нормативных документов, определяющих место ВТЭК в складывающейся в России системе социально-трудовой реабилитации инвалидов. Основными функциями ВТЭК становятся экспертиза трудоспособности, профессиональной ориентации инвалидов, формирование трудовых рекомендаций и рекомендаций по профессиональному обучению и переобучению, оценка его соответствия трудовым рекомендациям.

На фоне значительных преобразований в системе социальной защиты, в Республике Тыва был отмечен резкий рост инвалидности. В связи с возросшей нагрузкой, 2 августа 1992 года организовано Барун-Хемчикское межрайонное бюро ВТЭК на базе Центральной районной больницы в г. Ак-Довурак. Бюро обслуживало западные районы республики. В состав комиссии входил освобожденный председатель, он же член комиссии, два врача-совместителя, медсестра и водитель. В 90-х годах XX столетия продолжается и увеличивается миграция населения республики из села в город. В связи с ростом уровня общей инвалидности, в 1997 году создается третье межрайонное бюро для освидетельствования сельского населения, на базе Центральной районной больницы Кызылского района.

Главное бюро в тот период, помимо освидетельствований в порядке контроля и обжалования, осуществляло медико-социальную экспертизу граждан с трудовыми увечьями, профессиональными заболеваниями, для определения рекомендаций по получению автотранспорта, также освидетельствовали граждан из самых отдаленных, труднодоступных районов республики.

Врачи, работавшие в то время в бюро медико-социальной экспертизы являлись в основном совместителями. На каждом выездном заседании, которые зачастую растягивались на три-четыре дня приходилось освидетельствовать более ста взрослых и детей. В летний период на два месяца республиканская ВТЭК прекращала свою работу, все врачи уходили в отпуск. Очередность на освидетельствование в то время достигала трех, четырех месяцев.

#### 5-й этап — 1991 — 2004 годы.

К началу 90-х годов в Российской Федерации сложилась устойчивая система экспертизы стойкой утраты трудоспособности, однако имел место односторонний подход к понятию инвалидности, сводившийся к оценке состояния трудоспособности.

Определяющее значение для реализации этих позиций социальной политики имел Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ. С принятием данного Закона были введены новое понятие «инвалид» и новые основания для установления инвалидности,



Рис. 4. Председатель городского бюро МСЭК с 1970 г. по 1998 г. Мартан-оол О.К.

определены задачи новой государственной службы МСЭ, создаваемой на базе ВТЭ, взят в качестве основной меры социальной защиты инвалидов-курс на реабилитацию. В соответствии с законом инвалидом стало признаваться «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

В течение 1996 года врачебно-трудовые экспертные комиссии упразднены, началось создание государственной службы медико-социальной экспертизы в системе Министерства социальной защиты населения РТ.

#### 6-й этап — 2004 год — по настоящее время.

Началом очередного этапа развития создание Федеральной Государственной службы медико-социальной экспертизы РТ стал 2005 год. В целях реализации положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» издано Постановление Правительства РФ от 16.12.2004г. № 805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы», согласно которому определено, что к федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы относятся Федеральное бюро медико-социальной экспертизы и Главные бюро медико-социальной экспертизы, имеющие филиалы — бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах.



Рис.5. Спиридонова Л.Ч. руководитель – главный эксперт по МСЭ по Республике Тыва с 2004 г. по настоящее время.

23 ноября 2004 года на должность Руководителя-Главного эксперта была назначена и трудится на этом посту по настоящее время врач высшей категории Спиридонова Лариса Чадамбаевна. Под руководством Спиридоновой Л.Ч. была проведена большая работа по организации Федеральной государственной службы медико-социальной экспертизы в республике, в короткие сроки оформлены учредительные документы по основной деятельности, подписано соглашение о взаимодействии по обеспечению деятельности с Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию и Правительством Республики Тыва.

С 01.01.2005г. во исполнение статьи 4 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» №181-ФЗ в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и распоряжением Правительства РФ от 16.12.2004г. № 1646-р создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Тыва».

За период с 2005 года по настоящее время учреждение претерпело значительные структурные изменения, создан организационно-методический отдел, для совершенствования информационных технологий проведения медико-социальной экспертизы граждан и реабилитации инвалидов, исследования и анализа факторов, влияющих на возникновение инвалидности на территориальном уровне, создан банк данных инвалидов республики. В том же году был создан и введен в действие архив. Архив учреждения разделён на действующий и недействующий. В настоящее время в недействующем архиве учреждения хранится более 80 тысяч медико-экспертных документов.

В 2006 году в отдельную структурную единицу выделено бюро педиатрического профиля, что позволило добиться улучшения качества освидетельствования детей, появились аналитические данные по инвалидности детей до 18 лет в республике и возможность проводить долговременные прогнозы по первичному выходу на инвалидность детей до 18 лет.

В 2006 году в отдельную структурную единицу выделено бюро педиатрического профиля, что позволило добиться улучшения качества освидетельствования детей, появились аналитические данные по инвалидности детей до 18 лет в республике и возможность проводить долговременные прогнозы по первичному выходу на инвалидность детей до 18 лет.

Особое внимание уделяется кадровому составу, повышению квалификации и улучшению качеству проведения и организации медико-социальной экспертизы, в связи с чем организованы выездные сертификационные циклы в 2007 и 2010 годах по специальности «медико-социальная экспертиза», а в 2012 году по основным врачебным специальностям. В учреждении 90 штатных единиц, из них по врачебных – 40,5 ед. В учреждении трудятся одни их лучших врачей республики, многие из которых отмечены высокими федеральными наградами. Рядом с ветеранами, проработавшими в учреждении более 30 лет, трудятся и перенимают опыт молодые специалисты. На целевых местах клинической ординатуры в ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Мин-

труда России по специальности «медико-социальная экспертиза» обучились и в настоящее время успешно трудятся десять молодых врачей. Высшую квалификационную категорию по специальности «медико-социальная экспертиза» имеют 87%, а по основной специальности 95% врачей. Все специалисты неоднократно проходили обучение на базе ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России и ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

С 2012 года значительно улучшились объемные показатели учреждения, ликвидирована очередность на освидетельствование.

В целях обеспечения своевременной информации о нормативных правовых актах РФ, о деятельности ГБ «МСЭ по Республике Тыва» и обратной связи с гражданами, интересующимися вопросами МСЭ с 2009 года функционирует информационный сайт. С 2011 года через Портал государственных услуг осуществляется прием заявлений граждан на освидетельствование и обжалование экспертных решений. Для доступности госуслуги по предоставлению медико-социальной экспертизы гражданам в нашем учреждении проводится достаточное количество выездных заседаний, которые составляют порядка 30% от всех заседаний по освидетельствованию.

С января 2016 года в учреждении действует Единая регистратура, запись граждан на освидетельствование ведется во все бюро, нет закрепленных территорий, кроме бюро №5 смешанного профиля, где освидетельствуются граждане с психическими расстройствами и больные туберкулезом. Введением Единой регистратуры достигнуто равномерное распределение нагрузки на все бюро.

В целях антикоррупционной работы в учреждении с 2014 года установлено аудио, -видеонаблюдение во всех кабинетах, где ведется освидетельствование, в регистратуре, в коридоре.

Учреждение одним из первых в Российской Федерации начало работу в программе ЕАВИИАС МСЭ. С 05 сентября 2012 г. началось освоение ЕАВИИАС специалистами учреждения в тестовом режиме. С января 2013 года все бюро и экспертный состав начали эксплуатацию ЕАВИИАС МСЭ, задействованы все модули программы. На 01.11.2018 года в ЕАВИИАС МСЭ введено 20775 медико-социальных экспертиз.

Во исполнение статьи 5.1. Федерального закона от 01.12.2014 N 419-ФЗ

«О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», пункта 36 плана мероприятий по реализации Концепции создания, ведения и использования федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 июля 2016 г. № 1506-р и приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 245 от 06.03.2017 года), разработан План мероприятий по качественному и корректному переводу архивной информации, хранившейся в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» в электронный вид. Сотрудниками учреждения в кратчайшие сроки внесены медико-экспертные данные на 12689 (55,45%) граждан из 22569.

Медико-социальная экспертиза в Республике Тыва развивалась в тесной взаимосвязи с изменениями, которые происходили в Российской Федерации, тем не менее формирование МСЭ в Туве шло своим путем, обусловленным историческими, экономическими, территориальными и иными факторами. В настоящее время это современное учреждение, работа которого направлена на постоянное повышение эффективности работы, доступности услуги по предоставлению медико-социальной экспертизы гражданам, профилактике инвалидности, заинтересованном подходе и бережном отношении к здоровью всего населения республики.

## **ИСТОРИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Стародубова Е.Б., Ефремова И.Е.**

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Астраханской области» Минтруда России

Первые сведения о врачебной экспертизе, имеющиеся в Астраханском государственном архиве, датируются 1858 годом: в деле Астраханского приказа общественного призрения от 09.12.1858 года представлена структура комиссий для освидетельствования нижних воинских чинов для направления их в инвалидные роты и инвалидные команды. Сохранился приказ о назначении членов в комиссию по освидетельствованию нижних чинов, числящихся неспособными II разряда, по Астраханской губернии. Приказ предписывал создание комиссий в следующих городских больницах: Астраханской, Енотаевской, Красноярской, Черноярской и Царевской.

В дальнейшем сведений о проведении врачебной экспертизы до 1918 года в Астраханском архиве не имеется.

*Историю нашего учреждения можно разделить на 4 основных этапа*

1-ый этап: с 1918 по 1956 годы (послереволюционный, до- и послевоенный)

Согласно предписанию Губисполкома от 19 сентября 1918 года о внутренней структуре Губернского Отдела Социального Обеспечения Астраханского края были созданы 9 его подразделов. Один из них - подраздел пенсий занимался назначением пенсий военно-увечным по закону 25 июня 1918 г. «По признанию солдат, по оказанию помощи жертвам Гражданской войны, пенсионном обеспечении солдат Красной Армии». При пенсионном подразделе состояла Губернская Комиссия для освидетельствования военно-увечных и рассмотрения прав их на пенсию от казны. Состав Губернской Комиссии: представитель Военного Комиссариата, представитель Рабочей и Крестьянской секций Губернского Совета по одному от каждой организации, Управляющий казенной палатой или его заместитель, делегат от военно-увечных, три врача, из которых один состоит постоянным врачом Губернского отдела социального обеспечения, а два других назначаются на каждое заседание или на известный период времени заведующим отделом Народного Здравоохранения. При рассмотрении дел мусульман в состав Губернской Комиссии входит представитель Губернского Комиссариата по мусульманским делам.

В архивных документах за 1921 год упоминаются Бюро Врачебной Экспертизы (БВЭ), которые сначала работали на базе больничных касс, а с 1922 года – на базе страховых касс. Данные Бюро определяли утрату трудоспособности, сроки отпусков, время выезда на лечение. За 1920 год в среднем в месяц через экспертизу проходило 1923 человека, в 1921 году – 2370 человек.

6 июля 1928 года было утверждено «Положение о врачебно-экспертных комиссиях» и определен круг решаемых ими задач: установление наличия инвалидности, степени, характера и причины инвалидности, определение способов восстановления трудоспособности путем долечивания, переобучения, установления необходимости протезирования инвалидов, связи инвалидности с получением инвалидами трудового увечья и профессионального заболевания.

В 1933 году врачебно-трудовые экспертные комиссии переданы в ведение Всесоюзного Центрального Совета профсоюзов (ВЦСПС).

В 1937 году подчинены Министерству социального обеспечения РСФСР, в ведении которого находились вплоть до 1991 года.

В 1948 году вводится новое Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. В соответствии с этим Положением был расширен круг задач, стоящих перед ВТЭК, имеющих профилактическую и реабилитационную направленность.

2-ой этап: с 1956 по 1996 года – период Врачебно-трудовой экспертизы в период развитого социализма

В 1956 году Советом Министров РСФСР было утверждено новое «Положение о ВТЭК», переиздана «Инструкция по определению групп инвалидности», утвержден новый «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без срока переосвидетельствования», утверждена «Инструкция по определению медицинских показаний на получение инвалидами автомобилей с ручным управлением и мотоколясок». В соответствии с данными нормативными документами врачебно-трудовые экспертные комиссии проводили экспертизу стойкой нетрудоспособности граждан вплоть до середины 90-х годов.

В этот период количество ВТЭК в Астраханской области менялось в зависимости от нагрузки по освидетельствованию.

Так в 1946 году – 23 ВТЭК, из которых ежедневно действующих – 0; в 1950 году – 16 ВТЭК, из которых ежедневно действующих – 0; в 1953 году – 22 ВТЭК, из которых ежедневно действующих – 1; в 1963 году – 16 ВТЭК, из которых ежедневно действующих – 3; в 1971 году – 8 ВТЭК, из которых ежедневно действующих – 3. Так из общего количества врачей 24, на основной работе числилось 10 человек, то есть менее 50%, из них 3 председателя ВТЭК.

В 80-е годы прошлого столетия все непостоянно действующие в районах Астраханской области ВТЭК были ликвидированы с целью повышения качества врачебно-трудовой экспертизы и к 1986 году все ВТЭК стали базироваться на базе областного центра.

В 1991 году в Астраханской области функционировали 7 ВТЭК, из которых ежедневно действующих – 5. Всего в комиссиях работали 21 врач-эксперт, 18 из которых числились на основной работе во ВТЭК, в том числе – 6 председателей ВТЭК.

Дальнейшее развитие службы ВТЭК и повышение требований к качеству экспертизы и вопросам трудоустройства инвалидов в начале 70-х годов потребовали постоянной подготовки и повышения квалификации

врачебных кадров. В 1960 году в Ленинграде создан Институт специализации врачей-экспертов (ИСВЭ), который в соответствии с распоряжением Совета Министров СССР 31.12.1970 г. №2730-р реорганизован в Ленинградский институт усовершенствования врачей – экспертов (ЛИУВЭК). С 1996 года СПИУВЭК.

В этот период Областным отделом социального обеспечения Астраханской области в апреле 1994 года была дополнительно организована 3-я межрайонная ВТЭК.

Особенности данного периода заключаются в следующем:

- сформированной четкой нормативно-правовой базой в области врачебно-трудовой экспертизы;
- появлением на основной работе подготовленных специалистов – врачей-экспертов по врачебно-трудовой экспертизе;
- повышением качества врачебно-трудовой экспертизы путем ликвидации неэффективных не ежедневно действующих ВТЭК, создания полномоставочных комиссий, укомплектованных врачами-экспертами, работающими во ВТЭК на постоянной основе.

3-ий этап: с 1996 года по 01.01.2005 год – период формирования Государственной службы медико-социальной экспертизы в Астраханской области (эпоха 90-х годов, связанная с возникновением нового государства после распада СССР – Российской Федерации).

Тесно связан с принятием Федерального закона № 181-ФЗ от 24.11.1995 года «О социальной защите инвалидов в РФ», действующего и по настоящее время, определило государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, главной её целью является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами России. В данном документе было определено новое понятие «инвалид», основания для определения инвалидности в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения категорий жизнедеятельности, понятие о государственной службе реабилитации инвалидов.

На основании ряда новых принятых нормативно-правовых актов: Постановлений Правительства Российской Федерации № 392 от 23 апреля 1996 года «О государственной службе медико-социальной экспертизы» и № 965 от 13 августа 1996 года «О порядке признания граждан инвалидами» постановлением Главы Администрации Астраханской области А. П. Гужвина врачебно-трудовые экспертные комиссии с 01.01.1997 года были реорганизованы в бюро медико-социальной экспертизы.

Дополнительно были созданы 5 бюро медико-социальной экспертизы:

- второй состав главного бюро МСЭ;
- специализированное (педиатрическое) бюро МСЭ с 01.04.1997 года для освидетельствования всех детей области с 0 до 18-ти лет;
- бюро МСЭ № 4 общего профиля;
- специализированного психиатрического бюро МСЭ № 6 в августе 2000 года;
- специализированное педиатрическое бюро МСЭ № 2 в июне 2002 года.

Особенностями данного периода являются:

- преобразование врачебно-трудовых комиссий в бюро медико-социальной направленности, что связано с изменением подходов к понятию «инвалидность», её более широким толкованием; не только как ограничение трудоспособности гражданина, а применением при её определении других категорий ограничений жизнедеятельности;
- усиление реабилитационной направленности учреждений МСЭ, связанных с разработкой ИПР инвалидам при установлении группы инвалидности и категории «ребенок-инвалид»;
- введение в бюро МСЭ новых специалистов – врачей, специалистов по реабилитации инвалидов и психологов;
- создание в нашей области принципиально нового бюро МСЭ педиатрического профиля (до 1997 года определением инвалидности детей в возрасте до 18-ти лет занимались ЛПУ).

4-ый этап: с 01.01.2005 года по настоящее время – период федерализации и создания ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области».

С 1937 по январь 2005 года (около 70 лет) учреждения сначала врачебно-трудовой, а затем медико-социальной экспертизы не были автономным учреждением, а входили в структуру Областного отдела социального обеспечения Астраханской области (Департамента социальной защиты населения, министерства труда и социальной защиты Администрации Астраханской области).

В целях реализации Федерального закона № 122 – ФЗ о разграничении полномочий органов власти, а также в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации № 1646-р от 16.12.2004 года «О создании Федеральных Государственных Учреждений медико-социальной экспертизы», 1 января 2005 года было создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области», учредителем которого выступило Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав).

В структуру Учреждения входили 11 филиалов-бюро МСЭ, из которых 4 были общего профиля, 6 специализированного и 1 смешанного профиля.

За десятилетний период работы Федерального учреждения у него трижды менялся Учредитель: с января 2005 по 2008 года ФГУ было введено Росздрова; с мая 2008 по 2012 годы – ФМБА России, а с сентября 2012 года по настоящее время Учреждение находится в ведении Минтруда России, в связи с чем учреждением была проведена кропотливая работа по регистрации, преобразованию и смене учредительных документов, оформлению и закреплению за собственником имеющихся занимаемых помещений.

В апреле 2008 года было дополнительно создано бюро медико-социальной экспертизы № 12 кардиологического профиля, которое в дальнейшем было трансформировано в бюро № 6 общего профиля.

1 января 2012 года ФГУ ГБ МСЭ по Астраханской области было преобразовано в Федеральное казенное учреждение.

В структуру ФКУ «Главное бюро МСЭ по Астраханской области» в настоящее время входят 2 экспертных состава Главного бюро, 11 бюро медико-социальной экспертизы (6 из которых общего профиля, 2 – смешанного: 1 бюро для освидетельствования лиц с фтизиатрической, профпатологической и общей патологией, 1 для освидетельствования граждан с патологией органов зрения, слуха и дорсопатиями; 3 специализированного профиля: 1 бюро для освидетельствования лиц с психиатрической патологией, 2 бюро для освидетельствования лиц до 18-летнего возраста).

С января 2015 г. в связи с переездом Учреждения в новое арендованное здание с целью улучшения качества предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы организована общая регистратура для осуществления предварительной записи граждан на проведение МСЭ, регистрации заявлений, создании дел в программе ЕАВВИАС, сканированию направляющих документов. С ноября 2015 г. создан отдел реабилитационно-экспертной диагностики при главном бюро для проведения специальных методов исследования на диагностическом оборудовании.

Большое внимание уделяется в Учреждении автоматизации процедуры освидетельствования на МСЭ. С 2007 года идет формирование реестра инвалидов нашего региона в электронном виде с целью повышения прозрачности и доступности предоставления государственной услуги «медико-социальная экспертиза».

Первым руководителем службы врачебно-трудовой экспертизы в Астраханской области была Калюжная Августа Петровна, которая в 1952 году стала работать старшим инспектором по ВТЭ. 07.01.1960 года, когда была открыта Областная ВТЭК, стала работать её председателем-главным экспертом области, в должности которого оставалась до 1992 года (30 лет) с общим стажем работы во ВТЭК 45 лет.

Ефремова Ирина Евгеньевна была назначена на должность главного эксперта Астраханской области с января 1992 года и проработала в этой должности вплоть до января 2013 года – 21 год.

С 2013 по 2018 годы учреждение возглавляла доктор медицинских наук Ларина Надежда Николаевна.

В ФКУ «Главное бюро МСЭ по Астраханской области» работают высококвалифицированные кадры. Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, составила 69,1% от общего числа работающих в учреждении врачей; доля врачей, имеющих категорию по специальности «медико-социальная экспертиза», составила 85,7% от числа врачей по МСЭ; доля медицинских сестер, имеющих квалификационную категорию, составила 33,3%. Из 32 врачей, имеющих квалификационную категорию, высшую категорию имеют 14 человек (43,8%), остальные 18 врачей имеют первую квалификационную категорию (56,2%).

2 врача по медико-социальной экспертизе имеют звание «Отличник социально-трудовой сферы»; 8 сотрудников награждены почетными грамотами министерств и агентств федерального уровня; 3 специалиста награждены почетным знаком Губернатора Астраханской области «За профессиональные заслуги», 25 специалистов имеют почетные грамоты Губернатора и Думы Астраханской области.

## **РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Уповалов С. А., Рогачев Д. А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ивановской области» Минтруда России

Иваново-Вознесенская губерния создана 20 июня 1918 года. С 1929 по 1936 год существовала Ивановская промышленная область, объединявшая Иваново-Вознесенскую, Владимирскую, Костромскую и Ярославскую области. Мощный потенциал Иваново-Вознесенской губернии был максимально использован для проведения индустриализации страны в конце 20-х и 30-е годы.

Развитие врачебно-трудовой экспертизы в Ивановской области происходило параллельно с развитием службы по стране в целом, по тем же принципам, но и имело свою определенную специфику.

В 1930 году в г. Москве был создан Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности. Аналогичный институт создан в г. Ленинграде в 1932 году. В 1934 году созданы филиалы центрального института экспертизы в Ростове-на-Дону, Иванове, Горьком.

Постановлением ЦИК СССР от 23.03.1937 года ВТЭК были переданы в ведение органов социального обеспечения.

К моменту принятия Положения о ВТЭК 1963 года врачебно-трудовые экспертные комиссии Ивановской области были распределены по так называемому производственному признаку. Работали две самостоятельные областные ВТЭК: одна при областном промышленном отделе социального обеспечения, другая при сельском. Практически в каждом районе имелась своя ВТЭК. Такое распределение их сети не обеспечивало единого руководства врачебно-трудовыми экспертными комиссиями. В постановлении Совета Министров РСФСР и ВЦСПС № 299 от 11 марта 1963 года «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы» Ивановская область отмечена как имеющая наиболее высокие показатели первичной инвалидности среди рабочих и служащих на 1000 работающих.

Данное явление дало толчок к организационному укреплению сети экспертных комиссий. Ликвидировались наиболее слабые звенья, увеличивалось количество постоянно действующих и специализированных комиссий. Экспертизу в области в этот период возглавлял главный эксперт по врачебно-трудовой экспертизе Н. М. Гомберг. В 1963 году были упразднены Савинская и Гаврилово-Посадская ВТЭК, работавшие по 1 дню в неделю.

На 1 января 1964 года в Ивановской области действовали областная ВТЭК (две комиссии), 19 районных ВТЭК и 4 специализированных ВТЭК. Во всех комиссиях было занято 77 врачей, в том числе на постоянной основе 38. Более половины врачей, работающих на постоянной основе, имели общий врачебный стаж свыше 10 лет. 25 врачей в разное время прошли переподготовку в ЦИЭТИНе или в ЛИЭТИНе.

В 1971 году упразднены Родниковская, Пестяковская и Лухская ВТЭК. В 1977 году – Юрьевецкая ВТЭК. В 1979 году Комсомольская и Пучежская ВТЭК. Вичугская и Шуйская ВТЭК стали межрайонными.

Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 17 февраля 1972 года председателям Шуйской ВТЭК В. В. Просветовой и Тейковской ВТЭК Т. С. Баландиной присвоено звание «Заслуженный врач РСФСР».

В середине 70-х годов (ВТЭК области с 1967 по 1975 год возглавлял главный эксперт по ВТЭ, Заслуженный врач РСФСР М. Н. Гарсков) больше внимания уделялось повышению квалификации врачей-экспертов. Пяти врачам-экспертам аттестационной комиссией МСО РСФСР была присвоена высшая аттестационная категория.

Марк Николаевич Гарсков с 1975 года более 10 лет работал заместителем начальника Главного управления врачебно-трудовой экспертизы Министерства социального обеспечения РСФСР.

С 1975 по 1980 год ВТЭК Ивановской области возглавлял В. Ф. Воробьев, под руководством которого продолжилась работа по совершенствованию структуры ВТЭК и укреплению кадрового состава.

В 1977 году упразднена Юрьевецкая ВТЭК, работающая 1-2 дня в неделю, в 1979 году упразднены Комсомольская и Пучежская ВТЭК.

Исполнительный комитет Ивановского областного Совета народных депутатов в июне 1980 года

рассмотрел вопрос «О состоянии и мерах по улучшению качества врачебно-трудовой экспертизы в области» и поставил задачи перед врачебно-трудовой экспертизой на 1981-85 годы.

В 1984 году упразднена Южская ВТЭК, а Ленинская, Октябрьская ВТЭК и Кинешемская ВТЭК № 2 реорганизованы в межрайонные, действующие постоянно.

В 1986 году во ВТЭК произошли существенные изменения. В связи с принятием в 1985 году нового Положения о ВТЭК, нашей области разрешено было иметь одну комиссию на 100 тысяч человек взрослого населения, в связи с чем была сокращена онкологическая ВТЭК.

Определенные сложности возникли в связи с выходом приказа Минздрава СССР от 24.10.1986 г. «О повышении заработной платы работников здравоохранения и социального обеспечения», согласно которому повышение окладов работников ВТЭК предусматривалось с 1991 года, тогда как некоторым другим категориям работников здравоохранения (хирургам, организаторам и др.) – уже с конца 1986 г. По этой причине работу во ВТЭК оставили отдельные хирурги и опытные врачи. Сложнее стало комплектовать комиссии молодыми специалистами. В 1987 году из числа хирургов, работавших во ВТЭК (14 чел.) четыре врача были совместителями и шесть имели экспертный стаж до 3 лет. За 1981 – 1987 годы на работу во ВТЭК было направлено 20 молодых специалистов, из них 10 человек уволились, отработав положенное время, а шесть – раньше 3-летнего срока. В то же время во ВТЭК продолжали работать высококвалифицированные специалисты.

Указом Президиума Верховного Совета СССР в 1986 году главный эксперт по ВТЭ (с 1980 по 1987 год) Г. Н. Новожилова удостоена ордена «Знак Почета».

С января 1992 года в области вновь проведена реорганизация сети ВТЭК: создана межрайонная кардиологическая ВТЭК за счет ликвидации Тейковской ВТЭК. Кардиологическая ВТЭК приступила к работе на базе вновь образованного кардиологического диспансера.

В 1991 году Указом Президиума Российской Федерации звания Заслуженного врача Российской Федерации удостоена председатель Октябрьской межрайонной ВТЭК А. П. Николаева.

К началу 1996 года в области работало 14 ВТЭК: две областные, 8 межрайонных общего профиля и 4 специализированных (офтальмологическая, психиатрическая, кардиологическая и фтизиатрическая), 36 врачей или 97,2 процента занятых в ежедневно действующих ВТЭК работали на постоянной основе (для сравнения: во Владимирской области – 79,7, Костромской – 64,9, Ярославской – 87,0, в целом по Центральному району – 82,8, по Российской Федерации – 79,7 процента).

Позитивные изменения в расширении и укреплении сети ВТЭК и обеспечения их кадрами, совместная работа с лечебными учреждениями в определенной степени повлияли на качество экспертизы и показатели состояния инвалидности. Так, если в 1965 году областной ВТЭК было освидетельствовано по заявлениям о несогласии с решениями районных ВТЭК 1278 человек, а решениями первичных ВТЭК изменены в 233 случаях (18,2 процента), в порядке контроля освидетельствованы 134 человека, решения изменены у 47 (35,1 процента), то уже в начале 70-х годов происходит резкое снижение этих показателей. Количество освидетельствований по заявлениям колебалось в отдельные годы в пределах 250-300, соответственно процент отмененных решений ВТЭК – от 7 до 1-2 процентов.

В 90-х годах XX столетия появилась необходимость усилить меры по социальной защите такой группы населения как инвалиды. Государственной Думой 20 июля 1995 года принят Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Для реализации Закона было предусмотрено создание государственной службы медико-социальной экспертизы на основе врачебно-трудовых экспертных комиссий. В связи с тем, что Федеральный Закон ориентирован на создание условий для интеграции инвалидов в общество, проведение для них реабилитационных мероприятий, на службу медико-социальной экспертизы возложены такие задачи, как разработка индивидуальных программ реабилитации, определение мер социальной защиты, способностей и возможностей инвалидов к выполнению бытовой, профессиональной и общественной деятельности. Функции медико-социальной экспертизы по сравнению с врачебно-трудовой экспертизой значительно расширились, поэтому потребовалось привлечение, помимо врачей, других специалистов-психологов, специалистов по реабилитации, по социальной работе и др.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 16.12.2004 г. №1646-р создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ивановской области». Приказом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 17.12.2004 г. № 195 утвержден Устав Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной

экспертизы по Ивановской области». Руководителем – главным экспертом вновь образованного учреждения был назначен кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, Отличник здравоохранения СССР, врач – организатор здравоохранения высшей квалификационной категории Рогачев Анатолий Михайлович, возглавлявший службу ВТЭК и МСЭ с 1987 года по 2014 год.

Вновь образованное учреждение имело 3 экспертных состава специалистов главного бюро и 15 бюро-филиалов: 10 межрайонных филиалов общего профиля и 5 специализированных филиалов (офтальмологического, психиатрического, фтизиатрического, педиатрического общего и педиатрического психоневрологического профиля). Данная структура сохраняется в учреждении по настоящее время. Общая штатная численность на тот момент составляла 291 человек.

В 2014 году с целью оптимизации численности сотрудников было проведено сокращение штатной численности до 205 человек.

Помещения, в которых находились структурные подразделения учреждения, были предоставлены на правах безвозмездного пользования, преимущественно на базе медицинских организаций и Департамента социальной защиты населения Ивановской области и не отвечали условиям для проведения комфортного освидетельствования граждан.

Для решения данной проблемы учреждением изыскивались возможности размещения бюро МСЭ на федеральных площадях, но предлагаемые помещения либо не подходили по площади, либо не отвечали требованиям доступной среды для инвалидов.

Высокая профессиональная подготовка и хорошая организация работы позволили в условиях недостаточной материально-технической базы решать вопросы медико-социальной экспертизы на высоком уровне. В подавляющем числе случаев решение главного бюро Ивановской области подтверждалось Федеральным бюро МСЭ, что говорит о высоком качестве принимаемых решений.

За сотрудничество в социальной защите инвалидов ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы» награждено Золотой Грамотой Мецената Международного Благотворительного Фонда «Меценаты Столетия». Четыре сотрудника награждены медалью «За милосердие». За поддержку участников и инвалидов боевых действий руководитель ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы» награжден Президентом Движения «Боевое Братство» Громыным Б. В. медалью «За ратную доблесть». За активную деятельность по организации работы учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов, внедрение передового опыта, содействие профессиональной подготовке кадров в области медико-социальной экспертизы и реабилитации Ивановское отделение Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии (ВРОСЭРПИ) в октябре 2006 года награждено Грамотой ВРОСЭРПИ.

За период с 2005 по 2014 годы 7 сотрудников награждены знаком «Отличник здравоохранения», 1 сотрудник награжден знаком «Отличник социально-трудовой сферы», 24 сотрудника Почетными грамотами Минздравсоцразвития и Минтруда России, 5 сотрудников Почетными грамотами Правительства Ивановской области и областной Думы. Многие сотрудники награждены Грамотами и другими наградами смежных и общественных организаций.

В 2009 году коллективу учреждения вручена Благодарность Губернатора Ивановской области.

В 2015 году руководителем ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ивановской области» назначен врач высшей квалификационной категории по организации здравоохранения, Отличник здравоохранения России Уповалов Сергей Адмиевич, поработавший в службе МСЭ с 1985 года. в том числе, заместителем руководителя по экспертным вопросам с 2005 года.

С ноября 2018 года все структурные подразделения г. Иваново (кроме бюро для освидетельствования больных туберкулезом и бюро для освидетельствования лиц с психическими расстройствами) располагаются в едином здании, которое отвечает требованиям проведения МСЭ по площадям и доступно для инвалидов.

Перед службой в настоящее время стоят следующие задачи:

1. Совершенствование деятельности учреждения за счет оптимизации структуры, использования современных методов управления организацией, использования информационно-справочных систем;
2. Привлечение молодых врачебных кадров с последующим обучением по специальности «медико-социальная экспертиза»;
3. Налаживание и поддержание эффективного взаимодействия учреждения с государственными ведомственными структурами и общественными организациями инвалидов.

## **КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**

**Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Сидамонидзе Т.А., Артемьева Н.Х.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России

В декабре 2018 года Российской системе медико-социальной экспертизы исполняется 100 лет. Медико-социальная экспертиза за это время сформировалась в самостоятельную отрасль научных знаний и систему практической деятельности.

В процессе развития службы можно выделить определенные исторические этапы.

Экспертиза трудоспособности граждан до 1918 года. До революции 1917г. врачебная экспертиза трудоспособности была расплывлена по различным ведомствам. После выхода в 1912г. закона о страховании рабочих на случай болезни и увечья экспертиза трудоспособности стала проводиться врачами организованных в это время больничных касс. В первый год после революции проведение экспертизы было возложено на врачебно-контрольные комиссии (ВКК).

Становление врачебно-трудовой экспертизы в 1918-1940 годах. Важной вехой этого периода является утвержденное Советом Народных Комиссаров РСФСР 31 октября 1918 года Положение о социальном обеспечении трудящихся, в котором значительное место отводилось мерам по возвращению инвалидов к труду путем восстановления их трудоспособности, профессионального обучения и трудового устройства. Для определения инвалидности в стране стали создаваться специальные учреждения – бюро врачебной экспертизы (БВЭ), которые в 1927г. были переименованы во врачебные экспертные комиссии (ВЭК). В 1931г. ВЭК реорганизуются во врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК).

Следующий этап развития был связан с врачебно-трудовой экспертизой в годы Великой Отечественной войны. Очень большая комплексная работа по восстановлению трудоспособности раненых и покалеченных воинов развернулась в госпиталях, где наряду с лечением осуществлялось протезирование, приспособление инвалидов к выполнению трудовых функций в прежней или новой профессии. Накопленный опыт в довоенный период и, особенно во время Великой Отечественной войны, по существу, предопределил основные идеи, заложенной в современной концепции профессиональной реабилитации инвалидов.

Самым длительным историческим этапом стал период врачебно-трудовой экспертизы в послевоенные годы и в условиях развитого социализма. Именно в это время было принято Положение о Врачебно-трудовой экспертной комиссии (ВТЭК), утверждена Инструкция об определении групп инвалидности и Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливалась бессрочно, а также ряд других нормативных документов. Основными функциями ВТЭК становятся экспертиза трудоспособности, профессиональная ориентация инвалидов, формирование трудовых рекомендаций по профессиональному обучению и переобучению.

Совершенствование системы медико-социальной экспертизы, профессиональной реабилитации и обеспечения занятости продолжается и настоящее время. На учреждения медико-социальной экспертизы сейчас возлагаются задачи не только по установлению группы, причины и сроков наступления инвалидности, но и по определению потребностей инвалидов в мерах реабилитации и разработке индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида.

Служба, занимающаяся экспертизой граждан с целью установления инвалидности на территории Красноярского края, также имеет уже почти столетнюю историю. Отсчет ее существования можно вести от 1919 года, когда на территории Сибири были учреждены отделы труда и социального обеспечения, в функции которых входила организация врачебно-трудовых комиссий.

В 50-х годах прошлого столетия в крае началось формирование врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК). В городе Красноярске было несколько ВТЭК, которые занимались экспертизой стойкой нетрудоспособности граждан: краевая (сельская) и городская. В Красноярском крае ВТЭК располагались в каждом городе и районе края. Врачи лечебно-профилактических учреждений работали в комиссиях врачами-экспертами по совместительству, оплата была почасовая. В 60-х годах в структуре нашего учреждения прошла большая реорганизация, врачи стали работать в комиссиях на основных должностях, а не по совместительству, в связи с чем повысилось качество проведения освидетельствований граждан.

Врачи-эксперты работали в тесном контакте с преподавателями Красноярского медицинского института, с представителями Краевой администрации, врачами и специалистами лечебно-профилактических учреждений города Красноярска, а также Ленинграда и Москвы. В каждом стационаре нашего города были выделены койки

для инвалидов и в сложных экспертных случаях инвалиды госпитализировались в стационар, где им проводилось комплексное обследование, ставился четкий диагноз, на основании которого легко можно было вынести правильное экспертное решение. В дальнейшем на базе специализированных больниц и диспансеров начали формироваться специализированные экспертные комиссии.

Были сложности с трудоустройством инвалидов, но они были решаемые. В частности в работе экспертных комиссий принимали участие представители профсоюзных организаций всех предприятий города. На каждом предприятии были созданы рабочие места и специализированные цеха для инвалидов.

Существующие на тот момент критерии для определения инвалидности не решали проблем инвалидов, поэтому, позднее вместо врачебно-трудовых экспертных комиссий были созданы медико-социальные экспертные комиссии (МСЭК), которые стали заниматься решением социальных проблем инвалидов.

История развития службы медико-социальной экспертизы в Красноярском крае – это история большого творческого коллектива. В настоящее время в нашем учреждении работает более 300 врачей, медицинских сестер и специалистов, большая часть из которых имеет высшую и первую квалификационные категории.

Сегодня в своей работе учреждение продолжает тесно и плодотворно взаимодействовать с медицинскими организациями края, региональным отделением Фонда социального страхования, Пенсионным фондом, районными и городскими центрами занятости населения другими органами, службами и учреждениями.

Большой вклад в развитие службы МСЭ в крае внесли Зинаида Григорьевна Михайлова, трудовой путь которой начался в 1959 году, когда после окончания института по распределению была направлена на должность краевого инспектора по экспертизе трудоспособности в учреждение социального обеспечения. Альбина Михайловна Макарова начала свой трудовой путь в 1964 году врачом-экспертом в составе общего профиля.

В разные годы в учреждении трудились и внесли огромный вклад в развитие медико-социальной службы: врачи - Аникина Наталья Васильевна, Винник Светлана Рейнгольдовна, Лузгина Наталина Леонидовна, Бикбов Асхат Назипович, Ходов Виктор Сергеевич, Шиповалова Наталья Петровна, Ильина Татьяна Ивановна, Дибикова Любовь Константиновна, Кирпичев Юрий Федорович, Юниченко Ольга Васильевна;

медицинские сестры - Васильева Светлана Валерьевна, Цветкова Оксана Николаевна, Веккесер Наталья Андреевна, Щетникова Тамара Степановна, Колесова Ольга Борисовна, Репп Лидия Анатольевна.

С 1965 по 2000 год главным экспертом, возглавлявшим краевую ВТЭК, являлся к.м.н., доцент Петр Георгиевич Ильиных, который стоял у истоков начала формирования, а затем и реорганизации системы врачебно-трудовой экспертизы. С 2001 года по 2013 год руководил Федеральным государственным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю» Григорий Григорьевич Данюк.

С 2013 года учреждением руководит главный-эксперт по медико-социальной экспертизе Ирина Валерьевна Усенкова.

Сегодня ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России обслуживает население г. Красноярска и Красноярского края.

Красноярский край занимает 2366,8 тыс. кв. км. В Восточно-Сибирском экономическом регионе доля территории края составляет 57%, в России - 13,8%. Протяженность территории с севера на юг - 2800км. На севере край омывается Карским морем и морем Лаптевых. На востоке граничит с Республикой Саха (Якутия) и Иркутской областью, на юге с Республикой Тыва и с Республикой Хакасия, на западе с Республикой Алтай, Кемеровской и Томской областями, а также с Ханты-Мансийским и Ямало-Ненецким автономными округами. Средняя плотность населения в крае в 4 раза ниже, чем в РФ и составляет 1,3 чел. на кв. км.

В состав Красноярского края входят 17 городских округов и 44 муниципальных района, в том числе 2 района (Таймырский Долгано-Ненецкий и Эвенкийский) как административно-территориальные единицы с особым статусом, последние из которых состоят из 27 городских поселений и 487 сельских поселений.

Многие населенные пункты расположены в районах Крайнего севера; с некоторыми из них возможно только воздушное транспортное сообщение.

Численность населения Красноярского края составляет 2 млн. 876 тыс. 497 человек, из них проживают в г. Красноярске 1 млн. 091 тыс. 634 человека.

Всего в Красноярском крае насчитывается более 200 тысяч инвалидов, из них 12 тысяч – дети. Ежегодно в структурных подразделениях наших бюро проходят освидетельствование около 60 тысяч человек.

За годы существования служба реформировалась, была отнесена к различным ведомствам. Современное государственное учреждение медико-социальной экспертизы в Красноярском крае находится в ведении Минтруда России. Структура ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России представлена сетью структурных подразделений, состоящей из 5 экспертных составов, 41 бюро медико-социальной экспертизы,

8 отделов и обеспечивающей деятельность по оказанию государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы населению в одном из самых больших субъектов РФ.

Сотрудники учреждения трудятся не только в центральных городах и селах, но и на севере края. В труднодоступных районах, с учетом территориальных, географических, социально-демографических особенностей работают 9 бюро медико-социальной экспертизы (два бюро в г. Норильске, по одному в г. Дудинке, г. Козьмодемьянске, Туруханском, Мотыгинском, Северо-Енисейском, Богучанском, Эвенкийском районах).

За последние годы произошли существенные изменения в различных областях социальной сферы, в том числе и в социальной политике по отношению к инвалидам и другим лицам с ограничениями жизнедеятельности вследствие нарушений здоровья. Государство основным направлением своей политики в области социальной защиты инвалидов считает их реабилитацию. Обеспечение полной и эффективной реализации указанной политики осуществляется с помощью экономических, финансовых, правовых и социальных мероприятий.

За последние три года все активнее и шире внедряются в практику работы учреждения меры по созданию социальной инфраструктуры, позволяющей осуществить интеграцию инвалидов в общество, улучшить условия и качество их жизни.

Все структурные подразделения учреждения, предоставляющие государственную услугу по проведению медико-социальной экспертизы, имеют паспорт доступности для инвалидов.

Проведен капитальный ремонт помещений, в которых расположены бюро №№35 и 37 (г. Минусинск). Бюро №№24, 28, 29 (г. Канск), бюро №№3 и 12 (г. Красноярск), бюро №41 (г. Норильск) расположились в новых помещениях, более удобных и доступных для посещения инвалидами.

Выполнены работы по капитальному ремонту наружных пандусов в бюро г. Красноярска, г. Назарово, г. Канска, г. Лесосибирска. В некоторых бюро г. Красноярска расширены входные группы, установлены подъемные платформы для лиц с ограниченными возможностями. В отдельных бюро имеются в наличии сменные кресла-коляски.

В помещениях главного бюро, бюро г. Красноярска, г. Канска, г. Минусинска, г. Лесосибирска, г. Назарово, выполнены работы по устройству покрытий из тактильных плиток и полос, монтажу контрастной ленты для маркировки ступеней и дверных проемов, монтажу светозвуковых маяков «Выход» для инвалидов, установлены кнопки вызова персонала, изготовлены информационные таблички, тактильные мнемосхемы с дублированием рельефно-точечным шрифтом Брайля, изготовлены тактильные пиктограммы доступности помещений.

Учреждением совместно с органами муниципальной власти начата работа по оборудованию парковочных мест для автотранспортных средств инвалидов возле бюро-филиалов ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России.

Специалисты и работники учреждения прошли обучение по вопросам, связанным с обеспечением доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи.

В учреждении функционирует официальный сайт, где имеется раздел «доступность Учреждения» с приведением схем расположения всех структурных подразделений, размещена и регулярно пополняется подробная информация о порядке проведения МСЭ, имеются в свободном доступе соответствующие нормативно-правовые документы, публикуются разъяснения по вопросам, которые задают граждане.

Сайт оснащен версией для слабовидящих: имеются опции для изменения размеров текстовой информации, цветовой схемы, звукового прослушивания информации.

В каждом бюро и экспертном составе главного бюро есть возможность предоставления инвалидам по слуху (слуху и зрению) услуг сурдо – или тифлосурдопереводчика.

Постоянно ведется работа по информированию общественности по вопросам МСЭ, в том числе и по доступности объектов, через средства массовой информации и на межведомственных мероприятиях. С 2017 года на базе учреждения создан и функционирует Общественный Совет с участием представителей общественных организаций инвалидов, пациентских организаций, на котором рассматриваются предложения по улучшению качества оказания государственной услуги по проведению МСЭ, в том числе в отношении доступности объектов для инвалидов.

Учреждениями медико-социальной экспертизы решаются задачи по внедрению организационных, медицинских и социальных цифровых информационных технологий, в соответствии с современной концепцией инвалидности, которая приобрела реабилитационную направленность деятельности службы и направлена на улучшение качества жизни инвалидов.

Это является одной из приоритетных социальных задач государства, в решении которой вносят многогранный и неопределимый вклад сотрудники учреждения медико-социальной экспертизы.

## **ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Ушакова О.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России

В 2018 году отмечается 100-летие создания и начала деятельности врачебно-трудовой экспертизы, преобразованной, в дальнейшем, в медико – социальную экспертизу. Однако истоки общественного призрения (организованной формы благотворительности или социального обеспечения) уходят далеко в глубь веков. Еще в XI – XIII в.в. основной задачей попечения сырых и убогих было «питание», но эта форма поддержки в виде подаяния или милостыни носила временный и непостоянный характер, хотя по предположениям была адресной. Основы медицинской помощи и просветительской деятельности заложены церковью, которой делались первые шаги по открытию больниц и богаделен для больных и увеченных людей. Со временем стали применять термин «инвалид», что в переводе с латыни означало - «не представляющий ценности», «вышедший из строя». В XVIII в. во времена Владимира Даля смысл, вкладывавшийся в слово «инвалид» был полон нескрываемого благородства и достоинства. В переводе с французского оно означало отслужившего заслуженного воина, неспособного к службе из-за увечья, ран, старости. До военной реформы в 1860 – 1870 годах в России термин использовался для гарнизонной и караульной службы. Свое нынешнее толкование слово получило в начале прошлого века, когда им стали именовать не только покалеченных военнослужащих, но и людей, утративших трудоспособность. В XVII – XVIII в.в. впервые входит в употребление понятие «реабилитация» (от латинского «делать вновь способным»), что по отношению к тому времени означало «вновь приобретенное грешниками право на ношение одежды». Такое наказание провинившихся практически лишало их статуса члена общества. Позднее термин стал использоваться юристами и понимался как «восстановление доброго имени, прав и достоинств человека» или «снятие обвинений и полное восстановление в правах, потерянных в результате судебного приговора». Применительно к медицине первым термин «реабилитация» использовал Риттер фон Буссе (1842 г.), который в своем трактате «Система призрения бедных» писал: «Лечащийся больной должен быть полностью реабилитирован. Пусть он поднимется к тому месту, с которого его сбросила болезнь, пусть он снова приобретет чувство личного достоинства и ним начнет новую жизнь».

Исторические летописи XVIII - XIX в.в. свидетельствуют, что Царицын (основан в 1589г., именовался так до 1925г., затем Сталинград до 1961г., ныне – Волгоград) «был до крайности грязным, пыльным и непривлекательным городом, рассадником эпидемий чумы, холеры и тифа», а смертность детей в возрасте до 5 лет была самой высокой из всех городов Поволжья. При Предтеченской церкви имелась богадельня, «в коей находились мещанские сироты», но содержались они «подаянием милости» - нищенствовали. Лишь в 1807 г. в городе было выделены 10727 рублей на создание первой больницы, или, как ее тогда называли, «делового дома для больных». В 1808 г. в Царицын был назначен первый медицинский работник – повивальная бабка Ульяна Андреева, окончившая Петербургский повивальный институт. Медицинская помощь населению развивалась крайне медленно. «Больничка на 20 коек и при ней сарай лекарских покоев» с аптекой строилась четыре года и была готова в 1811 г. В 60 – х годах XIXв. на три волости Царицынского уезда была одна Александровская больница и один земский врач, к 1890 г. врачей стало четыре (один врач приходился на 26 тыс. человек). В сельских поселениях господствовали сифилис, туберкулез, трахома, процветали знахарство, суеверия, колдовство. Сельские жители крепко верили в приметы, боялись порчи от глаза, домовых и леших, лечились заговорами, настоями трав и окуриванием с уголька. К 1904 г. расходы на медицинскую помощь по линии земства составляли в среднем на одного жителя 0, 54 коп.

По архивным данным в апреле 1918 г. был создан первый отдел призрения (соцобеспечения) Царицынской губернии, который из-за сложности военного времени расположился в г. Саратове, первым руководителем губернского собеса был Потапов (имя и отчество в документах не сохранилось). После эвакуации из Саратова в августе 1919 г. отдел соцобеспечения начал работу в г. Камышине, а в октябре 1919 г. переехал в г. Николаевск, по ул. Александровская, 15, открыты 6 подотделов. Во многих уездах пенсия задерживалась из – за саботажа.

С сентября 1920 г. Царицынский губернский отдел соцобеспечения располагался в г. Царицыне по ул. Пушкина, 21, заведующим был назначен Стольников Григорий Константинович. Одним из 5 подотделов был

отдел инвалидов. На тот период отдел занимался наряду с другими функциями обеспечением трудящихся, потерявших трудоспособность, инвалидов войны и труда, а также обеспечивал профессиональное обучение инвалидов, устройство для них производственных мастерских, трудовых колоний, инвалидских домов. В июле 1928 г. создан Камышинский округ и образован Камышинский окружной собес на город и 6 сельских районов: Еланский, Даниловский, Ольховский, Камышинский, Николаевский, Руднянский.

В 1930 г. округа ликвидированы, а окружные отделы социального обеспечения прекратили свою деятельность. В 1933 г. при местных органах Народного Комиссариата социального обеспечения РСФСР создаются управления производственными предприятиями, в функции которых было отнесена координация работы учебно – производственных предприятий и обществ взаимопомощи слепых и глухонемых.

В январе 1937 г. Сталинградский край был переименован в область, создан отдел социального обеспечения исполнительного комитета Сталинградского областного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (облсобес). В августе 1942 г. здание губернского собеса было взорвано подошедшими немецкими войсками, уничтожены дела, материалы, документы, часть работников погибла. Архивные данные об экспертной деятельности, структуре и месторасположении экспертных подразделений облсобеса с 1918 г. до 1943 г. не сохранились, вероятно, были уничтожены в ходе массированных бомбардировок города и пожаров в период Сталинградской битвы.

Несколько лет отделы соцобеспечения кочевали по развалинам, сами обустроивались и ремонтировались, часто помогали семьям военнослужащих строить временное жилье. До 1946 г. облсобес находился в подчинении Наркомата социального обеспечения СССР. В этот период наряду с функциями пенсионного обеспечения и организацией социальных видов обслуживания пенсионеров входили работы по проведению мероприятий по трудовому устройству, материально бытовому обслуживанию инвалидов, проведению учета лиц, нуждающихся в протезировании и снабжении протезами, а также руководство работой врачебно – трудовых экспертных комиссий.

Руководители облсобеса с 1942г. до 1990г:

1942 г. - 1952 г. - Дедиков Федор Михайлович, 1952 г. - 1963 г. - Дубинин Федор Михайлович, 1963 г. - 1964 г. - Петрухин Николай Романович, Дубинин Федор Михайлович, 1964 г. - 1980 г. - Петрухин Николай Романович, 1980 г. - 1983 г. - Осипов Лев Николаевич, 1983 г. - 1990 г. - Панфилов Петр Федорович.

Постановлением Главы Администрации Волгоградской области от 28.11.1991г. № 71 областной отдел социального обеспечения переименован в Управление социальной защиты населения Администрации Волгоградской области. С 1990г. до 2004г. возглавлял структуру Аликов Николай Яковлевич. С 2004г. до 2012г. руководство Управлением социальной защиты населения Администрации Волгоградской области осуществлял Харичкин Евгений Альбертович. Далее с 2012г. после переименования в Комитет социальной защиты населения Волгоградской области председателем являлась Мержоева Зина Османовна. С 2016г. в данной должности работает Заботина Лилия Юрьевна.

По архивным материалам облсобеса за 1943 г. впервые в организационной структуре управления облсобесом появилась должность старшего инспектора по врачебно - трудовым экспертным комиссиям (ВТЭК) в 1943 г. Старшим инспектором по ВТЭК была Абрамова (имя и отчество в архивных документах не сохранились). В области было 30 ВТЭК, к январю 1944 г. количество увеличилось до 35, большое внимание уделялось досрочному переосвидетельствованию инвалидов ВОВ, равномерному распределению нагрузки по освидетельствованию инвалидов и их рациональное трудоустройство. «Многие ВТЭК, вместо установленных 25– 30 человек, принимают по 50 – 60 и даже 70 чел., что не дает возможности серьезно и подробно отнестись к обследованию каждого инвалида и ведет к ошибкам как при определении его трудоспособности, так и группы инвалидности...». Рекомендовалось « ... на каждое заседание ВТЭК принимать не более 30 человек при 5 – часовом рабочем дне для более внимательного и всестороннего осмотра каждого освидетельствуемого в целях правильного целесообразного его трудоустройства и определения группы инвалидности...». « В справках, выдаваемым инвалидам III группы, в обязательном порядке указывать к какой работе пригоден тот или иной инвалид, с точным перечислением работ и профессий. Избегать частой дачи заключений о пригодности инвалида нести работы сторожа, швейцара, караульщика и т. п., выявляя какую более производительную работу может выполнять тот или иной инвалид...».

Серьезные проблемы в связи с трудностями военного времени существовали в ВТЭК г. Камышина, г. Серафимовича, г. Черный Яр, где председателями были не врачи, а заведующие райсобесами. В связи с этим Сталинградским облсобесом рекомендовалось « ... немедленно совместно с райздравом выделить председателями ВТЭК врачей из наиболее опытных как по врачебному стажу, так и по стажу в экспертной работе...».

В архивных документах за 1945 г. указывалось, что количество ВТЭК в течение 1944 г. выросло до 41, а в течение первого квартала 1945 г. увеличилось до 43, количество врачей - экспертов увеличилось с 80-ти в 1943 г. до 199 (за 1-й квартал 1945 г.). «Нет ВТЭК в 4-х районах области: Городищенском, Логовском, Сиротинском и Перелазовском (за отсутствием врачей). С новым выпуском врачей будут организованы ВТЭК в этих районах. Такая большая сеть улучшит работу экспертизы, приблизит ВТЭК к инвалидам, улучшит руководство ВТЭК со стороны райсобесов». На областном совещании работников социального обеспечения по Сталинградской области рекомендовано с 1-го января 1946 г. при облсобесе организовать областную врачебно-трудовую экспертную комиссию как методический центр по врачебно – трудовой экспертизе, ...для разбора серьезных случаев экспертизы и инструктажа периферических ВТЭК». По отчетным данным Сталинградского облсобеса за 1947 г. «функционировало 41 ВТЭК с количеством врачей – экспертов 177 чел., включая председателей, из них 40 - районных и 1 Областная...».

В 50-60 годы сначала были организованы межрайонные ВТЭК общего профиля в Центральном, Ворошиловском, Краснооктябрьском, Тракторозаводском районах г. Сталинграда, специализированные офтальмологическая, психиатрическая, травматологическая и психиатрическая ВТЭК, а потом и в районах области – Урюпинская, Новоаннинская, Фроловская, Михайловская, Камышинская, Еланская ВТЭК. Комиссии обслуживали население одновременно двух соседних районов, в большинстве своем были непостоянно действующими (полставочными), формировались из врачей лечебных учреждений. В 1956 г. при облсобесе создаются постоянно действующие врачебно – трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). К 1964 г. сеть и организация работы ВТЭК претерпели изменения, наряду с постоянно действующими районными и городскими ВТЭК «работали непостоянно действующие: специализированная туберкулезная №2 – 1 р/нед., Еланская райВТЭК – 1 р/нед., Котовская райВТЭК – 2 р/нед., Фроловская райВТЭК - 2р/нед., Николаевская райВТЭК – 1р/нед., спецВТЭК 3-да им.Кирова – 1 р/нед., введена и считалась основной формой работы практика выездных заседаний в сельские районы области».

В 1951г. в штатное расписание облсобеса вместо ранее существовавшей введена должность старшего инспектора по врачебно - трудовой экспертизе (ВТЭ). Инспектор по ВТЭ осуществлял организационно – методическое руководство комиссиями, контроль качества их работы. При несогласии с решением межрайонной ВТЭК заявления рассматривал либо инспектор по ВТЭ либо областная комиссия ВТЭК. В 1982 г. в структуру облсобеса введена новая должность врача – эксперта по ВТЭ.

Архивные сведения о работавших в должности старшего инспектора по ВТЭ с 1951 г. до 1978 г. не сохранились. Из воспоминаний ветеранов службы медико – социальной экспертизы получены следующие данные: Огурцов Альберт Васильевич (работал в должности с 14.11.1961 г. по 21.08.1972 г.), Ванчугова Нина Георгиевна (ориентировочно до 1973 г.), Лагутина Валентина Амплиевна (ориентировочно в 1973 – 1977 г.г.).

По архивным материалам установлено:

в 1978 – 1979 г.г. в должности главного эксперта по ВТЭ работал Курдюмов Леонид Акимович;

в 1979 - 1985 г.г. в должности главного эксперта по ВТЭ трудился участник Великой Отечественной войны Одинцов Борис Дмитриевич;

в 1986 – 1993 г.г. в должности главного эксперта по ВТЭ областного отдела социального обеспечения Администрации Волгоградской области работала Старикова Юлия Герасимовна;

в 1993 – 1995 г.г. главным экспертом по ВТЭ работал Кузнецов Владимир Иванович.

Постановлением Главы Администрации Волгоградской области от 18.12.1998 г. № 668 утверждено Положение об учреждениях государственной службы медико – социальной экспертизы Волгоградской области. Общее руководство государственной службой медико-социальной экспертизы Волгоградской области осуществлял заместитель начальника Управления социальной защиты населения Администрации Волгоградской области Шестаков Сергей Анатольевич. Оперативное руководство учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы, координацию их деятельности с другими службами осуществлял отдел медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов во главе с начальником, главным экспертом по медико-социальной экспертизе Евтеревой Галиной Дмитриевной. С 2000 г. в состав службы вошли 32 бюро, из них 18 – общего профиля, 7 специализированных, 2 детских и 5 составов Главного бюро. В 2003 г. Государственная служба медико-социальной экспертизы Волгоградской области была представлена 7-ю составами главного бюро МСЭ и 30-ю первичными бюро МСЭ, из которых 21 бюро общего профиля и 9 специализированных.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 16.12.2004 г. №1646-р создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области». При-

казом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 17.12.2004 г. № 195 утвержден Устав Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области». Руководителем – главным экспертом вновь образованного учреждения был назначен Шестаков Сергей Анатольевич, проработавший в этой должности в течение последующих двух лет.

С 26.04.2007 г. на должность руководителя – главного эксперта Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико – социальной экспертизы по Волгоградской области» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию назначена Гичкун Людмила Петровна (далее с 2008г. учреждение отнесено к Федеральному медико – биологическому агентству, а с 2012г. находится в ведомственной принадлежности Министерству труда и социальной защиты населения Российской Федерации). Исполняются возложенные функции по установлению инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления, определению потребности инвалидов в различных видах реабилитации, определению степени утраты профессиональной трудоспособности, а также разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов и программ реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в формате государственной услуги по проведению медико – социальной экспертизы.

За годы деятельности структура учреждения неоднократно изменялась. Так в утвержденную на 2008 год структуру ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области» входили: Административно – управленческий аппарат, 7 составов: 5 общего профиля; 1 состав психиатрического профиля; 1 состав педиатрического профиля; 30 бюро медико – социальной экспертизы, в том числе 21 общего профиля; 1 (полутораставочный) фтизиатрического профиля; 1 (полутораставочный) офтальмологического профиля; 1 кардиологического профиля; 1 травматологического профиля; 3 педиатрического профиля; 2 психиатрического профиля. Из них 8 бюро общего профиля располагались в каждом районе г. Волгограда, 8 профильных бюро в г. Волгограде (в том числе 2 педиатрического профиля), 14 бюро в крупных районных центрах Волгоградской области: по одному в г. Михайловка, г. Суровикино, г. Палласовка, г. Жирновск, г. Новоаннинск, г. Урюпинск, г. Фролово, г. Николаевск, два в г. Камышин, четыре (в том числе 1 педиатрического профиля) в г. Волжский.

С учетом социально-демографических и других особенностей региона в 2009 году открыты новые филиалы: бюро № 31 (для освидетельствования лиц с психическими расстройствами), бюро № 32 (фтизиатрического профиля). На 01.01.2010 года фактически работало семь экспертных составов и 32 бюро, из них 9 профильных (офтальмологический, два фтизиатрических, три психиатрических, три педиатрических) и 23 – общего профиля. Данная структура сети бюро медико-социальной экспертизы и экспертных составов сохранялась в штатном расписании до 2015 года.

В 2008-2010гг. в учреждении проведено оснащение современным оборудованием детского офтальмологического кабинета, закуплено и установлено на базе бюро № 8 офтальмологическое оборудование для осмотра взрослого населения с глазной патологией. Учреждение имело 16 единиц автотранспорта, продолжило практику выездных заседаний по освидетельствованию граждан в сельские районы области, а также освидетельствование тяжелобольных и инвалидов по показаниям на дому и в стационаре. В аппарате управления к 2010г. размещены 3 сервера, доступ в Интернет, разработан проект корпоративной передачи и подключение всех филиалов и составов в единое информационное пространство. В рамках данной работы по созданию доступной среды для инвалидов и маломобильных групп населения в 2010г. проведено подключение к электронному сервису государственных услуг в глобальной сети Интернет – Порталу государственных и муниципальных услуг. Это предоставило возможность гражданам обращаться с заявлением на предоставление услуг в учреждение в электронном виде, а также отслеживать статус движения своего заявления – обращения. В сети Интернет размещен официальный сайт нашего учреждения [www.gbmse34.ru](http://www.gbmse34.ru). С декабря 2012г. начаты работы по установке Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационной системы медико – социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ). Уже с 01.01.2014г. все структурные подразделения учреждения работали в ЕАВИИАС МСЭ, позволяющей формировать банк граждан, получивших государственную услугу по проведению медико – социальной экспертизы и вести реестр граждан, признанных инвалидами, на 2018г. функционируют в полном объеме 12 серверов. В течение 2017г. в целях формирования Федерального реестра инвалидов специалистами нашего учреждения в Информационный ресурс для загрузки архивной информации по инвалидам внесены данные на более чем 120 тыс. инвалидов.

С 2016 года внедрена и поддерживается функция электронной передачи по защищенным каналам вы-

писок из ИПРА инвалида в органы исполнительной власти региона, являющиеся исполнителями реабилитационных мероприятий (Комитет здравоохранения Волгоградской области, Комитет по труду и занятости населения Волгоградской области, Комитет социальной защиты населения Волгоградской области, Комитет по образованию и науке Волгоградской области). С 01.01.2017г. поддерживается обратная связь с данными организациями по получению информации об исполнении реабилитационных или абилитационных мероприятий в электронном виде, ведется ежедневный мониторинг поступления сведений. В 2018 году получена возможность стабильного аналогичного взаимодействия с региональным отделением Фонда социального страхования РФ. Взаимодействие по данному вопросу с региональным отделением Пенсионного фонда РФ, УФСИН по Волгоградской области и Комитетом физической культуры и спорта Волгоградской области осуществляется на бумажном носителе.

К 2018 году проведен большой объем работы по созданию доступной среды в структурных подразделениях при предоставлении гражданам государственной услуги по проведению медико – социальной экспертизы. Проведен капитальный ремонт в бюро МСЭ, расположенных в г. Фролово, г. Михайловка, г. Камышин, г. Палласовка, г. Волжский, все городские бюро МСЭ и экспертные составы размещены в новом здании по адресу: Проспект имени В.И.Ленина,22б. Все помещения бюро МСЭ, в которых предоставляется государственная услуга по проведению медико – социальной экспертизы соответствуют санитарно – гигиеническим, противопожарным требованиям и требованиям техники безопасности. Оборудованы системой кондиционирования воздуха, системой охраны и видеонаблюдения, средствами пожаротушения, информационными киосками и стендами, тактильными табличками, имеют достаточное количество мест для ожидания граждан. Значительно улучшено оснащение структурных подразделений необходимым медицинским, хозяйственным оборудованием, мебелью и оргтехникой, расширен парк автотранспорта до 21 единицы. В рамках совершенствования системы медико – социальной экспертизы централизованно поступило в учреждение диагностическое оборудование для использования в работе экспертных составов:

1. Шумозащитная кабина аудиометрическая;
2. Аудиометр диагностический АА222;
3. Аппаратно – программный комплекс обследования вестибулярного аппарата с функциями видеониستاгмометрии, воздушной ирригации и вращательным стендом (креслом) электрическим;
4. Аппаратно – программный комплекс (медицинское оборудование) для функциональной диагностики, оценки нарушений опорно – двигательного аппарата и нервной системы Primus PC с принадлежностями;
5. Эргометр с функцией диагностической дорожки с силовой платформой – Эргометр Н/Р Cosmos «mercury med 4/0» с принадлежностями;
6. Тестовая платформа с лестницей и наклонной плоскостью для исследования стато-динамических функций.
7. Аппаратно-программный комплекс нейроскрининга и диагностики «ШуффридГмбХ» для исследования когнитивных функций.
8. Оборудование для объективизации степени выраженности нарушенных функций с учетом возрастных особенностей, в том числе в игровой форме, в целях создания комфортных условий (для формирования рекомендаций по социально – бытовой адаптации, социально – средовой реабилитации, по социально–психологической реабилитации, для определения профессиональной направленности, формирования рекомендаций по профессиональной ориентации, для проведения реабилитационно-абилитационной экспертной оценки игровой деятельности у детей, а также для рационального подбора технических средств реабилитации).

Ведется работа по обучению (инструктированию) специалистов учреждения оказанию ситуационной помощи инвалидам с учетом ограничений жизнедеятельности.

Работе с кадрами всегда уделялось особое значение. На 01.11.2008 г. в учреждении работал 391 сотрудник, из них 153 врача различных специальностей, специалистов по медико-социальной экспертизе (из них 20 врачей - специалистов по реабилитации инвалидов), 32 специалиста по социальной работе, 21 психолог, 38 медицинских сестер, 35 медицинских регистраторов. На 01.01.2011г. численность работников учреждения незначительно уменьшилась до 382 человек, из которых 21 – внешние совместители, укомплектованность кадрами составила 69,6%. При этом фактически занятых ставок врачей – 157 (укомплектованность – 64%); среднего медперсонала 79 единиц (укомплектованность 96%); прочих специалистов и вспомогательного персонала –146 единиц (укомплектованность – 65%). На 01.10.2015г. укомплектован-

ность учреждения (от штатного расписания) составила 68,3%, на 01.01.2018г. – 66,6% (при целевом показателе, установленном Минтрудом РФ, не менее 60%).

Совершенствование экспертного обслуживания населения все годы проводилось и проводится укомплектованием службы постоянными врачебными кадрами, получившими специализацию на базе ФГБУ «Санкт – Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России (ранее Ленинградский Институт экспертизы трудоспособности инвалидов (ЛИЭТИН) и ФГБУ «Федеральное бюро медико – социальной экспертизы» Минтруда России (ранее Центральный научно-исследовательский институт трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН), все врачи имеют соответствующие сертификаты по специальности «Медико – социальная экспертиза». В октябре 2007 г., ноябре 2008 г., мае 2009г. ФГУ «Главное бюро МСЭ по Волгоградской области» на своей базе организовало выездные циклы ФГУ «Федеральное бюро МСЭ», проведено тематическое усовершенствование 57 руководителей и врачей, 23 специалистов по социальной работе филиалов и составов, 16 психологов. В мае 2010г. на базе нашего учреждения проведено выездное заседание Аттестационной подкомиссии ФМБА России, аттестовано на присвоение и подтверждение квалификационных категорий 20 врачей. В 2011 году на базе нашего учреждения специалистами ФГБУ «Федеральное бюро МСЭ» проведен выездной сертификационный цикл обучения с выдачей 124 врачам сертификатов по специальности «Медико – социальная экспертиза». В 2015г. в два этапа специалистами ФГБУ «Санкт – Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России и ФГБУ «Федеральное бюро медико – социальной экспертизы» Минтруда России проведены сертификационные циклы обучения с выдачей сертификатов по специальности «Медико – социальная экспертиза» для 133 врачей, 31 медицинской сестры и 14 психологов. По окончании циклов успешно проведена аттестация на присвоение квалификационных категорий.

К 2018 году в Волгоградской области функционирует двухуровневая сеть учреждений МСЭ. В Волгограде располагаются: 5 экспертных составов Главного бюро (в том числе 3 состава общего профиля, 1 состав смешанного профиля, 1 состав для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет); 8 бюро МСЭ общего профиля; 1 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с заболеваниями органа зрения; 1 бюро МСЭ для освидетельствования больных туберкулезом; 2 бюро МСЭ для освидетельствования лиц с психическими расстройствами; 3 бюро для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет. В районных центрах располагаются: в г. Волжский – 4 бюро МСЭ общего профиля; в г. Камышин – 2 бюро МСЭ общего профиля; в г. Фролово, г. Михайловка, г. Палласовка, г. Новоаннинский, г. Урюпинск – по 1 бюро МСЭ общего профиля. В аппарат управления Главного бюро входят 9 отделов, обеспечивающих оптимальное функционирование всех структурных подразделений.

До 2008 года объем освидетельствования граждан в бюро МСЭ составлял свыше 75 тыс. человек в год, лишь с 2009г. отмечено снижение объема освидетельствования, так к окончанию 2010г. общее число граждан, прошедших освидетельствование, составило 67,3 тыс. человек, по итогам 2011г.- 61,8 тыс. человек. Снижение данного показателя прослеживается и далее, так по итогам 2014г. освидетельствовано 54,4 тыс. человек, в 2015г. – 52,4 тыс. человек, в 2016г. – 49,5 тыс. человек, в 2017г. – 48,1 тыс. человек, в том числе детей до 18 лет в 2014г. - в 2015г.- 5,1 тыс. человек, в 2016г. – 5,04 тыс. человек, в 2017г. – 5,2 тыс. человек. Всего признано инвалидами в 2014г. – 46,2 тыс. человек, в 2015г. – 43,5тыс. человек, в 2016г. – 41,8 тыс. человек, в 2017г. – 41,02 тыс. человек, в том числе детей в возрасте до 18 лет в 2014г. – 4,5 тыс. человек, в 2015г.- 4,5 тыс. человек, в 2016г. – 4,4 тыс. человек, в 2017г. – 4,5 тыс. человек. Всем гражданам, признанным инвалидами, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида.

Средняя нагрузка на одно заседание в целом по учреждению является оптимальной и составляет по годам: 2014 г. – 9,9, в 2015 г. – 9,1, 2016 г. – 9,4, 2017г. – 9,4. В деятельности бюро МСЭ по освидетельствованию лиц в возрасте до 18 лет нагрузка на 1 заседание в динамике составила: 2014г.- 7,0, 2015г.-8,7, 2016г.-8,5, 2017г. – 8,5. Практика выездных заседаний сохраняется, их доля составила по годам: 2014 г. – 15,1%, 2015г. – 7,4%, 2016 г. – 7,1%, 2017г. – 6,4%. Для граждан с выраженными и значительно выраженными нарушениями функций организма при невозможности явки на освидетельствование в бюро МСЭ, и для детей раннего возраста используются возможности проведения медико – социальной экспертизы на дому и заочно.

Главное бюро систематически ведет аналитическую работу по демографическому составу инвалидов в регионе, структуре и тяжести инвалидности по возрастному и гендерному признакам, а также по формам заболеваний, последствий травм и дефектов. Общее число впервые признанных инвалидами (ВПИ) среди взрослого населения составило по годам: в 2014 г. – 14,02 тыс. человек, в 2015 г.– 12,4 тыс. человек, в 2016 г.

- 11,5 тыс. человек, в 2017г. – 11,5 тыс. человек, с некоторым преобладанием инвалидов мужского пола. Общее число впервые признанных инвалидами (ВПИ) среди детей в возрасте до 18 лет в 2014г.-1107 человек, в 2015г.- 1015 человек, в 2016г. – 951 человек, в 2017г. – 954 человека, преобладают мальчики.

Интенсивный показатель первичной инвалидности взрослого населения на 10 тыс. соответствующего населения составил в динамике 2014 – 2017гг.: 66,6 – 59,5 – 55,5 – 56,3. Среди лиц трудоспособного возраста данный показатель составил в 2014 г. – 47,2, в 2015 г. – 39,8, в 2016г. -37,6, существенно снизился в 2017 г. – 37,1 на 10.тыс. соответствующего населения. Среди лиц пенсионного возраста значение интенсивного показателя составило по годам: 2014г. – 109,7, 2015г. – 101,8, 2016г. – 92,8, 2017г. – 94,9 на 10 тыс. соответствующего населения. У детей интенсивный показатель первичной инвалидности на 10 тыс. детского населения относительно стабилен: 2014 г. – 23,8, 2015г. – 20,1, 2016г. – 21,7, 2017г. – 19,9. Интенсивные показатели первичной инвалидности всех возрастных категорий в динамике 2014-2017гг. близки к соответствующим показателям по Российской Федерации.

Сотрудники нашего учреждения награждены ведомственными наградами (Почетная грамота Минтруда России – 22 человека, Почетная грамота Минздравсоцразвития России – 19 человек, Почетная грамота ФМБА России – 8 человек, нагрудный знак «Отличник здравоохранения Минздрава РФ»–3 человека), а также грамотами, благодарственными письмами, наградами органов исполнительной и законодательной власти Волгоградской области, 5 врачей были удостоены звания «Заслуженный врач РСФСР»:

-врач-психиатр Старикова Юлия Герасимовна (бывший главный эксперт по ВТЭ, председатель III состава, затем до 1997 г. работала врачом-консультантом III областной ВТЭК, далее врачом-психиатром V специализированного состава до 2004 г., в настоящее время находится на заслуженном отдыхе);

-врач-хирург Ершова Августа Моисеевна (работала в экспертном составе № 1, стаж работы свыше 30 лет, с 2012г. на заслуженном отдыхе);

-врач-невролог Владимирская Светлана Григорьевна (работала руководителем, затем врачом по МСЭ в бюро МСЭ № 7, стаж работы свыше 40 лет, с 2015г. на заслуженном отдыхе);

-врач-психиатр Каунова Галина Семеновна (работала руководителем V состава ГБ МСЭ, с 2009 г. продолжила работу в отделе экспертно-реабилитационной диагностики (с 2012г. по 2015г. в отделе экспертно – реабилитационной работы), стаж работы свыше 30 лет, в настоящее время находится на заслуженном отдыхе);

-врач-окулист Дианова Валентина Борисовна (бывший руководитель офтальмологического бюро).

В октябре 1997 г. из системы здравоохранения перешла на основную работу во вновь организованное Суровикинское бюро МСЭ ( затем бюро МСЭ №26) и работала до 2016г. врач-невролог Таскаева Зинаида Степановна, ранее удостоенная звания «Заслуженный врач РСФСР».

Большой коллектив ФКУ «Главное бюро МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России свято чтит своих сотрудников - ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов труда, работавших в разные годы в учреждении:

Одинцов Борис Дмитриевич, родился 26.08.1923 г. в селе Кончерево Петровского района Карельской АССР, в семье служащих. В 1932 г. в г. Петрозаводске окончил 7 классов и поступил в медицинский техникум на фельдшерское отделение. В июне 1941 г. по окончании техникума получил специальность фельдшера и в августе ушел на фронт. Служил в 24-ом мотострелковом полку 37-ой дивизии в составе Карельского фронта, а с 28 декабря 1941 г. в 80-ом пограничном полку в должности начальника батальонного медпункта. Как местный житель хорошо ориентировался на местности и часто ходил в разведку за «языками». В декабре 1941 г. получил звание «военный фельдшер» (два кубика). В 1942 - 43 г.г. участвовал в боевых действиях на Онежском озере, в освобождении Белоруссии, в 1944 г. в освобождении Литвы и Латвии, в 1945г. в ликвидации немецкой группировки в районе Тукумс – Либава, был контужен и перенес обморожение ног. Награжден медалью «За боевые заслуги», орденом Отечественной войны II степени и еще 17 медалями. С 1945 г. по 1958 г. служил на пограничных морских кораблях Западного округа в звании капитана медицинской службы. В 1958 г. после демобилизации поступил в Сталинградский мединститут и по его окончании в 1964 г. распределился в учреждение социальной защиты. Прошел усовершенствование в ЛИУВЭК и с 1966 г. работал председателем психиатрической ВТЭК, имел высшую категорию врача. С 1979 г. по 1985 г. был главным экспертом по ВТЭ облсобеса.

Мещеряков Константин Сергеевич, родился 30.05.1924г., после окончания средней школы в 1941 г. поступил на естественно – географический факультет Сталинградского педагогического института, но потом ушел добровольцем на фронт. Направлен на обучение в военно-медицинское училище. Будучи курсантом был мобилизован в Морскую бригаду и с марта по сентябрь 1942 г. служил в действующей армии Северо

– Казахстанского округа. Под Моздоком получил ранение и контузию, в течение месяца лечился в медсанбате. Награжден медалями «За отвагу», «За оборону Кавказа», орденом Отечественной войны. После окончания медучилища работал фельдшером в военном госпитале в г. Сталинграде. После демобилизации в 1947 г. в течение года работал фельдшером кареты «Скорой помощи», а затем поступил в медицинский институт. Получив в 1954 г. диплом, врача распределился на работу в противотуберкулезный санаторий (в том числе был его главным врачом). Далее с 1959 г. по 1964 г. работал хирургом в Волгоградском военном госпитале, имел высшую категорию врача. С 1964 г. работал председателем онкологической ВТЭК, в дальнейшем врачом – хирургом II состава Главного бюро МСЭ, ушел на заслуженный отдых 12 августа 2002 г.

Кириллова Татьяна Михайловна, родилась 25.01.1923 г., в годы войны была фельдшером полковой санитарной роты, в мирное время работала старшей медицинской сестрой Тракторозаводского бюро МСЭ г. Волгограда.

Бахмутова Антонина Федоровна, родилась 05.02.1922 г. в селе Александровка Иловлинского района Волгоградской области. Окончила Сталинградский фельдшерско – акушерский техникум в 1942 г., добровольно пришла в Ворошиловский военкомат, была направлена фельдшером в санроту полка 259 в/ч 1163, участвовала в освобождении Никопольского плацдарма, г. Никополя и правобережной Украины, неоднократно была в опасных ситуациях при оказании помощи раненым бойцам. Награждена медалью «За боевые заслуги» и медалью маршала Жукова. В мирное время работала старшей медицинской сестрой в Волжском бюро МСЭ.

Ахметова Вера Георгиевна, родилась 04.11.1923г., в годы войны была медицинской сестрой эвакогоспиталя при 64-ой Армии в г. Сталинграде, в мирное время работала старшей медицинской сестрой в травматологическом бюро МСЭ г. Волгограда.

Учреждение гордится еще рядом сотрудников, проработавших в системе социальной защиты и медико-социальной экспертизы

40 и более лет:

Канина Людмила Юрьевна - руководитель, врач-терапевт экспертного состава №1, награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Минздрава РФ»;

Незнамова Ольга Ивановна - руководитель, врач-терапевт экспертного состава №2;

Самохина Татьяна Николаевна – руководитель, врач-терапевт экспертного состава №3, награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Минздрава РФ»;

Финн Роман Григорьевич - врач-невролог, врач по МСЭ экспертного состава №4 и №5; свыше 30 лет:

Гичкун Людмила Петровна - с 1981г. работала врачом, а затем председателем Краснооктябрьской ВТЭК, далее председателем IV экспертного состава, с 2007г. является руководителем – главным экспертом по медико – социальной экспертизе, награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Минздрава РФ»;

Саломатина Татьяна Николаевна – руководитель, врач-терапевт, бюро МСЭ №6;

Ефимова Людмила Александровна – врач-офтальмолог офтальмологического бюро и IV экспертного состава;

Шемякина Галина Григорьевна – врач - хирург VI экспертного состава.

Учреждение имеет более 45 сотрудников, преданных своей профессии и проработавших в системе социальной защиты и медико-социальной экспертизы от 20 до 30 лет и 90 сотрудников со стажем от 10 до 20 лет. Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Минздрава РФ» награждена руководитель бюро МСЭ №21 Морозова Елена Федоровна. Ученую степень доктора медицинских наук, звание профессора и звание Почетный донор России имеет врач по МСЭ экспертного состава №3 Быхалов Леонид Сергеевич. Ученую степень кандидата медицинских наук имеют врач по МСЭ бюро №1 Москвитина Ольга Викторовна, врач по МСЭ бюро №30 Елисеева Ольга Геннадиевна.

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России во все времена сохраняет традиции милосердия, сострадания, гуманизма и справедливости к гражданам, верности профессиональному долгу, обеспечения глубокого понимания и осознанной поддержки политики государства, тесно сотрудничает с органами исполнительной и законодательной власти, территориальными органами здравоохранения и образования, социальной защиты населения, службы занятости населения, реабилитационными центрами и организациями, общественными организациями инвалидов и людей с ограниченными возможностями, и многими другими службами, заинтересованными в реализации законных прав инвалидов.

## **ФОРМИРОВАНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Юкина Т.И., Соловьева Н.Н.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ульяновской области» Минтруда России

Становление экспертной службы в Ульяновской области осуществлялось в ногу со временем.

Ульяновская область в составе РСФСР была образована Указом Президиума Верховного Совета СССР 19.01.1943 и по решению облисполкома с 01.02.1943 в регионе начала действовать областная служба социального обеспечения.

До 1943 года в г. Ульяновске действовала лишь одна городская врачебно-трудовая экспертная комиссия. В 1943 году ВТЭК созданы по районам города: Ленинская ВТЭК № 1, Сталинская ВТЭК № 2, Володарская ВТЭК № 3.

Структура учреждений врачебно-трудовой экспертизы Ульяновской области в 1944 году была представлена 1 областной ВТЭК и 28 городскими и районными ВТЭК. За 1944 год было дополнительно создано 5 бюро ВТЭК в районах области.

В августе 1946 года была проведена реорганизация городских бюро ВТЭК. Два городских бюро ВТЭК Сталинского и Ленинского районов города объединяются в одно бюро, при областном туберкулезном диспансере создается специализированное бюро ВТЭК для комиссования туберкулезных больных с общим числом заседаний 4 в месяц.

До 90х годов врачебно-трудовая экспертиза проводится при госпиталях инвалидов ВОВ по мере необходимости.

Деятельность и структура врачебно-трудовых экспертных комиссий постоянно совершенствуется и на 1953 год в области создано 27 ВТЭК, в том числе специализированные: туберкулезное, психоневрологическое бюро.

В 1958 году на территории Ульяновской области функционируют 22 экспертные комиссии (1 областная, 2 специализированные – психиатрическая и фтизиатрическая), 4 межрайонных и 15 в районах области. В 1959-1960 годах продолжается укрупнение сети ВТЭК: были ликвидированы 6 экспертных комиссий, проводивших освидетельствование на базе небольших районных больниц, неукomплектованных основными специалистами.

В 1960 году в Ульяновской области впервые была организована врачебно-экспертная комиссия для освидетельствования офтальмологических больных.

Единственная областная ВТЭК обслуживала всю область и являлась консультативным и методическим центром.

Реорганизация экспертной службы в регионе проводилась планомерно за счет выведения из штата слабых структурных подразделений и уже в 1963 году в Ульяновской области было только 8 ВТЭК.

В 1966 году при областной ВТЭК создается совет для привлечения общественности к разработке и осуществлению мер по улучшению работы ВТЭК, профилактике инвалидности и рациональному трудоустройству инвалидов.

Из-за возникающих трудностей при трудоустройстве инвалидов, для их рационального трудоустройства, ВТЭК занимается вопросами создания специальных цехов с соответствующими условиями труда.

В связи с большим количеством обращений граждан с различными видами травм в 1978 году на базе областной больницы впервые открыто травматологическое бюро ВТЭК.

В 80е годы в Ульяновской области работают 13 врачебно-трудовых экспертных комиссий.

В соответствии с «Положением о ВТЭК» все комиссии располагались на базе лечебных учреждений.

В 1985 году сеть ВТЭК в Ульяновской области реорганизуется. В связи с возрастающей нагрузкой на заседания комиссии открывается 3 межрайонная ВТЭК для растущего промышленного Заволжского района г. Ульяновска.

После выхода Закона о социальной защите инвалидов в России главой Администрации г. Ульяновска издано постановление от 14.02.1997 № 23 «Об утверждении государственной службы медико-социальной экспертизы». Государственная служба медико-социальной экспертизы создана на базе врачебно - трудовых экспертных комиссий.

Комиссии стали носить название «бюро МСЭ». В штат службы введены психологи, врачи-реабилитологи, специалисты по социальной работе, программисты, операторы ЭВМ.

Главное бюро МСЭ состоит из двух экспертных составов (общего и специализированного профиля) и осуществляет организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью межрайонных бюро МСЭ.

Первое педиатрическое бюро МСЭ открывается на базе областной детской больницы, 13.03.2000 открывается второе педиатрическое бюро МСЭ в детской поликлинике Заволжского района.

В ноябре 1999 года в структуре областного комитета социальной защиты населения было создано «Управление по вопросам реабилитации и социальной интеграции инвалидов», в состав которого вошла служба МСЭ.

Все межрайонные бюро МСЭ располагаются на базе лечебных учреждений кроме межрайонного бюро № 2. Структура МСЭ на территории Ульяновской области сформирована.

Учреждения государственной службы МСЭ с 01.01.2005 реорганизованы в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (ФГУ МСЭ). На территории Ульяновской области образовано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро МСЭ по Ульяновской области».

## **СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЯМАЛО-НЕНЕЦКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ**

**Юша Е.Г., Кипко О.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ямало-Ненецкому автономному округу» Минтруда России, г.Салехард.

Ямало-Ненецкий автономный округ образован 10 декабря 1930 года в составе Уральской области, в дальнейшем передан в состав Обско-Иртышской, позднее Омской области, с 14.08.44г. передан в состав Тюменской области. С 1977 года Ямало-Ненецкий округ имеет статус автономного.

История развития медико-социальной экспертизы в округе повторяет историю развития медико-социальной экспертизы в стране с учетом особенностей территории, подведомственности автономного округа и численности населения автономного округа.

В 30-е годы врачебно-трудовая экспертиза Ямало-Ненецкого автономного округа была подведомственна отделу социального обеспечения Омского облисполкома, который подчинялся в своей деятельности исполкому Омского областного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов и Народному комиссариату социального обеспечения РСФСР.

Во время Великой Отечественной войны резко возросли объёмы экспертной деятельности ВТЭК. Принимая во внимание увеличение контингента, нуждающегося в освидетельствовании и в целях перестройки работы комиссий, приближая ВТЭК непосредственно к населению, с 01.01.1942г. организована постоянно действующая Ямало-Ненецкая ВТЭК, которая обслуживала все районы округа. С 01.07.1944г. открыты врачебно-трудовые экспертные комиссии в районах: Ямальский, Надымский, Тазовский, Пуровский. В соответствии с Положением о ВТЭК, утвержденном Совнаркомом СССР 05.12.1942 года, работа врачебно-трудовых экспертных комиссий должна была проводиться на базах лечебно-профилактических учреждений, которые им предоставляли помещения и оборудование. Такое размещение комиссий способствовало улучшению контактов между ВКК и ВТЭК и сохранялось до начала 90-х годов.

К 1956 году в ЯНАО работали: окружная ВТЭК при Салехардской окружной больнице и 7 ВТЭК - каждой центральной районной больнице, состав ВТЭК: 3 врача, один из которых был председателем. Заседания комиссии проходили сначала 1 раз в месяц, в дальнейшем - 1 раз в неделю, на базе лечебных учреждений. В разное время окружную ВТЭК возглавляли: С.С. Поддубный, Н.Г. Ерошкин, В.В. Быков, Н.Г. Новицкая, С.Г. Бейтельман, Л.С. Дубяга, Л.А. Храбская, М.Г. Иванов, Л.А. Титовский, С.А. Шемякова. В этот период (до 1993 года) руководство службой ВТЭ было возложено на Тюменскую областную ВТЭК (главные эксперты – Ковальская А.В., Попов А.В.).

В 70-е годы – период бурного освоения нефтяного Севера, активно строились города Лабытнанги, Новый Уренгой, Ноябрьск, Муравленко, стремительно стало увеличиваться количество жителей округа, а вместе с этим рос объем экспертной работы, что потребовало изменения структуры службы ВТЭ.

В 1985 году была создана ежедневно действующая Салехардская межрайонная ВТЭК, которую возглавил Эйхман Федор Федорович. В 1988 году была создана ежедневно действующая межрайонная Новоуренгойская ВТЭК, которую возглавил Новосад Михаил Иванович, который работал в период с 1988г. по 2002г.

Контроль, методическое руководство работой врачебно-трудовых экспертных комиссий Ямало – Ненецкого автономного округа оставались за областной ВТЭК г. Тюмени.

18 октября 1991 года Ямало–Ненецкий округ принял декларацию о суверенитете. С 1992 года, после подписания Федеративного договора, Ямало–Ненецкий округ стал полноправным субъектом Российской Федерации. Постановлением Главы администрации округа Л.С. Баяндина от 21 декабря 1993 года №270 была создана сеть врачебно-трудовых экспертных комиссий по Ямало-Ненецкому автономному округу. Данным постановлением была создана окружная ВТЭК и 3 межрайонные ВТЭК, определены зоны обслуживания.

В дальнейшем, приказами начальника Управления социального обеспечения и обслуживания населения администрации округа Т.А. Кондаковой, были утверждены нормативные документы, определяющие порядок работы созданных учреждений, председателем окружной ВТЭК назначен Эйхман Ф.Ф., председателем Салехардской межрайонной ВТЭК назначена Медведева Алла Алексеевна, работавшая с 1985 года терапевтом, председателем Новоуренгойской межрайонной ВТЭК назначен Новосад Михаил Иванович, председателем Ноябрьской межрайонной ВТЭК назначена Масаева Бриллиант Тутаяевна. В начале 90-х годов в соответствии с принятием новых нормативно-правовых документов в стране закреплено новое понятие «инвалид» и основания для определения группы инвалидности. На учреждения медико-социальной экспертизы возложены задачи не только по установлению группы инвалидности, но и по определению потребностей инвалидов в мерах реабилитации и разработке индивидуальной программы реабилитации.

Для проведения экспертизы согласно новому понятию инвалидности и новым критериям в 1997 году под руководством председателя окружной ВТЭК Эйхмана Ф.Ф. была начата реорганизация службы ВТЭ в Государственную службу медико-социальной экспертизы. Постановлением Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа Ю.В.Неелова от 27 января 1997 года № 36 утверждено «Положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы Ямало-Ненецкого автономного округа». В соответствии с данным Положением формирование сети бюро производилось из расчета 1 бюро на 70-90 тыс. человек при условии освидетельствования 1,6-1,7 тыс. человек в год.

В 1999 году исполнение обязанностей председателя окружной ВТЭК возложено на Городцову Надежду Павловну, работавшую в окружной ВТЭК терапевтом. Под ее руководством за 1999 -2000гг. была завершена реорганизация системы ВТЭ округа в государственную службу МСЭ, все учреждения получили статус юридического лица, утверждены Положения об учреждениях. В 2002 году постановлением Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа создано Надымское районное бюро МСЭ, директором которого назначена Федорина Любовь Михайловна. Бюро медико-социальной экспертизы единственные в России работали в статусе юридических лиц, что создавало особенности правоотношений с Главным бюро и учредителем.

Все бюро были ежедневно действующие, работали по территориальному принципу.

С целью повышения доступности экспертно-реабилитационной помощи населению регулярно организовывались выездные заседания в обслуживаемые районы. Графики выездных заседаний согласовывались с лечебно-профилактическими учреждениями и территориальными органами социальной защиты населения. Благодаря этому ежегодно около 90% больных освидетельствовалось по месту их жительства.

С января 2005 года учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы Ямало-Ненецкого автономного округа ликвидированы. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 года №1646-р создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ямало-Ненецкому автономному округу», подведомственное Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию.

Учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы Ямало-Ненецкого автономного округа, в сложном процессе ликвидации окружных учреждений медико-социальной экспертизы, создания Федерального учреждения и его филиалов, продолжали осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством. Создана современная двухуровневая модель службы МСЭ с четкой вертикалью управления, системой контроля и единой политикой.

В 2008 году учреждения медико-социальной экспертизы переданы в ведение Федерального медико-биологического агентства, в 2012 году – в ведение Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ямало-Ненецкому автономному округу» Министерства по труду и социальной защите Российской Федерации тесно сотрудничает с органами исполнительной и законодательной власти автономного округа, территориальными

органами здравоохранения и образования, органами социальной защиты населения, государственными учреждениями службы занятости и многими другими службами, заинтересованными в реализации законных прав инвалидов. В настоящее время в Ямало-Ненецком автономном округе действуют следующие Соглашения:

- Соглашение с Департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа;
- Соглашение с Департаментом образования Ямало-Ненецкого автономного округа;
- Соглашение с Департаментом социальной защиты населения Ямало-Ненецкого автономного округа;
- Соглашение с Государственными учреждениями – региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации»;
- Соглашение с Региональной общественной организацией инвалидов «Надежда» Ямало-Ненецкого автономного округа;
- Соглашение с Агентством по физкультуре и спорту Ямало-Ненецкого автономного округа;
- Соглашение с Департаментом занятости Ямало-Ненецкого автономного округа.

Приоритетными направлениями в деятельности ФГУ «ГБ МСЭ по Ямало-Ненецкому автономному округу» является качественное и своевременное предоставление населению округа государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, обеспечение своевременной реабилитационно-экспертной диагностикой с целью определения реабилитационного потенциала, повышение качества разрабатываемых индивидуальных программы реабилитации инвалидов, в том числе определение видов, форм и объемов мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и полная и обоснованная оценка эффективности этих мероприятий.

Создан и постоянно пополняется федеральный реестр инвалидов.

Совершенствование взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы автономного округа с лечебно-профилактическими учреждениями, службой занятости, органами и учреждениями образования, социальной защиты населения, реабилитационными учреждениями, отделениями Фонда социального страхования, учреждениями и органами культуры, искусства, физической культуры и спорта, общественными организациями инвалидов.

Улучшение материально-технической базы учреждений медико-социальной экспертизы автономного округа.

Увеличение кадрового потенциала за счет поддержки и привлечения высококвалифицированных кадров специалистов, принимающих участие в предоставлении государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

## II ЧАСТЬ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МСЭ

### ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Агранов Д.Н., Борисов К.А., Шишкова-Лаврусъ М.В., Домницкий О.А.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы (ЧМТ) погибают 1,5 млн. человек; 2,4 млн. становятся инвалидами. В России ежегодно пострадавших с ЧМТ – 600 тыс. человек. Из них 50 тысяч погибают, 50 тысяч становятся инвалидами. Среди мужчин ЧМТ встречается в 2 раза чаще, чем у женщин основной возраст 20-39 лет. ЧМТ составляет 30-50 процентов в общей структуре травматизма. Увеличение количества пострадавших периодически происходит вследствие военных действий. В целом ежегодно в России получают повреждение головного мозга 1200000 чел., что приводит к колоссальным экономическим потерям.

Целью нашего исследования было изучение показателей медико-социальной экспертизы больных после перенесённой черепно-мозговой травмы.

Согласно данным результатов освидетельствования больных в ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» за 2015-2017 г. в структуре клинических форм преобладает сотрясение головного мозга (81,2% от общего числа освидетельствованных после перенесённой ЧМТ), ушиб головного мозга (14,7%), сдавление головного мозга (4,1%). Причины ЧМТ: бытовой травматизм 68,5%; ДТП – 19,9%; производственный – 11,6%. 20,5% пострадавших получают ЧМТ в состоянии алкогольного опьянения.

Осложнения, возникающие после перенесённой ЧМТ являются основными причинами для частичной или полной утраты трудоспособности и основанием для установления инвалидности у лиц старше 18 лет.

Одним из значимых осложнений после ЧМТ являются внутрочерепные гематомы, требующие проведения оперативного лечения, так же, как и открытые ЧМТ. Последствием является дефект костей черепа вследствие ранения или оперативного вмешательства. В 2015 г. при освидетельствовании умеренные нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы) были выявлены в 52,9% случаев, в 41,2% инвалидность не была установлена, в 2016-2017 гг. умеренные нарушения, обусловленные физическим внешним уродством после ЧМТ были определены в 93,8% и 95,5% случаев, соответственно.

В основе патогенеза прогрессирующих последствий ЧМТ чаще всего лежат прогрессирующие нарушения церебральной нейродинамики, интегративной деятельности и функционального состояния головного мозга. Клиническое и социальное значение ЧМТ определяется не только большой частотой, но и многообразием последствий различной тяжести, приводящих к социальной дезадаптации и инвалидности, причём в 23,5% случаев через 5-10 лет после травмы.

Определение группы инвалидности при первичном освидетельствовании у больных с нарушением психических функций после ЧМТ не выявило значимой динамики за 2015-2017 г. по степени выраженности нарушений: умеренные нарушения были выявлены в 58,2% случаев в 2015 г., 62,4% в 2016 г., 62,9% в 2017 г., выраженные нарушения были выявлены в 25,4% случаев в 2015 г., 20,0% в 2016 г., 17,7% в 2017 г., значительно выраженные нарушения были выявлены в 1,7% случаев в 2015 г., 1,6% в 2016 г., 2,4% в 2017 г. соответственно. Посттравматическая эпилепсия была выявлена в 27,3% случаев.

Нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, приводящие к инвалидизации, как результат перенесённой ЧМТ были выявлены в 92,2% случаев в 2015 г. (58,3% - умеренные, 24,6% - выраженные, 9,3% - значительно выраженные), в 90,8% случаев в 2016 г. (56,6% - умеренные, 22,8% - выраженные, 11,4% - значительно выраженные), в 82,8% случаев в 2017 г. (49,4% - умеренные, 24,5% - выраженные, 9,0% - значительно выраженные). Отмечается незначительное снижение показателей инвалидизации после перенесённой ЧМТ на фоне проводимых реабилитационных мероприятий.

Полная реабилитация отмечена в 32,3% случаев, после перенесённой ЧМТ. В остальных случаях встречаются различные варианты течения травматической болезни. Регрессирующий вариант – наблюдается преимущественно в первой группе исследуемых (16,4% случаев). Ремитирующий вариант – протекает с перио-

дами декомпенсаций и ремиссий на фоне интоксикации, повторных травм, инфекций, физических нагрузок (19,9%). Прогрессирующий вариант – с нарастанием неврологических выпадений, психических нарушений на фоне сосудистых нарушений, наблюдается преимущественно в третьей группе исследуемых (до 31,4%).

Таким образом, несмотря на снижение интенсивных показателей инвалидности вследствие черепно-мозговых травм в последние годы, высокая распространённость, стойкие проявления прямых последствий ЧМТ в основном у лиц трудоспособного возраста, определяют необходимость расширенного и более продолжительного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ПОКАЗАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ УСТРОЙСТВ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ (СРТ) У ДЕТЕЙ**

**Адрианов А.В., Непомнящая С.А., Лебедева Н.В.**

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России, кафедра педиатрии, медико-социальной экспертизы и реабилитации детей-инвалидов

Сердечная ресинхронизирующая терапия - это высокоэффективный метод лечения левожелудочковой сердечной недостаточности у взрослых, которая приводит к улучшению сократительной способности левого желудочка, обратному ремоделированию сердца, снижению количества госпитализаций по поводу прогрессирования хронической сердечной недостаточности, улучшению качества жизни и снижению смертности.

Наиболее часто для ресинхронизирующей терапии у взрослых используют предсердно-синхронизированную бивентрикулярную электро-стимуляцию, которая проводится с помощью имплантации специализированного кардиостимулятора, в сердце при этом устанавливаются три электрода:

- предсердный электрод в правом предсердии,
- желудочковый электрод в правом желудочке,
- второй желудочковый электрод в левом желудочке (левожелудочковый электрод проводится через коронарный синус в одну из вен сердца, чаще латеральную).

Электроды для ресинхронизирующей терапии имплантируются в правое предсердие, правый желудочек, а электрод для стимуляции левого желудочка проводится через коронарный синус.

На основании положительного опыта СРТ у взрослых данный метод лечения стал использоваться в педиатрии, в первую очередь, у детей со сложными врожденными пороками сердца и сердечной недостаточностью.

В настоящее время нет общепринятых рекомендаций для проведения СРТ у детей. Во взрослой практике к I Классу показаний относится хроническая сердечная недостаточность III-IV класса (по NYHA), несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, со снижением ФВ ЛЖ  $\leq 35\%$ , наличием блокады левой ножки пучка Гиса и длительностью QRS  $\geq 120$  мс.

Эффективность ресинхронизирующей терапии у детей оценить сложно, что связано, во-первых, с незначительным опытом использования этого метода лечения в педиатрии и гетерогенностью этой группы пациентов, во-вторых, с особенностями анатомии сердца и гемодинамики на фоне сложных ВПС. После проведения коррекции ВПС у детей очень часто имеет место блокада правой ножки пучка Гиса и правожелудочковая сердечная недостаточность. Поэтому, типичная для взрослых левожелудочковая хроническая сердечная недостаточность со снижением ФВ  $\leq 35\%$ , с наличием блокады левой ножки ПГ у детей наблюдается очень редко, что затрудняет адаптацию критериев отбора у взрослых для проведения ресинхронизирующей терапии у детей.

В нормальном сердце электрическая активность в желудочках распространяется по системе Гиса - Пуркинье, которая имеет уникальные свойства быстрого и «повсеместного» распространения возбуждения. Это приводит к скоординированной активации всех отделов обоих желудочков, в результате происходит синхронное эффективное сокращение желудочков. Принимая во внимание тесную взаимосвязь между электрическим возбуждением и механическим сокращением миокарда, становится очевидным, что аномальная электрическая активация будет приводить к неадекватной сократимости.

В случае наличия блокады ножек пучка Гиса, или, например, на фоне постоянной правожелудочковой электрической стимуляции, желудочковая активация (волна деполяризации) распространяется атипично, от

одной клетки к другой через окружающий миокард, что может быть в 4 раза медленнее, чем через специализированные клетки проводящей системы, т.е. с помощью системы Гиса - Пуркинье.

Ресинхронизирующая терапия направлена на устранение диссинхронии, когда две волны активации от левожелудочкового и правожелудочкового электродов, распространяясь с противоположных сторон, сливаются одновременно, приводя к более эффективному сокращению желудочков, что в конечном итоге должно улучшить сократительную способность и привести к обратному ремоделированию.

У детей в 70% случаев ресинхронизирующая терапия используется при хронической сердечной недостаточности на фоне сложного ВПС, в остальных случаях - это пациенты с хронической сердечной недостаточностью и кардиомиопатиями.

У детей раннего возраста со сложными ВПС обычно используют эпикардиальную бивентрикулярную стимуляцию. Данный подход может быть осуществлен через министернотомию, хотя в случае повторных операций (спаечный процесс) и структурной патологии сердца, данный доступ к левому желудочку может быть затруднен. Альтернативным способом является имплантация левожелудочкового электрода с помощью мини-тораотомии. Для детей без сложных ВПС возможна эндокардиальная стимуляция, в ходе которой, если пациент достаточного возраста, левожелудочковый электрод проводится трансвенозно в коронарный синус. В случае, если имеет место аномалия коронарного синуса, левожелудочковый электрод может быть имплантирован эпикардиально, через министернотомию или миниторакотомию, для создания гибридной бивентрикулярной системы стимуляции.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В 2015-2017 ГГ.**

**Аргат Ю. Н., Саликова С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

Актуальность проблемы. Проблема детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения (далее – психические расстройства), по-прежнему, остается актуальной. В структуре болезней психические расстройства у детей-инвалидов занимают первое ранговое место.

Цель исследования. Анализ структуры первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств по гендерно-возрастным критериям, месту жительства за период 2015-2017 гг. по результатам освидетельствования в бюро № 21. Изучение специфики МСЭ при психических расстройствах и клиники основных психических расстройств у детей; потребности в (ре-)абилитации.

Материал и методы. Формы государственной статистической отчетности (№7-собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2015-2017 гг. Анализ 1216 актов МСЭ и протоколов детей-инвалидов вследствие психических расстройств бюро № 21.

Результаты. В структуре первичной детской инвалидности по классам болезней за анализируемый период в Омской области первое ранговое место стабильно занимают психические расстройства с удельным весом в 2015 г. - 42,5 %; в 2016 г. – 39,4 %; в 2017 г. – 35,3 % случаев. В динамике регистрируется стойкое снижение удельного веса данной патологии.

Уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств имеет ту же тенденцию к снижению с 10,0 в 2015 г. до 9,5 на 10 тысяч детского населения в 2017 г., с темпом убыли - 5,0 %, но выше, чем по РФ (2015 г. - 6,1; 2017 г. - 6,4) и по СФО (2015 г. - 7,4; 2017 г. - 7,7).

По г. Омску отмечается снижение уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств с 7,4 в 2015 г. до 6,5 на 10 тысяч детского населения в 2017 г. (темп убыли - 12,2 %). По муниципальным образованиям области регистрируется незначительный рост с 12,8 в 2015 г. до 12,9 на 10 тысяч детского населения в 2017 г. (темп прироста +0,8 %).

Второе ранговое место занимают врожденные аномалии с тенденцией к росту их удельного веса: в 2015 г. - 16,0 %, в 2016 г. – 19,4 % и в 2017 г. – 22,8 % случаев. На третьем ранговом месте болезни нервной системы: в 2015 г. – 13,1 %, в 2016 г. – 14,3 % и в 2017 г. – 12,2 % случаев.

Бюро № 21 освидетельствует детей в возрасте 0-17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения, ДЦП и другими паралитическими синдромами, эпилепсией на основной базе, на выездных заседаниях, на дому, а также заочно. Медико-социальная экспертиза детей в бюро проводится в присутствии

законных представителей (родителей, опекунов), ведется аудио- и видеозапись. Освидетельствование детей с психическими расстройствами и их (ре-) абилитация – сложный аспект МСЭ, требующий определенных временных затрат, умений и навыков, квалификации от всех специалистов. Врачи по МСЭ анализируют представленную документацию на конкретного ребенка (направление на МСЭ, характеристика из образовательного учреждения, заключения врачей-специалистов, психолога, логопеда и дополнительных методов исследования, ПМПК и др.), оценивают адекватность и эффективность проведенной терапии, (ре-)абилитационных мероприятий; беседуют с ребенком (при возможности) и с его родителями, затем проводится осмотр ребенка. Важными составляющими характеристики из образовательного учреждения являются указание вида программы обучения, условий получения образования, подробное описание успеваемости и нарушений учебных навыков, нарушений поведения. Анализируется рисунок поведения ребенка и соответствие рисунка поведения предъявляемой симптоматике. Врачи по МСЭ определяют основные синдромы (синдром), ограничивающие жизнедеятельность, их степень выраженности и стойкость, клинический прогноз.

Особенность психических расстройств в том, что последствиями их могут быть несколько категорий ограничений жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению, контролю за своим поведением). Таким примером являются умственная отсталость, деменция, психоорганический и астенический, галлюцинаторный и психопатоподобный синдромы.

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений психических функций организма человека, обусловленных психическими расстройствами и расстройствами поведения, основывается преимущественно на характере и степени выраженности психопатологической симптоматики, ее прогрессивности. Учитывается также динамика состояния, особенности расстройств личности, типы компенсации и характер адаптации в основных сферах жизнедеятельности (семейной, бытовой, социально-средовой). Степень нарушения психических функций (незначительная, умеренная, выраженная, значительно выраженная) соответствует диапазону процентных значений (10-30, 40-60, 70-80, 90-100 %). При одной и той же степени выраженности нарушений психических функций, в рамках каждого из указанных процентных диапазонов градация по 10 % зависит от таких личностных и социальных факторов, как характерологические особенности, установки, мотивация, образование и др., определяющих особенности адаптации в основных сферах жизнедеятельности. Указанный принцип применим для оценки степени выраженности нарушений психических функций в процентах независимо от нозологической формы психического расстройства.

При необходимости психолог оценивает особенности личности ребенка, уточняет степень нарушения психических функций и выявляет сохраненные психические процессы, проводит психокоррекцию внутренней картины болезни, беседу по профориентированию (с 14 лет). Специалистами бюро анализируется социально-психологический климат в семье. Такое проведение освидетельствования позволяет оценить качество жизни ребенка в различных социально-психологических ситуациях – «болезнь», «образование», «семья», «передвижение», «самообслуживание», «социальные контакты». Врачи по МСЭ определяют функциональный клинико-экспертно-(ре-)абилитационный диагноз с учетом МКБ-10 (основной, сопутствующий). Коллективно выносятся экспертно-(ре-)абилитационное решение, которое объявляется законным представителям.

Ребенку устанавливается категория «ребенок-инвалид» при сочетании 3-х факторов: 1. нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами; 2. ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться); 3. необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

Сроки инвалидности в зависимости от нозологии, стойкости и степени выраженности синдрома (ов) устанавливаются на 1 год, 2 года, 5 лет или до достижения ребенком возраста 18 лет.

В структуре первичной детской инвалидности по результатам освидетельствования детей в Бюро №21 за анализируемые годы на первом ранговом месте психические расстройства с удельным весом в 2015 г. - 83,1% случаях от общего числа детей ВПИ (394 ребенка), в 2016 г. – 80,1 % (431 ребенок) и в 2017 г. – 72,5% (391 ребенок).

Второе ранговое место занимают болезни нервной системы: в 2015 г. – 15,6 % случаях (74 ребенка), в 2016 г. – 19,1 % (103 ребенка), в 2017 г. – 21,5 % (116 детей). Третье ранговое место занимают врожденные аномалии: в 2015 г. – 1,1 % (5 детей); в 2016 г. – 0,6 % (3 детей) и в 2017 г. – 5,2 % (28 детей).

Наибольший удельный вес детей ВПИ вследствие психических расстройств в 2015 г. составляют дети возрастной категории 4-7 лет – 45,4 % (179 детей), в 2016 г. – дети 8-14 лет (45,2 % – 195 детей) и в 2017 г. – также дети 8-14 лет (49,4 % – 193 ребенка). По всем возрастным категориям преобладают мальчики. Наибольший удельный вес составляют дети, проживающие в городской местности: в 2015 г. – в 62,7 % случаях, в 2016 г. – в 60,3 %, в 2017 г. – 55,2 %. Это обусловлено удаленностью сельского населения от медицинских организаций, клиничко-диагностических центров, меньшей обращаемостью в них.

В структуре психических расстройств по нозологическим формам первое ранговое место стабильно занимает умственная отсталость: в 2015 г. – 53,0 % (209 детей), в 2016 г. – 51,3 % (221 ребенок), в 2017 г. – 57,3 % (224 ребенка). Наибольший удельный вес среди детей-инвалидов с умственной отсталостью составляет легкая умственная отсталость: в 2015 г. – 90,9 %, в 2016 г. – 92,8 % и в 2017 г. – 95,5 % (в динамике регистрируется рост удельного веса). Уровень первичной детской инвалидности вследствие умственной отсталости в 2015 г. составил 5,3 на 10 тысяч детского населения, в 2016 г. – 5,4 и в 2017 г. – 5,4; темп прироста +1,9 % (в 2017 г. по РФ и СФО ниже – 2,9 и 4,5 соответственно). Среди детей-инвалидов по гендерному признаку наибольший удельный вес занимают мальчики: в 2015 г. – в 68,4 % случаях, в 2016 г. – в 63,3 %, в 2017 г. – в 70,5 % случаев.

Самый высокий удельный вес умственной отсталости отмечается среди детей-инвалидов 8-14 лет: в 2015 г. – 50,2 % случаев, в 2016 г. – 57,0 % и в 2017 г. – 62,0 % случаев. Среди уточненных причин развития умственной отсталости у детей преобладают родовые травмы и травмы, полученные в возрасте до 3 лет, внутриутробные асфиксия и гипоксия, недоношенность, внутриутробные интоксикации (алкогольные, никотиновые) и внутриутробные инфекции (цитомегаловирусная, герпес, грипп и др.), хромосомные нарушения. У детей-инвалидов с умственной отсталостью часто наблюдаются нарушения поведения разной степени выраженности, проявляясь психопатоподобным типом олигофренического дефекта (эксплозивный, астенический варианты). При эксплозивном варианте дети получают корректоры поведения, нейролептики (сонапакс, неулептил, аминазин, азалептин, хлорпотиксен и др.).

Второе ранговое место в структуре психических расстройств стабильно занимают органические расстройства различной этиологии (травмы, интоксикации, инфекции, эпилепсия, смешанные причины): в 2015 г. – 40,1 % (158 детей), в 2016 г. – 39,9 % (172 ребенка), в 2017 г. – 35,5 % (139 детей).

Среди детей-инвалидов по гендерному признаку наибольший удельный вес занимают мальчики: в 2015 г. – 74,0 %; в 2016 г. – 84,9 %; в 2017 г. – 75,5 % случаев.

В структуре по возрасту преобладают дети 4-7 лет: в 2015 г. – 53,2 %, в 2016 г. – 57,6 %, в 2017 г. – 51,8 % случаев.

Часто органические расстройства проявляются в виде психоорганического и астенического синдромов, психопатоподобных расстройств. Уровень первичной детской инвалидности вследствие органических расстройств составляет: в 2015 г. – 4,0 на 10 тысяч детского населения, в 2016 г. – 4,2; в 2017 г. – 3,4 (с темпом убыли -15,0 %).

На третьем ранговом месте среди психических расстройств находятся: в 2015 г. – расстройства психологического развития с удельным весом 3,8 %, в 2016 г. – шизофрения (5,1 %), в 2017 г. – шизофрения (4,3 %). На четвертом ранговом месте находятся: в 2015 г. – шизофрения (3,0 %), в 2016 г. – расстройства психологического развития (3,7 %), в 2017 г. – расстройства психологического развития (2,8 %).

Уровень первичной детской инвалидности вследствие расстройств психологического развития составляет: 0,4 на 10 тысяч детского населения в 2015 г., в 2016 г. – 0,4; в 2017 г. – 0,3 (с темпом убыли -25,0 %). Уровень первичной детской инвалидности вследствие шизофрении в динамике составляет: 0,3 на 10 тысяч детского населения в 2015 г., в 2016 г. – 0,5; в 2017 г. – 0,4 (темп прироста +33,3 %).

В клинике расстройств психологического развития преобладает аутизм (детский, атипичный), в клинике шизофрении – психопатоподобные расстройства, галлюцинаторная симптоматика, олигофреноподобная симптоматика. Дети с шизофренией получают поддерживающую терапию (сонапакс, аминазин, азалептин, неулептил, галоперидол, rispoleпт и др.). Также практически все дети получают поддерживающее лечение (ноотропные, сосудистые препараты).

Всем детям-инвалидам разрабатывается и выдается ИПРА с рекомендациями по медицинской, психолого-педагогической, социальной реабилитации и абилитации. Определяется потребность в ТСР, в видах помощи и услугах, а также реабилитационные потенциал и прогноз, прогнозируемые результаты. ИПРА ребенка-инвалида содержит реабилитационные или абилитационные мероприятия, ТСР и услуги, которые предоставляются бесплатно в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р; с региональным

перечнем; за счет средств (части средств) материнского (семейного) капитала; а так же товары и услуги в оплате, которых принимают участие сам инвалид либо другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм.

Законным представителям (родителям) разъясняются рекомендуемые мероприятия в ИПРА, сроки проведения, исполнители, прогнозируемые результаты.

Для выполнения рекомендованных реабилитационных мероприятий ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области» направляет выписки из ИПРА ребенка-инвалида: а) в территориальный орган пенсионного фонда РФ по месту жительства ребенка-инвалида; б) в орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья; в) в орган исполнительной власти в сфере образования; г) в орган исполнительной власти в сфере социальной защиты населения; д) в орган исполнительной власти в области содействия занятости населения; е) в орган исполнительной власти в области физической культуры и спорта; ж) в региональное отделение ФСС РФ. Выписка направляется не позднее трех рабочих дней с даты выдачи ИПРА ребенка-инвалида с использованием системы межведомственного электронного взаимодействия.

В трехдневный срок с даты поступления заявления ребенка-инвалида, законного или уполномоченного представителя ребенка-инвалида орган исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности организуют работу по реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида.

Таким образом, в структуре первичной детской инвалидности по классам болезней за анализируемый период на первом ранговом месте психические расстройства. В клинике психических расстройств чаще регистрируются интеллектуальные и психопатоподобные нарушения. Наибольший удельный вес среди детей ВПИ вследствие психических расстройств составляют дети в возрасте 4-7 лет и 8-14 лет. Во всех возрастных категориях преобладают мальчики. Дети, проживающие в городской местности, преобладают. Все дети-инвалиды нуждались реабилитационных мероприятиях; ИПРА сформирована и выдана в 100,0 % случаев.

## **АНАЛИЗ РАЗРАБОТАННЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ В ПЕРИОД 2015-2017 ГГ. ПО ДАННЫМ БЮРО № 21**

**Аргат Ю. Н., Саликова С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

**Введение.** Проблемы своевременной и полноценной (ре-)абилитации детей-инвалидов остаются, по-прежнему, актуальными, так как инвалидность ребенка приводит к значительным ограничениям его жизнедеятельности в жизни и социальной сфере. Из-за ограничений жизнедеятельности у ребенка сложнее устанавливаются взаимоотношения со сверстниками, труднее им обучаться, а в дальнейшем заниматься трудовой деятельностью.

**Цель исследования.** Анализ потребности детей-инвалидов 0-17 лет в различных аспектах и мероприятиях (ре-)абилитации за период 2015-2017 гг. по результатам освидетельствования в бюро № 21 - филиала ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области» (далее – Бюро № 21).

**Материал и методы.** Формы государственной статистической отчетности (№7-собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» за период 2015-2017 гг. Анализ 4828 индивидуальных программ реабилитации (абилитации) (далее - ИПР/ИПРА) детей-инвалидов Бюро № 21.

**Результаты.** Зона обслуживания Бюро № 21 включает все 5 административных округов г. Омска и 32 муниципальных образования Омской области. Бюро № 21 освидетельствует детей в возрасте 0-17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения, ДЦП и другими паралитическими синдромами, эпилепсией. Определение потребности ребенка-инвалида в мерах социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия, занимает приоритетное положение в работе бюро.

В 2015 г. разработано и выдано 1611 ИПР, в 2016 г. – 1503 ИПРА, в 2017 г. – 1714 ИПРА, темп прироста составил – 6,4 %. Отказов от реализации ИПР/ИПРА нет.

При формировании ИПР/ИПРА мероприятия по медицинской и социальной (ре-)абилитации рекомендовались в 100,0 % случаев.

Потребность детей (с ДЦП и другими паралитическими синдромами) в реконструктивной хирургии регистрировалась в анализируемый период в 2,9 % случаев от общего числа разработанных и выданных ИПРА соответственно годам. Абсолютное число увеличилось с 46 детей в 2015 г. до 50 детей в 2017 г., на 8,7 %.

Нуждаемость в санаторно-курортном лечении (в основном детей с ДЦП и другими паралитическими синдромами) определена в 2015 г. в 16,3 % случаях (262 ребенка); в 2016 г. – в 13,5 % случаях (203 ребенка); в 2017 г. - в 15,1 % случаях (259 детей).

Для компенсации ограничений жизнедеятельности потребность у детей-инвалидов в ТСР определена в 27,7 % случаев (447 детей) в 2015 г.; в 22,8 % случаев (342 ребенка) в 2016 г. и 26,9 % случаев (462 ребенка) в 2017 г.

Регистрируется рост абсолютного числа детей, нуждающихся в ТСР на 3,4 % (15 случаев) при уменьшении их доли в структуре всех разработанных ИПР/ИПРА.

Потребность в рекомендациях по условиям организации обучения увеличилась - 96,2 % - 99,7 % - 99,4 % соответственно годам. Абсолютное число имеет ту же тенденцию к росту - 1550 детей, 1499 детей, 1704 ребенка соответственно, темп прироста - 9,9 %.

Рекомендации по профориентации даны в 8,9 % случаях (144 детям), в 24,3 % (365 детям) и в 10,2 % (175 детям) от общего числа разработанных и выданных ИПР/ИПРА соответственно годам.

Несмотря на высокую потребность детей-инвалидов в различных (ре-)абилитационных мероприятиях, остается низким уровень развития в сети (ре-)абилитационных учреждений социально-психолого-культурной, спортивной направленности в городе и практическое их отсутствие в сельской местности для детей с психическими расстройствами.

Отсутствует необходимое кадровое обеспечение в медицинских организациях, лечебно-(ре-)абилитационных учреждениях (логопеды-дефектологи, психиатры, медицинские психологи, социальные педагоги и др.).

Поэтому важная роль в (ре-)абилитации и социальной интеграции детей-инвалидов принадлежит законным представителям (родители, приемные родители, опекуны, попечители). Благодаря заинтересованности законных представителей в совместном преодолении трудностей, у детей формируется рациональный тип реакции на собственные заболевания, ограничения жизнедеятельности, что приводит к интеграции детей в микро- и макросоциум.

## **СТРУКТУРА ПОВТОРНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ В 2015-2017 ГГ. ПО ДАННЫМ БЮРО № 21-ФИЛИАЛА ФКУ «ГБ МСЭ ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ**

**Аргат Ю. Н., Саликова С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

**Введение.** Проблема детской инвалидности является актуальной в настоящее время. Социально-экономическое развитие общества невозможно без формирования будущих полноценных трудовых ресурсов. Стойкие нарушения функций организма приводят к ограничению жизнедеятельности ребенка, что создает комплекс социальных, экономических, морально-психологических проблем, как для него самого, так его семьи, требуется привлечение дополнительных государственных средств.

**Цель исследования.** Анализ структуры повторной детской инвалидности по нозологическим формам за период 2015-2017 гг. по результатам освидетельствования в бюро № 21 – филиала ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области».

**Материал и методы.** Формы государственной статистической отчетности (№7-собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2015-2017 гг. Анализ 3044 актов МСЭ и протоколов детей-инвалидов 0-17 лет бюро № 21 - филиала ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области».

**Результаты.** Анализ результатов переосвидетельствования детей-инвалидов в 2015-2017 гг. отмечает тенденцию к росту общего числа повторно освидетельствованных детей: в 2015 г. – 1167 детей, в 2016 г. – 983 ребенка, в 2017 г. – 1206 детей (темп прироста +3,3 %). Их удельный вес составляет 70,8 %, 64,3 % и 68,6% случаев от общего числа всех освидетельствованных детей соответственно годам.

По результатам переосвидетельствования для установления категории «ребенок-инвалид» инвалидность установлена в 2015 г. в 98,4 % случаях (1049 детей), в 2016 г. – в 99,7 % (924 ребенка), в 2017 г. – в 98,7 % (1071 ребенок). При переосвидетельствовании практически у всех детей нервно-психические расстройства остаются стойкими либо отмечается ухудшение состояния.

В структуре детей, повторно признанных инвалидами, по нозологическим формам в 2015-2017 гг. на первом ранговом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения с удельным весом 73,4% – 78,9 % – 71,2 % случаев от общего числа детей, повторно признанных инвалидами (ППИ). Абсолютное число составило 770 – 729 – 763 человека, темп убыли – 1,0 %.

В структуре психических расстройств преобладает умственная отсталость – 51,8 %, 52,7 %, 51,2 % случаев соответственно анализируемым годам.

На втором ранговом месте находятся болезни нервной системы: в 2015 г. – 25,5 % (268 детей), в 2016 г. – 20,4 % (189 детей), в 2017 г. – 21,7 % (232 ребенка) случаев от общего числа детей ППИ.

Третье ранговое место занимают врожденные аномалии: в 2015 г. – 0,7% (7 детей), в 2016 г. – 0,4 % (4 ребенка), в 2017 г. – 5,2 % (56 детей) случаев от общего числа детей ППИ.

Показатель полной реабилитации имеет тенденцию к снижению: в 2015 г. – 1,6, в 2016 г. – 0,3, в 2017 г. – 1,3. Низкий показатель полной реабилитации свидетельствует о стойкости нарушений функций организма при психических расстройствах и болезнях нервной системы. По Омской области в целом показатель полной реабилитации среди всех детей выше: в 2015 г. – 20,0 %, в 2016 г. – 3,6 %, в 2017 г. – 2,4 % (с тенденцией к снижению).

Таким образом, в структуре детей ППИ по нозологическим формам ведущее ранговое место занимают психические расстройства и расстройства поведения с удельным весом в среднем за 3 года – 74,5 % случаев. Показатель полной реабилитации колеблется в пределах – 1,6 - 0,3 – 1,3.

## **ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ВЗРОСЛОЙ ИНВАЛИДНОСТИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГГ.**

**Бажуткина М.А., Шишкова-Лаврус М.В., Мусина А.В., Борисов К.А., Бабий Л.И.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

Редкая (или «орфанная») патология является хронически прогрессирующей, приводящей к инвалидности или смерти. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ, ст. 44, п. 1: редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространённость не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения. Согласно Постановлению Правительства РФ «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» от 26.04.2012 г. №403 (ред. от 04.09.2012 г.) и «Перечню редких (орфанных) заболеваний на основании статистических данных» сформированном Министерством здравоохранения РФ (в ред. от 24.05.2018 г.) - включено 227 заболеваний, с указанием синонимов и названия редких болезней, принятых в русскоязычной литературе и справочниках, входящие в данную группу. В Самарской области по данным Министерства Здравоохранения на 2018 г. зафиксировано 113 заболеваний из данного перечня.

Преимущественно, данные заболевания впервые диагностируются и подтверждаются в детском возрасте, что обеспечивается повышенным вниманием со стороны педиатрического звена, однако, существует ряд орфанных заболеваний, которые впервые выявляются только во взрослом возрасте при неуклонном прогрессировании процесса, что значительно влияет на качество жизни и ставит её под угрозу.

За период с 2014 по 2018 г. в бюро общего и смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» были проведены освидетельствования лицам старше 18 лет со следующими орфанными заболеваниями: боковой амиотрофический склероз (G12.2) – 80 человек, что составило 0,114% от общего числа освидетельствованных за данный период, возраст первичного установления диагноза 31-79 лет (поздний возраст выявления коррелирует со степенью выраженности нарушения функций, умеренные нарушения выявлены в 9 случаях, выраженные в 26 случаях, значительно выраженные в 45 случаях); мышечная дистрофия врож-

дённая (G71.0-G71.2) – 59 человек (0,084%), возраст первичного выявления 21-68 лет (умеренные нарушения функций – 30, выраженные нарушения – 16, значительно выраженные – 13, без корреляции с возрастом); синдром Гентингтона (G10) – 28 человек (0,039%), заболевание впервые установлено в возрасте от 30 до 65 лет (умеренные нарушения – 10, выраженные – 14, значительно выраженные – 4, степень тяжести заболевания коррелирует с возрастом первичного определения, в 4 случаях срок дифференциальной диагностики составлял до 3 лет).

В двух случаях (0,002%) освидетельствовались лица с наследственной копропорфирией (порфирией острой перемежающейся) (E80.2) – возраст первичного установления диагноза 28 и 52 года (выявлены умеренные нарушения функций), и в двух случаях освидетельствовались лица с семейной средиземноморской лихорадкой (периодическая болезнь) (E85.0) – возраст первичного установления диагноза 24 и 43 года (выявлены выраженные и значительно выраженные нарушения функций, соответственно).

Прогерия – один из редчайших генетических дефектов, приводящий к преждевременному старению организма. В Самарской области к настоящему времени зафиксировано два случая прогерии подтвержденных генетическими исследованиями: женщина с прогерией взрослых (синдром Вернера), заболевание было впервые диагностировано и подтверждено в возрасте 25 лет и мужчина с детской прогерией (синдром Хатчинсона-Гилфорда), заболевание полностью подтверждено соответствующими генетическими исследованиями только в 20 лет. За получением государственной услуги по МСЭ – не обращались.

Таким образом, в большинстве случаев, орфанные заболевания, выявляемые у лиц старше 18 лет, относятся к болезням нервной системы и приводят к нарушению нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, а также определяют широкий спектр реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации, рекомендуемых данной категории больных.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНВАЛИДНОСТИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Бессмертная О.Г.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

За последние 15 лет в России были осуществлены серьезные мероприятия в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья (инвалидов) по созданию «доступной среды жизнедеятельности» (определение Всемирной Организации Здравоохранения, ВОЗ). При этом был принят ряд указов Президента РФ и законодательных актов РФ, внедрены информационные системы и программные средства для социального обследования инвалидов, приняты меры по интеграции инвалидов в общество.

С принятием закона №181-ФЗ от 24.11.1995г. (в редакции 2015г.) «О социальной защите инвалидов в РФ» и закона №46-ФЗ от 03.05.2012г. «О ратификации конвенции о правах инвалидов» изменились методы социальной защиты инвалидов. Понятие инвалид стало более содержательным. Несомненным достижением является создание в стране реабилитационных центров, общественных организаций инвалидов, благотворительных фондов, проектов и программ по социальной защите и поддержке инвалидов, возможностями их интеграции в общество.

В Самарской области созданы условия для предоставления услуг ранней помощи инвалиду на межведомственной основе.

При ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России организован Общественный Совет, который включает представителей ведомств, которые включены в этапы реализации выполнения мероприятий ИПРА, представителей общественных организаций, представителей общественных организаций инвалидов. На заседаниях Общественного Совета обсуждаются новое в законодательстве, решаются задачи, поставленные перед учреждениями МСЭ и проблемы, возникающие у инвалидов.

В Самарской области при Министерстве социально-демографической и семейной политики созданы реабилитационные центры, которые принимают инвалидов на курсы реабилитации в полустационарных и стационарных условиях с учетом медицинских показаний и противопоказаний.

Самарская область один из немногих регионов, в которых в дополнение к сети детских реабилитационных центров и отделений (14 учреждений), которые приближены к инвалидам и располагаются в территориальных округах, создана сеть из 11 реабилитационных учреждений для взрослой категории инвалидов, на базе которых осуществляется комплексная реабилитация в соответствии с ИПРА. Ежегодно на базе центров реабилитации получают услуги 12,7 тыс. инвалидов, в том числе детей-инвалидов области. Основными направлениями деятельности центров являются не только медицинская, но и социальная адаптация и интеграция инвалидов в общество.

С целью оптимизации работы и приближения государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы к гражданам с 2016 года учреждения медико-социальной экспертизы Самарской области расположены в едином здании по адресам: г. Самара, ул. Молодогвардейская, 33; г. Тольятти, Южное шоссе, 23; г. Сызрань, ул. Пензенская, 46. Здания оборудованы специальными приспособлениями и оборудованием для свободного передвижения и беспрепятственного доступа к ним маломобильных групп населения.

Прием граждан в данном учреждении ведется по типу «многофункционального центра». По данным адресам открыты консультативные пункты Пенсионного Фонда, Центра Занятости, ФСС, Протезно-ортопедическое предприятие. Граждане, которым установлена инвалидность могут получить исчерпывающую информацию по всем интересующим их вопросам. Также на первом этаже транслируется блок видеoinформации по порядку проведения медико-социальной экспертизы, оборудованы информационные стенды в соответствии с указаниями, утвержденными Административным регламентом по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Руководитель главный эксперт регулярно выступает в средствах массовой информации (на телевидении, радио, дает интервью в газетах и журналах), освещая вопросы и проблемы по проведению медико-социальной экспертизы.

В Самарской области развито межведомственное взаимодействие, ведётся совместный приём граждан министра здравоохранения Самарской области и руководителя главного эксперта Самарской области.

## **КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА: ПРИЧИНЫ, ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ**

**Бехтерева Н. А., Медовник А. В., Пайков А. Ю.**

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Минтруда России

Проведение мероприятий по реабилитации и абилитации инвалидов – важнейшая социально-экономическая задача, решение которой вытекает из требований законодательства нашей страны и ратифицированной ей Конвенции о правах инвалидов и затрагивает права и потребности более двенадцати миллионов граждан России.

Согласно федеральному закону №181 – ФЗ от 24 ноября 1995 года «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в ныне действующей редакции) государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Данный Перечень утвержден Правительством Российской Федерации (распоряжение №2347-р от 30 декабря 2005 года, с последующими изменениями и дополнениями). К техническим средствам реабилитации (далее - ТСР) инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний. Медицинские показания и противопоказания определяются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. В настоящий момент действующим нормативным документом, регламентирующим вышеуказанные показания

и противопоказания является приказ Минтруда России от 28 декабря 2017 года №888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» (далее – Приказ №888н).

Анализ письменных обращений граждан и обращений на личном приеме у руководителя-главного эксперта Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Минтруда России показал, что основная масса жалоб и конфликтных ситуаций, возникающих при разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов (далее – ИПРА), касаются рекомендаций по обеспечению ТСР.

Причиной жалоб чаще всего является непонимание или незнание гражданами организационно-методических и правовых подходов к включению в ИПРА ТСР. Например, к конфликтам приводит отказ специалистов МСЭ включить в ИПРА медицинские изделия (например бандажи, ортопедическую обувь), использование которых рекомендовано врачами-специалистами для лечения заболеваний (обеспечения лечебно-охранительного режима, профилактики осложнений), не приводящих к ограничениям ни в одной из категорий жизнедеятельности. Достаточно проблемной категорией ТСР является абсорбирующее белье, показанием к включению в ИПРА которого являются согласно Приказу №888н стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции пищеварительной системы и/или мочевыделительной функции вследствие заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной, периферической нервной системы; заболеваний, последствий травм, пороков развития мочеполовой и пищеварительной систем. В эту категорию граждан, как правило, не попадают «лежачие» больные с соматической (в первую очередь онкологической) патологией, для которых подгузники являются средством ухода.

Другой причиной жалоб на врачей-экспертов является тот факт, что на освидетельствование приходят пациенты, «настроенные» врачами ЛПУ на получение определенных ТСР, что также приводит к негативным последствиям, так как снять данную установку бывает сложно. К конфликтным ситуациям также могут приводить рекомендации в направлении на МСЭ, данные врачами ЛПУ без учета показаний и противопоказаний согласно действующим нормативным документам. Проблемы при разработке ИПРА создают и сложившиеся различия в наименованиях ТСР, используемых в практическом здравоохранении и службе МСЭ. Например, достаточно часто хирурги и ортопеды ЛПУ используют в рекомендациях общее понятие «ортез», тогда как приказом Минтруда РФ от 13 февраля 2018 года №86н предусмотрена более подробная классификация средств для ортезирования (аппараты, туторы, бандажи и т. п.). Причиной недовольства граждан бывает и отказ экспертов в указании в ИПРА конкретного производителя того или иного ТСР либо технических характеристик, не предусмотренных действующими нормативными документами (например «коляска-ступенькоход и т. п.)

С 18 марта 2018 года вступил в силу Приказ №888н. Изменение показаний по ряду его пунктов в сравнении с ранее действующими нормативными документами аналогичного содержания (Приказы Минтруда России от 9 декабря 2014 года №998н и от 18 февраля 2013 года №65н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации») также вызывает вопросы и приводит к жалобам инвалидов без срока переосвидетельствования, вновь обратившимися в учреждение МСЭ с целью разработки новой ИПРА. В частности, инвалиды с укорочением нижней конечности более 30 мм согласно Приказам Минтруда №998н и №65н имели показания к обеспечению сложной ортопедической обувью, тогда как по ныне действующему нормативному документу данное ТСР может быть рекомендовано при стойких умеренных, выраженных нарушениях статодинамических функций вследствие: заболеваний, последствий травм, деформаций стоп и голеностопного сустава; лимфостаза (слоновости); синдрома диабетической стопы; акромегалии а также при использовании туторов. Так как к укорочению нижней конечности приводят, как правило, последствия травм, заболеваний и аномалий развития костей бедра и голени, обеспечить эту группу инвалидов сложной ортопедической обувью за счет средств федерального бюджета согласно действующим нормативным документам не представляется возможным. Особенно актуальным является этот вопрос для лиц с укорочением нижней конечности более 7 см, которое само по себе, согласно классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (приказ Минтруда России от 17 декабря 2017 года №1024), приводит к умеренным нарушениям статодинамических функций и чаще всего не может быть скорректировано ортопедическими стельками или вкладышами в обычную обувь.

Аналогичные ситуации возникают в настоящее время и при определении показаний к обеспечению тростями опорными и прогулочными креслами-колясками (в Приказе №888н отсутствуют показания в виде

нарушения функций кровообращения (за исключением патологии сосудов нижних конечностей), дыхания, пищеварения, эндокринной системы и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, имевшиеся в ранее действующих нормативных документах).

При всем многообразии «внешних» причин конфликтных ситуаций при формировании ИПРА нельзя снимать ответственность за их возникновение и со специалистов МСЭ. Врачи-эксперты не всегда уделяют должное внимание установлению контакта, беседе с освидетельствуемым или его законным (уполномоченным) представителем о реальных потребностях инвалида, особенностях его бытовой и социальной деятельности и разъяснению в доступной форме основных положений действующих нормативных документов применительно к конкретной ситуации.

При формальном подходе к разработке ИПРА часто не определяется нуждаемость в ТСР, медицинские показания для которых установлены в рамках Приказа №888н. Достаточно частым поводом для отказа специалистов МСЭ в обеспечении ТСР является наличие у инвалида степени выраженности нарушенных функций выше, чем определено в медицинских показаниях. Однако в подобных случаях следует руководствоваться пунктом 2 примечаний к Приказу №888н, в котором указано, что ТСР подбирается инвалиду (ребенку-инвалиду) индивидуально исходя из степени выраженности имеющихся у него стойких нарушений соответствующих функций организма, но не ниже степеней выраженности нарушений функций, предусмотренных настоящим перечнем, с учетом условий использования ТСР в целях компенсации или устранения имеющихся у инвалида (ребенка-инвалида) стойких ограничений жизнедеятельности.

В качестве примера можно привести случай разработки ИПРА ребенку-инвалиду 4 лет с детским церебральным параличом, спастическим тетрапарезом со значительно выраженным нарушением статодинамических функций. В направлении на МСЭ в числе прочих ТСР рекомендована сложная ортопедическая обувь. Причиной для обращения матери на личный прием к и. о. руководителя-главного эксперта послужил отказ специалистов бюро МСЭ по месту жительства включить в ИПРА данное ТСР, мотивированный несоответствием показаний Приказу №888н (ребенок самостоятельно не передвигается). В экспертном составе проведено очное контрольное освидетельствование. На основании данных личного осмотра, анализа медицинской и медико-экспертной документации было установлено, что использование ортопедической обуви с целью придания стопам функционально выгодного положения и профилактики контрактур позволит создать условия для формирования у ребенка навыков стояния и ходьбы, что может привести к частичной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности в категории «способность к самостоятельному передвижению». Таким образом, руководствуясь пунктом 2 примечаний к Перечню, решение бюро отменено в части ИПРА, экспертным составом разработана новая ИПРА, в которую включены рекомендации по обеспечению сложной ортопедической обувью.

К возникновению конфликтных ситуаций приводит и то, что при наличии заключения врача-специалиста в соответствующей области о нуждаемости в ТСР, специалисты МСЭ не включают данные ТСР в ИПРА, мотивируя свое решение наличием противопоказаний, избыточностью, неэффективностью применения либо идентичным по их мнению назначением рекомендованных ТСР без доказательной базы.

Например, в некоторых случаях, инвалидам, особенно детям-инвалидам с тяжелыми заболеваниями нервной системы врачи-специалисты дают рекомендации о включении в ИПРА аппаратов и туторов на один и тот же сегмент конечности. При проведении контрольного освидетельствования в экспертном составе по обжалованию решения бюро в части ИПРА в подобной ситуации был составлен запрос в направившую гражданина медицинскую организацию об обоснованности данных рекомендаций. Полученные разъяснения о порядке применения вышеуказанных ТСР (аппараты – в дневное время для восстановления двигательных навыков, занятий лечебной физкультурой; туторы – для разгрузки и фиксации конечности в функционально выгодном положении, профилактики контрактур в ночное время) дали основания для включения их в ИПРА.

Врачам-экспертам необходимо помнить, что согласно Федеральному закону №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» само понятие медико-социальной экспертизы определяется не только как признание лица инвалидом, но и определение его потребностей в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Поэтому даже в самых сложных и тяжелых случаях, при наличии необратимых морфологических и функциональных изменений, должен быть разработан комплекс реабилитационных или абилитационных мероприятий, в том числе, рекомендованы определенные технические средства реабилитации, которые, позволят, пусть и частично, обеспечить компенсацию стойких ограничений жизнедеятельности.

По результатам анализа причин конфликтных ситуаций, возникающих при формировании ИПРА, в ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России реализуется комплекс мероприятий для их профилактики:

1. Зоны ожидания бюро МСЭ оснащены информационными стендами, на которых представлены актуальные нормативные документы, регламентирующие деятельность учреждений МСЭ, в том числе и по вопросам обеспечения ТСР. В свободном доступе имеется и раздаточный материал в виде памяток.

2. При разработке ИПРА уделяется особое внимание установлению доверительного контакта с освидетельствуемым, оценке его возможности к выполнению повседневной бытовой, общественной, трудовой деятельности в реально существующей среде, выявлению барьеров, индивидуальному и рациональному подбору ТСР для устранения или компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности, разъяснению в доступной форме основных положений действующих нормативных документов применительно к конкретной ситуации.

3. При определении нуждаемости в ТСР учитываются и приобщаются к протоколу все актуальные заключения и рекомендации врачей-специалистов в соответствующей области. В случае разночтения содержания направительных документов и данных осмотра гражданина в бюро МСЭ, для уточнения наличия медицинских показаний и противопоказаний, обоснованности использования того или иного ТСР разрабатывается программа дополнительного обследования, составляются запросы в медицинские организации. Отказ во включении ТСР в ИПРА является строго аргументированным, его причины в доступной форме разъясняются инвалиду.

4. Для решения отдельных вопросов по обеспечению ТСР используются возможности отдела реабилитационно-экспертной диагностики. Например, обследование на специальном диагностическом оборудовании (в частности – эргометре с функцией диагностической дорожки) позволяет оценить параметры ходьбы при использовании различных технических средств реабилитации: протезов, ортезов, средств опоры.

Кроме того, с целью более качественного определения нуждаемости инвалидов в мерах реабилитации, на базе отдела реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России оборудован кабинет подбора ТСР. В этом кабинете осуществляется ознакомление, индивидуальный подбор и первичное обучение пользованию такими ТСР как кресла-коляски, трости, ходунки, костыли, приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.

5. Реализация межведомственного взаимодействия с медицинскими организациями в рамках оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в первую очередь предоставление направлений на МСЭ в электронном виде, позволит врачам-экспертам оценить качество и полноту заполнения данного документа (в том числе и в части рекомендаций по реабилитации) предварительно, до приема гражданина и в необходимых случаях запросить недостающие сведения заранее и тем самым значительно снизить вероятность развития конфликтных ситуаций.

6. Ведение методической и консультативной работы с учреждениями здравоохранения с целью выработки единых подходов к клинко-диагностическим, реабилитационно-экспертным и организационным подходам к обеспечению инвалидов ТСР.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2015-2017 ГГ**

**Викторова Л.В.<sup>1</sup>, Кичигина О.В.<sup>1</sup>, Иванова А.В.<sup>1</sup>, Алексеева Л.С.<sup>1</sup>, Кичигин В.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России;

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Введение. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) при туберкулезе проводится с учетом клинического и реабилитационного прогноза. На степень ограничения жизнедеятельности больных туберкулезом влияет клиническая форма специфического процесса, распространенность, активность, чувствительность микобактерий туберкулеза к современным химиопрепаратам, возможности и методы хирургического лечения, характер осложнений. Уровни первичной инвалидности вследствие туберкулеза отражают степень запущенности эпидемиологического процесса, своевременность выявления и лечения патологии, позволяют оценить организацию системы здравоохранения и межведомственного взаимодействия.

Цель исследования: изучить уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза, в том числе легочного, в Чувашской Республике (ЧР), оценить возрастную-половую структуру впервые признанных инвалидами (ВПИ) в динамике за 2015-2017 годы.

Результаты. Заболеваемость туберкулезом в 2015-2017 гг. по ЧР составила 52,3-49,0-43,8 (Приволжский Федеральный округ - ПФО: 56,0-52,5-47,6), (Российская Федерация – РФ: 57,7-53,3-48,3) на 100 тыс. населения. В 2017 году по сравнению с 2015 годом отмечается снижение заболеваемости вследствие туберкулеза на 16,3% по ЧР, на 15% в ПФО и в РФ на 16,3%.

Интенсивный показатель первичной инвалидности вследствие туберкулеза по ЧР по сравнению с 2015 годом незначительно вырос и составил в 2017 году 1,7 (в 2015-1,5 и в 2016г-1,6) на 10 тыс. населения. Этот показатель выше показателей по РФ (1,5-1,4-1,4) и по ПФО- в 2017 году (1,3- 1,3 -1,3).

В ЧР за весь анализируемый период в структуре инвалидности по тяжести вследствие туберкулеза преобладает 2 группа инвалидности. В 2015 году инвалиды 2 группы среди ВПИ составили 63,7%, в 2016 году - 61,7%, 65,3% – в 2017 году. Доля инвалидов 3 группы была значительно ниже (32,9%-37,0%-34,7%), доля же инвалидов 1 группы была очень низка и в динамике снижалась (3,4%-1,3%-0%). В 2017 году инвалидов первой группы не было.

Анализ первичной инвалидности с учетом пола показал, что удельный вес ВПИ среди женщин невелик, в структуре первичной инвалидности по туберкулезу стойко преобладают мужчины: 83,8% – в 2015 году, 90,8% – в 2016 году, 85,0% – в 2017 году. Следует отметить, что уровень заболеваемости туберкулезом мужчин в 2-3 раза выше уровня заболеваемости женщин, что объясняется наличием большого резервуара туберкулезной инфекции в учреждениях пенитенциарной системы, а также высоким уровнем социальной дезадаптации, наиболее проявляющейся среди мужской части населения.

В ЧР в структуре инвалидности вследствие туберкулеза преобладает инвалидность вследствие туберкулеза легких. Надо заметить, что начиная с 2015 года в отчетности по туберкулезу легких учитывается только бациллярный туберкулез (А15). До 2015 года в графе туберкулез легких учитывался и небациллярный туберкулез (А16). В связи с этим резко снизилась доля инвалидов с туберкулезом легких от числа инвалидов по туберкулезу.

Если в 2013 году из 140 ВПИ по туберкулезу 113 человек были с туберкулезом легких (80,7%). В 2014 году из 134 ВПИ больных туберкулезом 111 инвалидов по туберкулезу легких (82,8%). В 2015 году резкое снижение: из 149 ВПИ инвалидов по туберкулезу было 80 человек с туберкулезом легких (53,7%).

В динамике за анализируемый период число ВПИ вследствие туберкулеза легких (А 15) относительно стабильно: в 2015 году- 80 человек, в 2016 году- 73, в 2017 году- 79 человек. Доля легочного туберкулеза в структуре инвалидности по туберкулезу в 2016-2017 гг. снизилась и составила соответственно 47,4% и 47,3%.

Структура первичной инвалидности в 2017 году по тяжести инвалидности среди всего взрослого населения вследствие туберкулеза легких выявила следующее распределение групп инвалидности по ранговым местам: инвалиды второй группы занимают 1 место (91,1%), инвалиды третьей группы - 2 место (8,9%). В 2017 году инвалидов первой группы не было.

В Чувашской Республике за весь анализируемый период в структуре инвалидности по тяжести вследствие туберкулеза легких преобладает 2 группа инвалидности. Доля ее колеблется: 90% в 2015 году, 93,2% в 2016 г., 91,1% в 2017 году. В целом за 3 года доля инвалидов 2 группы стабильна. В динамике к 2015 году произошел прирост показателей 3 группы инвалидности на 40% - с 6,2 % до 8,9%.

При анализе возрастной структуры первичной инвалидности в Чувашской Республике установлено, что большинство ВПИ вследствие туберкулеза составляли лица трудоспособного возраста. Доля их увеличивается за три года с 94% в 2015 году, 95,5% в 2016 году, до 96,4% в 2017 году.

Довольно редко инвалидность по туберкулезу встречается среди лиц пенсионного возраста. Число инвалидов пенсионного возраста в 2017 году по сравнению с 2015 годом уменьшилось с 6,0% до 3,6%. Таким образом, в структуре первичной инвалидности за период с 2015 по 2017 годы сохраняется преобладание ВПИ трудоспособного возраста.

В Чувашской Республике за анализируемый период в структуре ВПИ вследствие туберкулеза легких преобладают лица трудоспособного возраста, со значительным преобладанием лиц молодого возраста. Доля трудоспособных граждан в 2015 году составила 95%, в 2016 году – 98,6%, в 2017 году – 96,2%. Доля лиц молодого возраста в 2015 году была 60,0%, в 2016 году – 52,0%, в 2017 году – 58,2%.

Среди лиц пенсионного возраста инвалидность вследствие туберкулеза легких встречается редко. В 2015 году инвалидность установлена 4 больным (5%), в 2016 году- 1 человеку (1,4%), в 2017 году 3 больным (3,8%).

Таким образом, в структуре первичной инвалидности по туберкулезу в целом и по туберкулезу легких за период с 2015 по 2017 годы сохраняется преобладание среди ВПИ лиц трудоспособного возраста.

За анализируемый период в структуре первичной инвалидности вследствие туберкулеза среди взрослого населения стабильно преобладает сельское население: в 2015 году - 56,4%, в 2016 – 66,2%, в 2017 – 56,3%.

Первичная инвалидность по туберкулезу за 2015-2017 гг. среди городских жителей составила 1,1-0,8-1,2 на 10 тыс. населения, среди сельских жителей – 2,2-2,6-2,5 на 10 тыс. населения.

Низкие показатели первичной инвалидности по туберкулезу взрослого населения наблюдались в столице ЧР – г. Чебоксары (0,8– 0,5 – 0,9). Среди других городов ЧР первичная инвалидность по туберкулезу составляла от 1,0 до 4,7 на 10 000 взрослого населения.

Стабильно высокие показатели первичной инвалидности по туберкулезу отмечены в г. Козловка (7,8-6,6-2,7). Объясняется это тем, что в г. Козловка находится Республиканская туберкулезная больница для осужденных женщин.

По районам республики в 2017 году наибольший показатель первичной инвалидности среди взрослого населения Яльчикского района и Цивильского района, соответственно 5,7 и 5,6 на 10 тыс. населения. В Чебоксарском районе 5,0 на 10 тыс. населения. Наименьшие показатели: в Поречском районе- 0, Канашском районе – 0,7 и Батыревском районе- 0,7 на 10 тыс. населения.

Высокие показатели первичной инвалидности по туберкулезу выше среднереспубликанских наблюдаются в Чебоксарском районе (3,2-5,0-5,0 на 10000 взрослого населения), что тоже можно объяснить нахождением в районе Республиканской туберкулезной больницы для осужденных мужчин.

#### Выводы

1. Проведенный анализ первичной инвалидности вследствие туберкулеза за 2015-2017 годы среди взрослого населения Чувашской Республики показал незначительное увеличение числа ВПИ вследствие туберкулеза.

2. Контингент ВПИ вследствие туберкулеза был представлен, в основном, лицами молодого возраста, доля которых, в динамике несколько увеличилась; меньше всего было лиц пенсионного возраста. Ежегодно более 80% от впервые признанных инвалидами составляют мужчины.

3. Среди ВПИ вследствие туберкулеза отмечено значительное преобладание инвалидов второй группы, в динамике за анализируемый период отмечалась тенденция к увеличению доли инвалидов второй и третьей групп и уменьшение доли инвалидов первой группы.

4. ВПИ вследствие туберкулеза легких составляют в структуре первичной инвалидности туберкулеза большую долю.

5. В структуре первичной инвалидности вследствие туберкулеза среди взрослого населения по территориальным особенностям преобладает сельское население.

6. Имеются колебания первичной инвалидности по туберкулезу по районам, что зависит от социально-экономических факторов, организации противотуберкулезной службы, наличия в районе противотуберкулезных учреждений для осужденных.

#### Список литературы:

Астафьев В.А., Савельев Е.Д. Жданова С.Н. и др. Туберкулез в основных социальных группах риска // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2014. — №6. — С.114-117.

Баянова Н.А., Гаврилов А.В., Расхожев А.В. Сравнительный анализ первичной инвалидности вследствие туберкулеза среди взрослого населения городских и сельских поселений Оренбургской области с прогнозом динамики // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2013. — №4. — С. 21-24.

## **УСТАНОВОЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Войтенко Р.М., Бровин А.Н.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

В медико-социальной экспертизе, одной из значимых задач клинического психолога-эксперта является проблема отграничения возможного установочного поведения свидетельствуемого от психологического и патопсихологического уровней реагирования индивида на болезнь или дефект.

Под *установочным поведением* понимается осознанное, целенаправленное предъявление свидетельствуемым *заведомо* ложной информации о состоянии своего здоровья, т.е. осознанное, целенаправленное предъявление симптомов несуществующего заболевания (симуляция, метасимуляция, суперсимуляция), усиление симптомов имеющегося заболевания (аггравация), а также предъявление симптомов, утяжеляющих общее состояние организма («поиск симптомов»). К установочному поведению относят и попытку скрыть (преуменьшить) симптомы имеющегося заболевания (диссимуляция, дисгравация).

Выводы экспертов об установочном поведении обычно основываются на особенностях предъявляемой психологу-эксперту симптоматики, в частности, если она расходится с параклиническими данными обследования, и в случаях, когда игнорируется объективный рисунок поведения свидетельствуемого, особенности его жалоб на ограничения жизнедеятельности.

Попытка при помощи экспериментально-психологического обследования объективизировать степень выраженности нервно-психических расстройств также является одной из задач психолога-эксперта. Клинический психолог-эксперт имеет возможности более профессионально оценить особенности личности свидетельствуемого. При решении вопроса об установочном поведении важна и оценка особенностей имеющейся социальной ситуации. В таких случаях существенную помощь могут оказать данные социального обследования.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что если «клинические» проявления установочного поведения описываются врачом-экспертом соответствующей специальности, то сам факт его наличия, конкретного варианта степени выраженности оценивается коллегиально.

Какова же тактика врачебно-экспертной комиссии при выявлении у свидетельствуемого факта установочного поведения? Прежде всего, следует понимать, что экспертиза не кончается данным экспертным диагнозом и заключением. Свидетельствуемый вправе обжаловать экспертное решение в установленном порядке, в том числе и через суд. Следовательно, факт установочного поведения должен быть верифицирован и обоснован. Полученные данные об установочном поведении должны быть зафиксированы в экспертной документации. Решение о наличии установочного поведения обсуждается всеми членами комиссии и является их коллегиальным мнением.

Упоминание об установочном поведении включается в развернутый клинико-функциональный диагноз после его окончательной полной формулировки. Например: «установочное поведение (по типу аггравации)».

При обосновании экспертного решения комиссия также должна оценить его роль и значимость. Обычно используются формулировки «с учетом имеющегося установочного поведения» или «несмотря на имеющееся установочное поведение...» - далее обосновывается то или иное экспертное решение.

Таким образом, формы установочного поведения вытекают из особенностей предъявляемой симптоматики (существующего или несуществующего заболевания), индивидуальных особенностей личности свидетельствуемого, особенностей социальной ситуации, в которой он находится и имеющейся у него рентной мотивации. Поэтому специалисты по медико-социальной экспертизе, а также клинический психолог-эксперт, должны четко ориентироваться в формах установочного поведения, путях их выявления, принципах отграничения от проявлений патопсихологического уровня реагирования личности, симптоматики психотического регистра и возможных соматических нарушений.

#### **Список литературы:**

- Войтенко Р.М. Клинико-экспертная психология – СПб. 2010; (2 изд. 2016) - 257 с.  
Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации//Руководство для врачей. – СПб, 2015 (второе изд.) -192 с.  
Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под. ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова //СПб, «Гиппократ», 2017, 4 изд, (Часть VI. Психические болезни – С.759-765).  
Войтенко Р.М., Бровин Н.А. Расстройства личности и поведения//Метод. пособие, СПб, СПБИУВЭЖ, 2013, 104 с.

**ФЕНОМЕН «ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ»****Войтенко Р.М., Синкевич В.Н.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,  
Санкт-Петербург, Россия

Термин задержка психического развития (ЗПР) широко применяемый в педагогике, психологии и, к сожалению, в детской психиатрии, является лишь сборным, привычным терминологическим понятием, которое констатирует факт задержки, отклонения от нормальных этапов развития психики ребенка или подростка. Он не является ни нозологическим, ни синдромальным диагнозом.

Для решения основных вопросов социальной психиатрии и абилитации детей необходимо формирование развернутого клинико-функционального диагноза, с указанием, помимо нозологии, патопластических и осложняющих факторов, основных дезадаптирующих синдромов, их стойкости и степени выраженности.

Современный клинико-функциональный диагноз включает некоторые аспекты профилактики инвалидности и является базовым понятием при формировании комплексной программы абилитации детей. Поэтому в социальной детской психиатрии без такого функционального диагноза по существу невозможно ни вынесение экспертного решения, ни формирование индивидуальной программы абилитации.

По существу при раскрытии понятия ЗПР возникает необходимость дифференциального диагноза с первичной умственной отсталостью, органическим поражением головного мозга (инфекционного, травматического или интоксикационного генеза), а также с детской шизофренией. Только после уточнения такого клинико-функционального диагноза представляется продуктивным не только оценка степени выраженности нарушенных психических функций ребенка, но и конкретное медико-биологическое и социально-психологическое аспектов абилитации.

Методология обследования ребенка с ЗПР должна состоять из трех этапов. Прежде всего, это психобиографический метод, при котором анализируются различные аспекты жизни от ситуации «беременность» и «роды», до усвоения навыков самообслуживания, школьных и общих знаний в корреляции с возрастом ребенка. Данные, полученные психобиографическим методом, дополняются клинико-психологическим исследованием, если таковое возможно.

Результаты наблюдения принципиально разделяются по трем направлениям – интеллектуальное, поведенческое и эмоциональное несоответствие возрасту.

Третьим необходимым методом обследования ребенка является экспериментально-психологическое обследование (ЭПО). Цели и задачи ЭПО определяются после предварительного обследования с помощью психобиографического и клинико-психологического методов. В соответствии с ними подбираются конкретные методики. Интеграция полученных данных (психобиографического метода, метода клинико-психологического наблюдения и ЭПО) позволяет сделать ряд выводов о возможных причинах интеллектуального, поведенческого и эмоционального несоответствия возрасту ребенка.

Таким образом, так называемый «диагноз» ЗПР не может нести какой-либо значимой экспертно-абилитационной информации о психическом состоянии ребенка (подростка) и возможностях его абилитации и, следовательно, должен быть трансформирован в современный функциональный (клинико-экспертно-абилитационный) диагноз.

**Список литературы:**

- Войтенко Р.М. Клинико-экспертная психология – СПб. 2016; (2 изд.) - 257 с.  
Войтенко Р.М. Детская социальная психиатрия //Руководство для врачей. – СПб, 2014. - 284 с.  
Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под. ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова //СПб, «Гиппократ», 2017, 4 изд, (Часть VI. Психические болезни – С.759-765).

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ****Войтенко Р.М., Филиппова М.П., Крицкая Л.А.**ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,  
Санкт-Петербург, Россия

Под *внутренней моделью болезни* (ВМБ) понимается представление человека о своем заболевании (дефекте), его особенностях, течении, основных дезадаптирующих феноменах и возможности их *компенсировать* при помощи медико-биологических и социальных мероприятий.

По существу при анализе ВМБ для оценки продуктивности реабилитационных мероприятий необходимо уточнить уровень реагирования личности на ВМБ – психологический, патопсихологический и психопатологический регистр. Психологический уровень реагирования может быть ситуативно адекватным или не ситуативно адекватным, в частности бессознательное преуменьшение симптоматики для решения определения социальной недостаточности, как она понимается самим человеком. При патопсихологическом уровне реагирования речь идет о невротоподобной или невротической симптоматике, что должно найти отражение при формировании ИПР. При подозрении на психопатологический уровень реагирования крайне целесообразной представляется консультация психиатра.

Внутренняя модель болезни включает ряд составляющих:

- аутопсихологическая картина болезни и возможности ее коррекции в реабилитационном аспекте;
- переживание болезни во времени (фаза, этап) для формирования представления о реабилитационном процессе;
- амбивалентность переживания болезни для возможной реабилитационной ориентации на «положительную» социально-психологическую оценку создавшейся социальной ситуации (в семье, в работе, в учебе, во взаимоотношениях с социальными группами);
- тип реакции на болезнь (стенический, астенический, рациональный), что важно для более определенной жестко замотивированной ориентации на социальный или медико-биологический аспект реабилитации;
- отношение к болезни (ситуативно-адекватное или ситуативно-неадекватное) также должно быть проанализировано для коррекции мотивационной сферы реабилитанта.

В целом, при формировании психологического аспекта реабилитации, наряду с другими его составляющими, должны быть учтены индивидуальные особенности ВМБ для оценки мотивационного реабилитационного потенциала личности и возможной психологической коррекции ВМБ в достижении конкретной реабилитационной цели.

Таким образом, клинико-психологический анализ ВМБ позволяет уточнить уровень реагирования личности на болезнь (дефект) – психологический или патопсихологический, выявить возможность установочного поведения, а также полифакторно оценить реабилитационный потенциал личности и реабилитационный прогноз.

**Список литературы:**

- Войтенко Р.М. Клинико-экспертная психология – СПб. 2010; (2 изд. 2016) - 257 с.  
Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации // Руководство для врачей. – СПб, 2015 (второе изд.) -192 с.  
Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под. ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова //СПб, «Гиппократ», 2017, 4 изд, (Часть VI. Психические болезни – С.759-765).

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ЧЕРЕЗ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО****Волошенюк Н.И., Матвеева О.Б., Жаймухамедова К.А., Смагина Т.Н.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург

Статьями 8 и 11 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 181-ФЗ) федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы предоставлено право определять инвалидам виды, формы, сроки, объем мероприятий по медицинской, социальной, профессиональной реабилитации и разрабатывать индивидуальные

программы реабилитации (ИПРА). ИПРА может содержать как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации (ТСР) и услуг, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид, либо другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Законодательством определено, что к ТСР инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

Транспортное средство является одним из таких видов ТСР, поскольку, компенсируя ограниченные физические возможности здоровья, способствует социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, позволяет облегчить повседневный уход за инвалидом (ребенком-инвалидом).

До 2005 г. гражданам с инвалидностью государство предоставляло право получить автомобиль в соответствии с Постановлением Правительства №244 от 14.03.1995 г.

Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ, определившим новую систему предоставления мер социальной поддержки, отменена норма законодательства, предусматривавшая обеспечение инвалидов специальным транспортным средством за счет федерального бюджета. Исключением остались инвалиды, у которых инвалидность наступала вследствие производственной травмы или профессионального заболевания (письмо МЗСР РФ № 1353-ВС от 25.03.2005 г. «Об обеспечении инвалидов транспортными средствами»).

Однако и им рекомендация реабилитации через транспортное средство теперь дается только при одновременном соблюдении 2-х условий:

1. Наличие медицинских показаний (Перечни от 1969, 1970 гг.) к обеспечению автотранспортом по ПРЯМЫМ последствиям трудового увечья или профессионального заболевания, а не по сопутствующей патологии.

2. Отсутствие противопоказаний к управлению транспортом (приказ Минздрава СССР от 29.09.1989 № 555 (ред. от 12.04.2011) «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств»).

Годность к управлению транспортным средством устанавливается на основании справки комиссии по освидетельствованию водителей автотранспорта.

В Оренбургской области в 2015 г. в 40 программах пострадавшего на производстве были рекомендации обеспечения спецавтотранспортом, в 2016 г. - в 65, в 2017 г. – в 73.

Ответственным за обеспечение данным видом ТСР пострадавшего на производстве назначается региональное отделение Фонда социального страхования. Оплата дополнительных расходов на обеспечение транспортными средствами также производится страховщиком (ежемесячная фиксированная оплата ГСМ, 1 раз в 5 лет оплата капитального ремонта). Через 7 лет эксплуатации производится замена транспортного средства новым без изъятия прежнего.

Инвалидам, которые имеют другие причины инвалидности, не связанные с прямыми последствиями деятельности в производственной сфере, специалисты бюро МСЭ правомочны вносить в ИПРА только заключение о наличии медицинских показаний (приказ Минсоцобеспечения РСФСР от 28.07.1982 № 72) для приобретения инвалидом (ребенком-инвалидом) транспортного средства за собственный счет либо за счет других разрешенных источников. Здесь в качестве исполнителя указывается «сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности».

В этом случае льгота выражается не в бесплатном представлении транспортного средства, а в компенсации страховых премий по договору обязательного страхования (статья 17 Федерального закона от 25.04.2002 № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств»). Льгота предусмотрена как инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, так и их законным/уполномоченным представителям.

Реализация этого права ограничена установленными рамками:

1. Предельный размер компенсации составляет 50% от уплаченной страховой премии по договору ОСАГО.
2. Компенсация предоставляется лицу, использующему транспортное средство.
3. К числу законных представителей, имеющих право на данную компенсацию, не относятся органы опеки и попечительства, а также организации, в которых под надзором находятся недееспособные (не полностью дееспособные) граждане.

В Оренбургской области в 2015 г. ни в одной ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) не было указано о наличии медицинских показаний на приобретение транспортного средства за собственный счет либо за счет

других разрешенных источников. В 2016 г. - в 13: в 10 ИПРА взрослых инвалидов и в 3-х ИПРА ребенка-инвалида. В 2017 г. – в 60 ИПРА: 18 и 42 соответственно.

В ИПРА нет раздела, предусматривающего другие возможности использования автотранспорта в качестве компенсации ограниченных физических возможностей здоровья. Следовательно, бюро МСЭ ограничено только теми двумя вариантами, что указаны выше. Но в большинстве регионов России, в том числе в Оренбургской области, также действует услуга «Социального такси». Оно предназначено для перевозки малоподвижных граждан на льготных условиях.

Условия предоставления социальной перевозки и порядок установления размера компенсации различны в зависимости от территории, где действует услуга.

В Оренбургской области служба «Социальное такси» создана в 2000 г. Транспорт, предназначенный для оказания социальных услуг инвалидам, состоящих на социальном обслуживании в Комплексных Центрах социального обслуживания населения (КЦСОН), оснащен всеми необходимыми техническими приспособлениями, в т.ч. для перевозки инвалидов-колясочников.

Для получения услуги службы «Социальное такси» надо подать заявку в территориальный КЦСОН.

Услуга предоставляется гражданам для посещения социально значимых объектов: учреждений здравоохранения, администраций района, банков, управления Пенсионного фонда РФ, «Почта России». Для пользования услугой установлен определенный лимит. Мало мобильные люди, которые учатся и работают, могут совершать до 80 поездок в месяц, остальные — до 20. При поездках на курсы реабилитации или на лечение - ограничения отсутствуют.

Льготное такси служит ощутимой помощью для граждан, неспособных передвигаться самостоятельно.

Использование в реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья все возможные варианты транспортных услуг способствуют их интеграции в обществе.

## **ДЕЗАДАПТИРУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА МСЭ С СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТНОГО СОСТАВА ГБ МСЭ**

**Демидович Т.Г., Сенько Е.В., Гаркуша Л.Г. , Лужникова Е.А., Фарфудинова Г.Ш., Чубарова З.В.,  
Абрамович Т.Г., Преловская И.Ю., Василюшина Т.Д.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России**

Согласно расчетам ВОЗ, психические расстройства и расстройства поведения наблюдаются у 20% пациентов первичного звена оказания медицинской помощи. По данным отечественной литературы, в целом от 20 до 60% больных соматических лечебных учреждений нуждаются в психиатрической помощи.

Многие пациенты с психическими расстройствами, преимущественно непсихотическими, по различным причинам не попадают в поле зрения психиатров, обращаются к интернистам, в том числе для направления на МСЭ. Как показали исследования сотрудников психиатрического отделения ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, для пациентов с соматизированными психическими расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством, которые на начальных этапах развития болезни обращаются в общемедицинскую сеть, характерно запаздывание диагностики психических расстройств на 6–8 лет, неадекватность лечения и ошибки при МСЭ – освидетельствование в бюро МСЭ общего, а не психиатрического, профиля, длительное установление инвалидности по соматоневрологическому диагнозу, отказ в установлении инвалидности при очередном освидетельствовании.

В работе бюро МСЭ общего профиля нередко встречаются ситуации, с необходимостью выяснить, имеются ли у освидетельствуемого с основной соматической или неврологической патологией нарушения психических функций, оценить их дезадаптирующее влияние и значение для итогового решения об установлении той или иной группы инвалидности. По данным литературы, потребность квалификации степени выраженности нарушений психических функций возникает в 8–15,8% случаев от общего числа освидетельствований в бюро МСЭ общего профиля.

Оценка наличия и степени выраженности психических расстройств у пациентов с основным соматическим или неврологическим заболеванием представляет значительные трудности для врачей-экспертов бюро

медико-социальной экспертизы общего профиля, не имеющих базовой подготовки в области психиатрии, особенно, если ведущей в клинике является симптоматика непсихотического регистра.

Результаты опроса врачей-экспертов бюро МСЭ общего профиля показали, что большинство (73,1%) при квалификации типа и степени выраженности нарушений психических функций у больных с основными соматическими или неврологическими заболеваниями ориентируется на заключение врача-психиатра участковой психиатрической службы. Высказано мнение, что врачи-психиатры амбулаторного звена психиатрической службы, формулирующие консультативные заключения пациентам недиспансерной группы, освидетельствованным в бюро МСЭ общего профиля, выступают в т.н. «ко-экспертной» роли.

В то же время, предприняты исследования с целью объективизации и унификации диагностических критериев, применяемых при квалификации степени выраженности нарушений психических функций (мнестических, интеллектуальных, эмоционально-волевых). Представлена основанная на методах дедуктивного машинного обучения модель экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у освидетельствованных с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями, на базе которой разработан компьютерный программный комплекс «R MSE». Использование программы не требует от врача-эксперта специальной подготовки в области психиатрии и, по мнению авторов, позволяет избежать направления освидетельствуемого на обследование в медицинскую организацию психиатрического профиля. На первом уровне программа позволяет устанавливать вероятность наличия у освидетельствуемого стойких нарушений психических функций в категориях «нарушения имеются или отсутствуют», на втором – квалифицировать их в экспертных категориях и определять диапазон количественной оценки.

Третий экспертный состав ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России имеет многолетний опыт выявления дезадаптирующих психических расстройств. В связи с особой сложностью клинико-функциональной экспертно-реабилитационной диагностики у освидетельствуемых, направленных на МСЭ с соматоневрологической патологией, очевидные ограничения жизнедеятельности которых обусловлены психическими расстройствами, в число специалистов Третьего экспертного состава ГБ МСЭ включен врач-психиатр, длительное время являвшийся сотрудником кафедры психиатрии ГБОУ ДПО ИГМАПО (филиал РМАНПО), прошедший подготовку и аттестацию по специальности «медико-социальная экспертиза».

Материал и методы: Целью данной работы является анализ структуры и частоты соматоневрологических заболеваний и нервно-психических расстройств (по МКБ-10) в контингенте лиц, направленных на МСЭ медицинскими организациями общемедицинской сети с основным диагнозом соматического или неврологического заболевания, у которых при освидетельствовании в экспертном составе ГБ МСЭ выявлены дезадаптирующие психические расстройства, организации экспертно-реабилитационной диагностики психических расстройств в ГБ МСЭ, экспертной тактики межведомственного взаимодействия для верификации предварительного, впервые сформулированного в экспертном составе, клинико-экспертного психиатрического диагноза и порядка дальнейшего освидетельствования. В качестве материала использованы данные об очных освидетельствованиях в Третьем экспертном составе (смешанного профиля) ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России в период 2015–2017 гг.

Результаты: в течение анализируемого периода в контингенте очно освидетельствованных в Третьем экспертном составе ГБ МСЭ доля обследованных психиатром ежегодно увеличивалась на 12,7 – 16,3 пункта (2015 г. – 86 чел., 23,6%; 2016 г. – 70 чел., 36,3%; 2017 г. – 80 чел., 52,6%).

Соматоневрологические заболевания при направлении на медико-социальную экспертизу по рангу и классам основного заболевания (по МКБ-10):

- в 2015 году первое ранговое место занимали болезни системы кровообращения (32,5%), второе – болезни костно-мышечной системы (19,8%), третье – болезни нервной системы (15,1%), четвертое – последствия травм (в т. ч. ЧМТ (10,5%), пятое – болезни эндокринной системы (8,1%), шестое – болезни органов пищеварения (4,7%), седьмое – злокачественные новообразования (3,4%), восьмое – болезни органов дыхания (2,3%); болезни мочеполовой системы (1,2%), инфекционные болезни (1,2%), болезни уха (1,2%) – единичны;

- в 2016 году первое ранговое место занимали болезни нервной системы (37,1%), второе – болезни системы кровообращения (17,1%), третье – болезни костно-мышечной системы (15,7%), четвертое – последствия травм (в т. ч. ЧМТ (11,5%), пятое – болезни эндокринной системы (10,0%), шестое – болезни органов пищеварения (2,9%), седьмое – инфекционные болезни (2,9%); злокачественные новообразования (1,4%) и болезни органов дыхания (1,4%) отмечались в единичных случаях;

· в 2017 году на первом ранговом месте – болезни костно-мышечной системы (23,7%), втором – болезни нервной системы (22,5%), третьем – последствия травм (в т. ч. ЧМТ – (12,5%), четвертом – болезни системы кровообращения (11,2%), пятом – новообразования (8,8%), шестом – болезни эндокринной системы (7,5%), седьмом – болезни органов пищеварения (5,0%); восьмое разделили болезни органов дыхания и болезни уха (по 3,8%), болезни крови (1,2) представлены единичным случаем.

В 2015–2016 гг. первые пять ранговых мест занимали заболевания классов IV (болезни эндокринной системы), VI (болезни нервной системы), IX (болезни системы кровообращения), XIII (болезни костно-мышечной системы), XIX (последствия травм, в т.ч. ЧМТ). Суммарная доля этих классов заболеваний составила в 2015 г. – 86%, в 2016 г. – 91,4%.

Приведенные данные о распределении соматоневрологических заболеваний при направлении на МСЭ по классам МКБ-10 соответствуют данным литературы – так, в контингенте освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля Омской области, у которых проводилась квалификация нарушений психических функций, также отмечено значимое преобладание освидетельствованных с заболеваниями классов VI, IX, XIX. Отличие заключается в более высокой частоте среди обследованных в Третьем экспертном составе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России – заболеваний классов XIII (болезни костно-мышечной системы), IV (болезни эндокринной системы) и единичности заболеваний класса I (некоторые инфекционные и паразитарные болезни).

Показания к обследованию психиатром определялись специалистами экспертного состава коллегиально, с учетом результатов экспериментально-психологического обследования. Психиатром экспертного состава осуществлялось клиничко-психопатологическое обследование освидетельствуемых, формировались полные систематизированные анамнестические сведения, в том числе на основании анализа представленных медико-экспертных документов, сведений объективного анамнеза от сопровождающих освидетельствуемых родственников. В части случаев оформлялись запросы о предоставлении документов об образовании, заключений ПМПК, характеристик образовательных учреждений, сведений из военкоматов, медицинских карт амбулаторного больного и выписок из медицинских карт стационарного больного учреждений психиатрической службы. Уточнялся патопластический фон, семейный анамнез – информация, как правило, отсутствующая в направительных документах и, таким образом, реализовывался принцип (1947): «Квалифицированный эксперт дает оценку не дефекту, а человеку, носителю этого дефекта».

В результате проведения экспертно-реабилитационной диагностики в Третьем экспертном составе впервые формулировался предварительный полный клиничко-экспертный диагноз, отражающий мнение специалистов состава о нозологии нервно-психического расстройства, виде и степени выраженности дезадаптирующих психопатологических синдромов.

Выявленные в Третьем экспертном составе психические расстройства по рангу и нозологическим формам распределились:

· Органические психические расстройства (2015 – 58, доля – 67,4%, 2016 – 47, доля – 67,1%, 2017 – 45, доля – 56,2%); в структуре органических психических расстройств в 2015–2016 гг. преобладали: органическое расстройство личности (2015 – 47,7%, 2016 – 42,8%, 2017 – 26,2%), органическое эмоционально лабильное астеническое расстройство (2015 – 17,4%, 2016 – 22,9%, 2017 – 30%); случаи деменции единичны (2015 – 2, доля – 2,3%, 2016 – 1, доля – 1,4%, 2017 – не выявлено);

· Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (2015 – 13, доля – 15,1%, 2016 – 8, доля – 11,4%, 2017 – 16, доля – 20%); в подавляющем большинстве случаев клиническая картина определялась сложным симптомокомплексом коморбидных соматоформных, тревожно-фобических, диссоциативных, конверсионных, ипохондрических расстройств;

· Патологическое развитие личности ипохондрического типа, в части случаев со стойкой сутяжно-паранойяльной симптоматикой (2015 – 4, доля – 4,7%; 2016 – 4, доля – 5,7%; 2017 – 7, доля – 8,8%);

· Расстройство личности (2015 – 0; 2016 – 4, доля – 5,7%; 2017 – 5, доля – 6,3%);

· Умственная отсталость (2015 – 3, доля – 3,5%; 2016 – 0; 2017 – 1, доля – 1,2%);

· Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (2015 – 3, доля – 3,5%; 2016 – 1, доля – 1,4%; 2017 – 1, доля – 1,2%);

· Аффективные расстройства (2015 – 2, доля – 2,3%; 2016 – 0; 2017 – 0);

· психические расстройства детского возраста рубрик F80, F83, F93 (2015 – 0; 2016 – 3, доля – 4,3%; 2017 – 0);

· психических расстройств не выявлено, акцентуация личности (2015 – 3, доля – 3,5%; 2016 – 3, доля – 4,3%; 2017 – 5, доля – 6,3%).

Таким образом, среди выявленных в Третьем экспертном составе психических расстройств преобладали органические психические расстройства, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, патологическое развитие личности и расстройства личности. Наблюдения экспертного состава свидетельствуют о своеобразии контингента освидетельствованных, направленных на МСЭ с соматоневрологической патологией, очевидные ограничения жизнедеятельности которых обусловлены психическими расстройствами, освидетельствованных именно в экспертном составе ГБ МСЭ. В отличие от аналогичного контингента освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля, не отмечается столь значительного преобладания «симптоматических» (органических) психических расстройств. В течение анализируемого периода доля органических психических расстройств среди обследованных в Третьем экспертном составе освидетельствованных не превышала 2/3 и снизилась на 11,2 пункта. В то же время, суммарная доля нервно-психических расстройств, редко встречающихся в контингенте освидетельствованных в бюро общего профиля – невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а также расстройств личности и патологического развития личности, увеличилась почти вдвое – с 19,8% (2015) до 35,1% (2017). Обследованные в Третьем экспертном составе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, освидетельствованные отличаются и от контингента психиатрического кабинета поликлиники, где, по данным литературы, 50% занимают эндогенные заболевания (шизофрения, аффективный психоз), с малопрогрессирующим течением и симптоматикой непсихотического регистра.

Все освидетельствованные экспертным составом с выявленными психическими расстройствами (2015 – 83, доля – 96,5%; 2016 – 67, доля – 95,7%; 2017 – 75, доля – 93,7%) информированы специалистами состава о наличии показаний для обращения в психиатрическую службу, динамического наблюдения психиатром по направлению медицинской организации, при согласии. В части случаев разъяснение о показаниях к обращению в психиатрическую службу граждане слышали в экспертном составе впервые и переживали информирование как стресс.

Выявлены показания для обследования в психиатрическом стационаре (отделение пограничных состояний; стационар дневного пребывания): в 2015 г. – 62 чел., доля – 72,1%; в 2016 г. – 36 чел., доля – 51,4%; в 2017 г. – 43 чел., доля – 53,8%.

В части случаев (2015 – 3, доля – 3,5%; 2016 – 3, доля – 4,3%; 2017 – 11 чел., доля – 13,8%) наличие показаний к обследованию в психиатрическом стационаре с условием направления на обследование медицинской организацией отмечено в разделе «Комментарии к экспертному решению» протокола проведения МСЭ. Понимание целесообразности обследования исключали: выраженное агрессивное, конфронтационное, демонстративное, аутистическое поведение во время освидетельствования; выраженный психический инфантилизм (при отсутствии на освидетельствовании сопровождающих близких родственников). Психический статус, предварительный диагноз либо дифференциально-диагностический ряд вносились в раздел «Данные» протокола проведения МСЭ.

Базой стационарного обследования являются отделения пограничных состояний Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1. План обследования включает получение заключения консультанта-психиатра Главного бюро МСЭ, главного психиатра Министерства здравоохранения Иркутской области. Осуществляется обмен информацией со специалистами отделения (ОПС) и областного психоневрологического диспансера. Выбор стационарного обследования в отделении пограничных состояний для утверждения предварительного диагноза Третьего экспертного состава ГБ МСЭ продиктован следующими соображениями: в условиях стационара врач-психиатр располагает достаточным временем для установления хорошего контакта с пациентом, уточнения сведений о пациенте, оценки эффективности реабилитационных мероприятий на фоне лечения, «трансформации» (определение Р.М. Войтенко, 2006) клинко-экспертного диагноза при взаимодействии экспертного состава ГБ МСЭ и медицинской организации, что невозможно в условиях однократной диагностической консультации в амбулаторном звене психиатрической службы.

Следует особо отметить, что в Иркутской области отделения пограничных состояний (отделения невротических) традиционно являются базой стационарного обследования освидетельствуемых с дезадаптирующими психическими расстройствами, проходящих медико-социальную экспертизу. Отделение пограничных состояний Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1 – клиническая база кафедры психиатрии ИГИУВа (заведующий кафедрой – профессор А.С. Бобров, в течение многих лет – сотрудник психиатрического отделения ЦИЭТИНа) – было выбрано в 80-е годы в качестве базы для проведения комплексного обследования, лечения и оформления документов для освидетельствования бывших фронтовиков (УВОВ), перенесших в годы Великой Отечественной войны закрытую легкую или среднетяжелую черепно-мозговую

травму, преимущественно при контузии взрывной волной. Такая тактика организации обследования была поддержана главным экспертом по ВТЭ Иркутской области М.М. Тимофеевой (все бывшие фронтовики направлялись на обследование Областной ВТЭК) и ректором ИГИУВа, заведующим кафедрой неврологии, профессором Е.М. Бурцевым. Впоследствии на стационарное обследование в отделения пограничных состояний направлялись участники боевых действий – Республика Афганистан, участники наведения конституционного порядка в Северо-Кавказском регионе, участники ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, участники тушения пожара на заводе «Иркутсккабель» (г. Шелехов, 25.12.1992), с поражающим фактором в виде длительная ингаляционной полиинтоксикации.

Доля отказов освидетельствуемых от стационарного обследования в рамках ПДО: в 2015 г. – 25,8%; в 2016 – 19,4%; в 2017 – 39,5%. Мотивы отказа – жесткие антипсихиатрические установки освидетельствуемых, связанные как с ипохондрическими идеями (паранойяльная убежденность в наличии инвалидизирующего соматоневрологического заболевания), так и опасениями ограничений вследствие постановки на психиатрический учет, стигматизации психиатрическим диагнозом.

Направлены на обследование в отделение пограничных состояний от числа всех обследованных психиатром в 2015 г. – 35 чел. (40,7%); в 2016 г. – 20 чел. (28,6%); в 2017 г. – 15 чел. (18,8%).

По результатам проведенного стационарного обследования установлена и усилена группа инвалидности по утвержденному предварительному диагнозу Третьего экспертного состава в 2015 г. – 82,1%; в 2016 – 85,0%; в 2017 г. – 73,3%.

Проведение медико-социальной экспертизы сопряжено с высокой ответственностью за правильную квалификацию состояния больного. В результате проведения экспертно-реабилитационной диагностики в экспертном составе ГБ МСЭ с участием психиатра реализуется принцип холистического (целостного) подхода к освидетельствуемым, формируется предварительный полный клинико-функциональный диагноз, после утверждения которого в специализированном стационаре определяется дальнейший порядок освидетельствования, в целом – повышается качество медико-социальной экспертизы.

#### **Список литературы:**

Беспаленок, М.Д. Психические расстройства в практике неспециализированных бюро МСЭ /М.Д. Беспаленок, Е.В. Михайлова//.- Вестн. Смоленской гос. мед-ой академии.- 2011.- Вып. 2.- С. 183-190.

Войтенко, Р.М. Социальная психиатрия и экспертная психология /Р.М. Войтенко//. - Екатеринбург: «Тезис», 2006. – 368 с.

Киндрас, Г.П. Медико-социальная экспертиза /Г.П. Киндрас // Психиатрия: руководство для врачей. В двух томах / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. – Т.1. С. 390 – 407.

Козырев, В.Н. Сравнительная характеристика психической патологии, наблюдающейся у больных территориальной поликлиники и психоневрологических диспансеров /В.Н. Козырев, А.Б. Смулевич //Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова - 1982 год. - Т.82. В.8. - С. 58 – 63.

Краснов, В.Н. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина //Социальная и клиническая психиатрия.-2013 год. – Т.23. № 4. – С. 5 – 13.

Шамшева, Е.В. Современная модель экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у пациентов соматического и неврологического профиля / Е.В. Шамшева, Н.Л. Снитко, А.А.Ярков//.- Инвалидность и реабилитация: материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий гос. программы «Доступная среда», Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016г. / Минтруд России. – М.: Перо, 2016.- С. 168 – 173.

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ В ФОРМЕ КОЛЛЕКТИВНЫХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ИГР**

**Дзамихов К.К., Карасаева Л. А.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

В настоящее время в соответствии с требованиями федеральных стандартов в образовательном процессе необходимы несложные, но объективные формы оценивания и проверки получаемых и полученных компетенций. Поскольку СПИУВЭК является единственным в России специализированным образовательным учреждением, осуществляющим послевузовское профессиональное образование специалистов

системы медико-социальной экспертизы, то одной из форм оценивания знаний молодых специалистов, обучающихся по программам ординатуры, может являться проведение интеллектуальных игр с группами участников с использованием интерактивных стендов, кейсов с ситуационными задачами по МСЭ. Это позволит в режиме реального времени увидеть знания и умения коллектива из 3-5 участников по совместному принятию решений по заданной ситуации, в том числе – ситуационной экспертной задаче.

Результаты игр подобного рода предусматривают возможность оценки как индивидуальных знаний с помощью вопросов по заданным темам, так и совместное участие всех членов группы для решения более сложных задач. Основной целью внедрения данного проекта является подтверждение и готовность обучающихся к работе с реальными ситуациями в бюро МСЭ, клинических базах, умение совместно принимать верные умозаключение и решения по конкретным задачам.

Реализация такого формата оценки знаний не требует финансовых, инфраструктурных, технических затрат, поскольку подготовка и проведения подобного рода мероприятий может быть осуществлена группой компетентных лиц из числа сотрудников кафедры, курирующих данные интеллектуальные задания.

Преимуществом проведения таких игр является формирование командного духа участвующих в имитации составов комиссий МСЭ, что важно для правильного понимания коллегиальной совместной работы.

Реализация подобных мероприятий возможна не только у слушателей программ ординатуры, но также у специалистов и врачей из числа приезжающих на профессиональную переподготовку и повышающих свою квалификацию, что делает данный проект универсальным в своей реализации и позволяет подтвердить свои компетенции на профессиональном уровне в игровой форме.

Несомненно, в рамках подготовки к предстоящей специализированной аккредитации врачей, специалистов по МСЭ, проведение подобного рода занятий позволит подготовить слушателей к предстоящему экзамену и успешно его сдать с полным пониманием решения ситуационных задач.

Структура игры может иметь разный уровень сложности и этапности, но классическим вариантом является формат, включающий несколько туров:

1) первый тур содержит ячейки по одному вопросу в случайном порядке, на которые участвующий должен дать ответ, посоветовавшись со своим коллективом. По окончании тура выставляется оценка ответа компетентными членами комиссии;

2) второй тур включает в себя кейсы с ситуационными задачами, где весь коллектив в течение короткого промежутка времени должен дать заключение о принятом решении (% выраженности нарушенных функций, ОЖД, группа инвалидности, обоснование);

3) третий тур предназначен для избранных командой старост (капитанов), имитирующих руководителей комиссий МСЭ, на которого возлагается ответственная миссия по принятию решения сложной ситуационной задачи;

4) четвертый тур позволяет оценить индивидуальные знания каждого участника «комиссии», что позволяет исключить эффект «социальной лени» и повысить уровень подготовки к играм каждого из членов команды.

Данный формат оценки полученных знаний может гибко изменяться, включая другие составляющие. Это один из множества вариантов, дающих возможность адаптации к любому уровню подготовки разных специальностей и направлений, что важно и удобно как организаторам, так и участникам.

Исходя из вышесказанного, следует отметить, что внедряя в учебный процесс современные инновационные возможности проверки полученных знаний, образовательное учреждение, используя данный универсальный формат работы по текущей оценке знаний, умений и навыков, реализует при этом масштабные возможности информационно-коммуникативных технологий в направлении электронного образования.

В этом случае учреждению, которое разработает, адаптирует и внедрит в практические занятия текущую и итоговую оценку качества полученных общих и профессиональных компетенций, можно гарантировать реализацию образовательных программ на требуемом уровне.

### **Список литературы:**

- Ясницкий Л.Н. Введение в искусственный интеллект. //уч. пособие.- М.: Академия.- 2010.- 170 с.  
Зак А.З. Путешествие в сообразилию //уч. метод. пособие.- М-Перспектива.- 1993.- 134с.

**ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ  
В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Домницкий О.А., Гречкина Е.А., Домницкая И.Н.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

При изучении показателей в Самарской области отмечено, что на фоне снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, качественно меняется их характеристика. Заболеваемость туберкулезом составила: в 2015 г. - 77,3, в 2016 г. - 77,1, в 2017 г. - 51,7 на 100 тыс. населения. Удельный вес бактериовыделителей: в 2015 г. - 32,3 (41,7%), в 2016 г. - 31,3 (40,5%), в 2017 г. - 31,2 (60,3). Формы с деструкцией легочной ткани: в 2015 г. - 35,8%, в 2016 г. - 37,4%, в 2017 - 39,3%. Удельный вес форм с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ в 2015 г. - 56,2%, в 2016 г. - 60%, в 2017 г. - 44,4%. Туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией составил: в 2015 г. - 30,1%, в 2016 г. - 33,3%, в 2017 г. - 41,3%. На фоне снижения заболеваемости в целом (на 33% в течение исследуемого периода) отмечается увеличение среди впервые выявленных больных с бактериовыделением (на 18,6% за три года) и деструкцией легочной ткани (на 3,5% за три года). При этом больных с МЛУ стало меньше на 11%. Коинфекция (ВИЧ-инфекция/ТБ) у впервые выявленных больных обнаруживается в 1,37 раза чаще, чем три года назад.

Показатель первичной инвалидности в Самарской области неуклонно растёт: в 2015 г. он составил 2,19, в 2016 г. - 2,33, в 2017 г. - 2,36 на 10 тыс. населения. Рост к 2017 году составил 11%. Туберкулез превалирует в качестве основного заболевания в течение всех изучаемых лет составляя в 2015 г. 92% (n=507/550), в 2016 г. - 87% (n=535/613), в 2017 г. - 89% (n=561/628).

Инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом увеличилась в 2 раза к 2016 г. (5% от общего числа направленных в 2015 г., 10% - в 2016 г.), но в 2017 г. уменьшилась на 2%. Доля полностью реабилитированных граждан к моменту направления на МСЭ уменьшилась на 25%.

За период 2015-2017 гг. отмечается заметное уменьшение количества граждан, признанными инвалидами (в 2015 г. - 1060 человек, в 2017 году - 830 человек). При определении группы инвалидности комиссией бюро МСЭ в соответствии с приказом 1024н формировались рекомендации по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации с учетом выраженности имеющихся у граждан нарушений ОЖД. На базе Министерства социальной защиты и демографии Самарской области организованы курсы по профориентации граждан, имеющих ограничения ОЖД. Лица, трудоустроенные после прохождения этих курсов (n=134 в 2017 г.) в 90,3% случаев (n=121) не обратились за социальной защитой повторно.

Оптимизирована работа по совместным действиям сотрудников ГБ МСЭ по Самарской области и СОКПТД. Лица, которым была определена группа инвалидности смогли продолжить комплексное лечение, что позволило достигнуть излечения у 21% (n=227/1060) человек в 2017 г. (в 2015 г. аналогичный показатель составил 7%, n=64/830).

Количество освидетельствованных больных в Самарской области с сочетанной патологией ВИЧ/туберкулёз за три года увеличилась в 2 раза (с 3,9% в 2015 г. до 6,62% в 2017 г.).

В структуре групп инвалидности преобладает 2 группа. Вторая группа инвалидности определяется при наличии выраженных нарушений функций системы крови и иммунной системы, выраженных нарушений функций дыхательной системы (отрицательная R-динамика, нарастание дыхательной недостаточности, наличие постоянного бактериовыделения). Третья группа инвалидности, определяемая при наличии умеренно выраженных нарушений ОЖД (формирование дыхательной недостаточности II степени) находится на одном уровне в течение всего изучаемого периода. Инвалиды I группы, у которых обнаруживаются значительно выраженные нарушения различных систем, как правило, нуждаются в постоянной посторонней помощи и в структуре общей инвалидности составляют менее одного процента (n=8/830 в 2017 г.).

Существенной социальной проблемой является признание инвалидами лиц молодого трудоспособного возраста от 18 до 44 лет, составляющих более половины от всех освидетельствованных. При этом на 3% уменьшилось количество лиц, не поддающихся реабилитации, которым была установлена инвалидность без срока переосвидетельствования.

Помимо улучшения эпидемиологической ситуации, создание условий по профориентации позволяет значительно сократить количество повторно обратившихся больных.

**ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА  
ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА С ФУНКЦИЯМИ  
ВИДЕОНИСТАГМОМЕТРИИ, ВОЗДУШНОЙ ИРРИГАЦИИ И ВРАЩАТЕЛЬНЫМ  
СТЕНДОМ (КРЕСЛОМ) ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В 2015-2017 ГГ.  
В «ГБ МСЭ ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ-ЧУВАШИИ»**

**Евтихеева Т.А, Конохова В.П., Брызгалов Е.Ю., Алякина В.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике - Чувашии» Минтруда России, г. Чебоксары

В связи с Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.12.2016г. № 847 «О внесении изменений в порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.10.2012 № 310н» в ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» используется специальное диагностическое оборудование.

Специальное диагностическое оборудование является высокотехнологичным, включает диагностические комплексы и программное обеспечение, позволяющие собирать, обобщать и интерпретировать результаты тестирования. Применение его в учреждениях МСЭ позволяет унифицировать и оптимизировать критерии медико-социальной экспертизы при различных классах болезней.

Врачами в работе используется «Методическое пособие по методике применения специализированного диагностического оборудования в системе МСЭ», разработанное в ФГБУ «Федеральное бюро МСЭ» Минтруда России в 2014г.

В соответствии с «Приложениями к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденным Приказом МТ и СЗ от 17.12.2015 № 1024н, показатели калорической и вращательной проб (как часть экспертного обследования) определяют степень вестибулярных нарушений.

Согласно п. 6.7.1. Незначительный вестибулярный синдром:

- гиперрефлексия с длительностью поствращательного нистагма 30-50 сек, калорического 80-90 сек.

6.7.2 Умеренный вестибулярный синдром:

- гиперрефлексия с длительностью поствращательного нистагма 50-80 сек, калорического 90-110 сек.

6.7.3 Выраженный вестибулярный синдром:

- гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 85-120 сек, калорического 110-130 сек с выраженными вегетативными, сенсорными реакциями.

6.7.4 Значительно выраженный вестибулярный синдром:

- поствращательный нистагм 3 степени, продолжительностью более 120 сек, калорическая пробы – нистагм 3 степени, больше 130 сек.

Для диагностики функционального состояния вестибулярной системы и надежности зрительного слежения используется Видеонистагмограф VO425 с программным обеспечением. Вращательный тест проводится на вращательном кресле Nydiag 200.

В данном аппаратно-программном комплексе реализован метод определения функционального состояния окулomotorной системы с помощью компьютерных стимуляционных программ. Регистрация нистагма осуществляется при помощи специальных очков, оборудованных камерами. Полученное изображение движений глаз выводится на экран для наблюдения врачом и также анализируется программой, что повышает диагностические возможности данного специализированного оборудования.

Анализ нистагма составляет значительную часть системы видеонистагмографии и поддерживается программно. Функция анализа нистагма проводит поиск нистагмических ударов в кривой движения глаз и автоматически определяет эти удары. Кроме обнаружения нистагмических ударов, программа также вычисляет другие важные параметры записи, например скорость в медленной фазе или частоту нистагмических ударов.

В целях медико-социальной экспертизы данный аппаратно-программный комплекс, в основном, определяет:

-спонтанную глазодвигательную активность (выявления спонтанного нистагма, оценка его степени).

-пороговую чувствительность и реактивность вестибулярного аппарата при вращении в горизонтальной плоскости (выявление экспериментального поствращательного нистагма, его длительности).

Показаниями к обследованию послужили: уточнение степени нарушений вестибулярных функций вследствие различных причин (сосудистые нарушения, болезни, травмы и новообразования ЦНС) у лиц, проходящих освидетельствование в экспертных составах главного бюро.

Противопоказаниями являлись: мотивированный отказ пациента от обследования, психические расстройства различной степени, тяжелое соматическое состояние, старческий возраст более, вес больше 110 кг, эпилепсия,

В практике использования метода видеонистагмографии при проведении вращательной пробы и оценке нистагма нами учитывался закон Эвальда, по которому вовремя вращения нистагм направлен в сторону вращения, после окончания вращения (60 сек) нистагм имеет направление в сторону, противоположную вращению. Регистрация поствращательного нистагма происходит автоматически, тем не менее важна клиническая оценка нистагма врачом, так как в программе существует возможность редактирования меток нистагма. Продолжительность времени нистагма оценивалась врачом комплексно: наблюдением за глазами и оценкой записанного графика.

При обследовании больного на видеонистагмографе VO425 спонтанный нистагм является более обзорным для анализа, чем при обычном неврологическом обследовании за счет вывода на экран увеличенного размера глазных яблок, а также дискретного анализа программой нистагмического биения глаз.

Существенных вегетативных реакций при проведении обследования не наблюдалось.

По данным статистического наблюдения в экспертно-реабилитационном отделе ФКУ «ГБ МСЭ по ЧР-Чувашии» на аппаратно-программном комплексе для обследования вестибулярного аппарата с функциями видеонистагмометрии, воздушной ирригации и вращательным стендом (креслом) электрическим в 2015г. проведено 5 обследований, в 2016г.-41. В 2017г.- 128, то есть наблюдается рост потребности в данном виде исследования у врачей по МСЭ.

В 2017г. у обследованных выявлена длительность поствращательного нистагма менее 30 сек (норма)-6 случаев (4,7%), длительность поствращательного нистагма 30-50 сек (незначительные вестибулярные нарушения)-115 случаев-89,9%, гиперрефлексия более 50 сек (умеренные вестибулярные нарушения)-7 случаев-5,4%. Гиперрефлексию вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 85-120 сек (выраженные нарушения) оценить невозможно, так как фиксация нистагма свыше 60 сек ограничена программой.

Таким образом, при проведении видеонистагмографии в большинстве случаев выявлялись незначительные вестибулярные нарушения и нормальные показатели. По результатам выдавался график записи нистагма и заключение врача экспертно-реабилитационного отдела о степени выявленных нарушений. Выявленные показатели видеонистагмометрии в комплексе с экспертным неврологическим обследованием явились критериями оценки степени вестибулярных нарушений, основанием для вынесения экспертного решения.

Выводы:

- аппаратно-программный комплекс для обследования вестибулярного аппарата, является объективным методом, позволяет объективизировать степень нарушенных функций у больных с жалобами на головокружение;

-наблюдается рост потребности в данном виде исследования у врачей по МСЭ.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) МИНТРУДА РОССИИ С МИНИСТЕРСТВОМ СПОРТА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ПО ВОПРОСАМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ЗАНЯТИЮ СПОРТОМ В ИПРА ИНВАЛИДА, РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА**

**Захарова Г.Н., Лугинова Л.Д., Петухов К.М., Самсонова И.И.**

Экспертный состав №2 смешанного профиля

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России

Физическая культура и спорт являются уникальным и универсальным средством физической, психической и социальной реабилитации инвалидов всех категорий и возрастов, она создает условия для реализации реабилитационного потенциала, позволяет активизировать компенсаторные механизмы, способствует улучшению качества жизни. Физкультурно-оздоровительные мероприятия (ФОМ) и спорт отнесены к основным

направлениям реабилитации инвалидов. Физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта. Адаптивная физическая культура (АФК) является частью физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и может оказать существенное положительное влияние на инвалидов всех возрастных и социальных групп, но особое значение она имеет для детей-инвалидов и молодых инвалидов. В отношении этой категории инвалидов главная задача данного реабилитационного направления – приобщение молодежи к здоровому образу жизни, основной составляющей которой является активный двигательный режим, гармоничное развитие, повышение самооценки личности и др.

С 21 мая 2014 года по Распоряжению Правительства Республики Саха (Якутия) от 30 декабря 2013 г. №1488, на базе плавательного бассейна «Самородок» в городе Якутске осуществляет свою деятельность Республиканский центр адаптивной физической культуры и спорта. Социальная политика Центра в отношении людей с инвалидностью осуществляется согласно Конвенции о правах инвалидов от 13 декабря 2006 года, ратифицированная Федеральным законом от 03 мая 2012 года №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Цели и задачи государственной политики в сфере адаптивной физической культуры и спорта определены в Концепции развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в Республике Саха (Якутия) на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Республики Саха (Якутия) от 22 августа 2013 г. № 928-р. Согласно данным федерального статистического наблюдения по форме № 3-АФК в 2017 году численность систематически занимающихся адаптивной физической культурой и спортом в Республике Саха (Якутия) по сравнению с 2016 годом увеличилось по всем категориям занимающихся на 2,6 % (1304 человек) и составила 18,3 % (7651 человек, из них взрослые – 4443, дети - 3208) от численности населения республики с инвалидностью.

В республике организована и налажена работа по межведомственному взаимодействию с органами исполнительной власти, в том числе с Министерством спорта республики. Специалисты Главного бюро вносят в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) рекомендации о нуждаемости в информировании и консультировании по вопросам ФОМ и занятию спортом, с учетом показаний и противопоказаний. По каналам межведомственного взаимодействия Министерство спорта получает выписки из ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), направленные из Главного бюро. Согласно Приказу № 486 Минтруда России от 13.06.2017г. « Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка- инвалида федеральными государственными учреждениями медико- социальной экспертизы и их форм», Министерство спорта в свою очередь организывает работу по разработке перечня реабилитационных или абилитационных мероприятий с указанием исполнителей и сроков исполнения данных мероприятий. Далее, Министерство предоставляет информацию об исполнении возложенных на них ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) реабилитационных или абилитационных мероприятий в Главное бюро по форме и в порядке, утвержденными Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 г. N 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы».

Нами проведен анализ рекомендованных в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) мероприятий о нуждаемости в информировании и консультировании по вопросам физической культуры и спорта и их исполнение.

В 2017 году в Главном бюро МСЭ по Республике Саха (Якутия) рекомендована нуждаемость в ФОМ и занятию спортом всего в 2877 (17,9%) ИПРА, в том числе в 1159 (40,3%) ИПРА молодых инвалидов, в 291 (10,1%) ИПРА инвалидов пенсионного возраста и в 1427 (49,6%) ИПРА детей-инвалидов. В первом полугодии 2018 года рекомендована нуждаемость в ФОМ и занятию спортом уже в 2515 (29,1%) ИПРА, из них в 994 (39,5%) ИПРА инвалидов трудоспособного возраста, в 550 (21,8%) ИПРА инвалидов пенсионного возраста и в 971 (38,6%) ИПРА детей- инвалидов.

В 2017 году инвалидам первой группы нуждаемость в ФОМ и занятию спортом указана в 95 (3,3%) ИПРА, инвалидам второй группы в 248 (8,6%) ИПРА, третьей группы в 965 (33,5%) ИПРА. В первом полугодии 2018 года инвалидам первой группы нуждаемость в ФОМ и занятию спортом указана в 174 (6,9%) ИПРА, инвалидам второй группы в 396 (15,7%) ИПРА, третьей группы в 974 (38,7%) ИПРА.

С 1 апреля 2018 года в Республиканском центре адаптивной физической культуры и спорта создан Отдел мониторинга, учета физической реабилитации и психологического сопровождения, одним из задач которого является координация взаимодействия по вопросу обмена информацией с Главным бюро МСЭ и оказание методической помощи спорткомитетам и отделам социального обслуживания муниципальных районов Республики Саха (Якутия). Подписано дополнительное соглашение №3 от 16.04.2018г. к Соглашению о взаимодействии между Министерством спорта РС (Я) и федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации по вопросам взаимодействия при оказании государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» от 18.04.2016г.; Утвержден План работы по реализации мероприятий ИПРА инвалида в сфере физкультурно-оздоровительные мероприятия на 2018 г.; Подготовлены нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок реализации раздела ИПРА «физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом». Составлен реестр документов по реализации мероприятий ИПРА инвалида. Проведена работа по подготовке сведений о целевых показателях (индикаторах) проектной программы Республики Саха (Якутия) «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Республике Саха (Якутия) на 2019-2020 годы»; В Центре адаптивной физической культуры спортивным врачом ежедневно ведется прием, учет обратившихся граждан с инвалидностью по выпискам ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) и оценка функционального состояния инвалида для допуска к занятиям адаптивной физической культурой и спортом.

По данным Министерства спорта РФ по Республике Саха (Якутия), по состоянию на 08 августа 2018 года количество нуждающихся в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях спортом по республике составляет всего 2486 инвалида, из них в городе Якутске -872 инвалида, в муниципальных образованиях республики-1680 инвалидов. Из этого числа воспользовались услугами консультации по исполнению перечня мероприятий физкультурной-спортивной работе по реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы 633 инвалида.

В настоящее время адаптивная физическая культура в Российской Федерации, в т.ч. в Республике Саха (Якутия) развивается достаточно активно. Однако темпы развития этого важного вида социальной реабилитации отстают не только от потребностей, но и от возможностей сегодняшнего дня. Основными причинами, мешающими интенсивному внедрению в практику адаптивной физической культуры, является низкая информированность, психологическая неподготовленность инвалидов, отсутствие достаточного количества спортивных сооружений доступных для занятий инвалидов адаптивной физической культурой, организационная разобщенность в системе реабилитации инвалидов и др.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА ПЕРИОД 2015-2017ГГ.**

**Иванова А.Д., Мамедова С.В., Смолина Л.Г., Яхатина З.Г.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России, г. Чебоксары

**Резюме.** Анализ результатов первичного освидетельствования больных с сахарным диабетом из числа взрослого населения Чувашской Республики за период 2015-2017гг. выявил увеличение абсолютного числа как не признанных, так и признанных инвалидами вследствие данной патологии, а также удельного веса данного контингента инвалидов в структуре первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы. Контингент впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета в большинстве случаев был представлен лицами пенсионного возраста, и более, чем в половине случаев – женщинами. При первичном освидетельствовании, в основном, устанавливалась III группа инвалидности. В динамике 2015-2017 гг. доля инвалидов III группы увеличилась, инвалидов II группы – стабильная, инвалидов I группы значительно увеличилась.

Сахарный диабет (СД) является самым распространенным эндокринным заболеванием. Сахарный диабет занимает одно из ведущих мест среди заболеваний, распространенность которых в популяции отлича-

ется особенно выраженным и устойчивым ростом. В последние годы во всех развитых странах отмечается значительный рост заболеваемости СД. Сахарный диабет встречается у 4% населения (до 3% приходится на взрослое население, 0,1-0,3% на детей и подростков). При сахарном диабете наблюдаются нарушения различных органов и систем организма, в том числе со стороны периферической и центральной нервной системы, органа зрения. Нередко больные сахарным диабетом обращаются к врачу при развитии осложнений, приводящих к инвалидности.

Распространенность сахарного диабета обуславливает актуальность связанных с ним медико-социальных проблем – временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности.

Основную часть больных составляют лица с СД 2 типа. За последнее десятилетие в РФ распространенность СД 2 типа у взрослых возросла до 2321 на 100 тыс. населения. Распространенность СД 1 типа у взрослых до 229 на 100 тыс. населения.

По данным на январь 2015г. в РФ зарегистрировано 4,1млн. больных СД, в том числе СД 1 типа – 340 тыс., СД 2 типа – 3,7 млн. Однако истинная численность СД выше в 2,5-3 раза (до 9-10млн), что составляет около 7% населения РФ.

Наличие СД многократно увеличивает риск развития ишемической болезни сердца (инфаркта миокарда, сердечной недостаточности), цереброваскулярных болезней (инсультов, деменции) и хронической болезни почек (хронической почечной недостаточности, потребности в гемодиализе). Основной причиной смерти при СД являются поздние сосудистые осложнения: более 80% больных умирают от сердечно сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Анализ результатов первичного освидетельствования больных сахарным диабетом в Чувашской Республике за период 2015-2017гг.

Материалы и методы. Использованы данные формы федерального государственного статистического наблюдения №7 – собес ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике» Минтруда России. Исследование сплошное; единица наблюдения – лицо в возрасте 18 лет и старше, впервые признанные инвалидами вследствие сахарного диабета в Чувашской Республике.

Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический, сравнительный анализы. Период исследования: 2015-2017гг.

Результаты и обсуждения. Согласно отчетным данным, среди взрослого населения Чувашской Республики впервые за 2015г. было освидетельствовано 76 человек, за 2016г. - 101 человек, за 2017 г. – 105 человек больных сахарным диабетом.

Абсолютное число больных СД, которым медико-социальная экспертиза проводилась впервые, в сравнении с 2015г. увеличилась в 2016г. на 25 человек и в 2017г. на 29 человек. Отмечалось стабильность за исследуемый период числа лиц, которым при первичном освидетельствовании инвалидность не установлена: в 2015г. - 27 человек, в 2016г. – 30 человек, в 2017г. - 22 человек.

Впервые инвалидами вследствие СД в 2015г. были признаны 49 человек, в 2016г. - 71 человек, в 2017г. – 83 человека.

Уровень первичной инвалидности вследствие СД был равен в 2015г. – 0,5, в 2016г. – 0,7, в 2017 г. – 0,8 на 10 тыс. взрослого населения. Темп роста составил: в 2016 г. 1,4, в 2017 г. 1,2.

Уровень первичной инвалидности вследствие СД за 3 года вырос на 60%.

Удельный вес инвалидов вследствие СД в структуре первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы за годы наблюдения увеличился в 2016г., уменьшение в 2017г. Доля инвалидов в 2015г. составила 90,7%, в 2016г. – 94,7%, в 2017г. – 84,7% от общего числа.

Сахарный диабет выявляется чаще у лиц пенсионного возраста и в структуре контингента впервые признанных инвалидами вследствие СД лица этой возрастной группы составили подавляющее большинство: в 2015г. – 32 человека (65,3%), в 2016г. – 44 человека (62%), в 2017г. – 52 человека (62,7%). Среди инвалидов из числа трудоспособного населения в исследуемый период преобладали лица молодого возраста в 2017г. соответственно 22 человека (26,5%), в 2015-2016гг. преобладали лица среднего возраста, соответственно в 2015 г. 10 человек (20,4%), в 2016г. 18 человек (25,4%). Следует отметить увеличение первичной инвалидности среди лиц молодого возраста в 2015 г. – 7 человек (14,3%), в 2016г. – 9 человек (12,7%), в 2017г. – 22 человека (26,5%).

Гендерная структура контингента ВПИ вследствие СД, во все годы наблюдения в большинстве случаев была представлена женщинами: в 2015г. – 32 человека (65,3%), в 2016г. - 42 человека (59,2%), в 2017г. – 50 человек (60%).

При этом более половины женщин признавались инвалидами в пенсионном возрасте: в 2015-2017гг. соответственно 25 человек (78,1%), 31 человек (73,8%), 38 человек (76%). Число женщин трудоспособного возраста за исследуемый период остается стабильным: в 2016г. - 11 человек, в 2017г. - 12 человек.

Изучение структуры первичной инвалидности вследствие СД с учетом проживания показало, что практически 64%, данного контингента инвалидов составили лица из числа городского населения Чувашской Республики.

Наиболее часто больным СД при первичном освидетельствовании устанавливалась III группа инвалидности, в динамике их доля росла: в 2015г. – 28 человек (57,1%), в 2016г. – 42 человека (59,2%), в 2017г. – 50 человек (60,3%).

Инвалидов II группы было значительно меньше, но за годы наблюдения их абсолютное число и удельный вес уменьшился: в 2015г. – 17 человек (34,7%), в 2016г. – 25 человек (35,2%), в 2017г. – 23 человека (27,7%). Удельный вес инвалидов I группы вследствие СД существенно увеличился: в 2015г. – 4 человека (8,2%), в 2016г. – 4 человека (5,6%), в 2017г. – 10 человек (12%). Полученные данные свидетельствуют, что в большинстве случаев (60%) граждане из числа взрослого населения впервые признаются инвалидами, имея умеренно выраженные нарушения функций организма, и около 40% при наличии выраженных и значительно выраженных нарушениях функций организма.

Выводы.

Результаты анализа первичной инвалидности позволили выявить, что за период с 2015-2017гг. в Чувашской Республике регистрировалось увеличение абсолютного числа лиц, как не признанных, так и впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, а также удельный вес данного контингента инвалидов в структуре первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы, темп прироста составил 69%.

Подавляющее большинство контингента ВПИ вследствие СД составили лица пенсионного возраста; более чем в половине случаев инвалидами являлись женщины, чаще пенсионного возраста.

При первичном освидетельствовании, в основном, устанавливалась III группа инвалидности, в динамике за 2015-2017гг. доля инвалидов III группы увеличилась. Доля инвалидов II группы стабильная. Доля инвалидов I группы за период исследования значительно увеличилась.

Исследование показало, что с увеличением возраста утяжеляется группа инвалидности. Установлена негативная динамика уровня и структуры первичной инвалидности вследствие СД среди лиц пенсионного возраста. Принимая во внимание тенденцию к постарению населения, данные свидетельствуют об актуальности и большой медико-социальной значимости данной проблемы. Это обуславливает необходимость более активного проведения мер по профилактике инвалидности вследствие заболеваний эндокринной системы (СД) и мероприятий медико-социальной реабилитации данному контингенту инвалидов.

#### Список литературы:

Столов С.В., Шварцман З.Д. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при внутренних болезнях и туберкулезе органов дыхания. Руководство для врачей. Санкт-Петербург: ООО «Любавич», 2017, С. 439-465.

Клиническая эндокринология. Руководство. Под ред. Н.Т. Старкова. Санкт-Петербург: ООО «Питер», 2002, С. 576.

Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. М.В. Коробова, В.Г. Помникова. Санкт-Петербург: Гиппократ, 2003, С. 371.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Калашников А.И., Саликова С.И., Шамшева Е.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

Болезни системы кровообращения (далее - БСК) отличаются распространённостью, существенно влияют на качество жизни и являются одной из основных причин инвалидности. В структуре первичной инвалидности по РФ БСК занимали в 2015 г. первое ранговое место с удельным весом 31,8 %, в 2016 году – второе ранговое место со снижением их доли до 31,1 %. В структуре первичной инвалидности вследствие БСК лидируют цереброваскулярные болезни. Цереброваскулярные заболевания (ЦВБ) являются актуальной медико-социальной проблемой современности и одной из основных причин заболеваемости, смертности, инвалидности. Этиология ЦВБ сложна из-за комплексного взаимодействия многочисленных факторов. Согласно

ВОЗ установлено свыше 300 факторов риска, связанных с инсультом. Несмотря на наличие универсальных закономерностей, процесс церебральной ишемии индивидуален и определяется компенсаторными возможностями мозгового кровотока, фоновым состоянием метаболизма мозга и реактивностью нейроиммуноэндокринной системы (Живолупов С.А. 2010). Что обуславливает, несмотря на успехи медицины в диагностике и фармакологии, высокий процент инвалидизации. Проводились многочисленные исследования проблемы инвалидности в РФ вследствие цереброваскулярных болезней. Региональные особенности первичной инвалидности вследствие ЦВБ изучались специалистами Экспертного состава № 3 ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области за период 2004-2006 гг.

Цель исследования: Провести анализ первичной инвалидности населения Омской области вследствие цереброваскулярных болезней, её структуры, региональных особенностей и закономерностей в 2015-2017 гг. в сравнении с 2004-2006 гг.

Материалы и методы. Анализ проведен на основании форм федерального статистического наблюдения (№ 7 – собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; сборников информационно-аналитические материалы о деятельности ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» и состояния инвалидности в Омской области в 2015-2017 гг. Метод изучения статистический и аналитический. Период наблюдения 2015 – 2017 гг. Для выявления многолетних тенденций проведён сравнительный анализ с данными аналогичного исследования 2004 – 2006 гг.

Результаты. В структуре первичной инвалидности в Омской области болезни системы кровообращения занимают 2 ранговое место с 2013 года. Их удельный вес в период 2015-2017 гг. имеет устойчивую тенденцию к снижению: 26,6 % – 26,2 % – 24,5 %, что значительно ниже, чем при предыдущем исследовании. Их доля в 2004 г. составляла 50,2 %, в 2005 г. - 53,9 %, в 2006 г. - 46,4 %.

В то же время в структуре БСК удельный вес ВПИ вследствие ЦВБ по сравнению с результатами предыдущего исследования увеличился. В 2015 году составил 44,7 %, в 2016 % – 42,3 %, в 2017 году – 44,8 % (2004 -2006 гг. - 32,1 %, - 27,6 %, - 26,8 % соответственно по годам). При этом второе ранговое место в структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения сохранилось.

Среди лиц ВПИ вследствие ЦВБ в период 2015 – 2017 гг., как и в период 2004 – 2006 гг., преобладают граждане городского населения: 57,6 %, 61,6 %, 72,6 % и 83,0 %, 81,6 %, 82,0 % соответственно периодам, в среднем составив 63,9 %, что ниже, чем 2004 – 2006 гг. - 82,2 %.

В то же время в 2015-2017 гг. отмечается рост количества ВПИ вследствие ЦВБ среди городского населения на 24,5 % случаев.

В структуре инвалидности по возрасту в 2015-2017 гг. преобладают лица пенсионного возраста и их удельный вес с тенденцией к росту с 66,5 % - 67,1 % - 67,0 %, в среднем составив 66,8 %, что ниже, чем в 2004-2006 гг. (77,6 %). В 2015-2017 гг. доля инвалидов второй возрастной категории в возрастной структуре уменьшилась с 29,0 % до 27,5 %, в среднем составив 28,1 %, однако превышает средний показатель данной возрастной группы за период 2004-2006 гг. (15,7 %).

Отмечается рост удельного веса инвалидов первой возрастной категории с 4,5 % в 2015 г. до 5,5 % 2017 г., в среднем – 5,0 %, но ниже, чем в 2004-2006 гг. (6,2 %).

В структуре по тяжести инвалидности в 2015-2017 гг. лидируют инвалиды 3 группы с уменьшением их удельного веса с 41,7 % до 39,5 % случаев, абсолютное число уменьшилось на 25 чел. (6,4 %). Возросла доля инвалидов I группы с 27,4 % до 31,8 %; их абсолютное число увеличилось на 37 чел. (14,3 %), заняв в 2017 г. второе место. На третьем месте инвалидов II группы со снижением их удельного веса с 30,9 % до 28,7 % случаев и абсолютное число на 36 чел. (12,4 %). В 2004-2006 гг. отмечался противоположный тренд - увеличение удельного веса III группы с 16,7 % до 36,8 %, снижение удельного веса инвалидов I и II группы.

Заключение. В Омской области сохраняется высокий уровень первичной инвалидности вследствие болезни системы кровообращения. Доля инвалидов вследствие БСК по сравнению с 2004-2006 гг. существенно сократилась, однако они по-прежнему занимают второе ранговое место. В структуре первичной инвалидности вследствие БСК второе место занимают ЦВБ. В данные периоды исследования преобладают инвалиды пенсионного возраста. Отмечается тенденция роста удельного веса инвалидов I группы, которая пришла на смену его снижению. Жители городских поселений преобладают, но их удельный вес ниже, чем в период 2004-2006 гг. Результаты анализа первичной инвалидности вследствие ЦВБ и выявленные особенности ее формирования могут использоваться органами здравоохранения и социальной защиты, другими заинтересованными сторонами при разработке целевых комплексных программ по профилактике и снижению инвалидности в регионе.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ****Карасаева Л.А., Деденева И.В., Хорькова О.В.**

ФБГУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

«Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» предполагает повышение доступности, качества и объективности государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Успешность решения поставленных задач во многом определяется эффективностью государственного, ведомственного контроля, а также работы главных бюро МСЭ субъектов Российской Федерации по контролю деятельности бюро МСЭ. Роль контроля в работе главных бюро возрастает не только в связи с происходящей в России модернизацией их деятельности, но и с возросшим в настоящее время объемом и сложностью задач, решаемых специалистами учреждений МСЭ.

В настоящее время формы контроля за предоставлением государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы регламентированы приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» от 29 января 2014 г. №59н (далее – Административный регламент). Данный документ включает в себя различные уровни и сложившиеся по результатам многолетней практики формы контроля, используемые в учреждениях МСЭ.

Однако, на настоящий момент в нормативной правовой базе отсутствуют единые критерии оценки качества отдельных разделов процесса принятия экспертного решения, в частности:

- определения стойкости нарушений функций организма при различных заболеваниях, последствиях травм или дефектов;
- определения степени выраженности нарушений функций организма;
- определения наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности;
- более четких рекомендаций по заполнению всех пунктов индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в полном объеме;
- методики применения нормативных правовых документов при определении сроков и причин инвалидности;
- методики проведения и применения положений нормативных правовых документов при проведении других видов экспертиз в учреждениях МСЭ.

Следует отметить также, что в исполнении контрольной функции на настоящий момент не достаточно используется система ЕАВИИС, в которую могли бы быть включены варианты текущего контроля или консультаций бюро составами Главных бюро МСЭ для предотвращения ошибок в режиме онлайн.

Таким образом, в современных условиях требующих повышения качества медико-социальной экспертизы необходимо совершенствование системы контроля с разработанными критериями качества всех составляющих разделов. Это касается не только порядка проведения медико-социальной экспертизы, но и вопросов установления инвалидности и определения нуждаемости гражданина в мерах социальной защиты. Для обеспечения основной цели контроля – повышения качества и эффективности работы учреждения контроль не должен сводиться к обнаружению ошибок и определению наказания сотруднику. В процессе контроля на каждом уровне обязательно должны формироваться и проводиться меры по устранению недостатков, выявленных в процессе проверок. Мероприятия по устранению недостатков, выявленных в процессе проверок должны включаться в планы работы бюро и составов главного бюро. В частности, в планы работы могут входить следующие мероприятия:

- дополнительный разбор соответствующих нормативных документов;
- проведение тематических семинаров;
- проведение аттестации персонала (устно или письменное тестирование);
- повышение квалификации сотрудника в учреждениях дополнительного профессионального образования;
- организация семинара на базе медицинской организации и др.

Только после проведения и анализа эффективности данных мероприятий можно судить о грамотно организованной работе по контролю учреждения медико-социальной экспертизы.

**Список литературы:**

Старченко, А.А. Новый порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности против сложившейся ведомственной экспертной практики // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 9. – С. 43–58.

Коробов М.В., Дубинина И.А., Деденева И.В. Организационно правовые вопросы совершенствования контрольной функции главных бюро МСЭ за деятельностью бюро // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – №4. – С. 37-40.

Коробов М.В., Деденева И.В. К вопросу работы главных бюро МСЭ по контролю качества медико-социальной экспертизы // «О ходе реализации апробации новых подходов, нормативных документов, методик и технологий в практической деятельности учреждений МСЭ и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ»: Инф.- метод. Сб. мат-лов науч.- практ. конф. – Геленджик. – 2012. – С. 95-97.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО НАЛИЧИЮ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

<sup>1</sup>Карпатенкова О.В., <sup>2</sup>Карасаева Л.А.

<sup>1</sup>ЦВСНП ГУ МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области; <sup>2</sup>ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России

Введение. Сохранение здоровья детей и подростков – актуальная проблема общественного здоровья во всех странах мирового сообщества. В России, перенесшей во времена перестройки социально-экономический шок, на протяжении последующих десятилетий наряду с ростом позитивных общественных изменений – увеличение политической активности населения, рост экономической предприимчивости, заметное проявление творчества в общественной жизни, растут негативные изменения в обществе: преступность, алкоголизация и наркотизация населения, делинкветность молодых людей. Эти негативные явления общественной жизни неизбежно ведут к росту социопатий, проявляющихся формированием социальной недостаточности, прежде всего у детей и подростков и, нередко ведущих к правонарушениям. Без сомнения, причины также зависят от особенностей протекания пубертатного периода, влияния окружающей среды на формирование ценностей и образа поведения подростков.

С целью профилактики безнадзорности и правонарушений у детей и подростков в Санкт-Петербурге создан Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей, который является учебно-воспитательным и профилактическим учреждением закрытого типа.

Цель работы: изучить основные направления деятельности Центра временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей по профилактике утяжеления социальной недостаточности с целью разработки дифференцированных программ реабилитации детей и подростков.

Результаты и обсуждение. Организационно-правовая деятельность Центра временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей (ЦВСНП) ГУ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области базируется на положениях нормативных правовых актов, основными из которых являются: Федеральный закон РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» №120-ФЗ от 24.06.1999 г.» и приказа МВД РФ «О совершенствовании деятельности центров временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей» от 01.09.2012 г. №839.

Подростки, которые помещаются в ЦВСНП, характеризуются социальной недостаточностью в виде устойчивого девиантного поведения, сформировавшейся на фоне сложной семейной ситуации, плохой успеваемости в школе, частых прогулов и неусвоенности норм поведения со взрослыми, с учителями, со сверстниками, вредных привычек, дающих возможность получать «быстрое удовольствие» и совершившие административные и уголовные деяния. Они в большинстве случаев помещаются в ЦВСНП на срок от 48 часов или и на время, минимально необходимое для установления личности и передачи законным представителям, но не более 30 суток. Возраст воспитанников от 7 до 17 лет, однако подавляющее большинство (70%) в возрасте – 13-15 лет.

Организационная деятельность ЦВСНП состоит в интенсивной работе по реализации программ 1) формирования навыков поведения, связанных с соблюдением режима дня и режима питания, правил личной гигиены, режима труда и отдыха. Усвоение данных навыков является физиологической основой самодисциплины, поскольку большая часть подростков ранее оставались без надзора родителей или родственников; 2) искоренения вредных привычек (курения, употребления спиртных напитков, токсикомании); 3) коррек-

ции поведения и усвоении социально приемлемых образцов поведения на основе психолого-педагогической работы; 4) коммуникации с представителями общественности, которые в диалоговой форме общаются с воспитанниками; 5) индивидуальной и групповой терапии: тренинги, групповая творческая деятельность, туристические группы, сотрудничество с родителями (встречи родителей, семейная психотерапия), контакты с внешней средой (начало трудовой деятельности с помощью тех, кто заканчивает лечение, участие в общественных организациях); 6) «творческих мастерских», где под руководством инструктора по труду подростки занимаются художественным творчеством: выполняют различные поделки с использованием гипса, глины, природного материала, бумаги, (аппликации, коллажи, оригами), что способствует развитию креативности и творческого воображения; 7) спортивно-оздоровительных мероприятий: занятий в тренажерном зале, шахматных и шашечных турниров, соревнований по футболу и настольному теннису, конкурсов; 8) социокультурной реабилитации: организуется просмотр и обсуждение кинофильмов с индивидуально-ориентированным подходом (например, дают индивидуальные задания в соответствии с конкретной темой), организацией досуга; 9) личностного роста: организуются беседы по патриотической, правовой, нравственно-этической, экологической и эстетической тематикам, краеведению, страноведению, направленные на общее развитие и расширение кругозора детей и подростков.

Эти программы реализуются в сформированных группах риска по здоровью в зависимости от выраженности социальной недостаточности.

**Заключение.** Таким образом, в деятельности ЦВСНП, как субъекте системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних проводится комплексная индивидуально-реабилитационная работа по коррекции дезадаптивного поведения на основе потребности личности каждого подростка в жизненном саморазвитии.

#### **Список литературы:**

Николаева Л.В., Парусова М.М. Особенности формирования девиантного поведения в подростковом возрасте // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 9 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/09/72174> (дата обращения: 27.09.2018).

Осипова, А.А. Общая психокоррекция: учеб. пособие / А.А. Осипова. –М.: Сфера, 2012. – 510 с.

## **РОЛЬ СТОРОННЕГО КОНСУЛЬТАНТА В ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Катасонова А.А., Когрушева Л.В., Смагина Т.Н.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) является государственной услугой, порядок ее проведения определен Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» и детально прописан в Административном регламенте по проведению МСЭ (приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.01.2014г. № 59н).

Учреждения МСЭ функционируют на стыке со здравоохранением, но направленность МСЭ не лечебный процесс, а оценка функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, вызванных стойким расстройством функций организма. Цель МСЭ - перевести медицинский диагноз в правовую категорию нуждаемости гражданина в мерах социальной поддержки со стороны государства и региональных органов власти.

Для исключения разногласий между здравоохранением и МСЭ важно единое понимание нормативно-правовых актов, регламентирующих критерии установления инвалидности.

По результатам освидетельствования бюро МСЭ выносит решение о признании, или не признании гражданина инвалидом. В случае признания гражданина инвалидом ему выдаются документы: справка МСЭ об инвалидности и индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). Первый документ – справка об инвалидности - подтверждает факт инвалидности и дает право на получение пенсии и мер социальной защиты. Второй – ИПРА - дает право на получение рекомендованных мер реабилитации. Оба документа обязательны для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями всех форм собственности..

Обязательность разработки ИПРА всем, кому установлена инвалидность, вменяет учреждениям МСЭ обязательность взаимодействия со службами социального обеспечения, социального страхования, занятости

и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере медико-социальной реабилитации инвалидов, в т.ч. с общественными организациями инвалидов.

Не всегда решение бюро МСЭ соответствует ожидаемому результату и нередко расценивается нарушением прав граждан. Поэтому учреждения МСЭ в тесном взаимодействии также работают с правозащитными организациями, в т.ч. с Уполномоченным по правам человека и Уполномоченным по правам ребенка в Оренбургской области, с Общественным Советом при главном бюро, созданным на основе приказа по ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России от 05.06.2017 г. №43. В его составе представители законодательного Собрания области, региональных Министерств здравоохранения и социальной защиты населения, Фонда социального страхования и Фонда обязательного медицинского страхования, общественных организаций инвалидов, учреждений и ведомств, оказывающих реабилитационные услуги. Т.е. он состоит из тех общественных институтов, которые, в первую очередь, представляют интересы граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Традиционно в состав медико-социальной экспертной комиссии входят три врача различных специальностей. Если это бюро общего профиля, то это терапевт, невролог и хирург, что соответствует принятой в медицине классификации болезней. Нервные болезни и неврологические состояния входят в компетенцию невролога, нарушения опорно-двигательного аппарата и костно-мышечной системы - в компетенцию хирурга, внутренние болезни - в компетенцию терапевта. Если бюро специализированного профиля (педиатрическое, психиатрическое, офтальмологическое, фтизиатрическое), то в состав комиссии обязательно входят еще специалисты соответствующего профиля.

Экспертных комиссий более узкой профильности, например, кардиологического, травматологического профиля в системе МСЭ нет с 2007г.

Кроме того, в постоянный штат экспертной комиссии обязательно входят специалист по реабилитации и психолог.

Суть принимаемого экспертного решения об инвалидности, мер реабилитации - высокопрофессиональная сфера. Специалисты, проводящие МСЭ, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр больного, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и обсуждают полученные результаты. Решение о признании гражданина инвалидом принимается коллегиально простым большинством голосов.

Тем не менее, не всегда экспертное решение для получателя государственной услуги «проведение МСЭ» соответствует ожидаемому. Поэтому, для аргументированности вынесенного экспертного решения, как в отношении установления инвалидности, так и в отношении формирования ИПРА по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) с правом совещательного голоса к МСЭ могут быть привлечены сторонние консультанты. Сторонними консультантами могут быть представители всех выше перечисленных смежных организаций, учреждений и Общественных Советов, а также врачи узких специальностей лечебной сети.

Все они участвуют в процессе проведения МСЭ на безвозмездной основе.

Кроме того, получатель государственной услуги (его законный или уполномоченный представитель) имеет право сам по своему заявлению пригласить любого стороннего специалиста (с его согласия) для участия в проведении МСЭ (введено Постановлением Правительства РФ от 10.08.2016 № 772, п. 279.1). Заявление должно быть подано в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) не позднее назначенного дня освидетельствования (включительно).

В этом случае искать независимого эскулапа получателю гос. услуги придется самостоятельно, и, возможно, платить из собственных средств. Кроме того, как выше указано, прежде приглашенный должен дать свое согласие на участие в работе бюро медико-социальной экспертизы.

Требования к стороннему консультанту высокие. В соответствии с ГОСТом Р 55635-2013 «Медико-социальная экспертиза» он должен иметь соответствующее образование; быть компетентным в сфере своей деятельности; знать Конституцию, федеральные законы, нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность учреждений МСЭ, законы субъекта Российской Федерации, на территории которого находится бюро; особенности реабилитации инвалидов и методы ее проведения; порядок разработки ИПРА.

Сторонний консультант, юридически наделенный правом только совещательного голоса, присутствует при вынесении решения, но не имеет полномочий на внесение записей в экспертную документацию и не имеет полномочий на участие в голосовании. Его мнение может быть высказано в отношении освидетельствуемого гражданина, либо медицинского заключения, либо медико-экспертных документов и т.д. Оформляется оно в письменном виде в произвольной форме (заключение, рекомендация, справка и т.д.), затем приобщается к экспертному делу, но не исключает существования других точек зрения иных сторонних консультантов.

Однако его мнение может иметь определенное рекомендательное значение. Так по рекомендации стороннего консультанта для получения более ясной картины состояния освидетельствуемого гражданина ему может быть назначено дополнительное обследование. Если кандидат на статус «инвалид» от него отказывается (о чем он делает запись, которая приобщается к экспертному делу), тогда экспертное решение принимается на основании имеющихся данных.

Опять же - в присутствии стороннего консультанта, но без его участия в голосовании.

Следует подчеркнуть, что заключения сторонних консультантов не несут юридических последствий, т.к. не наделены каким либо правовым статусом и при разрешении споров не несут обязательный характер ни для должностных лиц органов власти, ни для суда. Подтверждением является отсутствие в законодательной базе, какой либо нормы, которая бы приравнивала заключение сторонних консультантов к правовым актам, имеющим юридическое значение.

С мнением стороннего наблюдателя или без него согласно действующей нормативно-правовой базе МСЭ гражданин (его законный или уполномоченный представитель) не согласный с экспертным решением, может обжаловать решение первичного бюро МСЭ в экспертном составе главного бюро, решение последнего – в Федеральном бюро или в судебной инстанции.

На каждый этап руководителем соответствующего экспертного подразделения или судом так же может быть приглашен сторонний наблюдатель. Но в каждом случае его мнение будет носить лишь рекомендательный характер.

Первичное, главное и Федеральное бюро входят в одно ведомство с подчинением Минтруду России. Суд является независимой организацией, но согласно ст. 41 ФЗ-73 и ст. 79 ГПК РФ для рассмотрения правомерности вынесенного экспертного решения назначаются врачи по МСЭ одного из субъектов РФ (по согласованию с заявителем), что предусматривает некую служебную зависимость от соответчика.

В соответствии с Планом мероприятий («Дорожная карта») по совершенствованию государственной системы МСЭ на период до 2020 г. (утвержден Минтрудом России 20 мая 2017 г.) в 2018 г. к работе должен приступить институт независимой медико-социальной экспертизы, в основе которого - равноудаленность как от граждан, так и учреждений МСЭ. Его члены не должны находиться в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Создается он по инициативе активистов Общероссийского народного фронта, общественных организаций инвалидов и родителей детей-инвалидов из специалистов Центра медицинского права. Его предназначение - рассматривать спорные случаи, связанные со снятием инвалидности или снижением ее группы.

Если раньше никакой независимый эксперт не мог повлиять на экспертное решение комиссии по МСЭ, так как лицензия на ее проведение имела лишь у федеральных учреждений МСЭ, то с 2018 г., не исключено, что заключение независимого эксперта будет иметь достаточный вес и влияние.

Однако пока законодательной базы, регламентирующей деятельность института независимой медико-социальной экспертизы, нет.

## **ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГГ.**

**Лейко И.А, Кочерыгина Т.Б, Карпова М.В, Пастернак Н.К.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

На сегодняшний день известно около 5-7 тысяч редких (орфанных) болезней (врожденные, гематологические, онкологические, аутоиммунные и другие), которыми страдает 6–8% населения планеты. Однако сегодня наблюдается увеличение числа редких болезней, которые носят угрожающий характер и иногда приводят к гибели людей, в среднем, 5 новых патологий становятся известны каждую неделю. Речь идет о тяжелых заболеваниях, которые могут приводить к инвалидизирующим расстройствам и к ранней смертности, как в раннем детстве, так и в более позднем возрасте. Более 80% редких заболеваний имеют генетическую природу, и только 20% не связаны с генетическими факторами, ключевую роль в диагностике и лечении этих заболеваний должны играть генетические подходы. Генетические технологии, которые внедрились в медицину в связи с лечением орфанных

заболеваний, повлияли на многие отрасли медицины, в том числе на создание лекарственных средств на основе генной инженерии. На примере наблюдения отдельных орфанных заболеваний можно говорить о том, что у нас в стране уже существует персонализированная медицина, поскольку клиницисты могут точно описать генотип, провести точную биохимическую диагностику, определить тип мутации и назначить лекарственный препарат.

В Самарской области за период с 2014 г. по 2018 г. освидетельствованы и признаны инвалидами в категории «ребёнок-инвалид» - 7336 детей в возрасте до 18 лет. Из них детей с орфанными заболеваниями (редкие заболевания с прогрессирующим течением, с низким эффектом от проводимого лечения, с угрозой для жизни) – всего 671 детей, что составляет 9,2% от общего числа установленной категории «ребёнок-инвалид».

При распределении по нозологиям 1 место занимают злокачественные новообразования с прогрессирующим течением (саркомы мягких тканей и костей, опухоли головного мозга, опухоли системы кроветворения) – 225 детей (3,06% от общего числа признанных инвалидами детей), на 2 месте - ювенильные идиопатические артриты с системным началом, часто на пожизненной терапии генно-инженерными биологическими препаратами - 71 ребёнок (0,96%), на 3 месте - дети с заболеваниями системы кроветворения с нарушением свертывания крови (наследственные анемии, анемии вследствие врожденных ферментных нарушений, гемолитические анемии, апластические анемии, гемофилии, талассемия, врожденные тромбоцитопатии, тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопении со злокачественным течением) - 70 детей (0,95%), на 4 месте - дети с аномалиями и заболеваниями с нарушением функции гипофиза (гипопитуитаризм, гипогонадотропный гипогонадизм, врожденный адено-генитальный синдром, синдром Ларона - карликовость и др.) – 43 ребёнка (0,58%). Дети с фенилкетонурией в количественном отношении среди общего числа признанных инвалидами детей составило также 41 человек (0,55%). Далее по убыванию: дети с дегенеративными заболеваниями нервной системы (спинальная мышечная атрофия Верднига-Гоффмана, наследственная сенсо-моторная невропатия, врожденная мышечная дистрофия) - составили 31 человек (0,42%); дети с наследственными нарушениями всасывания в кишечнике (дисахаридозный дефицит, целиакия, муковисцидоз, экссудативные энтеропатии) – 29 детей, что составляет 0,4%; дети с генетически обусловленными заболеваниями, влияющими на внешний вид лица (синдром Пьера-Робена, синдром Мебиуса, синдром Гольденхара, синдром Кабуки, синдром Маршалла) составили 25 человек (0,34%); дети с врожденным аганглиозом кишечника (различные формы болезни Гиршпрунга, интестинальные поражения кишечника, врожденный синдром короткой кишки) - 24 человека (0,32%); детей с редкими генетическими синдромами - 18 (0,24%); количество детей с генетически обусловленными аномалиями конечностей (лучелоктевой синостоз, деформация Шпренгеля, артрогрипоз и др.) и детей с несовершенным остеогенезом составило по 16 человек (0,21 %) соответственно; по 11 человек, соответственно, (что составило по 0,14% от общего числа признанных инвалидами детей) было выявлено детей с врожденными наследственно обусловленными заболеваниями кожи с прогрессирующим течением, с множественными доброкачественными опухолями с прогрессирующим ростом а также детей с врожденными гипертрофическими кардиомиопатиями; детей с врожденными аномалиями сердечных камер – 8 человек (0,11%); детей с врожденным иммунодефицитом - 5 (0,07%); с туберозным склерозом – 4 (0,05%); детей с гистиоциозами - 4 (0,05%); детей с врожденными хроническими формами остеомиелита - 3 (0,04%); по 2 человека (0,02%) выявлено детей с сфинголипидозами (болезнь Фабри) и детей с нарушением обмена галактозы; 1 ребёнок с врожденным нарушением минерального обмена - 1 (0,01 %).

Дети, страдающие орфанными патологиями, нуждаются в значимой социальной поддержке и медицинских и социальных льготах, таким образом реабилитация и абилитация данной категории детей-инвалидов – это более трудоёмкий и сложный процесс. При экспертизе детей с орфанными заболеваниями (редкими с прогрессирующим течением, с низким эффектом от проводимого лечения, с угрозой для жизни) при первичном обращении в МСЭ инвалидность определяется до 18 лет.

Поскольку более 2/3 манифестаций орфанных заболеваний приходятся на детский возраст, большая ответственность в их распознавании ложится на педиатров. Поэтому необходимо повышать уровень их знаний, воспитывать во врачах настороженность в отношении редких генетических болезней.

По инициативе европейской организации по изучению редких болезней EURORDIS и её координаторного органа Совета национальных альянсов (Council of National Alliances) самый редкий день в году - 29 февраля объявлен как Международный День редких заболеваний.

**ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
НОВООБРАЗОВАНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
В ДИНАМИКЕ ЗА 2015-2017 ГГ.****Логинова М.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

Первичная инвалидность является одним из основных показателей, характеризующих состояние здоровья населения. Онкологические заболевания в настоящее время представляют для России серьезную проблему, поскольку показатель уровня при инвалидности вследствие злокачественных новообразований за 2016-2017 гг. опередил показатель уровня при инвалидности вследствие болезней системы кровообращения на 10 тыс. населения России. Экономические последствия такой ситуации – расходы на лечение и реабилитацию, выплату пособий по временной и стойкой утрате трудоспособности, социальную помощь – велики. Социальная значимость онкологических заболеваний обусловила необходимость проведения анализа показателей впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) среди взрослого населения Самарской области в динамике для изучения ее основных тенденций.

Использованы данные формы федерального государственного статистического наблюдения №7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области», статистические сборники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Исследование сплошное; методы исследования: выкопировка сведений, аналитический, сравнительного анализа. Период наблюдения: 2015 – 2017 гг.

Общее число ВПИ вследствие ЗНО в Самарской области (СО) за 3 года составило 37642 человек, в среднем за год - 12547 человек. Число ВПИ вследствие ЗНО в 2015 году было равно 13076 человек и в последующем ежегодно уменьшалось: 12482 - 12084 человека соответственно в 2016 и 2017 годах.

Удельный вес инвалидов вследствие ЗНО в структуре первичной инвалидности вследствие всех классов болезней в 2015 – 2017 гг. ежегодно увеличивался и был равен соответственно 36,0 - 37,2 - 38,8% от общего числа ВПИ.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО среди взрослого населения Самарской области имеет тенденцию к росту. Данный показатель в 2015 году (18,0) превышал среднероссийские значения (16,6), а в течение последующих двух лет стал меньше показателей по России: 2016 г. – 17,8 (РФ – 18,1); 2017 г. – 18,1 (РФ – 18,3); в среднем за период исследования был равен 18,0 на 10 тыс. взрослого населения; темп роста за 3 года составил 0,6 %.

Структура контингента ВПИ вследствие ЗНО среди взрослого населения в Самарской области с учетом места проживания в течение всего периода наблюдения оставалась стабильной – инвалидов из числа городского населения было значительно больше (81,5%). Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО среди городского населения несущественно снизился. Данный показатель значительно превышал уровень инвалидности у сельского взрослого населения, который в динамике имел тенденцию к росту от 15,7 (2015) до 16,6 (2017) на 10 тыс. соответствующего населения.

Контингент инвалидов вследствие ЗНО на 38,7% был представлен лицами трудоспособного и на 61,3% пенсионного возраста.

Наибольший темп роста абсолютного показателя за 3 года наблюдался у лиц среднего возраста (0,51%), наименьший – у лиц молодого возраста (0,24%), а у лиц пенсионного возраста можно говорить о стабилизации показателя с наметившейся тенденцией к убыли (-0,9%).

Изучение уровня первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения Самарской области с учетом возрастных групп показало различные тенденции при относительной стабилизации показателя у инвалидов всех возрастов:

- молодой возраст – от 4,7 в 2015 г. до 4,9 в 2017 г. (в среднем равен 4,7);
- средний возраст - в среднем равен 23,5;
- пенсионный возраст - 34,0 на 10 тыс. взрослого населения;

Анализ структуры контингента ВПИ вследствие ЗНО с учетом групп инвалидности показал, что регистрировалось преобладание инвалидов II группы во всех возрастных категориях, в динамике значений удельного веса которых, однако, наблюдалась тенденция к уменьшению: 52,3 – 48,9 – 48,3% за 2015 – 2017 гг. Значения удельного веса инвалидов III и I групп в среднем за 3 года колебались около четверти части ВПИ от ЗНО и составили 28,0% и 22,2% соответственно.

**Выводы:**

1. Число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО среди взрослого населения Самарской области, в 2015 году составило 4711 человек, в исследуемые годы несколько уменьшилось и в 2017 году было 4691 человек.

2. Удельный вес инвалидов вследствие ЗНО в структуре первичной инвалидности вследствие всех классов болезней увеличился от 36,0% (2015) до 38,8% (2017); в среднем составил 37,3% от общего числа ВПИ.

3. Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО за три года увеличился, в среднем равен 17,9 на 10 тыс. населения СО, что ниже аналогичного среднероссийского показателя.

4. Структура контингента ВПИ вследствие ЗНО формировалась преимущественно инвалидами из числа городского населения, удельный вес которых составил 81,5% от общего числа.

5. Уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди городского населения относительно стабилен (18,3) и превышал уровень инвалидности среди сельского населения, который в динамике имел тенденцию к росту и в среднем составил 16,9 на 10 тыс. населения.

6. Структура первичной инвалидности вследствие ЗНО с учетом возраста оставалась достаточно стабильной: наибольшей была доля инвалидов пенсионного возраста – в среднем 61,3%, наименьшей – лиц молодого возраста – в среднем 12,3%.

7. Максимальный за 3 года наблюдения темп роста абсолютного числа ВПИ вследствие ЗНО регистрировался у лиц молодого возраста (0,51%); у инвалидов пенсионного возраста за 3 года периода наблюдения регистрировался темп убыли абсолютного числа ВПИ вследствие ЗНО (0,9%).

8. Уровень первичной инвалидности в течение всего периода наблюдения имел тенденцию к росту у трудоспособного населения, и снижался у лиц пенсионного возраста.

9. Анализ структуры контингента ВПИ вследствие ЗНО с учетом групп инвалидности показал стабильное преобладание инвалидов II группы с тенденцией к уменьшению их удельного веса, который в среднем составил 49,8% от общего числа ВПИ. Инвалиды III и I групп составили примерно 28,0% и 22,2% соответственно.

## **ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА, ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**<sup>1</sup>Макарова О.В., <sup>1</sup>Столлов С.В., <sup>2</sup>Бурма Л.А., <sup>3</sup>Вельдяскина Л.С., <sup>4</sup>Коваленко Е.Н.**

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,

<sup>2</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области»,

<sup>3</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю»,

<sup>4</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю»

Ортопическая трансплантация сердца (ТС) является эффективным методом, который позволяет значительно улучшить прогноз, выживаемость, качество жизни больных с терминальной сердечной недостаточностью (СН). До настоящего времени, несмотря на все достижения и возможности науки, в том числе методов реваскуляризации и ресинхронизации миокарда, около 5% больных тяжелой СН нуждаются в ТС.

В бюро МСЭ освидетельствовано 26 больных после ортопической ТС, мужчин – 21, женщин – 5, в возрасте от 23 до 57 лет. Диагноз до операции был следующим: ИБС, перенесенный инфаркт миокарда – у 11, в т.ч. аневризма левого желудочка – у 5; некомпактный миокард – у 1, дилатационная кардиомиопатия – у 12, гипертрофическая кардиомиопатия – у 2 больных; во всех случаях определялась прогрессирующая ХСН ПБ и III ст., в 11 – тяжелые нарушения ритма сердца, в 4-х – в период ожидания ТС использовалась система механической поддержки сердца. До развития выраженных проявлений заболевания 2 из 12 больных после получения среднего образования не работали, 8 имели среднее специальное, 6 – высшее образование и работали в профессиях водителя автомобиля, газосварщика, инженера по эксплуатации, машиниста электропоезда, автослесаря, фельдшера, врача, менеджера и др.

При первичном освидетельствовании 6 из 26 больных при признаны инвалидами II и 20 – I группы в связи с выраженными и значительно выраженными нарушениями сердечно-сосудистой системы, ограни-

чением жизнедеятельности по ряду категорий 2, 3 степени и нуждаемости в социальной защите. Во всех случаях до ТС при эхокардиографии (ЭхоКГ) ФВ составляла от 7 до 27%, в 1/3 - систолическое давление в легочной артерии достигало 46-68 мм.рт.ст.

При повторном освидетельствовании через 2-4 года после проведенной ТС (21 чел.) II группа инвалидности установлена 10 и I – 11 больным. По заключению ЭХОКГ в большинстве случаев ФВ находилась в пределах нормы (62-73%), систолическое давление в легочной артерии не превышало 25-37 мм.рт.ст. Признаки ХСН 0-I ст. отмечены у 16, ПА ст. – у 2 и ИБ ст. – у 3 больных, стероидный сахарный диабет, компенсированный приемом таблетированных препаратов, развился у 3 больных. Все больные после ТС постоянно получали базисную терапию для предупреждения отторжения: сандиммун, неорал, майофортик, програф, такролимус, микофенолата мофетил, преднизолон и др.

Анализ медицинских документов показал, что признаки незначительного хронического отторжения по результатам эндомикардиальной биопсии миокарда пересаженного сердца наблюдались у 8 больных (0-1А ст.), у 2 – 1Б ст. и у 11 – отсутствовали. В отдаленном периоде после ТС у 1 больного наблюдалась рефрактерная желудочковая тахикардия, что потребовало проведения РЧА и имплантации водителя ритма; у 3 – развилась болезнь коронарных артерий пересаженного сердца с необходимостью стентирования, в т.ч. 2 больных поставлены на лист ожидания повторной трансплантации ввиду прогрессирования СН, при этом ФВ снизилась до 21-27%.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что ТС позволяет увеличить выживаемость больных с терминальной СН и необратимыми нарушениями ритма. В отдаленном периоде после ТС (через 2-4 года) чаще всего отсутствуют значимые осложнения (хроническое отторжение, СН, нарушения ритма), функция трансплантата сохраняется в пределах нормы.

Обращает на себя внимание, что при повторном освидетельствовании после ТС (через 2-4 года) наиболее часто вновь устанавливается I группа инвалидности, несмотря на 100% функцию трансплантата и отсутствие осложнений, при этом ОЖД отмечают как ограничение способности к трудовой деятельности 3 степени (что вызывает вопросы о наибольшей значимости именно этой категории). Необходимо подчеркнуть, что в соответствии с приказом №1024н от 17.12.2015 при повторном освидетельствовании после ТС возможна частичная реабилитация. Данный подход следует чаще использовать при положительной динамике в отдаленном периоде после ТС.

### **Список литературы:**

Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред. Е.В. Шляхто.- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- С.323 – 336.

Трансплантация сердца и механическая поддержка кровообращения. Национальные клинические рекомендации., М., 2016 – 115 с.

## **МСЭ ПРИ АНЕВРИЗМЕ СЕРДЦА**

<sup>1</sup>Макарова О.В., <sup>1</sup>Столов С.В., <sup>1</sup>Углева Е.М., <sup>1</sup>Ямщикова Т.Ю.,  
<sup>2</sup>Спиридонова Л.Н., <sup>2</sup>Рыжова Т.А., <sup>2</sup>Гаврилюк О.Н., <sup>2</sup>Сапун А.Н.

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»,  
<sup>2</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Аневризма левого желудочка (ЛЖ) – четко ограниченная истонченная стенка ЛЖ, возникающая в результате инфаркта миокарда (ИМ). Она является одним из прогностически значимых осложнений ИМ. Аневризма сердца развивается преимущественно в левом желудочке, т.к. его потребность в кислороде, толщина стенки и внутреннее давление – выше, чем в других отделах.

Аневризма левого желудочка развивается у 5-20% пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, и чаще диагностируется у лиц мужского пола старше 50 лет. В последние годы вследствие использования тромболитической терапии и первичной ангиопластики частота этого осложнения снижается. Более 95% истинных аневризм являются следствием инфаркта миокарда. Кроме того, аневризмы ЛЖ также могут быть следствием травмы, саркоидоза и очень редко – в виде врожденных дивертикулов ЛЖ. Ложные

аневризмы левого желудочка обычно являются следствием состоявшегося разрыва желудочка через 5-10 дней после инфаркта миокарда и часто развиваются в результате тромбоза огибающей ветви левой коронарной артерии, а также могут быть результатом ошибок при протезировании митрального клапана.

Постинфарктные аневризмы по времени появления делят на острые, подострые и хронические. *Острые аневризмы* формируются в первые 14 суток инфаркта миокарда, их стенка состоит из погибшего миокарда. Если выпячивание небольшое, есть вероятность, что организм сам его нивелирует с помощью плотного рубца. Если образование большое, то оно очень опасно: от любого повышения внутрижелудочкового давления может резко увеличиться и разорваться.

*Подострые аневризмы* возникают на 3-8 постинфарктной неделе. Стенка аневризмы в этом случае состоит из утолщенного эндокарда и клеток соединительной ткани различной степени зрелости. Эти аневризмы более прогнозируемы, так как ткань, их выполняющая, уже почти сформировалась и является более плотной (меньше реагирует на колебания внутрижелудочкового давления).

*Хронические аневризмы* формируются после 8 недели от момента формирования некроза миокарда. Стенка состоит из трех слоев: эндокарда и эпикарда, между которыми находятся остатки бывшего мышечного слоя. Хронические аневризмы, имеют истонченную, но довольно плотную стенку, медленно растут и редко разрываются. Для них характерны другие осложнения: появление или усугубление сердечной недостаточности; желудочковые нарушения ритма, в том числе жизнеопасные (в связи с тем, что нормальный миокард прерывается аневризмой, состоящей из ткани, которая не проводит импульсы); внутрисердечный тромбоз ЛЖ (вследствие застоя крови) с возможной эмболией.

Проведение ЭхоКГ позволяет определить размеры и форму аневризмы ЛЖ, темп ее роста, опасность разрыва, формирование и локализацию тромба. *Диффузная аневризма* имеет небольшой объем, ее дно – на одном уровне с остальным миокардом. Она может расти и изменять свою форму. Вероятность разрыва невелика, тромбы в ней формируются редко. Однако вследствие того, что ткань стенок аневризмы не участвует в проведении импульса и сокращениях, она становится источником аритмий, развивается левосторонняя сердечная недостаточность.

*Грибовидная аневризма* формируется из рубцов или некроза небольшого диаметра. Выглядит как перевернутый кувшин: от участка, где отсутствуют кардиомиоциты, отходит небольшое устье, которое дальше оканчивается «мешочком», полость которого постепенно расширяется. Данный вид аневризмы опасен разрывом и тромбообразованием.

*Мешковидная аневризма* имеет широкое основание, «устье» и полость мало отличаются по диаметру. Эти образования опасны склонностью к разрывам и скоплению тромбов.

«Аневризма в аневризме» – самый разрывоопасный вид, т.к. на стенке диффузного или мешковидного образования появляется дополнительная аневризма. Встречается этот вид достаточно редко.

Постинфарктные аневризмы являются, в основном, фиброзными; в этих случаях соединительная ткань замещает участок погибших кардиомиоцитов. Данные дефекты слабые, они постепенно растягиваются под воздействием давления крови. Этот тип аневризм относят к неблагоприятным. Фиброзно-мышечные аневризмы образуются после миокардитов, ионизирующего излучения, токсического поражения миокарда, иногда – после инфаркта, когда часть миокарда остается сохраненной; эта форма является более благоприятной.

В соответствии с размерами, можно выделить *аневризмы небольших размеров*, при которых участок сердечной стенки теряет способность к сокращению. Такая аневризма почти не отличается от постинфарктного рубца и лучше обнаруживается в период систолы (больше выступает над поверхностью сердца). *Аневризмы средних размеров* не выходят за пределы перикарда, диаметр может составлять несколько сантиметров. *Гигантские аневризмы* значительно меняют форму сердца. Их полость сравнима по объему с полостью самого левого желудочка. Размер аневризмы является важным критерием для прогноза. Чем больше патологическая полость, тем серьезнее прогноз.

Клиническая картина аневризмы сердца не является специфичной. Быстрое прогрессирование сердечной недостаточности после обширного инфаркта миокарда, частая ее декомпенсация могут свидетельствовать о формировании выпячивания в стенке сердца.

Симптомы аневризмы ЛЖ:

- Быстрое развитие (в течение нескольких недель или месяцев) левожелудочковой недостаточности, которая проявляется нарастанием одышки, усиливающейся в положении лежа. Снижается переносимость обычных бытовых нагрузок, для выполнения которых требуется посторонняя помощь.

- При инфаркте миокарда с аневризмой у пациента в остром периоде отмечаются частые приступы острой левожелудочковой недостаточности, проявляющиеся эпизодами сердечной астмы (сухой приступо-

образный кашель и учащение дыхания) и/или отека легких (влажный кашель с пенящейся мокротой, гипотония, акроцианоз).

· Быстрое присоединение правожелудочковой недостаточности, которая проявляется увеличением печени, отеками нижних конечностей. У пациента буквально за несколько дней может развиваться асцит, затем анасарка.

*Осложнения* чаще всего встречаются при аневризмах средних и гигантских размеров и проявляются:

- Тромбоэмболическими осложнениями;
- Прогрессированием хронической сердечной недостаточности, развитием острой сердечной недостаточности;
- Разрывом аневризмы, приводящий к быстрой гибели пациента.

Профилактикой осложнений является своевременное выявление роста аневризмы, регулярное обследование у врача, а также своевременное выявление показаний для оперативного лечения.

Осложнения после кардиохирургического вмешательства встречаются редко и заключаются в развитии тромбоэмболии, воспалительных процессов в постоперационной ране, а также в рецидиве аневризматического выпячивания. Для профилактики возможных осложнений необходимо тщательное наблюдение за больным в раннем (в условиях стационара), а также в постоперационном периодах (в условиях поликлиники).

*Клинический прогноз* при постинфарктной аневризме определяется, исходя из ее размеров и локализации. Так, аневризмы небольших размеров, диффузно локализующиеся на передней стенке ЛЖ или аневризмы верхушки ЛЖ, не требующие оперативного лечения, характеризуются благоприятным прогнозом для жизни и здоровья пациента.

Аневризмы ЛЖ незначительных размеров обычно не представляют опасности для жизни пациента, хотя в редких случаях могут провоцировать тромбоэмболические осложнения вследствие формирования пристеночных тромбов в полости сердца, которые током крови разносятся по другим артериям и могут стать причиной инфаркта миокарда, инсульта или тромбоза брыжеечной артерий (мезентериальный тромбоз).

Аневризмы средних и гигантских размеров часто являются причиной тяжелой сердечной недостаточности и тромбоэмболий, поэтому без лечения в данном случае прогноз неблагоприятный. После операции прогноз улучшается, так как у 90% пациентов качество жизни повышается, а пятилетняя выживаемость увеличивается.

Результаты недавнего исследования выявили 5-летнюю выживаемость пациентов с аневризмами левого желудочка на уровне 47-70%. Причинами смерти были следующие: аритмия (44%), остановка сердца (33%), инфаркт миокарда (11%), несердечные причины (22%). По другим данным 5-летняя выживаемость составляет 58-80%, 10-летняя – 34-57%. Смертельные случаи в 57% являются следствием повторных инфарктов миокарда.

Факторами, влияющим на выживаемость являются возраст, тяжесть ишемической болезни сердца, продолжительность стенокардии до предшествующего инфаркта, ишемическая митральная недостаточность, размер аневризмы, желудочковые аритмии, сократительная функция жизнеспособного миокарда, КДД левого желудочка. Раннее развитие аневризмы в течение 48 часов после инфаркта также уменьшает выживаемость. Риск тромбоэмболии для пациентов с аневризмами низкий (0,35% пациенто-лет), и постоянный прием антикоагулянтов обычно не рекомендуется. В то же время, у 19% пациентов после инфаркта миокарда с тромбами, определяемыми во время эхокардиографии, отмечены эпизоды тромбоэмболии. Мерцательная аритмия и большой размер аневризмы – дополнительные факторы риска тромбоэмболии. Разрыв хронических псевдоаневризм левого желудочка встречается не так часто как можно было ожидать. Разрыв левых желудочковых псевдоаневризм наиболее вероятен в острой фазе инфаркта миокарда или при их большом размере. Желудочковые псевдоаневризмы имеют тенденцию вести себя подобно истинным аневризмам.

Дооперационными факторами риска отдаленной летальности являются возраст, фракция выброса ЛЖ менее 35%, конечное диастолическое давление ЛЖ более 20 мм рт.ст., значимая митральная недостаточность.

В отдаленном послеоперационном периоде улучшается функция левого желудочка: возрастает фракция выброса, уменьшаются систолический и диастолический объемы (КДО и КСО ЛЖ), диастолическое наполнение, увеличивается толерантность к физической нагрузке, снижается класс стенокардии и функциональный класс (NYHA) сердечной недостаточности. Результаты непосредственно зависят от метода ремоделирования ЛЖ, но прямой зависимости не отмечается.

При проведении медико-социальной экспертизы нередко возникают затруднения при освидетельствовании лиц с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда, осложнившийся хронической аневризмой левого желудочка, что вызывает необходимость дополнительного изучения данного вопроса.

В бюро МСЭ (по СПб) освидетельствовано 34 человека, перенесших инфаркт миокарда с развитием постинфарктной аневризмы ЛЖ. Возраст освидетельствованных составил от 37 до 76 лет, мужчин было 26, женщин – 8; высшее образование имели 3, среднее и среднее специальное – 31; в большинстве случаев до инфаркта миокарда выполняли работу средней тяжести и тяжелого физического труда 26 человека, умственного и легкого физического труда – 8. На момент освидетельствования продолжали трудовую деятельность 7 человек, не работали – 27, в том числе, 10 – являлись пенсионерами по возрасту, 9 инвалидов III группы не работали и были не трудоустроены.

При первичном освидетельствовании группа инвалидности не установлена в одном случае, III группа определена у 20; II группа инвалидности – у 13 освидетельствованных. Признаки хронической сердечной недостаточности определялись у всех освидетельствованных: ПА стадии – у 27, ПБ – у 7.

Среди повторно освидетельствованных (19 чел.) стабильность групп сохранялась у 10 (по 5 человек, соответственно, оставались инвалидами II и III группы), частичная реабилитация достигнута в 4 случаях: из II группы в III перешли 4 человека; в одном случае инвалиду III группы при переосвидетельствовании группа не установлена (полная реабилитация).

Хирургические методы лечения ИБС применялись у 19 человек: из них в 13 случаях выполнена ЧКВ со стентированием, в 7 – проведено АКШ (у 5 из них выполнена венстрикулопластика аневризмы). Тромбированная аневризма имела место у 9 человек, тромбэктомия проведена двум из них.

Все освидетельствованные обследованы по единой клинико-лабораторной и инструментальной программе с обязательным выполнением эхокардиографии и мониторинга ЭКГ по Холтеру.

Осмотр при освидетельствовании в бюро МСЭ выявил цианоз у 9 из 34 человек, уровень артериального давления колебался от 100/60 до 160/100 мм.рт.ст. и составил, в среднем, 132/83 мм.рт.ст.; у 19 человек частота пульса была в пределах 60-80 уд/мин, у 15 – от 81 до 100 уд/мин. При аускультации в большинстве случаев тоны сердца были приглушены, в половине случаев выслушивалось везикулярное дыхание, в половине – ослабленное, влажные хрипы – у 5. Печень по краю реберной дуги определялась у 25, более значимое ее увеличение – у 5 из 34 человек. Периферические отеки в виде пастозности стоп и голеней зафиксированы в половине случаев.

При проведении ЭхоКГ выявлено, что ФВ более 50% была у 3, на уровне 49-35% – у 24 и менее 35% – у 7 человек. Характеристика аневризмы ЛЖ не приведены ни в одном случае, размеры даны в 4-х случаях – 3,8×4,0, 1,5×4,0, 1,8×4,0 см. У всех обследованных отмечалась дилатация левых полостей сердца, а также наличие митральной, трикуспидальной регургитации умеренной и выраженной степени, в 3-х случаях – незначительная аортальная регургитация, в 9 – незначительное и умеренное повышение давления в легочной артерии.

Холтеровское мониторирование ЭКГ обнаружило желудочковую экстрасистолию у всех обследованных: I и 2-я градация по Лауну – у 8, 3-я градация – у 13, 4-я – у 8 и 5-я – у 5 человек. В 5 случаях отмечена пароксизмальная желудочковая тахикардия. У 13 из 34 человек зафиксированы эпизоды безболевой ишемии миокарда от 2 до 56 минут.

Таким образом, анализ медицинской документации и результаты объективного обследования больных, перенесших инфаркт миокарда с последующим развитием аневризмы левого желудочка, показал, что наиболее прогностически значимыми для экспертной оценки являются выраженность нарушений гемодинамики в виде хронической сердечной недостаточности. Менее значимыми являются нарушения ритма сердца (желудочковая экстрасистолия высокой градации, пароксизмальная желудочковая тахикардия). Несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия, в том числе хирургические методы лечения (АКШ, пластика с ушиванием/резекцией аневризмы, стентирование), стабильность групп инвалидности остается высокой, что определяется выраженным многососудистым коронарным поражением, распространенной зоной некроза при инфаркте миокарда, не в полной мере эффективной хирургической коррекцией.

### Список литературы:

Жбанов И.В., Молочков А. В., Шабалкин Б.В. «Реконструктивная хирургия осложненных форм ишемической болезни сердца» – Издательство: «Практика», 2013. – 160 с.

Желихажева М.В., Мерзляков В.Ю. Хирургическое лечение постинфарктной аневризмы левого желудочка задне-базальной локализации в условиях параллельной перфузии. *Annals of Surgery, Russian journal.* 2016, 21/5

Павлов А.В., Гордеев М.Л., Терещенко В.И. Виды хирургического лечения постинфарктных аневризм левого желудочка. *Альманах клинической медицины.* - 2015. - С. 105-115.

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ  
В СРАВНЕНИИ ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, РФ И ПФО ЗА 2015-2017 Г.Г.**

Мамаева Т.А., Ауст Н.А., Архипова О.В., Сильянова Н.Ю.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России,  
г. Чебоксары

Проблема инвалидности вследствие шизофрении является актуальной и представляет интерес. Под шизофренией понимается постепенно нарастающая дезорганизация психической деятельности, приводящая к разрыву социальных связей и к специфической дезинтеграции эмоционально-волевых и мыслительных функций. Шизофрения есть объективная клиническая и социальная реальность, ее симптомы часто приводят к стойкой социальной дезадаптации пациентов и к необходимости решать вопросы об установлении им инвалидности.

Шизофрения в структуре первичной инвалидности среди всех психических расстройств по Чувашской Республике в течение последних 3 лет занимает 2 ранговое место, на первом месте - органические психические расстройства, на третьем - умственная отсталость. Доля лиц ВПИ вследствие шизофрении за 2015-2017г.г. по ЧР, РФ и ПФО находится примерно на одном уровне и незначительно колеблется по ЧР от 25,9% до 31,6%, по РФ от 29,6% до 30,9%, по ПФО от 27,8% до 30,8%.

Исследования динамики показателей первичной инвалидности вследствие шизофрении показали, что уровень первичной инвалидности на 10 тысяч населения по ЧР, РФ и ПФО находится примерно на одном уровне, и составляет по ЧР в 2017 году -1,0, в 2016г.-1,0, в 2015г.-0,8, по ПФО и РФ за все три года - 0,8.

В структуре по возрасту за все исследуемые годы как в Чувашской Республике, так и по ПФО и РФ преобладают лица трудоспособного возраста. Колебание доли лиц трудоспособного возраста в ЧР от 92,7% до 94,8%, по ПФО от 94,2% до 96,6%, по РФ от 94% до 94,6%. Среди трудоспособного возраста преобладает молодая возрастная группа (18-45 лет) в сравниваемых регионах. По ЧР доля лиц молодого возраста колеблется от 76,8% до 81,4%, по ПФО от 76% до 78,4%, по РФ от 75,7% до 76,7%.

По тяжести в структуре первичной инвалидности взрослого населения Чувашской Республики вследствие шизофрении за 2015-2017г.г. первое место занимают инвалиды 3 группы, их доля колеблется от 59,8% до 80,5%, с тенденцией к снижению в 2017 году по сравнению с 2015 годом на 15,5%; на втором месте - инвалиды 2 группы, их доля колеблется от 19,5% до 40,2%, с тенденцией к увеличению в 2017 году по сравнению с 2015 годом на 58,95%; на третьем месте - инвалиды 1 группы - 0% в 2015 и 2016 годах, и 1% в 2017 году.

В РФ и ПФО за все годы преобладает 2 группа инвалидности, ее доля в РФ составляет 72,7%- 74,1%, в ПФО 70,9% - 74,6%, динамика незначительная (в пределах 2,6%). Второе место занимает 3 группа инвалидности, ее доля в РФ составляет 24,4%-26,3%, с динамикой в пределах 7,8%, по ПФО показатели колеблются от 24,2% до 27,8%, с незначительной динамикой в пределах 5,7%. На 3 месте по ПФО и РФ стоит 1 группа инвалидности, ее доля низкая: по РФ от 1,3% до 1,5%, по ПФО от 0,9% до 1,3%. Данные по 1 группе инвалидности по ЧР аналогичны: их доля составляет очень маленький процент среди ВПИ вследствие шизофрении - не более 1,5%.

**Выводы:** Таким образом, в Чувашской Республике шизофрения в структуре первичной инвалидности среди всех психических расстройств в течение последних 3 лет занимает 2 ранговое место. Уровень первичной инвалидности за исследуемые годы стабильный с незначительной динамикой в пределах 0,8-1,0, как по ПФО и РФ. В структуре по возрасту как в ЧР, так и в РФ и ПФО лица трудоспособного возраста преобладают над лицами пенсионного возраста. Среди трудоспособного возраста преобладает молодая возрастная группа. По тяжести в структуре первичной инвалидности взрослого населения Чувашской Республики вследствие шизофрении первое место занимают инвалиды 3 группы, по РФ и ПФО инвалиды 2 группы.

**Список литературы:**

Р.М.Войтенко. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. Руководство для врачей и психологов. Санкт-Петербург 2002г.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КОНСТРУКТИВНОГО ПАРТНЕРСТВА УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Маслакова С.И., Журавлева Н.И., Смагина Т.Н.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России

Показателями доступности и качества государственной услуги, каковой является «проведение медико-социальной экспертизы», являются снижение количества и продолжительности взаимодействий получателя госуслуги с должностными лицами, соблюдение сроков ее предоставления и возможность ее получения в электронном виде.

В условиях регламентированных административных процедур для обеспечения выше перечисленных показателей существенно повышается значимость вопросов конструктивного взаимодействия органов медико-социальной экспертизы (МСЭ) и органов здравоохранения.

Согласно Постановлению Правительства РФ №95 20.02.2006 № 95 (ред. от 29.03.2018) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» гражданин направляется на МСЭ медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

При этом в «Направлении на МСЭ» (форма 088/у-06), которая утверждена приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2007 № 77 (ред. от 28.10.2009), указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Все записи в «Направлении на МСЭ» должны красной чертой отражать и подтверждать стойкость нарушенных функций направляемого лица на МСЭ, его клинический и реабилитационный прогноз.

К сожалению, в ряде медицинских учреждений, обслуживающих как взрослое, так и детское население региона, до сих пор бытует мнение, что предпочтительнее оформить направление на МСЭ при любых обстоятельствах, особенно гражданам, имеющим конфликтный настрой. Расчет – при не установлении инвалидности весь груз ответственности и последующие разбирательства, вплоть до судебных, ляжет на учреждение МСЭ.

В 2017 г. из 11 867 граждан, впервые направленных на МСЭ в ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, – 1753 – 14,8 % были направлены необоснованно. За первые 5 месяцев 2018 г. – из 4 782 – 662 – 13,8 %.

Согласно тому же Постановлению за достоверность сведений направляющая организация несет полную ответственность.

Расхождение объективных данных с данными инструментальных методов обследования, неверное или неполное указание диагнозов основного и сопутствующего заболеваний, не указание осложнений и степени их тяжести может существенно затруднить проведение МСЭ, увеличить количество и продолжительность взаимодействия получателя госуслуги с должностными лицами, пролонгировать сроки ее предоставления.

Однако кроме расхождений в объективных данных, не подтверждения диагноза данными обследования иногда встречаются видимые признаки подделки, наличие неоговоренных исправлений, серьезных повреждений, приписок, зачеркнутых слов, не позволяющих однозначно истолковать написанное в направительных документах. В этих случаях бюро МСЭ вынуждено запрашивать первичную медицинскую документацию, например, историю болезни стационара и сравнивать данные.

Или для уточнения данных составлять программу дополнительного обследования (ПДО). Или в качестве контроля полученных сведений назначать обследование на базе Главного бюро МСЭ.

В настоящее время все Главные бюро МСЭ России централизованно оснащены высокотехнологичным специальным оборудованием экспертной направленности с возможностями контрольной оценки сенсорных функций, психической и мышечной деятельности, параметров движения, статики и координации. Об экспертных возможностях Главных бюро МСЭ и о их возможном использовании врачами лечебной сети при решении экспертных вопросов все медицинские учреждения были неоднократно информированы.

Максимальный срок предоставления госуслуги с учетом времени, необходимого для составления ПДО и ее выполнения, не может превышать 30 календарных дней от даты подачи получателем госуслуги заявле-

ния. Нарушение срока проведения МСЭ отнесено к административным правонарушениям в части законодательства о социальной защите инвалидов и находится на особом контроле Генеральной прокуратуры РФ.

Нуждаемость в составлении ПДО повышает риск нарушения 30-ти дневного срока предоставления госуслуги. Во избежание нарушения регламента, бюро МСЭ вынуждено на 30-й день вынести экспертное решение по имеющимся данным, о чем получатель госуслуги заранее, еще на этапе назначения дообследования, в доступной форме информируется.

И это тоже в той или иной степени отражается на социальной удовлетворенности обратившегося на МСЭ гражданина.

Согласно приказу Минтруда России от 11.11.2012 г. № 310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» в случае обоснованных (доказанных) сомнений о представлении поддельных документов или заведомо ложных сведений, руководитель бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязан направить соответствующие материалы в органы прокуратуры.

Для исключения подделки и коррупционной составляющей на этапе передачи формы 088/у-06 из рук в руки, для снижения частоты и продолжительности взаимодействий получателя госуслуги с должностными лицами, Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 318 предусмотрена возможность ее передачи из медицинской организации в бюро МСЭ в электронном виде (в течение 3 рабочих дней со дня его выдачи). Передача должна быть осуществлена посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия. При отсутствии доступа к этой системе - на бумажном носителе с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

Учитывая сложности разработки приемлемой электронной формы 088/у-06, сложности разработки и утверждения рабочего регламента электронного взаимодействия между системой МСЭ и ЛПУ повсеместное внедрение передачи электронной формы 088/у-06 ожидается не ранее 4 квартала 2018 г.

До июля 2018 г. в России допускалась передача направительных документов из мед. учреждения в бюро МСЭ лично получателем госуслуги (его законным или уполномоченным представителем). Начиная с 01.07.2018 г. передача направительных документов осуществляется курьерской службой медицинского учреждения или почтой с соблюдением всех требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

Также для повышения прозрачности и социальной удовлетворенности граждан госуслугой «проведение МСЭ» ФОМС разрабатывает систему качественных показателей подготовки направительных документов с акцентом на недостатки, в т.ч. не соблюдения стандарта обследования, необходимого для вынесения объективного экспертного решения.

Таким образом, законодательство существенно повышает требования к качеству оформления медицинской формы 088/у-06, особенно, в части достоверности и полноты сведений о проведенных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятиях. Повышение качества оформления направительных документов будет способствовать снижению частоты и продолжительности взаимодействий получателя госуслуги с должностными лицами, соблюдению сроков предоставления госуслуги «проведение МСЭ», минимизации жалоб со стороны ее получателей.

## **НОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Миллер Л.Г., Жирнова Т.И., Смагина Т.Н.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России

В России из 11,5 млн. инвалидов нуждаются в технических средствах реабилитации (ТСР) 1 млн. 600 тыс. – 13,9 %.

В последние годы для реализации госпрограммы «Доступная среда» для людей с ограниченными возможностями здоровья государство выделяет на реабилитационную технику значительные средства. Сейчас объем рынка средств технической реабилитации оценивается в 32 млрд. рублей. К 2025 г. он должен увеличиться до 40- 56 млрд.

В утвержденном Правительством РФ Федеральном Перечне для обеспечения инвалидов ТСР их представлено около 290 видов.

В настоящее время предусмотрено два механизма обеспечения инвалидов ТСР из Перечня. Первый – получение в натуральной форме. Второй - выплата компенсации за самостоятельно приобретенное ТСР при соблюдении двух условий: ТСР должно входить в Перечень и должно быть включено в индивидуальную программу реабилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида).

Система натурального обеспечения инвалидов ТСР опирается на проведение государственных закупок, которые чаще представляют собой даже не открытые тендеры, а электронные аукционы. Поэтому в этой системе главную роль играет цена изделия. Побеждает поставщик, предложивший самую низкую цену, что ведёт, прежде всего, к ценовой конкуренции, а не к конкуренции качества поставляемой продукции. В результате в большинстве случаев разумное соотношение цены/качества изделий и услуг не выдерживается. Кроме того, из-за закупки по конкурсной процедуре сроки предоставления ТСР могут затянуться. Сейчас минимальный срок - 40 дней. И при этом инвалид может получить не совсем то, что ему нужно. При самостоятельном приобретении ТСР получение денежной компенсации тоже, как минимум на 60 дней, растягивается. И сумма, которую получает инвалид, всегда меньше реально потраченной, так как ее определяют по оптовым закупкам, а инвалид приобретает по реальным рыночным расценкам. Другой отрицательный момент - в рамках конкурсных процедур, комплексной закупке невозможно учесть индивидуальную потребность, сделать так, чтобы, например, каждая коляска закупалась под антропометрические требования конкретного инвалида.

В 2017 г. проведенная Счетной Палатой в нескольких регионах проверка обеспечения за счет бюджетных средств инвалидов только креслами-колясками показала, что оно явно недостаточно. Так расходы на данные цели в 2015 г. составили 2,6 млрд. рублей (+ к 2014 г. почти на 45 %), а обеспеченность выросла лишь на 30%.

В числе проблем, препятствующих эффективному расходованию бюджетных средств, есть проблема и медико-социальной экспертизы. Конкретно - избыточность или недостаточность сведений о необходимых ТСР ИПРА. Недостаточность в ИПРА технических и потребительских характеристик могут привести к отказу от приобретенного ТСР. Избыточность - к увеличению его стоимости. Например, при показаниях инвалиду той же коляски не всегда учитываются его социальные условия, при ее замене инвалиду со сроком инвалидности «бессрочно» - не предусматривается учет изменений его антропометрических данных, состояния здоровья, степени социальной активности, работоспособности, возраста.

Кроме того, анализ Счетной Палатой цен у поставщиков тех же зарубежных кресел-колясок, показал, что зачастую они на аналогичные российские изделия ниже. И во всех проверенных регионах выявлено нарушение сроков выдачи инвалиду направления на получение или изготовление изделия.

Учитывая все выше изложенное, Правительством РФ было принято решение о необходимости пересмотра порядка обеспечения инвалидов ТСР. Новый порядок должен в доступной форме обеспечить инвалида качественными и современными ТСР с учетом его индивидуальных потребностей.

Во исполнения решения в июле 2017 г. Минтруд России разработал соответствующий законопроект. В настоящее время он передан на общественное обсуждение, для чего размещен на федеральном портале проектов нормативных правовых актов <http://regulation.gov.ru/>. После обсуждения он должен быть преобразован в дополнение к Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Согласно законопроекту для приобретения ТСР инвалидам будут выдавать на определенную сумму электронный сертификат - документ по типу сертификата на материнский капитал. Его также нельзя будет «обналичить» или купить на него что-то другое, кроме того, для чего он предназначен. Но им можно будет оплатить любое ТСР, выбранное самим инвалидом (его законным/уполномоченным представителем) с учетом особенностей и специфики заболевания, степени социальной активности, работоспособности, возраста.

Т.е. электронный сертификат позволит обеспечить адресный (индивидуальный) подход к ТСР.

Сегодня в России нет единого справочника, где были бы собраны по типам все ТСР от всех производителей, которые есть на российском рынке. Этот пробел должен восполнить созданный актуальный электронный каталог ТСР. Сейчас его разработкой занимаются специалисты Фонда социального страхования РФ. В единую базу (каталог) каждый производитель ТСР будет вносить информацию о своем изделии. Доступ к базе получают как потребители, так и органы медико-социальной экспертизы, разрабатывающие ИПРА, органы соцзащиты, ФСС и поставщики. Совмещение электронного сертификата с каталогом изделий позволит создать полноценную систему «цифровых» сервисов для выбора и получения наиболее подходящего ТСР конкретному инвалиду.

Чтобы механизм оправдал себя, важно будет регулярно актуализировать каталог техники, добавляя в него новые разработки. Многие инвалиды имеют активную жизненную позицию, хотят социализироваться, и это очень важно. Именно поэтому утвержденная правительством стратегия развития реабилитационной индустрии направлена на повышение конкурентоспособности отрасли. Это не простая задача: с одной сто-

роны, многообразие видов реабилитационной техники, с другой - небольшие объемы производства и необходимость учитывать индивидуальные особенности человека, которому эта техника предназначена. Важен также квалифицированный заказчик: ведь речь идет не только о том, чтобы произвести нужный протез или другое изделие, но обучить инвалида им пользоваться.

Но и здесь будут установлены определенные законодательные рамки.

Чтобы не было нецелевого расходования средств, инвалид по-прежнему должен посредством электронного сертификата через национальную платежную систему приобрести то ТСР, которое ему было рекомендовано в ИПРА.

Купить ТСР по сертификату можно будет в специально аккредитованных магазинах. Не исключается, что среди них будут организации, которые уже имеют опыт поставки ТСР в рамках государственных закупок. Ожидается, что круг поставщиков и ассортимент предлагаемых ими ТСР будет достаточно широким, что обеспечит возможность подбора необходимого инвалиду изделия. Конечно, право самостоятельного выбора поставщика и конкретного средства реабилитации повысит уровень добросовестной, здоровой конкуренции на рынке поставок ТСР, повысит экономическую эффективность системы обеспечения инвалидов средствами реабилитации, привлечет в сферу обеспечения социально ориентированные некоммерческие организации.

Многие инвалиды, особенно проживающие в сельских поселениях, в силу своего заболевания, возраста, маломобильности, одиночества, дохода не имеют возможности пользоваться сетью интернет или выехать за пределы населенного пункта. Для исключения неудобств в поиске инвалидами (законными/уполномоченными представителями) необходимых ТСР и их поставщиков законом будет предусмотрена еще один вариант использования сертификата. Если инвалид проживает в местности, где нет организаций, оказывающих услуги по обеспечению ТСР, соцработник обязан будет обеспечить ему (законному/уполномоченному представителю) сопровождение в помощи выбора и приобретения ТСР.

Но, все же, как получить положенное средство - через специальную организацию, которая занимается в регионе закупкой ТСР для инвалидов и их распределением или с помощью сертификата инвалид (его законный/уполномоченный представитель) должен определиться сам.

Первоначально планируется выпускать сертификаты на ТСР серийного производства как отечественного, так и импортного производства (поставщик, страна-производитель не будет иметь значения), которые не требуют привязки к индивидуальным параметрам. Это телефоны с текстовым выходом, телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами, сигнализаторы звука световые и вибрационные, медицинские термометры и тонометры с речевым выходом. В последующем планируется распространить практику предоставления сертификата и на другие изделия.

С сертификата будет списываться фактическая стоимость ТСР. Стартовая сумма электронного сертификата для разных групп товаров пока не уточнена. Но уже оговаривается, что если понравившееся ТСР окажется дороже, чем предполагает сертификат, инвалид сможет доплатить за него из своих личных средств или средств благотворительных фондов. Если меньше – оставшиеся деньги «сгорят», так как остаток средств сертификата расходованию не подлежат.

Кроме того, средства, заложенные в сертификат, можно будет использовать на принципах экстерриториальности. Это решит проблему быстрого, без проволочек и бюрократии, обеспечения ТСР инвалида при его переезде в другой город или регион.

Одним из ключевых положений закона должно стать положение о предельном размере возмещаемых расходов. Сейчас региональный разброс цен колоссальный. Но и использование методики установления предельного размера выплат при компенсации расходов за самостоятельно приобретенное изделие вряд ли будет стимулировать конкуренцию и развитие рынка.

Международный опыт свидетельствует, что единообразие цен на ТСР достигается через механизмы государственного регулирования, а небольшое различие цен в разных регионах может объясняться только особенностями логистики.

Не менее важно, что сертификат обеспечит гарантийное и после гарантийное обслуживание, что на сегодняшний день в силу объективных причин, связанных с наличием посредников и сроками исполнения гарантийного ремонта, не имеет достойного решения.

Переход на такую модель должен быть постепенным и безболезненным, а пока пилотные проекты запускаются по регионам. Одними из первых выступили Ханты-Мансийский АО – Югра и Москва. Реализованный в этих регионах «пилотный проект» получил положительные отзывы у инвалидов и был поддержан общественными организациями инвалидов, депутатами Государственной Думы РФ, представителями ОНФ.

Введение электронного сертификата на ТСР намечено на 2018-2019 гг.

**ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ,  
РЕКОМЕНДОВАННЫХ ИНВАЛИДАМ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ  
ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ЗА 2015-2017 ГГ.  
В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.**

**Михайлова Л.Г., Григорьева О.В., Мизурова И.Л**

ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда и соцзащиты России, г. Чебоксары

Резюме. Проведен анализ назначений технических средств реабилитации в индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалидов из числа взрослого населения в Чувашской Республике за период с 2015 год по 2017 год. Как показал анализ, наиболее часто в Чувашской Республике были рекомендованы следующие технические средства реабилитации: трость опорная; кресло-коляска с ручным приводом комнатная; кресло-стул с санитарным оснащением; различные виды протезов и ортезов; слуховой аппарат; специальные средства при нарушении функций выделения (моче- и калоприемники); абсорбирующее белье, подгузники.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

Технические средства реабилитации являются важнейшим компонентом системы медико-социальной реабилитации инвалидов. Их значение особенно возрастает на этапе приспособления к сложным условиям окружающей среды при выраженных ограничениях жизнедеятельности.

К техническим средствам реабилитации, облегчающим труд и быт инвалидов, относятся устройства, инструменты, оборудование или технические системы, которые благодаря специальным свойствам облегчают компенсацию или устранение ограничений способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности инвалидов, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Технические средства реабилитации выполняют различные функции: улучшение мобильности и устойчивости, разгрузку больного органа или сустава, фиксацию, улучшение опорности, нормализацию весовых нагрузок, облегчение движений и самообслуживания, сохранение удобного положения и др.

Специальные свойства технических средств реабилитации определяются наличием в их конструкции технических решений, обеспечивающих учет специфических потребностей инвалидов. Использование инвалидом соответствующих технических средств и связанных с ними реабилитационных технологий способствует максимальной реализации реабилитационного потенциала инвалида.

Основополагающей позицией обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации является их медико-функциональная и социальная адекватность.

Цель исследования. Анализ рекомендованных в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалида (далее ИПРА инвалида) из числа взрослого населения технических средств реабилитации (далее ТСР) в Чувашской Республике за 2015-2017 гг.

Материалы и методы. Анализ проведен на основании данных годовых форм федерального государственного статистического наблюдения № 7 – собес ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России за 2015-2017 гг.

Результаты и обсуждение. В Чувашской Республике за 2017 г. разработано 20065 ИПРА инвалида. Это число составило 105,9% от числа признанных инвалидами, так как часть граждан, которым инвалидность была установлена без указания срока переосвидетельствования, обратились в учреждение МСЭ только с целью разработки ИПРА инвалида. В 2016 г. – было разработано 21128 ИПРА инвалида, в 2015 г. – 21232 ИПРА инвалида.

Технические средства реабилитации были рекомендованы в 6428 ИПРА инвалида, что составило в 2017 году 32,0% от числа выданных ИПРА инвалидов, в 2016 г. – 6936 (32,8%), в 2015 г. – 6948 (32,7%). В целом, за три года отмечается снижение числа разработанных ИПРА инвалида взрослым на 5,5%.

За период 2015-2017 гг. наиболее часто рекомендованы 7 видов ТСР:

- Трости опорные
- Кресла-коляски с ручным приводом комнатные

- Кресла-коляски с санитарным оснащением
- Различные виды протезов и ортезов
- Слуховые аппараты
- Специальные средства при нарушении функций выделения (моче- и калоприемники)
- Абсорбирующее белье, подгузники

Наибольшая потребность в 2017 г. выявлена в обеспечении тростью опорной, которая была назначена в 1892 случаях, что составило 29,4% от рекомендованных ТСП, в 2016 г. – 31,6%, в 2015 г. – 32,7%.

Высокая потребность в 2017 г. отмечена в различных видах протезов и ортезов, нуждаемость в которых определялась в 1414 случаях (21,9% от рекомендованных ТСП), в 2016 г. – 23,2%, в 2015 г. – 23,6%.

Несколько ниже нуждаемость в 2017 г. в абсорбирующем белье и подгузниках, которая определялась в 1320 случаях (20,5% от рекомендованных ТСП), в 2016 г. – 18,8%, в 2015 г. – 16,1%.

Потребность в 2017 г. в креслах-колясках с ручным приводом комнатных выявлена в 1028 случаях – 16,0% (в 2016 г. – 14,4%, в 2015 г. – 12,0%), в специальных средствах при нарушении функций выделения (моче- и калоприемниках) – в 885 случаях – 14,0% (в 2016 г. – 12,8%, в 2015 г. – 11,2%), в кресла-стульях с санитарным оснащением – в 775 случаях – 12,1% (в 2016 г. – 12,7%, в 2015 г. – 15,5%), слуховых аппаратах – в 695 случаях – 10,8% (в 2016 г. – 10,2%, в 2015 г. – 8,2%) от рекомендованных ТСП.

Все остальные виды ТСП составили небольшой процент от общего количества рекомендованных ТСП:

- Кресла-коляски с ручным приводом прогулочные – 5,3% (в 2016 г. – 5,3%, в 2015 г. – 6,0%);
- Обувь ортопедическая сложная – 5,2% (в 2016 г. – 5,6%, в 2015 г. – 3,3%);
- Костыли – 5,1% (в 2016 г. – 4,9%, в 2015 г. – 5,4%);
- Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами – 4,8% (в 2016 г. – 5,2%, в 2015 г. – 3,8%);
- Сигнализаторы звука световые и вибрационные – 4,7% (в 2016 г. – 5,0%, в 2015 г. – 4,9%);
- Телефонные устройства с текстовым выходом – 4,4% (в 2016 г. – 4,6%, в 2015 г. – 3,5%);
- Ходунки – 3,6% (в 2016 г. – 3,5%, в 2015 г. – 3,7%);
- Противопролежневые матрасы – 3,6% (в 2016 г. – 3,2%, в 2015 г. – 2,8%);
- Обувь на протезы и ортопедические аппараты нижних конечностей – 3,5% (в 2016 г. и 2015 г. – 3,6%);
- Протезы нижних конечностей – 3,2% (в 2016 г. – 3,4%, в 2015 г. – 3,3%);
- Трости тактильные – 2,6% (в 2016 г. – 3,0%, в 2015 г. – 2,6%);
- Специальные устройства для чтения «говорящих книг» – 2,6% (в 2016 г. – 2,6%, в 2015 г. – 3,8%);
- Специальные устройства для оптической коррекции слабовидения – 2,4% (в 2016 г. – 2,7%, в 2015 г. – 3,3%);
- Медицинские термометры с речевым выходом – 1,3% (в 2016 г. – 1,6%, в 2015 г. – 1,9%);
- Протезы других органов, в том числе: глазные, ушные, носовые, неба, половых органов – 1,0% (в 2016 г. – 1,0%, в 2015 г. – 0,9%);
- Медицинские тонометры с речевым выходом – 0,9% (в 2016 г. – 1,2%, в 2015 г. – 1,3%);
- Противопролежневые подушки – 0,8% (в 2016 г. и 2015 г. – 0,9%);
- Протезы верхних конечностей – 0,4% (в 2016 г. и 2015 г. – 0,5%);
- Кресла-коляски с ручным приводом активного типа – 0,2% (в 2016 г. – 0,2%, в 2015 г. – 0,1%);
- Кресла-коляски с электроприводом – 0,2% (в 2016 г. и 2015 г. – 0,2%);
- Специальная одежда – 0,2% (в 2016 г. – 0,2%, в 2015 г. – 0,1%);
- Голосообразующие аппараты – 0,2% (в 2016 г. – 0,1%, в 2015 г. – 0,2%);
- Поручни – 0,1% (в 2016 г. и 2015 г. – 0,3%);
- Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов – 0,1% (в 2016 г. и 2015 г. – 0,2%);
- Опоры – 0,02% (в 2016 г. – 0,07%, в 2015 г. – 0,03%);
- Кресла-коляски с ручным приводом малогабаритные – 0,02% (в 2016 г. и 2015 г. – 0,03%).

#### Заключение

Таким образом, у инвалидов из числа взрослого населения Чувашской Республики в 2015-2017 гг. выявлена наибольшая потребность в обеспечении тростями опорными; меньше потребность в различных видах протезов и ортезов; абсорбирующем белье и подгузниках, креслах-колясках с ручным приводом комнатных. Потребность в креслах-колясках с ручным приводом прогулочных в сравнении с креслами-колясками с ручным приводом комнатными, как показал анализ, в 2-3 раза меньше, с учетом медицинских показаний и противопоказаний.

Таким образом, среди наиболее часто рекомендуемых ТСР в 2017 году прослеживается следующая тенденция:

Трости опорные уменьшились по сравнению с 2015 г. на 20,1%, с 2016 г. на 7,5%.

Кресла-коляски с ручным приводом комнатные увеличились по сравнению с 2015 г. на 23,3%, с 2016 г. на 3,2%.

Кресла-стулья с санитарным оснащением уменьшились по сравнению с 2015 г. на 28,0%, с 2016 г. – 12,2%.

Различные виды протезов, ортезов уменьшились по сравнению с 2015 г. на 13,8%, с 2016 г. – 12,1%.

Слуховые аппараты по сравнению с 2015 г. увеличились на 22,4%, с 2016 г. уменьшились на 1,7%.

Специальные средства при нарушении функций выделения (моче- и калоприемники) по сравнению с 2015 г. увеличились на 13,9%, с 2016 г. потребность в них не изменилась.

Абсорбирующее белье и подгузники увеличились с 2015 г. на 18,0%, с 2016 г. на 1,0%.

Таким образом, рейтинг потребности в ТСР в 2017 году, выглядит следующим образом (по мере убывания):

1 место – трости опорные – 29,4 (31,6% в 2016 году, 34,1% в 2015 году);

2 место – различные виды протезов и ортезов – 21,9 (23,2% в 2016 году, 23,6% в 2015 году);

3 место – абсорбирующее белье и подгузники – 20,5% (18,8% в 2016 году, 16,1% в 2015 году);

4 место – кресла-коляски с ручным приводом комнатные – 16% (14,4% в 2016 году, 12% в 2015 году);

5 место – специальные средства при нарушении функций выделения (моче- и калоприемники) – 14,0% (12,8% в 2016 году, 11,2% в 2015 году);

6 место – кресла-стулья с санитарным оснащением – 12,1% (12,7% в 2016 году, 15,5% в 2015 году),

7 место – слуховые аппараты – 10,8% (10,2% в 2016 году, 8,2% в 2015 году).

## **ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Мусина А.В., Шишкова-Лаврусь М.В., Бажуткина М.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

Заболеваемость циррозом печени и сахарным диабетом является актуальной медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. Острота и актуальность определяются широкой распространённостью данных заболеваний, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных. Течение сахарного диабета характеризуется развитием осложнений, которые во многом определяют клиническое течение заболевания и его прогноз. Именно они являются наиболее частой причиной инвалидизации и летальности. Выраженность метаболических нарушений у больных сахарным диабетом, по мнению ряда авторов, зависит в т.ч. и от функционального состояния печени. Следует отметить, что у пациентов с хроническими заболеваниями печени (цирроз, гепатит) встречаемость сахарного диабета и нарушения «толерантности к глюкозе» в несколько раз выше, чем в популяции.

Сахарный диабет связан с возникновением неалкогольного жирового гепатоза (диабетический гепатоз) и криптогенного цирроза. В тоже время остаётся неясным, влияет ли сахарный диабет на тяжесть течения хронического гепатита В и С, а также на возникновение стойких ограничений жизнедеятельности организма, приводящих к инвалидизации.

Целью нашего исследования было изучение особенности структуры заболеваемости и инвалидизации пациентов с циррозом печени, сочетанным с сахарным диабетом.

Проведён статистический анализ заболеваемости циррозом печени и отдельно выделена группа пациентов старше 18 лет с сопутствующим заболеванием «сахарный диабет 2 типа», из системы ЕАВИИАС за период 2015-2017 гг. по Самарской области. В группу контроля были включены пациенты без установленного диагноза сахарный диабет и без указаний по анамнезу на нарушение толерантности к глюкозе.

Представлены результаты анализа общей заболеваемости и инвалидизации пациентов с циррозом печени взрослого населения Самарской области. За период 2015-2017 гг. освидетельствовано 1080 пациент с циррозом печени, из них 140 человек (13% от общего числа освидетельствованных) имели сопутствующую патологию: сахарный диабет 2 типа. Уровень общей заболеваемости циррозом печени за данный период был

стабильно высоким и составлял в среднем 560 человек (1,2%) за год от общего числа освидетельствованных, при этом уровень первичной инвалидизации стабильно повышался на 2% в год. В структуре заболеваемости циррозом печени преобладала смешанная этиология заболевания, однако в 16% случаев выявлена криптогенная этиология процесса (что на 2% ниже, чем среднестатистические показатели по Российской Федерации), в 24% случаев причиной цирроза был вирусный гепатит С и в 4% - вирусный гепатит В. По тяжести течения цирроза печени, сочетанного с сахарным диабетом, преобладали пациенты с компенсированным и субкомпенсированным циррозом печени (класс А и В по Child-Pugh - 27%), декомпенсированный цирроз (класс С по Child-Pugh) был выявлен в 10% случаев. Данный контингент инвалидов формировался преимущественно мужчинами трудоспособного, особенно молодого и среднего возраста, средний возраст которых составил 48 лет. Наиболее часто у лиц с циррозом печени, сочетанного с сахарным диабетом, при первичном освидетельствовании выявлены выраженные нарушения функции пищеварения и при повторном освидетельствовании показатель реабилитации, с определением умеренного нарушения функции пищеварения составил 15%. Показатель утяжеления группы инвалидности при повторном освидетельствовании составил 16%.

В группу контроля вошли пациенты с циррозом печени, без сахарного диабета (17 человек). Основными причинами заболевания циррозом печени в 41% случаев были: смешанная этиология и гепатит С. Криптогенная этиология цирроза печени составила 11%. По тяжести течения превалировал компенсированный цирроз печени (класс А по Child-Pugh - 52%), субкомпенсированный цирроз печени (класс В по Child-Pugh) был выявлен в 47% случаев, больных с декомпенсированным циррозом печени (класс С по Child-Pugh) выявлено не было. Так же, как и в основной группе, в группе контроля наиболее часто определялась II группа инвалидности (58%), III группа - в 41% случаев. При повторном освидетельствовании, усиление группы с III до II составляло 11%, что меньше по сравнению с группой больных, имеющих сочетанную патологию цирроза печени и сахарного диабета 2 типа.

Таким образом, при установлении диагноза «цирроз печени» в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, основной причиной заболевания оставалась формулировка «смешанная этиология». Отмечалось более тяжелое течение основного заболевания и высокая степень инвалидизации при прохождении МСЭ у лиц трудоспособного возраста.

## **ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА**

**Мышенцев Е.Н., Крюкова М.Л., Петрушина Н.Н., Викторова Н.Л.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

При направлении на МСЭ лечебными учреждениями пациентов с заболеваниями сердца и лёгких лёгочная гипертензия (ЛГ) не оценивается или в лучшем случае просто констатируется. В результате при проведении медико-социальной экспертизы этот синдром остается вне поля внимания врача-эксперта, хотя он может оказывать существенное влияние на степень нарушения функций сердечно-сосудистой системы (ССС), усугублять её проявления и соответственно влиять на эффективность проведения лечебных, реабилитационных мероприятий и определения инвалидности.

Инвалидность больным с заболеваниями легких, код по МКБ – 10 (J00 – J99), в Самарской области 2015 году установлена 1223 больным, в 2016 году - 1029 больным, в 2017 году - 627 больным.

Инвалидность больным с заболеваниями органов кровообращения, код по МКБ – 10 (I05 – I37.9), у которых согласно гемодинамической классификации возможно формирование легочной гипертензии, в 2015 году в Самарской области установлена 181 больному, в 2016 году – 114 больным, в 2017 году 81 больному.

При изучении диагнозов в направлениях на МСЭ из лечебных учреждений инвалидов с заболеваниями органов дыхания выявлена типичная картина, когда у инвалидов III группы состояние оценивается только по степени нарушения функции дыхания. Легочная гипертензия не констатируется и не отражается в диагнозах. У инвалидов II группы примерно в половине случаев в диагнозах присутствует упоминание о хроническом легочном сердце (ХЛС) в стадии компенсации. У инвалидов I группы как правило наряду с указанием в

диагнозе выраженного или значительно выраженного нарушения функции дыхания присутствует оценка выраженности ХСН, чаще 2 Б ст. или 3 ст. иногда с формулировкой ХЛС.

В направлениях на МСЭ больных с заболеваниями органов кровообращения в диагнозах редко оценивалась легочная гипертензия и по результатам клинично-инструментального обследования представленных в медицинских документах сложно было дать характеристику степени её проявлений.

В то же время количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинично-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека), утвержденной приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н, позволяет врачам экспертам оценивать степень легочной гипертензии по результатам клинично-лабораторного и инструментального исследования, в том числе по программе дополнительного обследования.

У больных с заболеваниями легких наряду с оценкой степени нарушения функции дыхания оценивалась степень нарушения функции ССС по стадии ЛГ и индивидуально у освидетельствуемых определялось наличие влияния нарушения функции ССС (10%) на максимально имеющееся нарушение функции дыхания, что позволяло установить соответствующую группу инвалидности.

У больных с заболеваниями сердца и сосудов, с возможным формированием ЛГ, при комплексной оценке нарушения функции ССС для объективного определения стадии ХСН и ФК по NYHA нами оценивалась лёгочная гипертензия наряду с показателями, характеризующими состояние сердца, сердечного выброса, нарушение сердечного ритма.

Таким образом, синдром легочной гипертензии необходимо диагностировать и оценивать по степени выраженности в лечебных учреждениях при направлении больных с заболеваниями легких и сердца на медико-социальную экспертизу. Отсутствие сведений о данном синдроме в направительных медицинских документах не является основанием для врачей-экспертов не учитывать его при медико-социальной экспертизе. При анализе медицинских документов, включая результаты программы дополнительного обследования, осмотра освидетельствуемых врачам МСЭ, необходимо проводить экспертизу ЛГ с уточнением её стадии, что позволит правильно оценить степень и процент стойкого нарушения функций ССС, дыхательной системы, их взаимное влияние и взаимоотношение, и в итоге объективно установить соответствующую группу инвалидности с последующим обеспечением социальной защиты гражданина, включая реабилитацию и абилитацию.

## **ЭЛЕМЕНТЫ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ**

**Мясников И.Р.**

Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга

**Введение.** Общеизвестно, что основными характеристиками качества предоставления услуг является их доступность, своевременность и полнота в соответствии с кругом потребностей гражданина. Для инвалидов с разной степенью выраженности нарушений функций организма, имеющих положительный образовательный и профессионально-трудовой потенциал, вопросы предоставления качественных образовательных услуг в системе профессионального образования имеют первостепенное значение.

Цель работы – анализ элементов образовательной среды в системе профессионального образования инвалидов, влияющих на результат и качество образовательных услуг.

**Результаты работы.** Совокупность услуг для получения инвалидами профессионального образования представляет структурную систему взаимосвязанных элементов нормативной, методологической, медико-экспертной, медико-психологическо-реабилитационной, реабилитационно-технической и образовательной направленности, обеспечивающих беспрепятственное и качественное получение инвалидами образования.

Важным элементом является нормативный компонент, который базируется на закрепленных в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» нормах и стандартах в образовании в РФ: федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС), федеральных государственных требованиях.

Следующим важным элементом является методологический элемент, который базируется на международных принципах, провозглашенных в Конвенции о правах инвалидов, так и на отечественных организационно-методических принципах реабилитации инвалидов. В ст.26 «Абилитация и реабилитация» Конвенции акцентировано, что должны быть организованы комплексные реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере занятости и образования, таким образом, чтобы эти услуги и программы позволяли удовлетворить существующие образовательные и социальные потребности инвалидов. Требования организационно-методических принципов профессионального образования включает: принцип равных возможностей; принцип доступности системы профессионального образования для всех, в том числе для лиц, имеющих разную тяжесть инвалидности; принцип многообразия с вариативностью и разнообразием программ и условий профессиональной подготовки; принцип открытости с организацией межведомственного взаимодействия учреждений реабилитации, образования, занятости, спорта, культуры и т.д.; принцип целостности, определяющий организацию единого образовательного пространства (учреждений, кадров, технологий).

Медико-психологическо-реабилитационный элемент обеспечивает оказание медико-психологической помощи инвалиду в освоении им профессиональных образовательных программ, в решении сопутствующих обучению проблем, формирование его профессиональной, социальной и психологической зрелости.

Медико-экспертный элемент определяется тем, что гражданину, признанному инвалидом, специалистами бюро МСЭ разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА). Поэтому индивидуальный подход при получении инвалидом должен базироваться на рекомендациях ИПРА. В 2017 г. в ИПРА введен новый раздел «Виды помощи, в которых нуждается инвалид для преодоления барьеров», препятствующих ему в получении услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, включая образование. Поскольку исполнителем ИПРА по профессиональному образованию являются органы исполнительной власти субъекта РФ в сфере образования, то на них возложена обязанность по созданию условий для доступности образовательных услуг с целью удовлетворения потребности инвалида в образовании.

Реабилитационно-технический элемент. В разделе ИПРА «Рекомендуемые технические средства реабилитации и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации» специалистами МСЭ прописываются все необходимые технические средства реабилитации (ТСР), способствующие компенсации ограничений жизнедеятельности для получения инвалидами качественного профессионального образования.

Технологические элементы обеспечивают единство реабилитационной, образовательной и других составляющих посредством применения специальных реабилитационно-образовательных технологий, которые реализуются с учетом индивидуального образовательного маршрута, разработанного с учетом ИПРА.

Заключение. Таким образом, в работе обобщены основные элементы, играющие приоритетные роли в модели предоставления образовательных услуг инвалидам. Учет необходимости и единства всех элементов позволит организовать систему доступного и качественного профессионального образования инвалидов.

### **Список литературы:**

Порядок обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи». Приказ Минобрнауки России от 09.11. 2015 г. № 1309.

Конвенция о правах инвалидов. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 61/106 от 13.12.2006 г.

Об утверждении Порядка разработки и реализации ИПРА инвалида, ИПРА ребенка-инвалида, выдаваемых ФГУ МСЭ, и их форм: Приказ Минтруда России от 13.06. 2017 г. №486н.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ**

**Непомнящая С.А., Адрианов А.В., Пенина Г.О., Помников В.Г.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Проблема инвалидности в детском возрасте, к сожалению, не становится менее актуальной: на 01.01.2016 г. насчитывается 617 тыс. детей-инвалидов и эта цифра выросла за последние 10 лет на 10% - с 560 тыс. до 617 тыс. человек.

Одним из основных нормативных правовых актов, используемых при проведении медико-социальной экспертизы граждан, претендующих на инвалидность является Приказ Минтруда России от 17.12.2015 N1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», вступивший в силу 02.02.2016 г. Приложение в виде классификаций и критериев, осуществляющее количественную оценку нарушений функций на основе клинико-функциональных характеристик является общим документом для взрослых и детей, и не учитывает рост и развитие ребенка, особенности течения заболеваний в разные возрастные периоды. Поэтому назрела необходимость разработки нового документа для детей.

В ходе Пилотного проекта проведена апробация клинико-функциональных характеристик количественной оценки нарушенных функций детского организма при различных заболеваниях.

Исходя из методологии экспертной оценки любого заболевания основанием для установления инвалидности является не сам факт наличия того или иного заболевания у ребенка, важны стойкость, наличие и степень выраженности расстройств функций и структур организма в соответствии с МКФ, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами. В связи с чем, впервые в таблице приложения к приказу появилась графа «Виды стойких расстройств функций организма ребенка» (по МКФ), т.к. одной из основных задач специалистов МСЭ является определение социальных последствий нарушенного здоровья. В МКФ показатели здоровья кодируются соответствующим кодом с добавлением определителей, которые являются числовыми кодами и определяют степень и величину функционирования человека. Степень нарушенного здоровья характеризуется комплексом показателей и определяется видом и степенью нарушенных структур организма, нарушенных функций организма, методами их определения и оценки результатов.

Впервые в Проекте новых классификаций и критериев клинико-функциональные характеристики нарушенных функций приведены в соответствии с различными возрастными периодами детского возраста: от 0 до 12 мес., 1-3 года, 4-7 лет, 8-14 лет, 15-17 лет или от 0 до 17 лет, что учитывает особенности течения заболеваний в разные возрастные периоды. Т.о., количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами впервые учитывает физиологические особенности детского организма, возрастную периодизацию и особенности течения заболеваний в связи с ростом и развитием ребенка. Акцентировано внимание на методике экспертного осмотра ребенка с учетом результатов антропометрических измерений (рост, вес, окружность грудной клетки, головы) и оценкой центильным способом этих показателей. У детей до 3-х лет степень нарушенных показателей физического, психического и речевого развития необходимо оценивать с учетом отклонений в количестве эпикризных сроков по отношению к данному возрасту (значимыми с экспертной точки зрения являются отклонения в 3 и более эпикризных срока).

По результатам Пилотного проекта, апробирующего новые классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ у детей, можно сделать вывод о необходимости и возможности внедрения в практику МСЭ нового документа, позволяющего объективизировать количественную оценку клинико-функциональных нарушений в детском возрасте.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Непомнящая С.А., Адрианов А.В., Травникова Н.Г.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,  
Санкт-Петербург, Россия

Эпидемиологические исследования выявляют неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) у детей за последние два десятилетия. За период 2001-2008 гг. средний показатель заболеваемости у детей в РФ составил 10,2 случаев на 100 тыс. детского населения. Ежегодный прирост заболеваемости СД 1 типа в России соответствует общемировому и равен 3%. Это обуславливает актуальность тщательной проработки подходов к медико-социальной экспертизе лиц до 18 лет при сахарном диабете.

В основе экспертного решения в отношении граждан, страдающих сахарным диабетом, в частности, при инсулинозависимом сахарном диабете, протекающем в детском возрасте, лежит установление количественной оценки. Одним из критериев является учет возможности (невозможности) самостоятельного контроля за течением заболевания и самостоятельного осуществления инсулинотерапии.

«Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденные Приказом Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н упростили подходы к оценке ограниченной жизнедеятельности у детей до 14 лет, но остались нерешенными вопросы объективизации сформированности самостоятельности в заботе о своем здоровье детей старше 14 лет, страдающих сахарным диабетом. Указано, что возможность самостоятельного контроля за течением заболевания и осуществления инсулинотерапии формируется у ребенка к 14 годам, но на практике врачи сталкиваются со случаями, когда у детей и старше 14 лет самоконтроль не сформирован даже в случае определенного стажа заболевания, а тем более в случае впервые выявленного сахарного диабета в возрастном периоде от 14 до 18 лет.

При проведении медико-социальной экспертизы сахарного диабета у ребенка старше 14 лет следует учитывать возрастные особенности этого периода:

1. Гормональная перестройка пубертатного возраста, которая является одной из причин декомпенсации СД;
2. Самоконтроль и ответственность у детей этого возрастного периода по данным возрастной психологии неустойчивы.
3. Дети, страдающие хроническим заболеванием, могут иметь те или иные нарушения психического развития, интеллектуальное снижение, инфантилизм, эмоциональную лабильность, нервно-психическую неустойчивость, различные формы девиантного поведения, которые затрудняют формирование самостоятельности и самоконтроля, что крайне важно для медико-социальной оценки прогноза течения СД.

В связи с вышеизложенным, при несформированности ответственности по отношению к контролю заболевания, учитывая эмоционально-волевую незрелость и уровень интеллектуального развития, оцениваемые психологом или психиатром, с учетом риска декомпенсации, представляется целесообразным предусмотреть возможность признания ребенка инвалидом и в возрастной период 14-18 лет даже при достижении полной или частичной эффективности комплексных лечебных мероприятий.

Используя, кроме медицинских данных (уровни глюкозы, гликированного гемоглобина, оценка потребности в инсулине – на основе их анализа осуществляется оценка компенсации заболевания) также результаты экспертно-психологического обследования (ЭПО) для оценки сформированности самостоятельности в заботе о своем здоровье детей старше 14 лет, врачи по МСЭ смогут:

1. Объективизировать не только степень выраженности нарушенных функций эндокринной системы и метаболизма, но и приверженность ребенка к терапии, его способность оценить состояние своего здоровья, принять правильное решение и выполнить его;
2. По совокупности данных медицинского обследования и результатов ЭПО вынести адекватное решение, что позволит снизить количество обжалований решений бюро МСЭ.

Данный подход представляется достаточно обоснованным, но требует апробации в практике работы бюро МСЭ.

### **Список литературы:**

Приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н «Об утверждении Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями // под ред. И.И. Дедова, В.А.Петерковой — М.: Практика, 2014. — 442 с.

Ширяева, Т.Ю. Динамика основных эпидемиологических показателей сахарного диабета 1 типа у детей в Российской Федерации /Т.Ю. Ширяева, Е.А. Андрианова, Ю.И. Сунцов.-Журнал Сахарный диабет Выпуск № 4.- 2010.- с.6-11.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Низамов Р.Х., Гафаров Р.М., Абдразакова Р.А.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

В начале третьего тысячелетия все больше укрепляется понимание уникальности человеческой жизни и личности каждого человека, независимо от его социального и биологического статуса. Это тем более важно, что, несмотря на научно-технический прогресс, достигнутый за ушедшие десятилетия, отмечается стойкая тенденция к отрицательной трансформации качественных и количественных индикаторов здоровья человека.

Психические заболевания являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Так в 2017 году психические расстройства занимают 3-е ранговое место в структуре заболеваний по Республике Татарстан.

В 1980г. ВОЗ вынуждена была признать, что «в большинстве стран около 10% населения страдают тяжелыми и хроническими формами психических заболеваний или расстройствами психической деятельности, в то время как другая группа - 10% населения - страдает непсихотическими психическими расстройствами (включая психическое недоразвитие, невротические болезни и другие расстройства личности)».

Хотелось бы отметить, что в субпопуляции молодых людей возрастает число лиц, страдающих депрессиями, среди пожилых лиц - слабоумием и другими заболеваниями психического профиля этого возраста. По прогнозам ВОЗ к 2020 году психические расстройства войдут в мировую пятёрку болезней-лидеров.

В структуре первичной инвалидности в Республике Татарстан с 1997г. по 2015г. психические заболевания занимали пятую или шестую позицию, а начиная с 2015г. они переместились на третью позицию. Среди субъектов Приволжского федерального округа показатель первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Республике Татарстан самый высокий.

В 30% случаях – это инвалидность вследствие шизофрении.

Шизофрения является краеугольным камнем классической «большой» психиатрии. На ней сталкиваются проблемы «ургентной» и социальной психиатрии, вопросы нозологии, принципы постановки клинического, клинико-экспертного и реабилитационного диагноза, отрабатываются схемы терапии и реабилитации психических больных, различные аспекты их интеграции в социум.

По данным ВОЗ распространенность шизофрении составляет 5,1 на тысячу населения. Около 80% больных находятся в социально-активном возрасте: до 50 лет – 78,5%. Около 45% лиц, страдающих шизофренией, имеют стойкие нарушения функции организма, приводящие к ограничениям жизнедеятельности различной степени выраженности. Инвалидность, также как решение вопросов дееспособности и вменяемости, больным шизофренией, в большинстве случаев определяется на стадии ремиссии, т.к. только в ремиссии можно оценить стойкость и выраженность ограничений жизнедеятельности. Несколько реже инвалидность определяется во время затяжного обострения непрерывно текущего процесса или затяжного приступа приступообразно-прогредиентной шизофрении, длительностью 10 и более месяцев, при стойких ограничениях жизнедеятельности.

Среди лиц, признанных инвалидами вследствие шизофрении впервые, основная масса приходится на граждан в возрасте от 18 до 44 лет. В 2017 году на их долю пришлось 82%.

Среди впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении значительно преобладают женщины (59,2% женщин и 40,8% мужчин).

В структуре первичной инвалидности на долю II группы приходится 72%. Здесь следует отметить некоторую положительную динамику: идет снижение доли II группы, увеличение III группы.

В практике медико-социальной экспертизы, для оценки возможностей динамики состояния больного, необходимо учитывать этапы формирования ремиссий. Первый этап становления ремиссии может длиться 1-2 года. В этот период ремиссия ещё неполная и нестойкая. Состояние больных лабильно, изменчиво, зависимо от психофармакотерапии. Глубину имеющихся негативных расстройств на данном этапе не всегда удаётся оценить правильно, так как они длительно маскируются продуктивной симптоматикой. Второй этап ремиссии – этап стабилизации, характеризуется полной или почти полной завершённостью структуры клинической картины, ее устойчивостью, способностью длительное время сохранять свои основные психопат-

тологические признаки. Для правильной оценки категорий жизнедеятельности, степени их выраженности необходимо провести анализ следующих факторов:

- клиническая форма шизофрении;
- тип течения и степень прогрессивности процесса;
- длительность и стадия заболевания;
- психопатологическая структура состояния, т.е. ведущий синдром, степень его выраженности и стойкость;
- характер и динамика дефицитарной симптоматики;
- характер нарушений психических функций, их выраженность и продолжительность;
- качество ремиссий, клинический прогноз;
- характер и степень клинической и социальной компенсации болезненного состояния;
- характер личностных изменений, обусловленных болезнью;
- уровень социальной адаптации в основных сферах жизнедеятельности(производственной, семейной, бытовой, социально-средовой);
- критика к своему состоянию и окружающей действительности.

При направлении на МСЭ лиц, страдающих шизофренией, особое значение имеет развернутый клинико-экспертный диагноз, в структуру которого входят:

- нозологическая;
- тип и темп течения;
- этап развития заболевания;
- основные дезадаптирующие синдромы, их стойкость и степень выраженности;
- оценка типа ремиссии, стадия формирования и степень выраженности.

Типы течения и темпы прогрессивности шизофренического процесса приводят к различной степени ограничения жизнедеятельности человека.

Незначительная (10-30%) степень нарушений при шизофрении характеризуется клинической и социальной компенсацией, адекватным поведением, способностью приспособления на прежнем уровне в основных сферах жизнедеятельности и не приводящих к снижению качества жизни в целом и признания инвалидом.

Умеренная степень нарушения психических функций (40-60%) характеризуется умеренно-выраженным расстройством личности, приводящие:

- к периодически возникающим нарушениям поведения в отдельных жизненных ситуациях;
  - снижение активности, инициативы, потребности в социальных контактах, снижению критики;
- Это приводит к ограничению способности к общению, к труду и самообслуживанию 1 степени.

К первой степени ограничения жизнедеятельности приводят:

- эпизодическая шизофрения с редкими, 1-2 раза в год, общей продолжительностью 4 и более месяцев, приступами с неглубокими изменениями в сфере эмоций, воли, мышления.
- псевдоневротическая шизофрения с умеренно выраженными, но стойкими астено-депрессивными расстройствами в сочетании с изменениями личности, затрудняющими социальную адаптацию.

Указанные расстройства являются основанием для определения третьей группы инвалидности.

Выраженная степень нарушения психических функций (70-80%) характеризуется выраженными расстройствами личности, что приводит к:

- эмоциональным нарушениям;
- снижению психической инициативы;
- отсутствию потребности к деятельности;
- нарушению критики;

-при относительной сохранности интеллекта, приводят к ограничениям способности к общению, к труду, к адекватному поведению – 2 степени.

Вторую степень ограничения жизнедеятельности могут вызывать такие особенности клинических проявлений шизофрении, как неблагоприятное течение процесса с нарастанием прогрессивности заболевания, выражающиеся в учащении и склонности к затяжному течению приступов и обострений, усложнении их клинической структуры, к снижению качества ремиссии, нарастании негативной симптоматики. При оценке клинического и социального прогноза решающее значение имеет характер, динамика и степень выраженности негативной симптоматики вне обострения. Данные состояния являются основанием для определения второй группы инвалидности.

Стойкая значительно выраженная степень нарушения психических функций (90-100%), препятствует осуществлению большинства категорий жизнедеятельности. Определяющими при установлении инвалидности являются ограничения способности к самообслуживанию и выполнению бытовой деятельности, способности к адекватному поведению и нуждаемость в постоянном постороннем уходе и надзоре. Ограничения в данных категории жизнедеятельности обусловлены значительно выраженными негативными расстройствами и регрессом личности до признаков апатического слабоумия или наличием стойкой психотической симптоматики, определяющей поведение больных.

К третьей степени ограничения жизнедеятельности приводит шизофрения, протекающая непрерывно-прогредиентно, по темпу ближе к злокачественной, с ранним началом, быстрым нарастанием негативных расстройств, практически безремиссионным течением.

Данной категории больных определяется первая группа инвалидности.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Низамов Р.Х., Сабирова Э.Р.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

Псориаз – хроническое заболевание кожи мультифакториальной природы с доминирующей ролью наследственных факторов, характеризующееся гиперпролиферацией эпидермальных клеток с нарушением их кератинизации, а также развитием воспалительной реакции в дерме и патологических процессов в костях и суставах. Распространенность псориаза в популяции составляет от 0,1 до 3%, заболеваемость псориазическим артритом (ПсА) -3-8:100000 населения.

Проведен ретроспективный сравнительный анализ отчетных показателей деятельности Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социального развития Российской Федерации (далее Главное бюро) за 2013-2017 годы по данным форм №7-собес.

Псориаз – это заболевание, которое редко является причиной стойкой инвалидизации больных. Контингент инвалидов вследствие псориаза в Республике Татарстан представлен большей частью лицами мужского пола трудоспособного возраста (66,7%), при этом преобладают инвалиды третьей группы – 74,1 %. Инвалидами не признаются 15,5% больных с псориазом, обратившихся в бюро медико-социальной экспертизы (данные за 2013-2017 гг.). Раздел 12.4.1.1. Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» определяет бальную оценку состояния заявителя с псориазом. При поражении кожных покровов, а также ногтевых пластинок кистей оценивается степень нарушения функции кожи и связанных с ней систем; при суставных поражениях - нарушения статодинамической функции; при поражениях почек - нарушения мочевыделительной функции.

Псориазический артрит - одно из наиболее серьезных, часто приводящих к инвалидности заболеваний, при котором поражаются не только кожа, но и суставы. Среди лиц, страдающих псориазом и признанных инвалидами в Республике Татарстан, первое ранговое место занимают именно лица с суставными поражениями 85,7 %. Второе ранговое место занимают заявители с кожными проявлениями без поражения суставов и внутренних органов. Так с 2013 по 2015гг. отмечается незначительный рост заявителей данной категории с 2% до 18,1 % среди лиц, страдающих псориазом и признанных инвалидами. В дальнейшем имеется тренд на снижение данного показателя до 10,4 % в 2017г. Всем им определялась 3 группа инвалидности ввиду наличия генерализации процесса и значительно выраженных местных изменений, (значительной инфильтрацией кожи, трещинами) с обширными поражениями открытых участков, а также ногтевых пластинок кистей.

С псориазическим поражением внутренних органов, а именно почек, эксперты в Республике Татарстан встречаются крайне редко. Зафиксированы единичные случаи за период наблюдения: в 2013 году один человек признан инвалидом 1 группы, в 2015, 2016 и 2017гг.- по одному человеку признавалось инвалидом 3 группы.

Всем лицам, признанным инвалидами, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации и абилитации, где в числе прочих видов реабилитационных мероприятий оценивается нуждаемость в мерах медицинской реабилитации. Именно адекватная базисная терапия, динамическое наблюдение за пациентом с псориазом в медицинском учреждении позволяет уменьшить частоту и длительность обострений, предотвратить развитие осложнений, стабилизировать кожный процесс. Оценка эффективности терапии должна оцениваться по стандартизированным индексам.

Мероприятия профессиональной реабилитации для данной категории инвалидов имеют немаловажное значение. Изменений условий труда, исключение воздействия вибрации, ионизирующей радиации, УФО, высокой и низкой температур, аллергенов и повышенной влажности, ограничение физического напряжения благоприятно скажется на состоянии здоровья инвалида с псориазическим поражением кожи и органов.

Мероприятия реабилитации у данной категории лиц направлены на восстановление таких категорий жизнедеятельности, как передвижение, самообслуживание и трудовая деятельность. Результатом проведенных комплексных реабилитационных мероприятий является достигнутый уровень интеграции инвалида в общество, повышение качества жизни, коррекция нарушенных функций.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Низамов Р.Х., Сабирова Э.Р., Абдразакова Р.А.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

Показатели инвалидности зависят от уровня развития системы здравоохранения, состояния экологии в регионе, от социально-экономической политики государства. Проблемой современной действительности является высокая автоматизированность и технологичность жизни людей, уменьшение двигательной активности, изменения пищевого режима, активное увлечение «фастфудом».

Всем известна распространенность патологии сердечно-сосудистой системы. Из заболеваний этой группы, приводящих к инвалидности, чаще всего встречаются цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия.

За период наблюдения 2005-2017 гг. в структуре лиц первично признанных инвалидами в Республике Татарстан максимальная доля лиц с болезнями системы кровообращения составила 59,6 % в 2005 г. В дальнейшем идет постепенное снижение этого показателя с 45,1% в 2007 году до 28,6% в 2017 г.

Показатель первичной инвалидности вследствие патологии системы кровообращения в Республике Татарстан в 2005 году находился на критическом уровне и составлял 134,7 на 10 тыс. взрослого населения, 103,36 на 10 тыс. взрослого населения в городе и 229,76 на 10 тыс. взрослого населения на селе.

Замена натуральных льгот денежными компенсациями, которая была проведена правительством России в 2005 г. повлекло за собой резкий скачок показателей инвалидности в 2005 году. В связи с принятием Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» многие льготники лишились поддержки от государства, и как следствие, вынуждены были обратиться в бюро с целью оценки наличия у них ограничений жизнедеятельности.

Основная масса обратившихся в бюро медико-социальной экспертизы в 2005 году граждан длительно страдали хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но ввиду отсутствия заинтересованности в определении группы инвалидности, ранее не обращались.

Но в 2006 году показатель первичной инвалидности по патологии системы кровообращения в Республике Татарстан резко упал в два раза по сравнению с 2005 г., с 134,7 до 69,1 на 10 тыс. взрослого населения, с 103,36 до 62,5 на 10 тыс. взрослого населения в городе и с 229,8 до 89,4 на 10 тыс. взрослого населения на селе. И в дальнейшем отмечается тенденция к постепенному снижению этих показателей. Так в 2017 году

уровень первичной инвалидности по патологии системы кровообращения в Республике Татарстан составил 15,1. Это явилось следствием уменьшения числа лиц, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы, а так же улучшения качества и увеличения доступности медицинской помощи. Недопущение критических степеней хронической сердечной недостаточности, сложных нарушений ритма у лиц с патологией сердечно-сосудистой системы явилось результатом кропотливой работы специалистов всех отраслей.

Женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет, то есть лица пенсионного возраста, занимают первое ранговое место в структуре лиц, первично признанных инвалидами с болезнями системы кровообращения за весь период наблюдения. Это происходит ввиду особенностей патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний под огромным влиянием возрастных изменений в организме данной категории заявителей.

Однако отмечается постепенное снижение этого показателя с 85 % в 2005 г. до 58 % в 2017 г. и рост лиц, первично признанных инвалидами с болезнями системы кровообращения, трудоспособного возраста. Трудоспособное, молодое население страны обеспечивая не только личные, но и государственные нужды, вынужденное заниматься работой и карьерой в ущерб личной жизни и здоровью, не имея возможности своевременно обратиться к врачам, теряют драгоценное время для полноценного восстановления, и как следствие увеличивается количество запущенных форм заболеваний.

Существует большое количество факторов риска, на существование которых указывается многими авторами. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний подразделяются модифицируемые (курение, дислипидемия, ожирение и т.п.) и немодифицируемые. С модифицируемыми факторами риска необходимо внимательно ознакомиться в каждом конкретном случае, чтобы в полной мере минимизировать их влияние.

Высокий риск возникновения сердечно-сосудистых катастроф обусловлен постоянным воздействием стрессовых факторов, недостатком двигательной активности вследствие сидячего образа жизни, отравлением организма токсинами (курение, алкоголь, наркотики). Немаловажное значение имеют несбалансированный рацион и неправильный режим питания у лиц молодого возраста.

Проблема сочетанных заболеваний так же не дает о себе забыть. Коморбидность является одним из критериев, подлежащих оценке. Ускорение и утяжеление естественного течения болезни обусловлено влиянием целого ряда заболеваний и патологических состояний на основное, сердечно-сосудистое. Как следствие, на момент обращения в медицинское учреждение заболевание носит запущенный характер, и не всегда врачи могут вернуть больного к полноценной жизни. Уже при первичном обращении в учреждения медико-социальной экспертизы данной категории лиц определяется группа инвалидности при наличии у них стойких, различной степени выраженности, кроме незначительной, нарушениях функции сердечно-сосудистой системы.

По всем нозологическим формам заболеваний органов кровообращения произошло снижение количества впервые признанных инвалидами за период наблюдения 2005-2017 гг. Так снижение по гипертонической болезни произошло на 97 %, по ишемической болезни сердца на 90 %, по цереброваскулярным болезням на 77%. Хочется отметить, что произошли существенные изменения в общей структуре лиц, впервые признанных инвалидами с патологией органов кровообращения. На фоне снижения доли лиц, страдающих гипертонической болезнью, с 30% до 7%, отмечается увеличение доли лиц с цереброваскулярной болезнью с 20% до 40 % в 2005 и 2017 годах соответственно. Это объясняется повышением эффективности фармакотерапии гипертонических состояний, ранней выявляемостью данной патологии и как следствие, недопущение развития критических стадий данного заболевания. Что касается лиц с цереброваскулярными болезнями, то увеличение их доли в общей структуре лиц, впервые признанных инвалидами с патологией органов кровообращения, можно объяснить эффективностью реабилитационных мероприятий, приводящих к снижению смертности данной категории заявителей, и как следствие обращение их в учреждения медико-социальной экспертизы.

Современные критерии определения группы инвалидности данной категории лиц определены законодательством. В соответствии с «Правилами признания лица инвалидом», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006г. №95, «Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ», утвержденными приказом Министерства труда и социального развития РФ от 17.12.2015 г. №1024н, в данном случае оценивается степень выраженности нарушения функции сердечно-сосудистой системы, как основной, и при наличии сопутствующих заболеваний функции нарушения эндокринной системы и метаболизма, дыхательной и прочих. При умеренной степени нарушения одной из этих функций определяется 3 группа инвалидности, при выраженной-2 группа и при значительно выраженной- 1 группа соответственно. Для подтверждения степени выраженности нарушенных функций врачами учреждений медико-социальной экспертизы проводится обследование гражданина, изучение представленных им документов, анализ социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

До 2005 года разработка индивидуальной программы реабилитации носила заявительный характер. В настоящее время всем лицам, признанным инвалидами, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида с соответствующими рекомендациями реабилитационных мероприятий. ИПРА обязательна для принятия в работу всеми органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, администрацией исправительного учреждения, в зависимости от указанных в данной программе исполнителей. Что касается групп инвалидности, то необходимо отметить, что за период наблюдения 2005-2017 гг. в общей структуре лиц, впервые признанных инвалидами с патологией органов кровообращения, увеличилась доля лиц, которым определена 3 группа инвалидности, с 27,6 % в 2005г. до 52 % в 2017 г. и лиц, которым определена 1 группа инвалидности, с 3,8 % в 2005 г. до 19,8 % в 2017 г.

В 2017 году учреждениями медико-социальной экспертизы Республики Татарстан разработано 43921 ИПРА. Основное место среди реабилитационных мероприятий занимают рекомендации в нуждаемости в тех или иных технических средствах реабилитации. Огромная финансовая нагрузка ложится на государство, ежегодно происходит пусть и незначительный но рост рекомендаций тех или иных ТСР, и необходимо отметить, что именно путем использования инвалидами рекомендованных ТСР снижается степень выраженности имеющихся у них ограничений жизнедеятельности. Для лиц с патологией сердечно-сосудистой системы особенно востребованы трости для компенсации степени выраженности ограничения к самостоятельному передвижению у инвалидов 3 группы, кресло-коляски – для компенсации степени выраженности ограничения к самостоятельному передвижению у инвалидов 1 и 2 групп. Так в 2017 инвалидам с ЦВБ рекомендовано 44 % из общего количества кресло - колясок, при этом по сравнению с 2016 годом их количество выросло на 22 %.

Одним из важных ТСР являются противопролежневые матрасы, рекомендуемые лицам, находящимся в положении вынужденного длительного лежания или обездвиженности. В 2017 инвалидам с ЦВБ рекомендовано 42 % из общего числа противопролежневых матрасов.

Огромную долю в рекомендованных ТСР занимают абсорбирующее белье и подгузники. Практически в половине случаев (43 %) рекомендации этого вида ТСР даны инвалидам с ЦВБ при нарушениях функции тазовых органов с выраженным или значительно выраженным нарушением мочевыделительной функции.

И в заключении, я хотела бы обратить ваше внимание на неуклонное увеличение в структуре лиц, первично признанных инвалидами с болезнями системы кровообращения, лиц молодого трудоспособного возраста. Что говорит о необходимости в настоящее время уделять большое внимание лицам трудоспособного возраста с целью раннего выявления заболеваний органов кровообращения, подбора адекватной лекарственной терапии и профилактики сердечно-сосудистых катастроф. Перед врачами стоит необходимость решения самой важной медицинской задачи- сохранения и удлинения жизни пациента, улучшения качества жизни путем повышения работоспособности, предотвращения инвалидизации, предупреждения осложнений, обострений, предотвращения смертельных исходов.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ВСЛЕДСТВИИ ДОРСОПАТИИ В ДИНАМИКЕ 2004- 2017ГОДОВ**

**Низамов Р.Х., Шабалина С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России

Под термином «дорсопатии» подразумевают болевые и очаговые синдромы в области туловища и конечностей не висцеральной этиологии и связанные с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. Дорсопатии в МКБ-10 разделяют на деформирующие дорсопатии (M40 – M43), спондилопатии (M45 – M49), другие дорсопатии (M50 – M53) и дорсалгии (M54). Во всех случаях основанием для диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография позвоночника). Дорсопатии характеризуются хроническим течением и периодическими обострениями заболевания, при которых ведущими являются различные болевые синдромы. В дегенеративный процесс могут вовлекаться различные структуры позвоночно - двигательных сегментов: межпозвонковый диск, дугоотростчатые суставы, связки и мышцы.

В случаях сопутствующего поражения спинно-мозговых корешков или спинного мозга могут возникать очаговые неврологические синдромы. Наиболее часто встречающиеся проявления дорсопатий – остеохондроз позвоночника – заболевание с генетической предрасположенностью, реализация которой опосредуется рядом дополнительных условий, являющихся факторами риска развития и прогрессирования заболевания: неадекватные физические нагрузки, вибрация, травмы позвоночника, аномалии его развития, нарушение статодинамического стереотипа, наличие очагов патологической ирритации. Это заболевание, не является абсолютно фатальным, тем не менее, его неврологические проявления значительно влияют на качество жизни, а иногда приводят к тяжелой инвалидизации. Заболевание поражает лиц разного возраста: от «юноши до старика». Заболевание может мимикрировать под соматическую и хирургическую патологию, так же, как и ряд этих заболеваний может расцениваться, как проявление дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника. В основе патогенеза лежит усыхание пульпозного ядра, повышенная нагрузка на фиброзное кольцо, образование в нём трещин и выход фрагментов пульпозного ядра за границы межпозвонкового диска, запускающий аутоиммунный процесс – асептическое продуктивное воспаление.

Источниками боли и патологической ирритации, определяющие формирование рефлекторных синдромов, являются:

- наружные отделы фиброзного кольца, богато иннервированные нервом Люшка, при нестабильности позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), образовании трещин;
- продольные связки позвоночника, суставные сумки межпозвонковых суставов при нестабильности ПДС;
- менискоиды межпозвонковых суставов;
- патологически напряженные мышцы, локальные мышечные уплотнения и очаги нейроостеофиброза;
- компрессия корешков спинного мозга.

Механизм поражения позвоночно - двигательного сегмента:

- компрессионный вариант - боли глубинные, грызущие, постоянные, усиливаются при нагрузках;
- дисфиксационный вариант- боли возникают в процессе статодинамических нагрузок;
- дистемический вариант- ноющие боли, возникающие после отдыха и проходящие при движении;
- воспалительный вариант - сковывающие боли, чувство тугоподвижности, эффект разминки.

Немного истории при проведении медико- социальной экспертизы дорсопатиями.

С августа 1956г. действовала инструкция по определению групп инвалидности, утвержденная Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС.

После принятия Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995г. №181-ФЗ медико – социальная экспертиза начала развиваться динамично.

Нами проведен анализ признанных инвалидами с дорсопатиями с 2004г. по 2017г. Для анализа взяты 13 лет, т.к. в этот период менялись экспертные подходы и законодательство при проведении медико-социальной экспертизы: до октября 2005г. действовали временные классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы 1/30 от 29 января 1997г.

С 02.10.2005г. вступили в силу «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ» №535 от 22.08.2005г. затем №1013н от 23.12.2009г., №664 н от 29.09.2014г., и №1024н от 17.12.2015г., действующие по настоящее время. Анализ динамики инвалидности проведен с 2004г. еще и для сравнения с показателями вновь организованной службы с января 2005г. Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, согласно Постановления Правительства РФ от 16.12.2004г. №805.

В Республике Татарстан с 2004г. по 2017г. отмечается тенденция к снижению как общего числа признанных инвалидами первично (в 2004г.-34тыс. 628 чел, в 2017г.- 16тыс.215 чел), так и признанных инвалидами с дорсопатиями (в 2004г.- 725 чел, в 2017г. 176 чел.).

В динамике уровень первичной инвалидности у взрослых при дорсопатиях снижается с 2006г.; в 2016 и 2017г.г. этот интенсивный показатель наименьший и составил 0,6 на 10 тысяч взрослого населения. Имеется значительное снижение числа заявителей трудоспособного возраста освидетельствованных первично, признанных инвалидами 2 (второй) группы с 26,2% в 2004г. до 3,3% в 2017г., 12-13 лет назад часто сам факт оперативного лечения по поводу грыжи диска в сочетании с сохраняющимся болевым синдромом, служил основанием для признания инвалидом 2 группы. За счет снижения числа инвалидов, признанных инвалидами 2 группы, увеличивается число признанных инвалидами 3 группы. По главному бюро имеются единичные случаи (от 2х до 7 в год) признания инвалидами 1 (первой) группы при дорсопатиях со значительно выраженными статодинамическими нарушениями.

Считаем, основные причины снижения числа признанных инвалидами следующие:

- применение новых методик в лечении данной категории лиц: современные миорелаксанты, НПВП нового поколения, хондропротекторы, щадящие и малотравматические оперативные вмешательства;
- с декабря 2014г вступили в силу Классификации и критерии №664н от 29.09.2014г., впервые в истории МСЭ с Приложением, где функциональные нарушения при заболеваниях стали оцениваться в процентном отношении от 10 до 100%. В приложении оговаривались клиничко-функциональные характеристики стойких нарушений функций организма в том числе и при дорсопатиях.

С января 2016г. вступило в силу Постановление Правительства «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом» от 06.08.2015г. №805, и на первый план вышла степень выраженности функциональных нарушений. До вступления в силу этого постановления для нас важна была профессия заявителя, его квалификация, возможность продолжить работу в этой профессии с данным заболеванием.

Что важно оценить при проведении медико-социальной экспертизы у заявителей с дорсопатиями:

- вертебральный болевой синдром - боль в спине без неврологического дефицита может служить основанием для установления инвалидности, данное положение закреплено в Приложении к Приказу Минтруда от 17.12.2015г. №1024н (п13.3.1.2 и 13.3.1.3). В процессе освидетельствования в ряде случаев у пациентов нельзя исключить элементы аггравации, поэтому предоставляемые субъективные сведения не всегда могут рассматриваться как достоверные. Для комплексной объективизации вертебрального изучаем:

- жалобы пациента: оценивается интенсивность боли, полностью или частично устраняют боль болеутоляющие средства, возможность самообслуживания.

- сведения из медицинского архива: частота обострений, эффективность проведенных курсов лечения, описание объективных данных, локализация боли, прием анальгетиков (регулярный, бессистемный);

- объективные данные неврологического осмотра в бюро: походка, напряжение мышц спины, стоя и лежа, объем движения в позвоночнике, гипотрофия мышц нижних конечностей;

- биомеханические показатели, оценивающие количество шагов за минуту, длительность двойного шага, темп ходьбы и коэффициент ритмичности ходьбы.

Результаты комплексной оценки являются основанием для принятия экспертного решения.

Выводы:

За последние 13 лет в абсолютных цифрах наблюдается снижение числа признанных инвалидами с дорсопатиями первично.

- при изменении экспертного подхода с 2015г. при проведении МСЭ и признании инвалидом по степени выраженности функциональных нарушений имеется еще большее снижение числа признанных инвалидами первично в абсолютных цифрах с дорсопатиями.

- число признанных инвалидами 1 группы остается стабильным, значительно уменьшается число признанных инвалидами 2 группы (с 26% до 3.3%).

- признаются инвалидами по поводу дорсопатий преимущественно лица молодого и среднего возраста (от 85 до 97%).

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В КОНТИНГЕНТЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

**Нурова А.А.**

ФБГУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

Введение. В российском, как и любом другом государстве, лица проходящие военную службу обладают активным социально-трудовым ресурсом. Потеря трудоспособности с установлением причинной связи увечий (ранений, травм, контузий) и заболеваний с прохождением военной службы и последующее определение инвалидности военнослужащим является не только негативными социально-экономическим показателем общественного здоровья населения, но и индикатором уменьшения национальных трудовых ресурсов страны. В этой связи на передовые позиции выдвигается актуальность сохранения социального, трудового и социально-экономического потенциала российского государства, что особо подчеркивается в Указе Президента Российской Федерации «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» от 13.05. 2017 г. № 208.

Несмотря на то, что в период прохождения военной службы военнослужащие – это наиболее неуязвимая работоспособная часть населения, однако после установления инвалидности у них по сравнению с другими категориями инвалидов констатируются наиболее серьезные расстройства социальной и психологической адаптации к новым условиям жизнедеятельности.

Из литературы известно, что по всем показателям социальное неравенство между здоровыми и инвалидами проявляется особенно четко в наиболее трудоспособном возрасте, в периоде от 35 до 55 лет, что обуславливает необходимость разработки эффективных реабилитационных технологий для активного использования именно в данном, наиболее работоспособном, возрасте. Это в полной мере относится к инвалидам из числа бывших военнослужащих, поскольку исследованиями Федерального бюро МСЭ установлено, что из числа бывших военнослужащих лица впервые признанные инвалидами в трудоспособном возрасте, составили 89,6%, то есть почти 90,0%. Также отмечено, что основной причиной, послужившей основанием для установления инвалидности практически у половины военнослужащих (49,0%) была черепно-мозговая травма.

Целью настоящей работы явилось изучение медико-социальных характеристик военнослужащих, которым установлена инвалидность в 2015–2016 гг.

Результаты. По данным формы федеральной статистической отчетности «7-собес» среди военнослужащих, признанных инвалидами с причиной «военная травма» за 2015–2016 гг. в Российской Федерации в динамике отмечен рост первичной и повторной инвалидности. В территориальном отношении из 9-ти федеральных округов по показателям инвалидности лидировал Северо-Кавказский федеральный округ (ФО): доля общего числа инвалидов в Северо-Кавказском ФО среди всех федеральных округов составила больше трети (34,6%), то есть почти 35,0%.

Обращает внимание то, что в 2015 г. число повторно признанных инвалидами (ППИ) вследствие военной травмы превысило впервые признанных инвалидами (ВПИ) в 4 раза, и среди ППИ лица трудоспособного возраста составили 90,2%.

В 2016 г. увеличился удельный вес ВПИ по всем ФО по сравнению с 2015 г. Отмечено увеличение ВПИ в Уральском ФО (в 3 раза), Центральном (в 1,6 раза), Сибирском и Южном ФО (в 1,5 и 1,4 раза соответственно). Однако, по-прежнему, по ранговому распределению ВПИ из числа военнослужащих лидирует Северо-Кавказский ФО, на втором месте – Южный ФО, затем – Центральный и Северо-Западный округа.

В целом, Российскую Федерацию по распределению инвалидов из числа военнослужащих можно условно разделить на территориальные зоны: с высоким удельным весом инвалидов из числа бывших военнослужащих – Северо-Кавказский ФО, средним удельным весом – Центральный и Южный ФО, низким удельным весом инвалидов – Северо-Западный, Южный, Приволжский, Уральский, Сибирский и Крымский ФО. Самая наименьшая численность инвалидов установлена в Дальневосточном ФО.

Особенно важно, что в настоящее время в систему оценки ограничений жизнедеятельности, инвалидности и реабилитации инвалидов внедряются подходы с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности, инвалидности и здоровья (МКФ) для целенаправленного воздействия на всех этапах реабилитационного маршрута инвалида: в медицинских организациях, учреждениях реабилитации, занятости населения и т.д. Это обосновывает необходимость объективизации оценки функциональных и структурных нарушений организма, реабилитационного потенциала и барьеров окружающей среды в жизнедеятельности инвалидов из числа бывших военнослужащих.

Совершенствование нормативной правовой базы в сфере социальной защиты инвалидов, в том числе, из числа бывших военнослужащих приобрели значимость после ратификации Россией Конвенции о правах инвалидов. В связи с этим вопросы качественного подхода проведения медико-социальной экспертизы при освидетельствовании военнослужащих для установления инвалидности также представляют актуальность. Проблемы профессиональной реабилитации и социальной интеграции инвалидов из числа военнослужащих в трудоспособном возрасте приобретают практическую значимость. Поэтому полученные данные медико-социальных характеристик военнослужащих, наличие территориальных особенностей в распределении числа ВПИ и ППИ в разных ФО необходимо учитывать при организации современных подходов в системе МСЭ и реабилитации инвалидов.

#### Список литературы:

Андреева О.С. Показатели инвалидности военнослужащих в трудоспособном и пенсионном возрасте за 2015–2016 гг. (территориальный аспект) / О.А. Андреева, Л.А. Карасаева, М.А. Шкурко, Л.Л. Науменко // Вестник Военно-медицинской академии.-2018.- №3.- С.-171-173.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ**

**Овсянникова Е.Н., Балашова Т.В., Барышева Г.В., Исмаилов С.И.**

Федеральное казенное учреждение

«Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области» Минтруда России, г. Тула

Резюме. Освещены вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза, классификации, лечения и профилактики туберкулеза легких, противопоказанные виды и условия труда, показания для направления на МСЭ, необходимый минимум исследований при направлении на МСЭ, экспертно-реабилитационная диагностика больных различными формами туберкулеза органов дыхания, профилактика инвалидности, вопросы реабилитации.

Туберкулез - хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого являются микобактерии туберкулеза (далее МБТ).

Эпидемиология.

Туберкулез является серьезной медико-биологической и социальной проблемой и представляет глобальную опасность. Эпидемиологическая ситуация в отдельных регионах планеты различна, но даже в высокоразвитых странах заболеваемость туберкулезом нередко достигает 10:100000 населения. Инфицированность МБТ в мире составляет около 2 млрд. человек. Наблюдается рост полирезистентности микобактерии туберкулеза.

В России в начале XXI в. отметилась некоторая стабилизация показателей, характеризующих эпидемиологию туберкулеза, однако они находятся на высоком уровне. Так, заболеваемость туберкулезом в 2001 г. составляла 87,7 на 100 тыс. населения, почти каждый четвертый из числа впервые выявленных больных признавался инвалидом, преимущественно II и I группы; полная реабилитация не превышала 5-10%.

Большую опасность представляют больные, находящиеся в пенитенциарных учреждениях, где заболеваемость и смертность от туберкулеза значительно превышает средний уровень по России. Участились случаи заболевания туберкулезом среди медицинских работников.

В Российской Федерации на протяжении последних лет наблюдается устойчивое снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза.

С 2012 г. заболеваемость туберкулезом снизилась на 30%, а смертность на 48%. Только за 2017 г. снижение заболеваемости составило 9,4% и достигло 48,3 на 100 тыс. населения, а снижение смертности по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. составило 17,3% и достигло 6,2 на 100 тыс. населения.

Среди 85 субъектов РФ положительная статистика зафиксирована в 71-м. В числе лидеров – Республика Карелия, Рязанская, Тульская, Белгородская, Волгоградская, Воронежская, Архангельская, Костромская, Орловская, Липецкая области, Москва, Республика Мордовия. В этих регионах названные показатели сравнимы с европейскими.

Положительная динамика связана, главным образом, с повышением охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами в целях выявления туберкулеза, число которых в 2017 г. составило 73%.

Этиология и патогенез.

Основное значение в развитии туберкулеза у людей придается человеческому типу возбудителя, который выявляется у 90-95% больных.

Наиболее частый путь заражения туберкулезом — аэрогенный, но возможен алиментарный, контактный путь, а также внутриутробное заражение плода от больной туберкулезом матери.

Факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания туберкулезом. К медико-биологическим факторам риска следует отнести: хронические неспецифические заболевания легких, сахарный диабет, лимфогранулематоз, силикоз, язвенную болезнь, состояние после резекции желудка, психические заболевания, протекающие с депрессией, СПИД, наркоманию, алкоголизм, длительный прием глюкокортикоидов, иммунодепрессантов, несбалансированное питание, особенно при низком содержании в продуктах белков и витаминов.

К социальным факторам риска относятся: неудовлетворительные материально-бытовые условия, одиночество, неустроенность жизни, стрессы, низкий образовательный и культурный уровень, вредные привычки, неблагоприятные условия и виды труда.

Временная нетрудоспособность. Временная нетрудоспособность и ее продолжительность у больных туберкулезом органов дыхания зависит от особенностей течения специфического процесса, в частности ха-

рактера, распространенности морфологических изменений в легких, степени тяжести клинического течения, наличия МБТ в мокроте, вида осложнений, таких как нарушения функции дыхания и кровообращения, кровохарканье; спонтанный пневмоторакс, амилоидов внутренних органов, торакальные и бронхиальные свищи и др.

Сроки временной нетрудоспособности могут быть увеличены у лиц старше 50 лет, при наличии у больных тяжелых, сопутствующих заболеваний. Существенное влияние на продолжительность временной нетрудоспособности оказывают методы и виды лечения. Адекватная терапия, преемственность в лечебной тактике может способствовать сокращению сроков временной нетрудоспособности и возвращению больных к трудовой деятельности, сохранению их социального статуса. Эпидемиологические факторы, учитываемые при трудоустройстве больных, также могут повлиять на сроки временной нетрудоспособности.

Временную нетрудоспособность следует считать обоснованной как у больных с впервые выявленным специфическим процессом, так и с обострением хронических форм заболевания при наличии перспектив частичного или полного восстановления нарушенной болезнью трудоспособности после проведенного полноценного курса лечения.

Критерии эффективности лечения: клиническое излечение, т.е. ликвидация клинических проявлений туберкулеза и стойкое заживление туберкулезных изменений с формированием по возможности минимальных изменений в пораженном органе; восстановление трудоспособности и социальной функции больных.

Противопоказанные виды и условия труда. При определении трудовых рекомендаций больным туберкулезом легких ВК и Бюро МСЭ учитывают правовые основы их трудоустройства, представленные в законодательных актах.

Трудоустройством больных, не являющихся инвалидами, должны заниматься ВК противотуберкулезных диспансеров, а вопросы трудового устройства инвалидов находятся в компетенции Бюро МСЭ, которые обязаны при установлении больному группы инвалидности разработать ИПРА, включая конкретные рекомендации по его трудовому устройству.

К противопоказанным видам и условиям труда относятся:

1. Неблагоприятные метеорологические факторы, в частности низкая или высокая температура воздуха на рабочем месте, резкая смена температуры, сквозняки, повышенная влажность.

2. Загрязнение воздуха; наличие производственной пыли (металлической, минеральной, табачной, текстильной), паров кислот, щелочей, растворителей (хлор, фтор, сернистый газ, окислы азота и др.), токсических веществ (мышьяковистые соединения, окись углерода, бензол, пары ртути, марганца и др.).

3. Тяжелая физическая нагрузка или значительное нервно-психическое напряжение.

4. Факторы, нарушающие правильный режим труда и отдыха, сна и питания (ночные смены), работы в неурочное время, длительные или частые командировки и др.

5. Биологические факторы (ферментные препараты, белково-витаминные препараты, грибы, возбудители инфекционных заболеваний и др.).

6. Больные, страдающие активным туберкулезом любой локализации, не могут работать в учреждениях, где возможен контакт с туберкулезной инфекцией (Приказ № 90 Минздравмедпрома, 14.03.96).

Существует ряд профессий, в которых больные туберкулезом в зависимости от формы, фазы процесса, бактерии выделения работать не могут, так как они представляют эпидемиологическую опасность (Инструкция № 1142-а-73 МЗ СССР). К ним относятся профессии, связанные с обслуживанием:

а) детского населения;

б) пищевых предприятий, фармацевтических учреждений, водозаборных установок и др.;

в) больших контингентов населения (работники коммунально-бытовых предприятий и др.).

Подробный перечень профессий указан в Инструкции, где сформулированы также условия, при которых фтизиатрами и эпидемиологами может быть решен вопрос о возвращении больных туберкулезом на ранее занимаемые должности.

Показания для направления на МСЭ:

1. Наличие нарушений функций организма, вызванных специфическим процессом, которые, несмотря на длительное комплексное лечение приняли необратимый или частично обратимый характер, в связи с чем, больной нуждается в переводе на работу по другой доступной по состоянию здоровья профессии более низкой квалификации либо в уменьшении объема производственной деятельности.

2. Прогрессирующее течение специфического процесса, несмотря на лечение, возникновение тяжелых осложнений, сопутствующих заболеваний, в связи с чем, у больного наступает полная утрата способности к

трудовой деятельности или возникает необходимость в постоянном уходе и посторонней помощи, в некоторых случаях возможно выполнение трудовой деятельности в специально созданных условиях.

Необходимый минимум исследований при направлении на МСЭ:

а) исследование крови: клинический анализ; биохимические исследования — определение «острофазовых» белков, общего белка сыворотки крови и фракций, глюкозы, фибриногена, аланин- и аспартат-аминотрансферазы (АлАТ, АсАТ), билирубина, мочевины, креатинина;

б) исследование мокроты, бронхоальвеолярного содержимого или плевральной жидкости на наличие МБТ и патогенной флоры;

в) исследование мочи;

г) лучевые методы исследования органов грудной клетки (рентгеноскопия, рентгенография, томография, компьютерная томография, бронхография и др.);

д) эндоскопическое исследование (торакоскопия, бронхоскопия, фибробронхоскопия);

е) методы биопсии (трансбронхиальная биопсия, трансторакальная игловая биопсия, пункционная биопсия плевры и др.);

ж) исследование функции органов дыхания;

з) исследование системы кровообращения;

и) иммунологическая диагностика.

Экспертно-реабилитационная диагностика.

Временно нетрудоспособными больные признаются на период проведения комплексного лечения при положительной клинико-рентгенологической динамике заболевания. По окончании лечения с учетом профессиональных факторов рекомендуется работа в облегченных условиях по заключению противотуберкулезных диспансеров.

Умеренно выраженные нарушения функций организма (40-60%) вследствие туберкулеза органов дыхания определяются при наличии умеренной степени нарушения функции дыхательной системы, характеризующейся проявлениями туберкулеза органов дыхания в фазе потери активности (рассасывание, уплотнение, рубцевание полости) (или наступило клиническое излечение), с хронической дыхательной недостаточностью II степени, имеются противопоказания в трудовой деятельности или эпидемиологические противопоказания, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, передвижению, самообслуживанию I степени.

Выраженные нарушения функций организма (70%) вследствие туберкулеза органов дыхания определяются при наличии выраженной степени нарушения функции дыхательной системы, характеризующаяся проявлениями активного туберкулеза органов дыхания (фаза инфильтрации, распада, обсеменения, МБТ+ или МБТ-, выраженных симптомов интоксикации, анемии, ДН II, ЛСН IА стадии), требующей проведения специфического лечения, либо выраженной степени нарушения функции дыхательной системы, характеризующейся проявлениями туберкулеза органов дыхания в фазе потери активности (рассасывание, уплотнение, рубцевание полости) с хронической дыхательной недостаточностью II - III степени, в сочетании с ЛСН IА стадии, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению и самообслуживанию I-II степени.

Значительно выраженные нарушения функций организма (90-100%) вследствие туберкулеза органов дыхания определяются при наличии значительно выраженной степени нарушения функции дыхательной системы, характеризующейся проявлениями активного туберкулеза органов дыхания (фаза инфильтрации, распада, обсеменения, МБТ+ или МБТ-, значительно выраженные симптомы интоксикации, кахексия, анемия, амилоидоз, легочное сердце, ДН II - III, ЛСН IБ - III стадии), либо значительно выраженной степени нарушения функции дыхательной системы, характеризующейся проявлениями туберкулеза органов дыхания в фазе потери активности (рассасывание, уплотнение, рубцевание полости) с хронической дыхательной недостаточностью III степени, в сочетании с ЛСН IБ - III стадии, что приводит к ограничению способности к самообслуживанию и передвижению III степени. Больные в подобных случаях нуждаются в постоянном уходе и посторонней помощи.

Медико-социальная экспертиза больных различными формами туберкулеза органов дыхания.

Первичный туберкулез у взрослых встречается относительно редко и развивается преимущественно в возрасте 18-24 лет. Осложненное течение первичного туберкулеза сопровождается поражением бронхов, развитием экссудативных или фибринозных плевритов, появлением лимфобронхогенной диссеминации; возможна obturация бронха казеозными массами или разросшимися грануляциями с развитием сегментарного или долевого ателектаза, формированием стенозов бронхов.

Осложненный первичный туберкулез у взрослых протекает волнообразно, сопровождается длительной интоксикацией, наличием МБТ в мокроте, изменением показателей крови, толерантностью к проводимой терапии.

В ряде случаев процесс заканчивается формированием пневмосклероза, бронхоэктазов, дыхательной и сердечной недостаточности. Лечение в госпитальных и санаторных условиях с использованием химиопрепаратов продолжается не менее 8-12 месяцев. При отсутствии эффекта от химиотерапии лимфатические узлы с массивными казеозными изменениями подлежат оперативному лечению.

Временно нетрудоспособными больные признаются на период проведения комплексного лечения при положительной клинико-рентгенологической динамике заболевания. По окончании лечения с учетом профессиональных факторов рекомендуется работа в облегченных условиях по заключению противотуберкулезных диспансеров.

II группа инвалидности определяется больным с первичным туберкулезом при сохраняющейся активности заболевания, требующей проведения специфического лечения, наличии осложнений в виде туберкулеза бронхов или формирования в них рубцовых изменений, стойких выраженных нарушений дыхания, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II-III степени, передвижению и самообслуживанию I-II степени.

III группа инвалидности определяется больным, у которых первичный туберкулез протекает без выраженной активности процесса (или наступило клиническое излечение), сформировались умеренные нарушения функции дыхания, однако имеются противопоказания в трудовой деятельности или эпидемиологические противопоказания, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, передвижению, самообслуживанию 0-1 степени.

Очаговый туберкулез легких характеризуется наличием единичных или множественных очагов различной давности, не более 1 см в диаметре, локализующихся в ограниченном участке одного или обоих легких, занимающих 1-2 сегмента.

Среди взрослых, состоящих на учете в противотуберкулезных диспансерах, удельный вес больных очаговым туберкулезом составляет незначительный процент в связи с увеличением более тяжелых форм туберкулеза. Среди первично освидетельствованных и признанных в Бюро МСЭ инвалидами, больные очаговым туберкулезом легких составляют не более 3%; при повторных освидетельствованиях подавляющее большинство больных признается трудоспособными.

Наиболее актуальной проблемой является определение активности очаговых форм туберкулеза. Знание активности процесса необходимо для того, чтобы выработать рациональную терапевтическую тактику, правильно оценить степень ограничения жизнедеятельности, особенно в случаях, когда допуск к трудовой деятельности зависит, главным образом от эпидемиологического фактора.

Об активности очаговых изменений в легких свидетельствуют: наличие симптомов интоксикации и влажных хрипов над областью поражения; общая и очаговая реакция на подкожное введение туберкулина, выявление МБТ в мокроте. При рентгенологическом обследовании в подобных случаях определяется малая интенсивность очагов, нечеткость их контуров, в процессе проведения химиотерапии наблюдается положительная клинико-рентгенологическая и лабораторная динамика.

Лечение осуществляется 3-4 противотуберкулезными препаратами в течение 4-6 месяцев с применением патогенетических средств. Клиническое излечение и восстановление трудоспособности отмечается у 90-95% больных.

Временно нетрудоспособными больные очаговым туберкулезом легких признаются для проведения курса лечения в стационарных и санаторных условиях.

По окончании лечения, при клинико-рентгенологической стабилизации процесса и отсутствии выраженных нарушений функции дыхания больные возвращаются к непротивопоказанной трудовой деятельности. При необходимости больному может быть выдан «доплатной» листок нетрудоспособности с целью перевода на легкий труд, обеспечив тем самым закрепление результатов специфического лечения.

Инвалидами III группы признаются больные с умеренными нарушениями функции дыхания (как правило, при фиброзно-очаговых формах), приводящими к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, самообслуживанию и передвижению 1 степени.

Инфильтративный туберкулез легких: к инфильтративным формам туберкулеза относятся инфильтративно-пневмотические процессы, возникающие преимущественно на фоне фиброзных и очаговых изменений, характеризующиеся в большинстве случаев острым течением и быстрым прогрессированием.

Больные инфильтративным туберкулезом, находящиеся на диспансерном учете, составляют 30-40%; среди вновь выявленных 50-60%, а в практике МСЭ 40-50%.

Различают несколько клинико-рентгенологических вариантов инфильтративного туберкулеза:

1. Лобулярный: неомогенная тень, представляющая собой слившиеся крупные и мелкие очаги в один или несколько конгломератов, в центре которых часто определяется распад;

2. Облаковидный: нежная, слабоинтенсивная гомогенная тень с нечеткими, размытыми контурами. Нередко отмечается быстрое формирование распада и свежей каверны;

3. Лобит: обширный инфильтративный процесс, занимающий целую долю легкого, с наличием одиночных или множественных полостей распада, иногда гигантских размеров. При прогрессировании лобита отмечается уменьшение доли в результате формирования фиброза.

4. Перисциссурит: обширная инфильтративная тень с наличием с одной стороны четкого края, с другой — размытого. Характер тени определяется поражением 1-2 сегментов, располагающихся вдоль междолевой щели, нередко отмечается распад и поражение междолевой плевры. Перисциссурит также может завершиться формированием выражен не фиброза.

5. Казеозная пневмония. Этот вид инфильтративного туберкулеза участился за последние годы, в связи с чем, в классификации выделен в самостоятельную клиническую форму туберкулеза. Для казеозной пневмонии характерны выраженные симптомы туберкулезной интоксикации, обильное бактериальное выделение, резкие изменения показателей крови, снижение иммунитета. Лучевые методы диагностики фиксируют обширные участки крупных, хлопьевидного типа сливных очагов с нечеткими контурами и множественными полостями распада. При прогрессировании процесса может наблюдаться формирование гигантских полостей, а также новых сливных очагов в различных участках легких. Обширная по протяженности казеозная пневмония даже при успешном лечении переходит в фиброзно-кавернозный или цирротический туберкулез легких, формируются стойкие выраженные нарушения функции дыхания и кровообращения, приводящие к значительному ограничению жизнедеятельности больных.

Для МСЭ важен анализ течения заболевания. Выделяют два основных варианта течения инфильтративного туберкулеза:

1. Прогрессирующее течение, которое характеризуется быстрым формированием деструкции, длительным сохранением «грудных» симптомов, интоксикацией, бактериальным выделением.

2. Инволютное течение, как правило, наблюдается при адекватном лечении и характеризуется постепенным исчезновением клинических проявлений заболевания, прекращением выделения МБТ в первые 3—4 месяца, рассасыванием воспалительных изменений в легких и рубцеванием участков деструкции.

Лечение должно быть комплексным и длительным, включающим специфические лекарственные средства и патогенетические препараты, в том числе кортикостероидные гормоны; пневмоперитонеум, физиотерапевтические процедуры, ЛФК, в необходимых случаях хирургическое вмешательство (резекцию пораженной части легкого).

При решении вопросов МСЭ больных инфильтративным туберкулезом следует учитывать клинико-рентгенологическую характеристику заболевания, эффективность лечения, виды и тяжесть осложнений, профессиональные и социальные факторы.

Временно нетрудоспособными признаются:

1. Больные с небольшими инфильтратами, без распада, у которых на фоне лечения отмечается инволютивное течение заболевания; срок временной нетрудоспособности составляет 6-8 месяцев;

2. Больные с небольшими инфильтратами, с распадом и замедленным обратным развитием заболевания на фоне лечения; срок временной нетрудоспособности продолжается 8-10 месяцев;

3. Больные с инфильтратами большой протяженности, имеющие перспективы излечения, без формирования выраженных нарушений функции дыхания и кровообращения; срок временной нетрудоспособности может достигать 10 месяцев и более.

Инвалидами III группы признаются больные после излечения инфильтративного туберкулеза при отсутствии тяжелых осложнений, с наличием стойкого умеренного нарушения функции дыхания, нуждающиеся в рациональном трудоустройстве или профессиональном обучении, если возвращение к труду невозможно без снижения квалификации, уменьшения объема трудовой деятельности по прежней профессии, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, передвижению, самообслуживанию I степени.

Инвалидами II группы признаются больные с обширными инфильтратами, отличающимися тенденцией к прогрессирующему течению, несмотря на лечение, при возникновении выраженных нарушений функции

дыхания и кровообращения, препятствующих выполнению профессионального труда, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению и самообслуживанию I-Пстепени.

Туберкулема легких — клиническая форма туберкулеза, характеризующаяся наличием казеозно-некротического инкапсулированного образования в легком, диаметром более 1 см, с хроническим торпидным течением.

Частота туберкулем среди прочих форм туберкулезного поражения легких, по данным различных авторов, колеблется в пределах — 0,6-8%. В практике МСЭ туберкулема составляет не более 3%.+

Клинический и реабилитационный прогноз у больных с туберкулемой в большинстве случаев благоприятный. Следует обратить внимание на наличие распада, в том числе в мелких туберкулемах. Распад является признаком прогрессирования туберкулемы, определяющим неблагоприятный клинический и реабилитационный прогноз.

Лечение. На начальном этапе заболевания применяются химиопрепараты на фоне гигиенического и диетического режима и патогенетической терапии. При прогрессирующих или крупных туберкулемах ведущее место принадлежит хирургическим методам лечения.

Для оценки степени ограничения жизнедеятельности больных с туберкулемами необходим анализ патогенеза, морфологических изменений, особенностей клинического течения, эффективности лечения, состояния макроорганизма, а также условий, характера труда и быта больного.

Временно нетрудоспособными признаются:

а) больные, у которых выявляются туберкулемы со стационарным клиническим течением и признаками активности, для проведения курса химиотерапии (4-6 месяцев);

б) больные с туберкулемой регрессирующего течения на весь длительный период лечения (6-10 месяцев);

в) больные с прогрессирующими или крупными туберкулемами для комплексного лечения, включая хирургические методы (8-12 месяцев).

Инвалидами III группы признаются больные, у которых, несмотря на длительное лечение туберкулем химиопрепаратами, сохраняются симптомы интоксикации, а оперативное вмешательство по тем или иным причинам не проводится, при наличии неблагоприятных факторов в профессиональной деятельности, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, передвижению и самообслуживанию I степени. Рекомендуются рациональное трудоустройство или профессиональное обучение.

Инвалидами II группы признаются больные с неблагоприятным течением послеоперационного периода, нуждающиеся в длительном лечении с целью ликвидации активности специфического процесса или тяжелых послеоперационных осложнений, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению и самообслуживанию I-Пстепени.

Диссеминированный туберкулез легких характеризуется образованием множественных туберкулезных очагов в результате распространения МБТ в легких гематогенным, лимфогенным, бронхогенным путем. Диссеминированный туберкулез диагностируется в 15-20% случаев среди клинических форм туберкулеза легких, выявленных впервые. На диспансерном учете больные диссеминированным туберкулезом составляют не менее 15%, в практике МСЭ — около 20%.

Сложностью патогенеза объясняется многообразие клинических форм, которые могут быть по характеру специфических изменений — милиарными или крупноочаговыми, по протяженности — ограниченными или распространенными, по клиническому течению — острыми, подострыми, хроническими. Милиарный туберкулез легких, как острый диссеминированный туберкулез гематогенного генеза, выделен в классификации в самостоятельную клиническую форму заболевания.

В практике МСЭ наиболее часто встречаются больные с хронической формой диссеминированного туберкулеза. Клиническая картина определяется наличием общих симптомов, обусловленных функциональным расстройством различных систем организма, в сочетании с местными симптомами, связанными с поражением легочной ткани; фазой и степенью компенсации процесса. При прогрессировании процесса в легких наблюдаются полости распада, возникает бронхогенное обсеменение, нарастают неспецифические изменения в легочной ткани: фиброз, эмфизема, сопровождающиеся формированием хронического легочного сердца, прогрессирующей дыхательной и сердечной недостаточностью.

Осложнения определяют тяжесть состояния больного, клинический и реабилитационный прогноз. У больных диссеминированным туберкулезом легких, чаще при гематогенном генезе, возникают внелегочные поражения — туберкулез гортани, глаз, костей и суставов, мочеполовых органов, что может оказать существенное влияние на трудоспособность.

Лечение больных диссеминированным туберкулезом на начальных этапах заболевания должно быть длительным, комплексным в стационарных, санаторных, амбулаторных условиях. При этом важно добиваться рассасывания очагов, рубцевания деструктивных изменений в легких и заживления тех очагов, которые обусловили появление бактериемии. После ликвидации источника распространения туберкулезной инфекции наступает излечение больного в 60—80% случаев. Клинический прогноз в значительной степени определяется формой диссеминированного туберкулеза. При милиарном туберкулезе нередко наступает не только излечение, но и полное восстановление трудоспособности. Однако при частичном рассасывании очаговых изменений течение процесса принимает хронический характер. Результаты лечения подострой формы, как правило, благоприятны. В зависимости от степени инволютивных изменений подострая форма переходит в очаговую или хроническую форму диссеминированного туберкулеза легких. Клинический и реабилитационный прогноз при хроническом диссеминированном туберкулезе легких зависит от фазы, распространенности процесса, длительности и частоты обострений, характера осложнений. При развитии массивных фиброзных изменений в легких, приводящих к выраженным нарушениям функции дыхания и кровообращения, реабилитационный прогноз неблагоприятен.

Временная нетрудоспособность устанавливается: а) больным с острым (милиарным) и подострым диссеминированным туберкулезом легких для лечения в стационарных и санаторных условиях при положительной клинико-рентгенологической динамике процесса; срок временной нетрудоспособности 10—12 месяцев; б) больным с хроническим диссеминированным туберкулезом легких в период обострения процесса для лечения, в случае положительной клинико-рентгенологической динамики и отсутствии выраженных нарушений функции дыхания и кровообращения; срок временной нетрудоспособности 4-12 месяцев.

III группа инвалидности устанавливается больным диссеминированным туберкулезом легких по окончании специфического лечения в стационарных, санаторных условиях, при благоприятном клиническом исходе, с формированием умеренных нарушений функции дыхания или других осложнений, препятствующих выполнению в полном объеме профессионального труда, а также при наличии эпидемиологических противопоказаний, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, передвижению, самообслуживанию I степени.

II группа инвалидности устанавливается больным:

а) при остром (милиарном), подостром диссеминированном туберкулезе легких в случае замедленной положительной клинико-рентгенологической динамики процесса на фоне лечения, что требует длительной адекватной терапии и приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, самообслуживанию, передвижению I-II степени;

б) при хроническом диссеминированном туберкулезе легких с частыми или длительными обострениями, тяжелыми осложнениями (выраженная дыхательная недостаточность, хроническое декомпенсированное легочное сердце, кровохарканья, кровотечения и др.), что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению, самообслуживанию I—II степени. При относительной стабилизации специфического процесса с выраженными нарушениями функции дыхания возможно трудоустройство больных в специально созданных условиях (в спец.цехе или на дому).

I группа инвалидности устанавливается больным с прогрессированием хронического диссеминированного туберкулеза, несмотря на лечение, возникновением тяжелых легочных и внелегочных осложнений (дыхательная недостаточность III степени, амилоидоз внутренних органов и др.), что приводит к ограничению способности к самообслуживанию и передвижению III степени. Больные в подобных случаях нуждаются в постоянном уходе и посторонней помощи.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких - завершающий этап прогрессирующего течения деструктивного туберкулезного процесса, характеризуется фиброзной каверной в легком, выраженным фиброзом в легочной ткани, очагами бронхогенной диссеминации и другими проявлениями, характерными для хронического легочного процесса.

Среди вновь выявленных больных легочным туберкулезом фиброзно-кавернозный туберкулез наблюдается у 1-3%, среди состоящих на учете в противотуберкулезных диспансерах — у 10-15%, а во фтизиатрических Бюро МСЭ больные фиброзно-кавернозным туберкулезом занимают нередко первое место.

Клинические проявления и разнообразие симптомов зависят от распространенности процесса, частоты обострений, локализации каверны, осложнений, сопутствующих заболеваний. Частыми симптомами фиброзно-кавернозного туберкулеза являются кровохарканья и легочные кровотечения. В мокроте больных обнаруживаются в большом количестве микобактерии туберкулеза, которые оказываются нередко устойчи-

выми к специфическим препаратам. Для больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, особенно при его прогрессировании, характерно выраженное ухудшение показателей функции дыхания и кровообращения. Могут изменяться показатели функции печени, почек, желудка, кишечника, эндокринных желез, в связи с продолжительным существованием деструкции легочной ткани, постоянным всасыванием продуктов тканевого распада и бактериальных токсинов; применением большого количества антибактериальных препаратов. Развивающиеся осложнения могут быть причиной не только резкого ограничения жизнедеятельности, но и причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом.

Лечение больных должно включать несколько химиопрепаратов. Если через 6-8 месяцев каверна не зарубцевалась, применяют хирургические методы (резекция, торакопластика, кавернотомия). При наличии противопоказаний к операции проводят длительную химиотерапию.

Временная нетрудоспособность устанавливается больным: а) при впервые выявленном фиброзно-кавернозном туберкулезе легких для лечения в стационарных условиях, с положительной клинико-рентгенологической динамикой процесса и благоприятным клиническим прогнозом; срок временной нетрудоспособности 10-12 месяцев; б) при фиброзно-кавернозном туберкулезе с относительно доброкачественным клиническим течением процесса без выраженных осложнений — на период купирования обострения заболевания; срок временной нетрудоспособности 4-10 месяцев.

III группа инвалидности устанавливается больным с доброкачественным течением процесса, умеренными нарушениями функции дыхания и кровообращения, при наличии неблагоприятных условий профессиональной деятельности или эпидемиологических противопоказаний, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, передвижению и самообслуживанию I степени. В этот период осуществляется рациональное трудоустройство или профессиональное обучение.

II группа инвалидности устанавливается больным при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, с частыми и длительными обострениями, продолжительными нарушениями компенсации процесса, выраженными расстройствами функции дыхания и кровообращения, несмотря на проводимую комплексную терапию, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению и самообслуживанию I-II степени. В отдельных случаях возможно трудоустройство больных в специально созданных условиях (в спец. цехе, на дому).

I группа инвалидности устанавливается больным с прогрессирующим течением фиброзно-кавернозного туберкулеза, обширными анатомическими изменениями в легких, внелегочной локализацией туберкулеза, амилоидозом внутренних органов, значительно выраженными нарушениями функции дыхания и кровообращения, что приводит к ограничению способности к самообслуживанию и передвижению III степени. Клинический прогноз у этой группы больных крайне неблагоприятен, они нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Цирротический туберкулез легких характеризуется массивным разрастанием соединительной ткани в легком и плевре в результате инволюции фиброзно-кавернозного, диссеминированного, реже распространенного инфильтративного туберкулеза и поражения плевры.

Среди состоящих на учете в противотуберкулезных диспансерах больные цирротическим туберкулезом составляют 1-3%, а среди инвалидов вследствие туберкулеза легких — 3-5%.

Диагноз цирротического туберкулеза ставится на основании указаний на продолжительное заболевание туберкулезом, обнаружение туберкулезных изменений в легких в виде активных или неактивных очагов, санированных туберкулезных полостей, скудного и непостоянного бактериовыделения. Цирротические изменения легочной паренхимы приводят к нарушению функции дыхания и кровообращения, развитию хронического легочного сердца. Поэтому клинические проявления обусловлены, главным образом, дыхательной недостаточностью, хроническим неспецифическим воспалением, и значительно реже — активностью специфического процесса.

Временная нетрудоспособность устанавливается при возникновении признаков активности специфической или хронического неспецифического воспалительного процесса у больных с ограниченным цирротическим туберкулезом, без кровохаркания и выраженных признаков туберкулезной интоксикации, при умеренной легочно-сердечной недостаточности. III группа инвалидности может быть определена больным по окончании срока временной нетрудоспособности, при наличии умеренных нарушений функции дыхания либо других осложнений, нуждающимся в рациональном трудоустройстве, профессиональном обучении в связи с ограничением способности к трудовой деятельности I степени, передвижению и самообслуживанию I степени.

II группа инвалидности устанавливается при распространенных морфологических изменениях в легких, длительно сохраняющихся симптомах интоксикации за счет специфического и неспецифического воспаления, несмотря на лечение, выраженных нарушениях функции дыхания и кровообращения, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению и самообслуживанию I-II степени.

I группа инвалидности устанавливается больным при обширных цирротических процессах, сопровождающихся симптомами интоксикации и длительной декомпенсацией, при значительно выраженных нарушениях функции дыхания, наличии хронического легочного сердца и недостаточности кровообращения, развитии амилоидоза и других тяжелых осложнений, что приводит к ограничению способности к самообслуживанию и передвижению III степени, нуждаемости в постоянном уходе и посторонней помощи.

Медико-социальная экспертиза при последствиях хирургического лечения туберкулеза легких.

Около 20% больных туберкулезом органов дыхания нуждаются в хирургическом лечении. Основанием для хирургического вмешательства являются: во-первых, обширные зоны туберкулезного разрушения легочной, ткани с развитием вторичных параспецифических изменений, когда величина дефекта становится несовместимой с естественными возможностями его ликвидации путем рубцевания (все случаи кавернозного поражения); во-вторых, участки омертвевшей легочной ткани, содержащие инфекционное начало, которые вследствие значительных размеров или особенностей тканевой реакции неспособны к рассасыванию и полному замещению рубцовой тканью (туберкулезные крупноочаговые, остаточные казеозно-некротические изменения).

Торакопластика по поводу туберкулеза легких или эмпиемы плевры.

В настоящее время на торакопластику приходится около 15% оперативных вмешательств по поводу туберкулеза органов дыхания.

Показания:

1. Распространенное, обычно двустороннее очаговое поражение легких в связи с гематогенным характером процесса или обильной бронхогенной диссеминацией при наличии каверны в одном легком;
2. Одностороннее кавернозное и очаговое поражение легкого, требующее значительных объемов резекции (пневмонэктомии), при ограниченных резервах системы дыхания и кровообращения, не допускающих ее выполнения;
3. Эмпиема плевры.

МСЭ больных, перенесших торакопластику по поводу туберкулеза легких или эмпиемы плевры, проводится с учетом общих принципов, касающихся больных после оперативных вмешательств. Особое значение имеют степень эффективности операции, нарушения функций организма, особенности их динамики в послеоперационном периоде. Больные, перенесшие эффективную торакопластику по поводу туберкулеза легких или эмпиемы плевры, признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях в течение первого года (инвалидами II группы) в связи с ограничением способности к трудовой деятельности II степени, передвижению и самообслуживанию I-II степени. В течение второго года с момента операции в большинстве случаев происходит адаптация организма к новым условиям, закрепляются достигнутые результаты, и больные признаются инвалидами III группы на основании снижения способности к трудовой деятельности I степени, самообслуживанию и передвижению I степени. В дальнейшем при благоприятном течении процесса больные, как правило, признаются трудоспособными в непротивопоказанных условиях и видах трудовой деятельности.

Больным после торакопластики противопоказана работа в профессиях, требующих значительного физического напряжения, связанных с длительной ходьбой, речевой нагрузкой, вынужденным положением тела, в условиях запыленности, загазованности, повышенной влажности, гиперинсоляции и т.п.

Резекционные виды вмешательства. Резекции легких составляют 80% всех видов хирургических операций (эффективность — 90%).

При оценке ограничений жизнедеятельности больных, перенесших операцию, необходимо учитывать тяжесть, длительность и форму туберкулезного процесса до операции; обширность оперативного вмешательства (пневмонэктомия, экономные резекции) и его давность; возраст больного; полноценность химиотерапии в до и послеоперационном периоде; наличие МБТ до операции; степень активности процесса непосредственно перед операцией; состояние функции дыхания и кровообращения в послеоперационном периоде.

Пневмонэктомия. В течение первого года после операции больные, признаются инвалидами II группы в связи с замедленной адаптацией организма после операции, выраженными нарушениями функции дыхания

и кровообращения, неясностью клинического прогноза, необходимостью длительной химиотерапии в стационарных и санаторных условиях, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II степени, передвижению, самообслуживанию I-II степени.

При значительно выраженной дыхательной и сердечной недостаточности или других тяжелых осложнениях больные неспособны к самообслуживанию, передвижению, находятся в полной зависимости от других лиц, в связи с чем, нуждаются в постоянном уходе и признаются инвалидами I группы. Через 1-2 года многие больные признаются инвалидами III группы в тех случаях, когда наступает стабилизация туберкулезного процесса, улучшаются показатели функции системы дыхания и кровообращения, что обуславливает ограничение способности к трудовой деятельности I степени, передвижению, самообслуживанию I степени.

Лобэктомия. Больные после успешной лобэктомии обычно признаются временно нетрудоспособными и спустя 6-8 месяцев после операции могут приступить к работе в непротивопоказанных видах и условиях труда.

Сегментарные резекции. Больные после эффективной сегментэктомии через 5-6 месяцев признаются трудоспособными в доступных видах и условиях труда. Плеврэктомия (декортикация) по поводу эмпиемы плевры. Эффективность плеврэктомии составляет 80-85%, при этом отдаленные результаты операции лучше, чем ближайшие. Функция внешнего дыхания в ближайшем послеоперационном периоде ухудшается, однако через 2-11 месяцев ее показатели обычно приближаются или превышают дооперационный уровень. В соответствии с изложенным, больные, не являвшиеся до успешной плеврэктомии инвалидами, признаются временно нетрудоспособными на период адаптации организма, а затем их трудоспособность в непротивопоказанных видах и условиях труда может быть восстановлена.

Кавернотомия (кавернопластика). Основным показанием для открытого лечения туберкулеза легких являются большие и гигантские каверны на фоне двусторонней очаговой диссеминации. В подобных случаях операция не представляет большой опасности, в то время как благоприятный исход резекции и торакопластики сомнителен. Наряду с этим предпочтение кавернотомии перед другими вмешательствами отдается у больных с дыхательной недостаточностью, обусловленной эмфиземой легких. Абсолютным показанием для открытого лечения являются большие и гигантские каверны с упорным деструктивным эндобронхитом крупных бронхов и бронхогенным обсеменением противоположного легкого или осложненные профузным легочным кровотечением. В течение первого года после операции больные, как правило, признаются инвалидами II группы, в связи с ограничением способности к трудовой деятельности II степени, передвижению, самообслуживанию I-II степени.

Профилактика инвалидности.

1. Исключение факторов риска развития и прогрессирования туберкулеза.
2. Своевременное выявление туберкулеза и проведение адекватного лечения на всех уровнях диспансерного наблюдения за больными.
3. Осуществление правильной ориентации и рационального трудоустройства больных с учетом противопоказаний.
4. Создание в обществе для больных туберкулезом благоприятного психологического климата, способствующего успешному исходу лечения и возможности возвращения в социальную среду.
5. Обоснованное и своевременное направление больного на МСЭ и реализация намеченных реабилитационных мероприятий.

Реабилитация

Клинические особенности и многообразие течения туберкулеза, возможность обострений и рецидивов обуславливают необходимость дифференцированной диспансеризации больных в противотуберкулезных учреждениях и разработки индивидуальной программы реабилитационных мероприятий. Медицинский аспект реабилитации предусматривает проведение адекватного лечения в том числе, хирургического, при активации туберкулеза; закрепление результатов лечения в санаторных условиях в период стабилизации процесса; осуществление в показанных случаях химиофилактики, преимущественно в осенне-весенний период, когда риск обострения туберкулеза увеличивается; меры общей профилактики туберкулеза легких: соблюдение режима питания, повышение общей реактивности организма путем закаливания, массажа, дыхательной гимнастики, витаминотерапии; борьбу с курением, алкоголизмом, улучшение условий и культуры быта.

Профессиональная реабилитация больных должна быть основана на комплексной оценке медицинских, социальных, психологических факторов и учитывать профессиональные навыки, общеобразовательную под-

готовку, личные наклонности, отношение к труду. При длительной стабилизации специфического процесса в легких и отсутствии серьезных осложнений больным доступен физический труд I ст. тяжести или умственный труд I, II ст. напряжения в благоприятных санитарно-гигиенических условиях. К числу работ и профессий, которые могут быть рекомендованы в зависимости от состояния больного, относятся слесарные и станочные, швейного производства (швея-мотористка, швея-ручница, механизированный пошив и ремонт одежды), обслуживания (ремонт бытовой техники, радио- и телеоборудования, часовых механизмов, обуви, галантерейных изделий); административно-хозяйственные, административно-технические, счетно-канцелярские (инженеры, техники, технологи, конторские служащие, машинистки, чертежницы, делопроизводители, контролеры, лаборанты, кладовщицы, товароведы, кассиры, счетоводы, бухгалтеры, плановики, экономисты и др.); различные виды ручного труда (вязание, плетение, картонажные и переплетные работы, сборка и фасовка мелких изделий и др.). Инвалидам II группы с учетом характера патологии может быть рекомендован труд в специально созданных условиях (на дому, на предприятиях и в спец.цехах для больных туберкулезом).

Повышение уровня профессиональной и социальной реабилитации больных туберкулезом органов дыхания может быть достигнуто путем создания специальных производственных и коммунально-бытовых предприятий для их трудоустройства, где созданы условия для различных форм трудовой занятости, включая труд с неполным рабочим днем, надомные виды труда, а также профессионального обучения и рационального трудоустройства лиц молодого возраста.

### **Список литературы:**

Федеральный Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.95 г. № 181 - ФЗ с последующими изменениями и дополнениями.

Правила признания лица инвалидом, утвержденные постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95.

Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико – социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико – социальной экспертизы, утвержденные приказом Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н.

«Медико – социальная экспертиза» под редакцией И.Н. Денисова, МИА. М., 2008.

«Справочник по медико – социальной экспертизе и реабилитации» под редакцией член. – корр. РАЕН проф. М.В. Коробова, С-Петербург, Гиппократ, 2010.

«Медико-социальная экспертиза при внутренних болезнях и туберкулезе органов дыхания», пособие для врачей. Под редакцией доц. З.Д. Шварцмана, С-Петербург: Рекорд, 2009.

«Основы медико – социальной экспертизы» Осадчих А.И., Пузин С.Н. М.: Медицина, 2005.

Врачебно-трудовая экспертиза при туберкулезных заболеваниях под ред. проф. С.Е. Незлина (ЦИЭТИН, 1960).

«Справочник фтизиатра» под общей редакцией действительного члена АМН СССР проф. Н.А. Шмелева и заслуженного деятеля науки РСФСР проф. В.Л. Эйниса. Москва, 1986.

«Дифференциальная диагностика туберкулёза лёгких» А.М. Рабинович и К.А. Харчева, издательство «Медицина», Ленинград, 1989.

Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И. и др. Основы медико-социальной экспертизы. М.: Медицина, 2005.

Визель А.А., Гурьева М.Э. «Туберкулёз» / под редакцией М.И. Перельмана/ ГОЭТАР «Медицина», 2000.

Перельман М.И., Корякин В.А., Богдельникова И.В. «Фтизиатрия», издательство «Медицина», 2004.

Журналы «Медико-социальная экспертиза и реабилитация».

Журналы «Проблемы туберкулеза», издательство “Медицина”

## **ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ТОКСИЧЕСКОГО (ТОКСИКО-АЛИМЕНТАРНОГО) ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ И ЕЁ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В БЮРО МСЭ ВОЛГОГРАДА ЗА 2015 – 2017 ГОДЫ**

**Орлова Е.М., Полуэктова Л.А., Елисеева О.Г.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России

Резюме: В работе изучены закономерности формирования общей инвалидности вследствие токсического поражения пищеварительной и нервной систем в Волгограде по результатам деятельности бюро МСЭ за 2015-2017 годы.

Алкоголь и психоактивные вещества, вызывающие зависимость, широко используется во многих культурах на протяжении столетий. Вредное употребление алкоголя и психоактивных веществ приводит к значительному числу болезней, социальному и экономическому бремени в обществе. По данным статистики за 2016 год алкоголизмом в России болеет больше пяти миллионов человек, причем на учете стоит лишь 1,7 процента граждан. Смертность от употребления спиртосодержащих напитков в год составляет более полумиллиона жителей страны. Почти в каждом третьем летальном случае прямо или косвенно наступает смерть от алкоголя. По данным Росстата за 2017 год убыль составила 750 тысяч человек, виной чему стало пьянство. Общее количество смертей от алкоголя в мире составляет 2,6 млн. жизней ежегодно. Вредное употребление алкоголя может также причинять вред другим людям, таким как члены семьи, друзья, коллеги и незнакомые люди. Безусловно, что последствия вредного употребления алкоголя и наркотической зависимости приводят к значительным финансовым затратам на профилактические и лечебные мероприятия в сфере здравоохранения, наносят существенный вред в масштабах всего общества.

В ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России проведено исследование состояния инвалидности вследствие токсического поражения по обращаемости в бюро МСЭ Волгограда. База исследования – бюро МСЭ общего профиля, период наблюдения 2015-2017 гг.

За данный период наблюдения было освидетельствовано 692 человека, в анамнезе у которых выявлено злоупотреблением алкоголем или наркотической зависимостью (2015г.-196 человек, 2016г.-243 человека, 2017г.-253 человека). Из данных лиц впервые и повторно признано инвалидами 659 человек (2015 г.-182 человека, 2016 г.-231 человек, 2017 г.-246 человек). Основной инвалидизирующей патологией у лиц исследуемой группы является поражение пищеварительной системы (хронический гепатит токсико-алиментарного генеза с исходом в цирроз печени, коды МКБ-10 K70-K74) или поражение нервной системы (токсическая полинейропатия, коды МКБ-10 G62-G62.2).

По результатам первичных освидетельствований лиц взрослого населения Волгограда за 2015-2017 годы были получены следующие данные:

в 2015 году освидетельствовано впервые на группу 76 человек (25 человек с поражением нервной системы и 51 человек с поражением пищеварительной системы), из них признано инвалидами 66 человек (19 и 47 человек с соответствующей патологией);

в 2016 году освидетельствовано впервые на группу 116 человек (28 человек с поражением нервной системы и 88 человек с поражением пищеварительной системы), из них признано инвалидами 108 человек (23 и 85 человек с соответствующей патологией);

в 2017 году освидетельствовано впервые на группу 87 человек (18 человек с поражением нервной системы и 69 человек с поражением пищеварительной системы), из них признано инвалидами 84 человека (18 и 66 человек с соответствующей патологией).

В структуре инвалидности по группам за 2015 год инвалиды I группы составили 25,8% (17 человек) от общего количества ВПИ, 6,1% с поражением нервной системы и 19,7% - с поражением пищеварительной системы; II группы - 62,1% (41 человек) от общего количества ВПИ, 19,7% с поражением нервной системы и 42,4% с поражением пищеварительной системы; III группы - 12,1% (8 человек) от общего количества ВПИ, 3% с поражением нервной системы и 9,1% с поражением пищеварительной системы.

В структуре инвалидности по группам за 2016 год инвалиды I группы составляют 18,5% (20 человек) от общего количества ВПИ, 1,8% с поражением нервной системы и 16,7% с поражением пищеварительной системы; II группы – 74,1% (80 человек) от общего количества ВПИ, 18,5% с поражением нервной системы и 55,6% с поражением пищеварительной системы; III группы – 7,4% (8 человек) от общего количества ВПИ, 0,9% с поражением нервной системы и 6,5% с поражением пищеварительной системы.

В структуре инвалидности по группам за 2017 год инвалиды I группы составляют 19% (16 человек) от общего количества ВПИ, 2,4% с поражением нервной системы и 16,6% с поражением пищеварительной системы; II группы - 62% (52 человека) от общего количества ВПИ, 10,7% с поражением нервной системы и 51,3% с поражением пищеварительной системы; III группы - 19% (16 человек) от общего количества ВПИ, 8,3% с поражением нервной системы и 10,7% с поражением пищеварительной системы.

При изучении структуры первичной инвалидности по полу выявлено значительное преобладание лиц мужского пола - 60,9% от общего количества ВПИ вследствие данных патологий за исследуемый период, доля женщин всего 39,1%.

Изучена возрастная структура инвалидности. Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста составил 79,1% от общего количества ВПИ вследствие данных патологий за исследуемый период. Доля лиц

молодого трудоспособного возраста (мужчины и женщины до 45 лет) составила 31,8% от общего количества ВПИ вследствие данных патологий за исследуемый период, доля лиц среднего трудоспособного возраста (мужчины от 45 до 60 лет и женщины от 45 до 55 лет) составила 47,3%, доля лиц пенсионного возраста составила 20,9%.

У мужчин преобладают инвалиды в возрасте 45 - 60 лет – 51% и 18-45 лет -31,9% от всех мужчин первично признанных инвалидами. У женщин также преобладают инвалиды в среднем трудоспособном возрасте (45-55 лет), их доля составила 41,6 %, доля лиц молодого трудоспособного возраста (18-45 лет) составила 31,7% от всех женщин первично признанных инвалидами.

Таким образом, в структуре первичной инвалидности вследствие токсического поражения имеет место рост числа инвалидов с токсическим поражением пищеварительной и нервной систем, обусловленным алкоголизмом и наркоманией, с 76 человек в 2015 году до 116 человек в 2016 году, в 2017 году отмечено снижение до 84 человек. Большинство инвалидов составляют лица с токсическим поражением пищеварительной системы, удельный вес составил 76,7% от общего количества ВПИ вследствие данных патологий за исследуемый период. Преобладают инвалиды II и I группы, мужского пола, среднего трудоспособного возраста.

По результатам повторных освидетельствований среди взрослого населения Волгограда за 2015-2017 годы были получены следующие данные:

в 2015 году освидетельствовано повторно на группу 120 человек (37 человек с поражением нервной системы и 83 человека с поражением пищеварительной системы), из них признано инвалидами 116 человек (37 и 79 человек по соответствующим патологиям);

в 2016 году освидетельствовано повторно на группу 127 человек (37 человек с поражением нервной системы и 90 человек с поражением пищеварительной системы), из них признано инвалидами 123 человек (36 и 87 человек по соответствующим патологиям);

в 2017 году освидетельствовано повторно на группу 166 человек (44 человек с поражением нервной системы и 122 человек с поражением пищеварительной системы), из них признано инвалидами 162 человек (44 и 118 человек по соответствующим патологиям).

В структуре повторной инвалидности по группам за 2015 год удельный вес инвалидов I группы составил 6% (7 человек) от общего количества ППИ, 3,4% с поражением нервной системы и 2,6% с поражением пищеварительной системы; II группы – 61,2% (71 человек) от общего количества ППИ, 16,4% с поражением нервной системы и 44,8% с поражением пищеварительной системы; III группы – 32,8% (38 человек) от общего количества ППИ, 12,1% с поражением нервной системы и 20,7% с поражением пищеварительной системы.

В структуре повторной инвалидности по группам за 2016 год удельный вес инвалидов I группы составил 9,8% (12 человек) от общего количества ППИ, 3,3% с поражением нервной системы и 6,5% с поражением пищеварительной системы; II группы – 62,6% (77 человек) от общего количества ППИ, 17,9% с поражением нервной системы и 44,7% с поражением пищеварительной системы; III группы – 27,6% (34 человек) от общего количества ППИ, 8,2% с поражением нервной системы и 19,4% с поражением пищеварительной системы.

В структуре повторной инвалидности по группам за 2017 год удельный вес инвалидов I группы составил 7,4% (12 человек) от общего количества ППИ, 1,9% с поражением нервной системы и 5,5% с поражением пищеварительной системы; II группы – 67,9% (110 человек) от общего количества ППИ, 18,5% с поражением нервной системы и 49,4% с поражением пищеварительной системы; III группы – 24,7% (40 человек) от общего количества ППИ, 6,8% с поражением нервной системы и 17,9% с поражением пищеварительной системы.

В структуре повторной инвалидности по полу выявлено значительное преобладание лиц мужского пола – 60,1% от общего количества ППИ вследствие данных патологий за исследуемый период, женщин 39,3 %.

Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста составил 78,1% от общего количества ППИ вследствие данных патологий за исследуемый период. Лица молодого трудоспособного возраста (мужчины и женщины до 45 лет) составили 30,7% от общего количества ППИ вследствие данных патологий за исследуемый период, лица среднего трудоспособного возраста (мужчины от 45 до 60 лет и женщины от 45 до 55 лет) – 47,4% и лица пенсионного возраста составили 21,9%.

У мужчин большинство инвалидов в возрасте 45 - 60 лет – 50,6% и 18-45 лет - 27% от всех мужчин повторно признанных инвалидами. У женщин большинство инвалидов в молодом трудоспособном возрасте (18-45 лет) – 36,3 % и среднем трудоспособном возрасте (45-55 лет) – 35% от всех женщин повторно признанных инвалидами.

За анализируемый период показатель полной реабилитации в 2015 году составил 3,3% от общего числа переосвидетельствованных инвалидов в 2015 году, в 2016 году - 3,1% и 2017 году снизился до 2,4%.

Таким образом, при повторном освидетельствовании имеет место рост числа инвалидов с токсическим поражением пищеварительной и нервной систем, обусловленным алкоголизмом и наркоманией, с 116 человек в 2015 году до 162 человек в 2017 году. Большинство инвалидов представлено за счет лиц с токсическим поражением пищеварительной системы – 70,8% от общего количества ППИ вследствие данных патологий за исследуемый период. Преобладают инвалиды II и III групп, мужского пола, среднего трудоспособного возраста.

Среди граждан, впервые направленных на медико-социальную экспертизу с токсическим поражением пищеварительной и нервной систем, обусловленных алкоголизмом и наркоманией, на момент освидетельствования 74,6% не были трудоустроены и не имели трудовой направленности. Среди повторно освидетельствованных данный показатель составил 88,9%.

Заключение. Наше исследование показывает, что наметилась тенденция к росту числа инвалидов с токсическим поражением пищеварительной системы, в большинстве случаев это мужчины среднего трудоспособного возраста. В структуре инвалидности по тяжести группы преобладают инвалиды II группы. Около 83% от всех освидетельствованных граждан не трудоустроены и не имеют трудовой направленности. К 2017 году показатель полной реабилитации снизился с 3,3 % до 2,4 %

## **АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ГРАЖДАН С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (В РАМКАХ АПРОБАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В ФКУ «ГБ МСЭ ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ» И ФКУ «ГБ МСЭ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

<sup>1</sup>Пенина Г.О., <sup>1</sup>Чистякова Н.П., <sup>2</sup>Козлов С.И., <sup>2</sup>Лесина Е.В.

<sup>1</sup> - ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,

<sup>2</sup> - ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

Алгоритм проведения медико-социальной экспертизы включал в себя: вынесение экспертного решения и ведение экспертной документации в соответствии с действующими нормативными документами; дополнительно - принятие решения в соответствии с Пилотным проектом; введение результатов в электронную базу данных, сбор статистической информации с последующим анализом полученных результатов, формирование предложений и выявление «рисков». Под «риском» понималась вероятность получения неблагоприятного результата, так и вероятность получить результат, отличный от ожидаемого.

Рассмотрим подробнее этапы проводимой экспертной оценки в рамках Пилотного проекта.

I этап: Анализ документов, представленных на МСЭ

При получении заявления о проведении МСЭ от гражданина или его законного представителя основной акцент делался на анализ следующих документов:

1. Документы об образовании.
2. Копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров для работающих (оригинал трудовой книжки для неработающих граждан).
3. Направление на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма №088/у-06).
4. Акт (ты) о несчастном случае на производстве (форма Н-1) - при первичном обращении.
5. Акт (ты) о случае профессионального заболевания (при первичном обращении).
6. Решение суда об установлении факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.
7. Заключение органа государственной экспертизы условий труда о характере и об условиях труда пострадавших, которые предшествовали несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию (оформленное работодателем).

8. Для работающих в настоящее время граждан: заключение о характере и об условиях труда пострадавших в настоящее время; характеристика с места работы.

9. Заключение врачебной комиссии (ВК) ЛПУ о нуждаемости в видах медицинской реабилитации.

10. Медицинские документы (амбулаторная карта, выписные эпикризы, данные обследования и т.д.).

11. Программа реабилитации пострадавшего (ПРП) с отметками о ее выполнении в случае повторного освидетельствования.

При анализе представленных документов основное внимание уделено:

1. Оценке профессионального маршрута (профессиональной деятельности) до и после наступления страхового случая;

2. Возможности для продолжения профессиональной деятельности после трудового увечья (профессионального заболевания).

При оценке профессионального маршрута (профессиональной деятельности) до и после наступления страхового случая учитывались:

1. Наличие и вид профессионального образования.

2. Основная профессия (специальность), должность, стаж работы, квалификация (класс, разряд, категория, звание)

3. Данные о характере и условиях труда до и после страхового случая.

Основным «риском», выявленным на этом этапе, являлась невозможность адекватно и в полном объеме оценить профессиональный маршрут свидетелеваемого и возможности продолжения его профессиональной деятельности вследствие не предоставления гражданином на МСЭ необходимого пакета документов (отсутствие заключения о характере и условиях труда пострадавших, которое является документом личного хранения согласно 387-ФЗ от 28.12.2013г.).

II этап: Оценка клинико-функциональных данных, полученных в ходе проведения МСЭ с целью установления степени утраты профессиональной трудоспособности (далее – УПТ)

Анализ клинико-функциональных данных по результатам освидетельствования граждан проводился специалистами Учреждений МСЭ как с учетом действующих законодательных актов («Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 г. № 1024н), так и применительно к новым клинико-функциональным критериям определения степени УПТ в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (Приложение разработано рабочей группой ФГБУ ДПО СПбИУВЭК к Проекту Приказа).

Основные этапы оценки клинико-функциональных данных, полученных в ходе проведения МСЭ:

1. Установление нозологии и ведущих синдромов профессионального заболевания (трудового увечья), патогенетически напрямую связанных с ними.

2. Количественная оценка нарушенных функций организма вследствие профессионального заболевания (трудового увечья) согласно конкретному пункту Приложения Приказа Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н).

3. Количественная оценка нарушенных функций организма вследствие профессионального заболевания (трудового увечья) согласно конкретному пункту Приложения Проекта Приказа.

В случае отсутствия клинико-функциональной характеристики нарушенных функций организма (далее – КФХ) в Приказе № 1024н, в Протоколе ЕАВИИАС и указывался п.4 приказа Минтруда России №1024 н от 17.12.2015г.

В случае отсутствия КФХ в Приложении Проекта Приказа делалась соответствующая пометка в пакете экспертных документов.

Кроме того, на данном этапе, исходя из нарушенных функций организма, в отношении всех участников Пилотного проекта проводилась:

1. Оценка возможностей продолжения профессиональной деятельности.

2. Оценка форм и объема необходимых реабилитационных мероприятий, необходимых для последующей разработки программы реабилитации пострадавшего (ПРП) с целью восстановления или компенсации (полностью или частично) нарушенных функций организма.

Группы выявленных «рисков» на данном этапе:

1. Наличие расхождений в оценке степени выраженности нарушенных функций в процентах (количественная оценка).

2. Отсутствие КФХ выявленных нарушений функций вследствие профессионального заболевания (трудоугодного увечья) в действующем Приложении к Приказу 1024н от 17.12.2015 г.

3. Отсутствие КФХ выявленных нарушений функций вследствие профессионального заболевания (трудоугодного увечья) в Приложении к Проекту Приказа;

3. Невозможность оценки возможностей продолжения профессиональной деятельности.

III этап: Оценка степени УПТ на основании действующих и предлагаемых критериев:

Степень УПТ в Пилотном проекте определялась в процентах, кратных десяти, в диапазоне от 10 до 100%, в соответствии с действующими законодательными актами (Постановление Правительства РФ от 16.10.2000г. №789, Постановление Минтруда России от 18.07.2001г. №56) и предложенным Пилотным Критериям.

Выбор пункта, определяющий степень УПТ производился согласно Проекту Приказа и Постановлению Минтруда России от 18.07.2001 г. №56 с учетом условий возможности продолжения профессиональной деятельности после наступления страхового случая.

Количественная оценка нарушенных функций в соответствии с Приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н (незначительная, умеренная, выраженная и значительно выраженная степень нарушений) в Пилотном проекте устанавливала «шаг» или диапазон степени утраты профессиональной трудоспособности: «10-30»; «40-60»; «70-80»; «90-100».

Группы выявленных «рисков» на данном этапе:

1. Расхождение вида изложения характеристики УПТ согласно Проекта приказа и Постановления Минтруда России от 18.07.2001г. №56.

2. Расхождение в количественной оценке степени УПТ по действующим и предлагаемым критериям, исходя из количественной оценки нарушенных функций.

3. Замена оценки условий возможности продолжения профессиональной деятельности на оценку условий трудовой деятельности свидетельствуемого на настоящий момент.

По окончании освидетельствования экспертное решение объявлялось гражданину или его законному представителю в присутствии всех специалистов бюро МСЭ или экспертного состава, участвовавших в проведении медико-социальной экспертизы; экспертное решение по результатам апробации новых критериев со свидетельствуемым гражданином не обсуждалось.

После окончания основного рабочего времени специалистами бюро МСЭ проводилось обсуждение данных, полученных при проведении Пилотного проекта (дополнительное изучение предоставленных экспертных документов, результатов объективного осмотра, данных, полученных при проведении экспертно-реабилитационной диагностики). Выносимое решение в соответствии с апробируемым проектом Критериев, оформлялось в виде «Дополнительного Пилотного протокола» и «Сопоставительной таблицы».

При выявлении «рисков» расхождения решений по действующим и апробируемым критериям составлялось «Заключение по рискам» с анализом причин и предложениями по их устранению либо минимизации.

## **МЕДИКОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Плетова Е.С.<sup>1</sup>, Лебедева Н.В.<sup>2</sup>, Адрианов А.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

Актуальность проблемы. Преждевременные роды являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными, и сопряженной с материально-экономическими затратами.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ №1687 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке её выдачи» с 2012 года Россия перешла на новые стандарты регистрации новорождённых с экстремально низкой массой тела — от 500 г. До этого приказа отделы ЗАГС регистрировали родившихся детей живыми с массой тела от 1000 г. Если вес составлял от 500 до 999 г, то этих детей регистрировали лишь в тех случаях, если они прожили более 168 ч. Дети, родившиеся с экстремально

низкой массой тела от 500 до 1000 грамм (ЭНМТ), имеют ряд более или менее типичных проблем, связанных с незрелостью всех органов и систем. Недоношенные дети, анамнез которых отягощен перинатальной церебральной патологией, составляют основную группу риска по развитию ранней детской инвалидности, нарушению психомоторного развития, приводящему в дальнейшем к социальной дезадаптации (Барашнев Ю.И. 1999; Володин Н.Н., 2008).

Цель исследования: Составить медико-экспертную характеристику детей, родившихся недоношенными с ЭНМТ, проходивших освидетельствование (первичное, повторное) в бюро медико-социальной экспертизы по Омской области в 2016 году.

Задачи исследования:

- анализ структуры инвалидности у детей с ЭНМТ;
- определение наиболее вероятной патологии и ее тяжести;
- определение процента полной реабилитации.

Методы исследования:

Проведен ретроспективный анализ медико-экспертные дела детей, родившихся с ЭНМТ и проходивших освидетельствование (первичное, повторное) в бюро по Омской области в 2016 году.

Результаты:

В 2016 году в бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области прошли освидетельствование 42 ребенка. Из них 13 детей было освидетельствовано первично, 29 детей – повторно. В исследуемой группе освидетельствованных первично было 6 мальчиков и 7 девочек. Среди первично освидетельствованных детей 7 человек составляли дети первого года жизни, 2 человека – от 1 года до 3 лет, 2 человека – дети от 4 до 7 лет, 10 лет – 1 ребенок.

Основной дезадаптирующей патологией в данной группе детей у 7 детей являлась патология нервной системы, у 1 ребенка - бронхолегочная патология, в 2 случаях – патология пищеварительной системы, у 2 детей – органическое расстройство личности вследствие недоношенности.

Наиболее выраженными нарушениями функций в данной группе детей были в 7 случаях - нарушение статодинамической функции, психической функции – у 2 человек, у 3 детей отмечались нарушения функции пищеварительной системы, функции дыхательной системы у 1 человека – у 1 ребенка.

Структура исследуемой группы по степени выраженности нарушения функций организма была следующей: 4 детей имели умеренные нарушения, 8 детей - выраженные нарушения и 1 ребенок - значительно выраженные нарушения.

Выводы:

1. Среди детей, родившихся с ЭНМТ, освидетельствованных первично, преобладали девочки .
2. Наиболее часто первичное освидетельствование детей этой группы происходит в возрасте до 1 года.
4. Среди детей, освидетельствованных первично, большую часть 9 человек (69 %) были дети с выраженными и значительно выраженными нарушениями.
3. Среди детей, освидетельствованных повторно, полностью реабилитированных детей в исследуемой группе было 1 ребенок.

Таким образом, по сравнению с данными ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу, где процент полной реабилитации составляет 10 % (Лебедева Н.В., Адрианов А.В. и соавт., 2017) в Омской области, к сожалению, полностью реабилитирован был только один ребенок (3%). Большинство детей при первичном освидетельствовании имеют выраженные и значительно выраженные нарушения (69%). Это значительно, выше, чем в Санкт-Петербурге, где процент таких детей был меньше половины исследуемой группы (44%) (Лебедева Н.В., Адрианов А.В. и соавт., 2017).

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Помников В.Г., Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Проблема эпилепсии в неврологии, социальной психиатрии и ре-(а)билитации) обусловлена прежде всего ее высокой социально-гигиенической значимостью.

Как известно, ВОЗ насчитывает более 50 млн. больных эпилепсией в мире, из них 2/3 болеют в детском возрасте. Распространенность эпилепсии в общей популяции России составляет 3,4 на 1000 населения. Около 50% больных эпилепсией в России со временем становятся инвалидами (в 75% случаев это лица в возрасте до 30 лет).

Если на начальной стадии течения эпилепсии социальная дезадаптация обусловлена пароксизмальными феноменами, то при прогрессировании заболевания все большую экспертно-реабилитационную значимость приобретают нервно-психические нарушения непсихотического регистра (интеллектуальная недостаточность, постепенное нарастание изменений психических процессов по органическому типу (ПОС) и формирующиеся расстройства личности (психопатоподобная симптоматика, которая крайне стойкая и практически не поддается редукции).

Следует отметить, что активная реабилитационная направленность неврологов, психиатров позволяет в современных условиях успешно решать многие вопросы профилактики инвалидности и социальной дезадаптации лиц, страдающих эпилепсией.

*Медико-биологический аспект реабилитации* больных эпилепсией включает медикаментозную терапию (лечение противоэпилептическими препаратами (ПЭП), а также проведение 2-4 раза в год курсов патогенетической терапии (при симптоматической эпилепсии); нейрохирургическое лечение (при резистентных формах), психотерапию, диспансерное наблюдение у эпилептолога, ведение карты больным самоконтроля (учет частоты эпилептических приступов, дозы лекарств и др.).

Основными принципами фармакотерапии при эпилепсии являются: индивидуальный подход, максимальный контроль над приступами, минимальное количество побочных эффектов, оптимальное качество жизни.

Социальный аспект реабилитации (коррекция социальных ситуаций) включает коррекцию юридическую, социально-бытовую, социально-средовую, семейную (решаются вопросы вступления в брак, деторождения, рекомендуются занятия спортом и т. д.), трудовую, профессиональную, коррекцию финансовых возможностей.

При благоприятном течении заболевания, правильно подобранном лечении основной реабилитационной целью больных эпилепсией является профессиональная реабилитация (своевременная профессиональная ориентация, переориентация, правильный выбор профессии (у заболевших в детстве), профессиональное обучение и переобучение, рациональное трудоустройство), которая может быть достаточно успешной с учетом особенностей мотивационной сферы больного.

Трудовая деятельность помогает закрепить терапевтический эффект у больного эпилепсией, приносит моральное удовлетворение, формирует чувство собственного достоинства, препятствует формированию девиантного поведения и иждивенческих тенденций.

Психологический аспект реабилитации включает: принцип партнерства, коррекцию оптимального контакта, состояния фрустрации, внутренней модели болезни, мотивационной сферы, коррекцию социальной роли в малых группах, психологический аспект профориентации, формирование мотиваций на длительное лечение противоэпилептическими препаратами. Необходимо помнить, что реабилитационную программу реализует сам реабилитант.

Таким образом, только комплексная реабилитация, успешное проведение которой позволит повысить уровень качества жизни больных и инвалидов эпилепсией, добиться экономической независимости, облегчит их интеграцию в общество.

### **Список литературы:**

- Крицкая Л.А., Войтенко Р.М., Помников В.Г. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии в настоящее время. В сб. науч. статей «МСЭ и реабилитация». Вып. 8, Минск, 2006. – С. 79-88.
- Помников В.Г., Макаров А.Ю. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии. В монографии «Эпилепсия» / Под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб, 2010. – С.937-945
- Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Реабилитология: концепция и методология. – СПб, 2016.
- Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. 4-е изд.- СПб.: «Гиппократ», 2017. - Часть III. Болезни нервной системы, С.570-574.

## **РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Помников В. Г., Войтенко Р.М., Крицкая Л. А., Делокян Г.А., Сенькина А.Г.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Рассеянный склероз (РС) – наиболее частая причина социальной дезадаптации и тяжелой инвалидности у неврологических больных молодого возраста. Возрастные границы начала заболевания в 70 % случаев - 20 - 40 лет. Число больных в разных странах колеблется от 5 до 100 на 100 тыс. жителей. В Северо-Западном регионе России составляет 30–50 случаев на 100 тыс. населения. Инвалидность вследствие РС наступает рано (в 30% случаев в течение первых 2 лет от начала заболевания).

При прогрессирующем течении заболевания с повторными обострениями, сомнительном или неблагоприятном клиническом и реабилитационном прогнозе (неполные ремиссии, неуклонная прогрессивность), при наличии выраженной стойкой неврологической симптоматики решается вопрос о направлении больных в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ).

Оценка степени ограничения основных категорий жизнедеятельности больных с рассеянным склерозом основывается на анализе многообразных неврологических и патопсихологических синдромов и проводится специалистами бюро МСЭ в период клинической ремиссии заболевания.

Инвалидам с РС разрабатывается индивидуальная программа ре-(а)билитации (ИПРА) с учетом всех ее аспектов. Реабилитация как процесс на различных этапах включает ряд конкретных реабилитационных целей, а ИПРА реализует сам реабилитант.

Основной реабилитационной целью у больных с РС является максимальное продление их социально значимой жизни и деятельности.

Необходимо отметить, что прежде чем переходить к конкретным составляющим реабилитационного процесса, целесообразно оценить реабилитационный потенциал (РП) человека страдающего РС.

Как известно, под РП человека понимаются его возможности (медико-биологические, социальные, психологические) уменьшить, компенсировать социальную недостаточность и (или) основные нарушенные категории жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни (дефекта).

Интегративное понятие реабилитационного потенциала включает РП организма, РП индивида (действующего члена микросоциальных групп) и РП личности.

Поскольку реабилитационную программу в социальной медицине реализует через активную целенаправленную деятельность сам реабилитант, то успешность достижения реабилитационных целей опирается на эмоционально-волевую, интеллектуальную и мотивационную РП личности, т.к. «столбовая дорога» реабилитации проходит через личность.

Завершающим этапом анализа РП человека является интеграция полученных данных и их оценка по шкале: низкий, высокий и средний.

Анализ актов освидетельствования больных в бюро МСЭ и собственный клинический материал (более 500 больных) показал, что абсолютное большинство составили больные в возрасте от 18 до 50 лет (81%). У 70% больных при положительной трудовой установке отмечалась недостаточная критичность и недооценка социальных возможностей.

По нашим данным при первичном освидетельствовании в бюро МСЭ чаще всего были определены тяжелые группы инвалидности (I и II группа составила 61%).

При оценке реабилитационного потенциала у больных с РС было выявлено, что РП больных с РС, включающий РП организма, РП индивида, РП личности, имеет некоторые особенности, обусловленные различными вариантами течения заболевания, прогнозом, особенностями деятельности таких больных в социальных группах и психологическим отношением к жизни в ситуации болезнь.

Как правило, РП личности у больных, страдающих РС, достаточно высок, несмотря на тяжесть заболевания и сомнительный прогноз.

Оценка РП больного с РС является только базой, предпосылкой, основой для формирования и реализации индивидуальной программы ИПРА.

Учитывая то, что больные с РС склонны к аффективным колебаниям (к некоторой эйфоризации и снижению критики к имеющему заболеванию), к стремлению сохранить прежние социальные роли, возникает

необходимость определенной ее коррекции, т.е. формирования представления реабилитанта, что длительное сохранение прежних ролевых функций возможно лишь при реализации всех аспектов реабилитации.

Таким образом, эффективная реализация программы реабилитации может быть выполнена при системном интегративном подходе ко всем аспектам реабилитации - медико-биологическому, социальному и психологическому. Только следуя этим путем можно надеяться на благополучное вовлечение в социум значительного количества больных молодого возраста с РС.

### **Список литературы:**

- Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Реабилитология: концепция и методология. – СПб, 2016.  
 Макаров А.Ю., Помников В.Г., Прохоров А.А. Рассеянный склероз (клиника, диагностика, организация медико-социальной помощи) // Учебно-методическое пособие. СПб: СПбИУВЭК, 2012.  
 Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под. ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. 4-е изд.-СПб.: «Гиппократ», 2017. - Часть III. Болезни нервной системы, С.585-590.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Помников В.Г., Крицкая Л.А.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург

Актуальность оценки ограничения жизнедеятельности (ОЖД) у лиц с эпилепсией в рамках социальной медицины и медико-социальной экспертизы (МСЭ) не вызывает сомнения. Это объясняется, прежде всего, социальной значимостью заболевания, что определяется распространенностью (0,8 -1,2 % в популяции), молодым возрастом больных, потенциально тяжелыми последствиями, осложнениями и недостаточной эффективностью лечения (в 20-25% случаев).

Около 50% больных эпилепсией со временем становятся инвалидами, причем у половины – ОЖД достигает выраженной степени (в 75% случаев это лица в возрасте до 30 лет).

*Цель исследования.* Проанализировать клинико-экспертные данные при определении стойких ограничений жизнедеятельности у больных с эпилепсией.

*Материалы и методы.* Проанализированы акты освидетельствования больных эпилепсией в бюро медико-социальной экспертизы с использованием статистического, клинико-экспертного, графического методов.

*Результаты и обсуждение.* Нами был проведен анализ 164 заключений комиссий бюро МСЭ г. Санкт-Петербурга у больных с эпилепсией. Из них были впервые признаны инвалидами - 22 человека (всем установлена третья группа инвалидности), при повторном освидетельствовании инвалидами третьей группы стали 33,4% освидетельствованных, второй группы - 64,3%, первой -2,3% (к первой возрастной категории относились 80,4% больных).

Значительное количество больных эпилепсией (мужчин почти в 3 раза больше, чем женщин), прошедших переосвидетельствование, не работали (73,2%).

Как известно, основными дезадаптирующими синдромами в клинике эпилепсии являются: пароксизмальный, психоорганический, психопатоподобный.

Эпилептические припадки принято разделять по степени тяжести: легкие припадки (абсансы, простые парциальные припадки, миоклонические); тяжелые припадки (первично и вторично генерализованные тонико-клонические, астатические, амбулаторные автоматизмы); особо тяжелые состояния (сумеречные расстройства сознания, затяжные дисфории, серийные припадки, эпилептические статусы).

При проведении МСЭ учитываются тяжелые пароксизмальные состояния с определенной частотой (верифицированные медицинскими документами). Тяжелые припадки (1-2 в месяц) являются основанием для определения III группы инвалидности, 3 припадка в месяц – II группы инвалидности, 4 припадка в месяц в сочетании со значительно выраженной патопсихологической симптоматикой, значительно выраженными расстройствами личности (слабоумие), вызывающие необходимость в постороннем уходе и надзоре – явля-

ются основанием для определения I группы инвалидности ((Приложение к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «17» 12. 2015 № 1024-н).

Только у 58 % освидетельствованных в бюро МСЭ имели место верифицированные частые или средней частоты генерализованные эпилептические припадки, которые несли важную экспертную значимость. В 42% же случаев эпилептические припадки и их эквиваленты были редкими или легкими и не оказывали существенного влияния на ОЖД больного, а все большую экспертно-реабилитационную значимость приобретали постепенно нарастающие изменения психических процессов и формирующиеся расстройства личности (психопатоподобная симптоматика).

Таким образом, ограничения жизнедеятельности при эпилепсии обусловлены не только припадками (тяжестью и частотой), но и постепенно нарастающими расстройствами личности (формирование психопатоподобной симптоматики) и изменениями психических процессов (формирование психоорганического синдрома) (ПОС), что обуславливает необходимость комплексного, интегративного подхода к анализу, в рамках медико-биологической составляющей, всех факторов, ограничивающих жизнедеятельность больных эпилепсией: особенности и частоты припадков и их эквивалентов; оценки состояния психических процессов; анализа расстройств личности, если таковые имеются.

### **Список литературы:**

Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под. ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. 4-е изд., - СПб.: «Гиппократ», 2017. - Часть III. Болезни нервной системы, С.570-574.

Крицкая Л.А., Войтенко Р.М., Помников В.Г. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии в настоящее время. В сб. науч. статей «МСЭ и реабилитация». Вып. 8, Минск, 2006. – С. 79-88.

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 № 1024н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Помников В.Г., Макаров А.Ю. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии. В монографии «Эпилепсия» / Под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб, 2010. – С.937-945.

Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Руководство для врачей /Под ред. А.Ю. Макарова. – СПб: “Золотой век”, 2006. – С. 383-399

## **НЕОБХОДИМОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПА НЕПРЕРЫВНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ У РАБОТАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Привалова М.А., Карасаева Л.А., Охотникова А.А.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России  
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»  
Минздрава России

Актуальность темы: В настоящее время, когда все больше в лечении острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) применяются методы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), отмечается достоверное снижение летальности пациентов. При этом обращает на себя внимание, что большее число пациентов перенесших ОНМК и выписанных из стационара на амбулаторное долечивание не придерживаются схемы комплексной медикаментозной терапии. Как следствие этого, у многих пациентов возникают трудности при возвращении в привычную трудовую деятельность, хотя по объективным данным состояние их здоровья не ограничивает трудоспособность. Другие из них в течение года переносят повторные ОНМК с формированием грубого неврологического дефицита и утратой трудоспособности.

Целью данного исследования явилось изучение причин отсутствия приверженности пациентов, перенесших ОНМК, к комплексному реабилитационному лечению на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования: Был проведен анализ базы данных 142 пациентов, выписанных из Госпиталя ветеранов войн с диагнозом: «острое нарушение мозгового кровообращения» за период 2017-2018 гг. Пациенты находились в возрасте от 55 до 65 лет, работавшие на момент развития ОНМК. Их них 94 (66,2%) жен. и 48 (33,8%) муж. Все пациенты перенесли ОНМК верифицированное на спиральной компьютерной томографии (СКТ): ишемический инсульт диагностирован у 133 (93,7%) больных, геморрагический – у 9(6,3%) чел. Уровень восстановления пациентов, а также степень регистрирования неврологического дефицита оценивалось по шкалам: NISHSS, Бартелл, Ривермит, Ренкин и ШРМ.

По результатам тестирований пациентов при выписке, все они имели высокий реабилитационный потенциал, полностью себя обслуживали, не имели когнитивных дисфункций, неврологический дефицит проявлялся остаточными явлениями в виде пирамидно-мозжечковой недостаточности, легкими вестибулярными нарушениями. В период госпитализации все пациенты осматривались клиническим психологом, поскольку одной из частых проблем у пациентов был сниженный фон настроения, отсутствие мотивации и безучастность к происходившим событиям. Данные факторы заметно снижали эффективность реабилитационных мероприятий, задерживали сроки госпитализации в виду неготовности пациента к переводу на второй и третий этапы реабилитационного лечения.

Оценка депрессивной симптоматики проводилась по психометрическим шкалам: шкала Гамельтона (заполнял врач) и шкала Бека (заполнял больной). Основную группу составили 65 (45,8%) пациентов, из них 43 (66,1%) жен. и 22 (33,8%) муж. с диагностированным синдромом постинсультной депрессии: (14 баллов и выше по шкале Гамельтона и 19 баллов и выше по шкале Бека). Все им были назначены антидепрессанты 3-го поколения. Контрольную группу составили 77 (54,2%) пациентов без диагностированной в остром периоде ОНМК депрессии, из них: 51 (66,2%) жен. и 26 (33,8%) муж.

Результаты и обсуждение. На момент выписки все пациентам основной группы было рекомендовано продолжить прием антидепрессантов до шести месяцев.

По результатам ретроспективного исследования (телефонных опросов) через 6 месяцев после выписки было выявлено, что из 65 пациентов основной группы продолжили прием антидепрессантов только 23 (35,4%) человека. При этом, в течение 6 месяцев продолжили работу в прежних условиях 31(47,7%) пациент, из них продолжили прием антидепрессантов принимали антидепрессанты всего 18 (58,0%) чел.,

Выяснилось, что причиной у 42 (64,6%) пациентов, самостоятельно прервавших курс антидепрессантов, в половине случаев явились проблемы с приобретением назначенного лекарственного препарата, в том числе, невозможность приобретения препарата по выписному эпикризу, необходимость «стоять» в очереди к участковому терапевту, нежелание затрачивать время на получение рецепта. Пятая часть пациентов 10 (23,8%) чел. на фоне хорошего самочувствия самостоятельно решили, что дальнейшая терапия не нужна, а - 12 (28,6%) - сослались на финансовые трудности в приобретении препарата.

В контрольной группе большее число 32 (41,5%) пациента сохранили преверженность к комплексной терапии с целью вторичной профилактики; из них 29 (37,7%) продолжили прежнюю трудовую деятельность.

Из 142 пациентов, наблюдаемых на амбулаторном этапе, повторное ОНМК развилось у 16 (11,3%) пациентов, из них 9 (56,2%) не придерживались назначений врача, трое (18,7%) частично соблюдали назначения и только четверо (25,0%) соблюдали все рекомендации.

Выводы: Своевременное выявление и коррекция постинсультной депрессии в раннем восстановительной периоде ОНМК, а также сохранение принципа преемственности в реабилитации на амбулаторном этапе позволяет сохранить восстановленные трудовые навыки у работающих граждан, а также снизить риск развития повторных ОНМК.

### Список литературы:

- Ковальчук В.В. Коррекция когнитивных и психоэмоциональных расстройств у пациентов, перенесших инсульт / В.В. Ковальчук // Неврология и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2014.- №3.- С. 81-86.  
Колтаков С.А. Психосоматическое взаимоотношения у пациентов с нейрососудистой патологией /С.А. Колтаков, В.А. Куташов, О.В. Ульянова //Центральный научный вестник.- 2016.- Т. 14. С. 27-29.

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ****Разумовский М.И., Разумовская А.М.**<sup>1</sup>ФГБУ Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта Минтруда России<sup>2</sup>ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России

Введение в практику понятия «Медико-социальная экспертиза» закономерным образом привело к необходимости изменений в теории инвалидности и в практике оценки состояния трудоспособности.

Современная концепция инвалидности трактует её как нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травмы или дефектами, приводящими к стойкому ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты инвалида.

Актуальность и цель данного исследования определяется тем, что до настоящего времени в отечественной и зарубежной литературе недостаточно сведений о научном обосновании факторов, определяющих инвалидность как «состояние, ограничивающее жизнедеятельность» на различных уровнях.

При решении вопроса об инвалидности рассматриваются и оцениваются клинические, психологические профессиональные и социально-бытовые факторы, т.е. определяется не только степень нарушения здоровья и утраты функций, но и реабилитационный потенциал, реализация которого может способствовать интеграции инвалида в общество. Выше сказанное определяет острую необходимость в разработке подходов к наибольшей объективизации и количественной оценке факторов, определяющих ограничение жизнедеятельности.

В практическом отношении для реализации таких оценок в условиях экспертных комиссий необходимы простые, удобные, информативные методы количественной оценки изменения того или иного фактора.

Нами проводилось комплексное обследование больных и инвалидов с патологией органа зрения, применяли объективные и субъективные методы обследования (визометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия и др.) в соответствии с критериями, утвержденными нормативными документами последних лет. Изучали зрительные возможности больных с различной офтальмопатологией, использующих различные технические средства реабилитации методом аккомодометрии до и после стандартизированной зрительной нагрузки и проводили профессиональное тестирование методом «Профтест -1». Методический комплекс «Профтест-1» (Патент № 2416823)- представляет собой комплекс моделированных рабочих мест в специально созданных условиях труда максимально приближенного к реальным условиям производства.

Результаты и обсуждение

Критериями, используемыми в практической офтальмоэкспертизе, в настоящее время, главным образом являются состояние остроты и поля зрения.

На наличие тесной связи между зрением и двигательной сферой указывал в 1906г. И.М.Сеченова. Наклон и содружественный поворот глазных яблок в ту или иную сторону от фронтальной и сагиттальной плоскостей позволяют воспринимать внешний и внутренний мир в одних и тех же параметрах. В итоге создается целостный образ организма в сфере, он служит сенсорным фоном для выполнения любого произвольного движения.

В.С.Фарфель утверждал, что «зрение для человеческого сознания является источником главнейшей и достовернейшей информацией о пространственных отношениях в окружающей среде». В своих выводах о результатах обследования спортсменов отмечает, что выключение зрения не ухудшает пространственной точности движений рук, не требующих зрительного контроля, но нарушает точность сложных движений (например, занятия на гимнастических снарядах).

Кроме того, большое количество работ посвящено роли зрения в выполнении координированных спортивных движений, при двигательных нарушениях, связанных с различными поражениями центральной нервной системы, при компенсации нарушенных двигательных функций.

Визуальный контроль за положением тела в пространстве играет первостепенное значение в сохранении равновесия при стоянии. Даже у здорового человека при закрывании глаз устойчивость вертикальной позы снижается, т.е. при открытых глазах обследуемые как бы «держаться глазами» за окружающую обстановку, а при закрытых глазах «падают во власть» проприорецепции.

Однако существует ряд факторов, которые невозможно объяснить с позиции «зрительного контроля».

Так, например, В.М.Бехтеревым было отмечено, что при закрывании глаз у атактиков резко нарушается

походка, даже если они слепы на оба глаза или сохранено лишь светоощущение. В.М.Бехтерев предположил, что свет оказывает тонизирующее влияние на формирование механизмов координации движений.

Органически связана с ориентировкой тела в окружающем пространстве ходьба. В нормальных условиях ходьба совершается с открытыми глазами, но при ходьбе в темноте с закрытыми глазами ориентировка в пространстве нарушается, происходит отклонение от прямой, и ходьба совершается фактически по кругу.

Пространственной ориентировке при ходьбе с закрытыми глазами посвящено исследование Е.В.Хохряковой (1960г.). Ею были исследованы лица различного возраста и контингента (спортсмены, глухие, слепые) и было доказано, что причина отклонения от прямой при ходьбе с закрытыми глазами лежит в асимметрии разворота стоп.

Ориентировку слепых нужно рассматривать как их самостоятельное передвижение на местности и определение изменения положения их тела в ходе любой активной деятельности.

По виду деятельности различают пространственную, производственную, бытовую, предметно-производственную и др. ориентировки.

Незрячим приходится определять форму, размеры и материалы предметов, узнавать их, отличать друг от друга, то есть ориентироваться в предметах. Такой вид ориентировки называется предметной. Следует также различать микроориентирование, т.е. оценку окружающего пространства и предметов и микроориентацию, связанную с изменением места наблюдения, являющуюся наиболее сложной для слепых.

Мобильность, т.е. способность свободно ориентироваться на местности и взаимодействовать с окружающей средой имеет чрезвычайно важное значение для людей, частично или полностью утративших зрение.

Мобильность помогает незрячим поддерживать связь с окружающим миром, благотворно влияет на психическое и физическое состояние ослепшего, облегчает контакты с людьми и является необходимым условием для общения и интеграции в обществе.

Таким образом, следует, видимо, следует рассматривать передвижение в пространстве, как фактор, характеризующий уровень жизнедеятельности для контингента слепых и слабовидящих не как ходьбу в механическом понимании, а как мобильность, то есть способность взаимодействовать при передвижении с окружающей средой и активно решать поведенческие жизненно необходимые акты.

Мобильность и пространственная ориентация тесно связаны между собой. Без пространственной ориентации слепой не может взаимодействовать со средой и не может быть мобильным.

Для того чтобы обеспечить возможность ориентироваться и передвигаться в любом новом пространстве, человек, потерявший зрение, должен научиться самостоятельно, формировать представление о новых объектах и участках пространства путем самостоятельного осязательного и слухового обследования их. Уровень пространственной ориентации и передвижения этого контингента лиц находится в прямой зависимости от объема и качества пространственных представлений. Чем полнее и точнее пространственные и предметные представления (выше уровень тренированности), тем точнее и быстрее слепые ориентируются в любой ситуации, затрачивая на этот процесс минимум энергии.

Элементарной реабилитацией инвалидов по зрению занимаются школы восстановления трудоспособности слепых. Основная задача врача-реабилитолога состоит в том, чтобы обучить инвалида пользоваться самыми простыми, преимущественно бытовыми приспособлениями. Большое значение здесь имеет индивидуальный подход к больному и творческий вымысел со стороны среднего обслуживающего персонала в дела изготовления различных приспособлений, упрощающих самообслуживание инвалида.

В настоящее время во многих экономически развитых странах имеются реабилитационные центры. В которых проводят предварительное профтестирование и профессиональную реабилитацию доступных видов профессиональной деятельности. Больные с тяжелыми формами инвалидности обучаются некоторым формам самообслуживания (приготовление пищи, мытье посуды, пользование обычными предметами из домашнего обихода и т.д.). Трудовая терапия в данном случае проводится целенаправленно, т.е. разрабатываются те мышцы и делаются те движения, которые нужны при самообслуживании.

Следующим, одним из важнейших факторов, ограничивающим жизнедеятельность инвалида является способность к трудовой деятельности и обучению. В «Международной классификации нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности» под снижением трудоспособности в характеристиках здоровья понимается любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность, способом или в рамках, считающихся нормальными для человека.

К вопросам профессиональной реабилитации относятся теоретические разработки по рациональному трудоустройству инвалидов с патологией органа зрения (7,8,9,10). Нами создан и опробован «Профтест

-1» (Патент № 2416823), который представляет собой комплекс моделированных рабочих мест в специально созданных условиях труда максимально приближенного к реальным условиям производства.

«Профтест-1» позволяет не только оценить зрительную работоспособность, но и выявить какой производственный процесс, вызывает наименьшее зрительное утомление, так как в цехе созданы рабочие места, по технологическим и эргономическим характеристикам, соответствующие 47 производственным операциям, принятым на учебно-производственных предприятиях ВОС и включающие: слесарно-сборочные, электромонтажные, оплеточные интеллектуальные виды труда. Анализ результатов данного обследования позволяет дать заключение о показанных и противопоказанных видах трудовой деятельности.

Исключительная актуальность и необходимость такого тестирования обусловлена тем, что зрительная работоспособность при одной и той же остроте зрения, но разных причинах возникновения слабовидения (т.е. качество зрения) может иметь существенное различие, что необходимо учитывать при рациональном трудовом устройстве слабовидящих и подборе тифлотехнических средств с целью коррекции зрительного дефекта.

Так, по данным изучения условий труда у лиц с монокулярной слепотой, в возникновении которой травма играет значительную роль, большинство их трудоустроены нерационально, у значительного числа таких лиц на рабочем месте имеется реальная опасность травмы другого глаза; удовлетворенность работой у лиц с монокулярной слепотой также значительно ниже.

В.В.Волков отмечает недопустимость оставления на опасных работах (слесарные, токарные, штамповочные и др.) лиц, потерявших зрение одного глаза в результате травмы. Таким инвалидам должна предоставляться на прежнем предприятии равнооплачиваемая, но безопасная работа.

Даже после успешного завершения медицинской реабилитации больных с последствиями травм эффективность реабилитационных мероприятий зачастую остается невысокой вследствие недооценки трудовых возможностей таких лиц.

Ф.А.Авербах подчеркивает, что одним из важных факторов профилактики инвалидности при близорукости является правильное трудоустройство с исключением противопоказанных факторов, связанных со значительным физическим напряжением. К таким же выводам пришел Л.П. Флик, который установил частые осложнения у миопов, занимающихся тяжелым физическим трудом. У них отмечались кровоизлияния в область желтого пятна, отслойка сетчатки и др. Подобные изменения у лиц с высокой прогрессирующей близорукостью были отмечены при исследовании гемодинамики глаз А.Б. Бальжановой. Она обнаружила деструктивные изменения стекловидного тела и установила тесную связь между тяжестью течения миопии, состоянием зрительных функций и степенью нарушения кровообращения. Результаты этих исследований важны при определении трудоспособности. В таких случаях противопоказана работа, связанная с резкими наклонами головы и туловища, значительным физическим напряжением, в неблагоприятных метеорологических условиях, с вибрацией и значительным нервно-психическим напряжением.

В последние годы изучаются новые возможности рационального трудоустройства инвалидов по зрению, в частности, на предприятиях местной промышленности (рабочие места, спец.цеха), а также в сельско-хозяйственном производстве.

Отмечается зависимость участия инвалидов вследствие офтальмопатологии в труде от места жительства. Не работают в селах – 70% инвалидов, в поселках – 52% (в основном инвалиды II группы). В городах не работает треть инвалидов (большая часть из них – III группы). Основная проблема трудоустройства сводится к обеспечению работой инвалидов II группы, проживающей в сельской местности (это преимущественно лица, страдающие близорукостью, с низким уровнем образования) и инвалидов III группы в городах. Не работающие инвалиды нуждаются в различных видах трудоустройства в зависимости от вида патологии органа зрения, группы инвалидности и места жительства. Основное число инвалидов (74,8%) могут быть трудоустроены в реабилитационных комплексах Всероссийского общества слепых, в том числе 43,1% - в надомных условиях.

#### Выводы

1. Таким образом, количество энергии, затраченное на выполнение определенных пространственно-ориентационных и двигательных задач, а также количественно оцененные вегетативно-гуморальные сдвиги при этом могут быть объективным критерием основных факторов ограничения уровня жизнедеятельности (ориентации и передвижения в пространстве). Лица с тяжелой патологией органа зрения, с последствиями тяжелой травмы органа зрения, сопровождающиеся выраженным снижением зрительных функций испытывают сложности при самообслуживании. Для скорейшей интеграции в общество им необходимо обучение

простейшим навыкам самообслуживания, обучения чтению и письму по системе Брайля, ориентации и передвижению в окружающем пространстве.

2. В сельской местности неработающих инвалидов I и II группы необходимо обеспечивать работой в домашних условиях (от предприятий общества слепых или других предприятий), специализированных цехах или рабочих местах на сельскохозяйственных предприятиях. Инвалиды III группы могут выполнять некоторые виды работ в обычных условиях сельскохозяйственного производства.

3. В городе трудоустройство неработающих инвалидов I и II группы может быть осуществлено на предприятиях общества слепых, а инвалидов III группы – на предприятиях общего типа. Одна треть неработающих инвалидов III группы с хроническими прогрессирующими заболеваниями может быть трудоустроена и на предприятиях общества слепых, которые занимают особое место в социально-трудовой реабилитации инвалидов по зрению.

### **Список литературы:**

- Фарфель В.С. Управление движениями в спорте. – М.: Физкультура и спорт, 1975.- С-205.
- Садчиков Н.Т. К методике исследования статистического равновесия. /Вопросы авиационной физиологии, 1938. Т. 4. – С.56.
- Бахмудкадиева Д. Б., Маллаев Д. М. Формирование элементарных пространственных представлений у слепых и слабовидящих школьников /Известия ДГПУ, №2.- 2015.-С.14-15
- Коновалова Н.А., Фомина Е.В., Коновалова О.С.Комплексная система реабилитации слепых и слабовидящих (организационно-медицинские аспекты) /Восток — Запад 2012:Сборник научных трудов научно-практической конференции по офтальмохирургии с международным участием (Уфа, 7–8 июня 2012 г.).-С.50
- Волокитина Т.В., Зотова А.А., Попова Е.В., Сеницкая Е.Ю. Коррекция нарушений зрительного восприятия у слабовидящих детей / Учебно-методическое пособие. Архангельск, 2013.-175с.
- Теория и методика физической культуры: учебник / Ю.Ф. Курамшин [и др.]; под ред. Ю.Ф. Курамшина. М.: Советский спорт, 2010. 320с. 5
- 7.Аветисов Э.С., Мац К.А.Эргографическое исследование зрительной работоспособности/ Офтальмоэргономика.-М.,1976.-С 102-108
- Пузин С.Н., Либман Е.С. и др. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы (методические рекомендации для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации)/ Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2004.-№2.-С.45-57
- Коробов М.В. Профессионально-трудовая диагностика в учреждениях медико-социальной экспертизы/ Учебно-методическое пособие. -2008.СПб-116с.
- М.И.Разумовский, А.М.Разумовская. Определение профпригодности инвалидов вследствие заболеваний органа зрения, направляемых на работу в условиях конвейерного производства / Методическое пособие. -2011.СПб

## **ЭТИКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Родин Е.В., Травникова Н.Г.**

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России, г.Санкт-Петербург

Деятельность руководителей и специалистов федеральных государственных бюро медико-социальной экспертизы регламентирована рядом нормативных актов. Одним из основных является приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 октября 2012 г. № 310н «Порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». Новый приказ от 29 декабря 2016 г. № 847н вносит в него ряд изменений. В частности, пункт 4 приказа Минтруда России от 11.10.2012 г. № 310н был дополнен следующей формулировкой: “Специалисты бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) несут персональную ответственность за соблюдение порядка и условий признания лица инвалидом, соблюдение принципов профессиональной этики и деонтологии”.

Поскольку данный приказ вступил в силу, руководители и сотрудники бюро медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) заинтересованы в правильном выполнении данного нормативного документа. Актуальным представляется этический комментарий к приведённому выше дополнению и уточнение, что входит в понятие профессиональной этики и деонтологии в МСЭ, а что выходит за их рамки. Такое разграничение

позволит точнее квалифицировать жалобы этического характера, а при необходимости оспорить ложные или ошибочные этические обвинения в адрес сотрудников МСЭ и их руководителей.

Прежде всего, необходимо дать определение профессиональной этики. «Профессиональная этика – (или профессиональная мораль) – так принято называть, во-первых, кодексы поведения, предписывающие определенный тип нравственных взаимоотношений между людьми, которые представляются оптимальными с точки зрения выполнения ими своей профессиональной деятельности, во-вторых, способы обоснования данных кодексов, социально-философское истолкование культурно-гуманистического назначения данной профессии /ее этоса». Как следует из данного определения, основополагающим для толкования профессиональной этики являются профессиональные этические кодексы. Деонтология же определяется как «раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и вообще должного (всего того, что выражает требования нравственности в форме предписаний)». Иными словами, соблюдение принципов профессиональной этики и деонтологии предполагает выполнение нравственных предписаний этических кодексов.

Главным документом, конкретизирующим принципы профессиональной этики и деонтологии сотрудников МСЭ, является Кодекс профессиональной этики и служебного поведения работников федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденный приказом Минтруда России от 1 сентября 2014 г. № 596. Основанный, как и кодекс врачебной этики РФ, во многом на Клятве Гиппократата, этический кодекс сотрудника МСЭ содержит и ряд уникальных формулировок, на которых следует остановиться отдельно.

Раздел III Этические правила служебного поведения работников Учреждения содержит основную информацию по деонтологии (в силу важности цитату приводим без сокращений):

“12. В служебном поведении работникам Учреждения необходимо исходить из конституционных положений о том, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью, и каждый гражданин имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести, достоинства, своего доброго имени.

13. В служебном поведении работникам Учреждения следует воздерживаться от:

а) любого вида высказываний и действий дискриминационного характера по признакам пола, возраста, расы, национальности, языка, гражданства, социального, имущественного или семейного положения, политических или религиозных предпочтений;

б) грубости, проявлений пренебрежительного тона, заносчивости, предвзятых замечаний, предъявления неправомерных, незаслуженных обвинений;

в) угроз, оскорбительных выражений или реплик, действий, препятствующих нормальному общению или провоцирующих противоправное поведение.

14. Работники Учреждения призваны способствовать своим служебным поведением установлению в коллективе деловых взаимоотношений и конструктивного сотрудничества друг с другом.

15. Работникам Учреждения рекомендуется быть вежливыми, доброжелательными, корректными, внимательными и проявлять терпимость в общении с гражданами и коллегами.

16. Внешний вид работника Учреждения при исполнении им должностных обязанностей в зависимости от условий службы и формата служебного мероприятия должен способствовать уважительному отношению граждан к Учреждению, соответствовать общепринятому деловому стилю, который отличают официальность, сдержанность, традиционность, аккуратность”.

Примечательно, что пункт 16 не имеет прямого отношения к деонтологии, поскольку связан с внешним, а не с нравственным обликом сотрудников МСЭ. Что касается остальных пунктов 12-15, то при доказательстве их нарушения специалистами можно с полным правом говорить о законности этических жалоб в адрес МСЭ.

Персональная ответственность сотрудников прописана в пунктах 17-18 данного кодекса в следующей формулировке:

“17. Нарушение работником Учреждения положений Кодекса подлежит рассмотрению в Учреждении и при подтверждении факта нарушения – моральному осуждению, а в случаях, предусмотренных федеральными законами, нарушение положений Кодекса влечет применение к работнику Учреждения юридической ответственности.

18. Соблюдение работниками Учреждения положений Кодекса учитывается при проведении аттестаций, формировании кадрового резерва для выдвижения на вышестоящие должности, а также при наложении дисциплинарных взысканий.”

Нужно отметить, что наличие наказания за несоблюдение этических норм не может служить гарантией их соблюдения всеми сотрудниками. Для руководителей и специалистов МСЭ в этой связи предпочтительным подходом является установление партнёрских и дружеских отношений в коллективе, поддержание высокой культуры общения между руководителем и подчинёнными. Общий дружелюбный климат коллектива будет более надёжным средством профилактики конфликтов. Если же есть повод обращения в суд в связи с нарушением этических норм, то следует учитывать, что в России на настоящий момент нет устоявшейся практики взыскания больших денежных сумм в качестве компенсации за нанесение морального вреда гражданам или репутационного ущерба организациям. В лучшем случае, взысканная судом небольшая сумма едва окупит судебные издержки. Поэтому одинаково важно как сотрудникам МСЭ, так и их клиентам вести вежливый взаимоуважительный диалог друг с другом, не перекладывая ответственность за соблюдение нравственных норм на судебные органы.

Создание и поддержание образа доброжелательно настроенных специалистов, которые выполняют требования законов, а также использование техник общения с клиентами, которые предполагают расширение возможностей позитивного восприятия ситуации, позволят соблюсти нормы профессиональной этики и избежать ненужных конфликтов как в общении с освидетельствуемыми, так и внутри коллектива.

### **Список литературы:**

Словарь по этике под ред. А. А. Гусейнова и И. С. Кона. Издание шестое. – Москва. Издательство политической литературы, 1989.

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 октября 2012 г. № 310н «Порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» с изменениями, внесенными приказом Минтруда России от 29 декабря 2016 г. № 847н.

Приказ Минтруда России от 1 сентября 2014 г. № 596 Кодекс профессиональной этики и служебного поведения работников федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

Гиппократ. Избранные книги. - М., 1936.

## **КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ ПАРАМЕТРЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Родионова А.Ю., Сергеева В.В., Михайлова Н.В.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

В Российской Федерации одним из доминирующих компонентов метаболического синдрома (МС) является артериальная гипертензия (АГ). Алгоритм медико-социальной экспертизы (МСЭ) у лиц с АГ разработан, однако недостаточно изучены вопросы оценки стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности (ОЖД) у больных АГ с поражением органов-мишеней (ПОМ) при сочетании ее с МС, что обусловило актуальность нашего исследования.

Цель исследования – изучить клинико-экспертные параметры и ОЖД у больных АГ, ассоциированной с МС.

Материалы и методы. В исследование включены 183 больных АГ в сочетании с МС, освидетельствованных в бюро МСЭ (БМСЭ) Санкт-Петербурга. Первая (основная) группа – 117 больных АГ с ПОМ (неосложненная АГ) в сочетании с МС (средний возраст – 57,7±0,9 года); вторая группа (контрольная) – 66 больных АГ осложненного течения, имеющих в анамнезе острый инфаркт миокарда и/или острое нарушение мозгового кровообращения, в сочетании с МС (средний возраст – 59,4±1 года). Группы сопоставимы по возрасту и полу. Пациентам проведено общеклиническое обследование. Наличие МС устанавливалось на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов (2009). Практический материал был сведен в разработанную нами анкету. Статистическую обработку данных производили с использованием пакета программ Excel и Statistica ver. 10.0.

Результаты и обсуждение. Среди освидетельствованных в БМСЭ пациентов с АГ наиболее часто отмечено сочетание 3-х компонентов МС – нарушений углеводного обмена, абдоминальное ожирение (АО) и повышен-

ный уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (30,4% случаев в основной группе и 18,2% – в контрольной). Полученные результаты согласуются с данными литературы. Стойкие нарушения функций сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и метаболизма выявлены у всех пациентов. В основной группе преобладали умеренные нарушения функций организма (69,6%), в контрольной – умеренные и выраженные (по 48,7%, соответственно). В основной группе умеренные и выраженные стойкие нарушения функций организма были представлены АГ 3 ст. (69,4%), сахарным диабетом 2 типа (СД 2-го типа) с осложнениями (46,5%), дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) (43,1%), хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (64,7%), стенокардией напряжения II–III функционального класса (ФК) (78,4%), нарушениями сердечного ритма (НСР) легкой и средней степени тяжести (93,1%). Данные нарушения здоровья приводили к ОЖД в виде ограничения способности к самообслуживанию, способности к самостоятельному передвижению, способности к трудовой деятельности, способности к общению и обучению 1-2 степеней. При первичном освидетельствовании в БМСЭ в основной группе были признаны инвалидами 96,1% пациентов, из них инвалидами III группы признаны 69,6% пациентов, инвалидами II группы – 26,5%, не признаны инвалидами 3,9% больных. Пациенты в контрольной группе с одинаковой частотой были признаны инвалидами III и II групп (по 48,7%, соответственно), при этом инвалидов II группы было больше по сравнению с больными в основной группе ( $p < 0,01$ ); не признаны инвалидами 2,6% пациентов. Практически все инвалиды II группы (96,8%) в основной группе имели сочетание 3-х компонентов МС. При повторном освидетельствовании отмечен рост числа инвалидов II группы в основной группе на 5,9%, в контрольной – на 7%, что свидетельствует как о неблагоприятном прогнозе больных в исследуемых группах, так и о недостаточной эффективности проведенных реабилитационных мер.

**Заключение.** У больных АГ, освидетельствованных в БМСЭ Санкт-Петербурга, наиболее часто встречается 3-х компонентная форма МС в виде комбинации нарушений углеводного обмена, АО и повышенного уровня ЛПНП. ПОМ при АГ с МС (неосложненная АГ) определяют стойкие умеренные нарушения здоровья, а ассоциированные клинические состояния и их последствия (АГ осложненного течения) – стойкие выраженные нарушения функций организма. Стойкие нарушения функций организма, обусловленных АГ с МС, определяются степенью АГ, тяжестью нарушений углеводного обмена, ФК стенокардии и ХСН, выраженностью НСР. Клинико-экспертная оценка больных АГ с метаболическими расстройствами не зависит от количества компонентов МС, а определяется тяжестью его составляющих. У пациентов с АГ в сочетании с МС имеются ОЖД в виде ограничения способности к самообслуживанию, к передвижению, к трудовой деятельности, к обучению и общению 1-2 степеней.

### Список литературы

Беляева О.Д., Березина А.В., Баженова Е.А., Чубенко Е.А., Баранова Е.И., Беркович О.А. Распространенность и варианты метаболического синдрома у пациентов с абдоминальным ожирением – жителей Санкт-Петербурга. Артериальная гипертензия. 2012;18(3):235-243.

Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации /под. ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. 4-е изд., перераб. и доп. СПб.: Гиппократ; 2017. 1136 с.

Чернавский С.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н. Метаболический синдром. От полиметаболических нарушений к нозологическим формам заболеваний. Медпрактика-М; 2013:78 с.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ ПОТРЕБНОСТИ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В 2015-2017 ГГ.**

**Саликова С.И., Шамшева Е.В., Карицкая Ю.О., Жукова А.М.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, Омск

**Введение.** Сосудистые заболевания головного мозга продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой современного общества. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта. Заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения составляет 2,5-3,5 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде ОНМК достигает 35,0 % случаев; после инсульта в течение 5 лет умирают в 44,0 % случаях. Пациенты, перенесшие инсульт требуют постоянной медико-соци-

альной поддержки в 85,0 % случаях, становятся глубокими инвалидами в 25,0 % случаях и лишь в 10,0 % случаев возвращаются к трудовой деятельности.

Цель исследования: анализ первичной инвалидности и потребности в технических средствах реабилитации (ТСР) инвалидов, перенесших ОНМК по результатам освидетельствования в Бюро № 13 - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее - Бюро № 13).

Материалы и методы. Для анализа данных были использованы: данные формы федерального статистического наблюдения № 7-собес» Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; экспертные дела за 2015-2017 гг. Бюро № 13.

Результаты. По результатам освидетельствования граждан в Бюро № 13 число лиц впервые признанных инвалидами возросло - 481 – 567 – 598 человек, темп прироста составил 24,3 % случаев. В структуре первичной инвалидности болезни системы кровообращения среди всех классов болезней занимали одно из ведущих мест: 2015г. - 39,1 % (81 человек); в 2016 г. - 39,6 % (80 человек); в 2017 г. - 33,4 % (76 человек). Из них доля цереброваскулярных болезней составила 43,1 % - 35,6 % - 38,0 %, в абсолютном числе уменьшение с 81 до 76 человек, темп убыли 6,2 % случаев. В структуре цереброваскулярных болезней преобладали последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК): 2015 г. – 75,3 % (61 человек), в 2016 г. – 75,0 % (60 человек), в 2017 г. – 79,0 % (60 человек) от числа признанных инвалидами первично вследствие цереброваскулярных болезней. В гендерной структуре ОНМК больше мужчин, и их доля возросла: 59,0 %, 61,7 %, 65,0 % от числа граждан, признанных инвалидами первично соответственно годам.

Среди возрастных групп лидировали лица пенсионного возраста, с неустойчивой тенденцией к росту: 67,2 % – 63,3 % – 68,3 % соответственно годам. Из них доля женщин составила 58,5 % – 52,6 % - 58,5 %. В гендерной структуре лиц трудоспособного возраста преобладали мужчины с тенденцией к уменьшению - 94,1 % - 77,3 % - 79,0 % соответственно годам.

Анализируя клинические типы ОНМК, отмечено, что инвалиды, перенесшие ОНМК по ишемическому типу, занимали ведущее место с удельным весом 75,4 % - 71,7 % - 60,0 % соответственно годам. Абсолютное число уменьшилось с 46 человек до 36 человек, темп убыли 21,7 %. Среди них доля лиц с атеротромботическим подтипом снизилась и составила 45,6 % - 41,9 % - 41,7 % случаев.

Наблюдалось увеличение удельного веса нарушений мозгового кровообращения после оперативного лечения (аспирации внутримозговой гематомы и клипирования аневризмы) с 6,6 % (4 случая) в 2015г. до 13,3 % (8 случаев) в 2017г. В единичных случаях зарегистрировано ОНМК токсического генеза: 2 (3,3%) – 3 (5,0%) – 2 (3,3%) соответственно по годам.

Повторные ОНМК регистрировались у лиц, впервые признанных инвалидами, в 13,1 % (2015 г., 2017 г.) до 23,0 % случаях (2016 г.).

В исследуемом периоде по тяжести инвалидности лидировали третья группа со снижением удельного веса с 39,3 % в 2015 г. до 38,3 % в 2016-2017 гг., в среднем - 38,7 % случаев. Зафиксирован рост удельного веса признанных инвалидами второй группы с 29,5 % (18 человек) в 2015 г. до 35,0 % (21 человек) в 2017 г. и снижение удельного веса инвалидов первой группы с 31,2 % (19 человек) до 26,7 % (16 человек), в среднем составил 34,8 % и 26,5 % соответственно годам.

Инвалиды вследствие ОНМК чаще нуждались в технических средствах реабилитации, компенсирующих стойкие ограничения жизнедеятельности: способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. У инвалидов данной категории отмечена наибольшая нуждаемость, с тенденцией к росту, в обеспечении тростями опорными – 37,7 % (23 случая), 56,7 % (34 случая), 43,3 % (26 случаев) соответственно годам. В динамике трех лет отмечается рост потребности в кресле-коляске комнатной с 16,4 % (10 случаев) в 2015 г. до 20,0 % (12 случаев) в 2017 г., прогулочной с 18,0 % (11 случаев) до 25,0 % (15 случаев). В то же время уменьшилась потребность в ходунках с 8,2 % (5 случаев) до 5,0 % (3 случая), костылях с 3,3 % (2 случая) до 1,7 % (1 случай), кресле-стуле с санитарным оснащением с 13,1 % (8 случаев) до 10,0 % (6 случаев), абсорбирующим белье (пеленках) с 6,6 % (4 случая) до 5,0 % (3 случая), подгузниках с 16,4 % (10 случаев) до 10,0 % (6 случаев) и в противопролежневом матрасе с 9,8 % (6 случаев) до 6,7 (4 случая) соответственно годам.

Выводы: последствия ОНМК в структуре первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней преобладают. Ишемический тип ОНМК занимает лидирующую позицию. В гендерной структуре больше мужчин, с ростом их доли до 65,0 %. Преобладают лица пенсионного возраста. Удельный вес инвалидов второй группы и первой групп увеличился до 61,7 %. В связи с этим возросла потребность в кресло-колясках (комнатной и прогулочной). В целом у инвалидов данной категории наиболее высокая потребность в ТСР, компенсирующих ограничение способности к самостоятельному передвижению – трости опорные, костыли, ходунки, кресло-коляска.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ  
СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ НИЖНИХ  
КОНЕЧНОСТЕЙ**

Саликова С.И., Шамшева Е.В., Карицкая Ю.А., Жукова А.М.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, Омск

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей является одной из актуальных проблем современной медицины. По последним данным, частота возникновения атеросклеротического поражения периферических артерий в Европе и Северной Америке составляет 16 % среди популяции людей старше 55 лет. Примерно у 30—50 % больных с заболеваниями периферических артерий болезнь прогрессирует от перемежающей хромоты до критической ишемии нижних конечностей. Ежегодно критическая ишемия конечности развивается примерно у 500-1000 человек на 1000000 населения. Критическая ишемия ежегодно приводит к 150 000 случаев ампутаций в США и Европе. В связи с вышеуказанным, интерес к проблеме заболеваний периферических артерий во всем мире неуклонно растет.

Цель исследования: изучение региональных особенностей первичной инвалидности вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей и потребность в технических средствах реабилитации (ТСР) инвалидов с данной патологией.

Материалы и методы. Для анализа данных были использованы: данные формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; экспертные дела за 2015-2017 гг. Бюро № 13 - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее - Бюро №13).

Результаты. Болезни системы кровообращения в структуре первичной инвалидности период 2015-2017 гг. в Бюро № 13 занимают одно из ведущих мест среди всех классов болезней взрослого населения, составив 39,1 % - 39,6% - 33,4 % соответственно годам. Из них доля первичной инвалидности вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей составляет 9,6 % - 9,3 % - 10,5 % от общего числа всех признанных инвалидами первично.

За три года установлена инвалидность вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей впервые 62 человека (10,1 %), их число ежегодно увеличивается -18 – 21 – 23 человека, прирост составил 27,8 %.

В гендерно-возрастной структуре первичной инвалидности вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей преобладают мужчины – 15 человек (83,3 %) – 19 человек (90,5 %) - 20 человек (87,0 %), соответственно годам. Среди мужчин больше лиц пенсионного возраста с тенденцией к росту – 53,3 % - 63,2% - 80,0 %. В целом удельный вес мужчин и женщин пенсионного возраста увеличивается- 55,5 % - 61,9 % - 82,6% случаев соответственно.

В структуре по группам преобладает вторая группа инвалидности с тенденцией к снижению их доли – 72,2 % - 52,1 % - 56,5 %; абсолютное число колеблется в пределах 11-13 человек. Удельный вес третьей группа имеет неустойчивую тенденцию к росту– 22,2 % - 47,6 % - 43,5 % соответственно годам; абсолютное число в 2016 г. и в 2017 г. составило по 10 человек.

Самая частая сопутствующая патология зарегистрирована у инвалидов вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей с тенденцией к росту: артериальная гипертензия (22,2 % - 38,1 % - 69,6 %), цереброваскулярные болезни (38,9 % - 66,7 % - 60,9 %), сахарный диабет 2 типа (5,6 % - 19,0 % - 17,4 %), ишемическая болезнь сердца (11,1 % - 9,5 % - 17,4 %) соответственно года. Среди пациентов перенесли хирургические операции: в 2015 г. – 12 человек (66,7 %); в 2016 г. – 12 человек (57,1 %), в 2017 г. – 12 человек (52,2 %).

Из них возросло число проведенных хирургических реваскуляризации: в 2015 г. – 5 человек. (41,7 %), в 2016 г. - 6 человек (50,0 %), в 2017 г. - 7 человек (58,3 %). Проведены операции по ампутации нижних конечностей в 2015 г. – 7 человек (с/3 бедра – 5 чел., экзартикуляция нижней конечности – 1 человек, ампутация обоих бедер – 1 человек) – 58,3 %; в 2016 г. – 6 человек (из них пальцы стопы -1 чел., с/3 бедра – 5 человек) – 50,0 %; в 2017 г. - 5 человек (из них пальца стопы - 1 чел., с/3 бедра – 4 человека).

Динамика групп инвалидности (в соответствии со степенью нарушения функции и ограничениями жизнедеятельности) определяет нуждаемость в технических средствах реабилитации. В динамике по годам увеличилась потребность в обеспечении тростями опорными с 50,0% до 78,3%, протезами бедра модульными с 16,7% до 21,7%, обувь на протез в 2015–2016 гг. не рекомендовалась, в 2017 г. рекомендации даны в 34,8%

случаев. Стоит отметить, что не всем пациентам, перенесшим операцию ампутации бедра, было показано протезирование вследствие сопутствующих заболеваний (ишемической болезни сердца). В период наблюдения уменьшилась нуждаемость в костылях с 27,8% до 8,7%, в креслах-колясках, как комнатных, так и прогулочных с 38,9% до 13,0%, сложная ортопедическая обувь с 11,1% до 4,3% случаев. Кресло-стул с санитарным оснащением в 2017 г. не рекомендовался, в 2015 их удельный вес составлял – 11,1%, в 2016 г. – 9,5%.

Выводы: В течение исследуемого периода удельный вес первично признанных лиц инвалидами вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей структуре болезней системы кровообращения возрос с 9,6% до 10,5 % случаев. Среди них доминируют мужчины, и их удельный вес увеличился с 83,3 % до 87,1 % случаев. Зарегистрировано снижение удельного веса второй группы инвалидности с 72,2 % до 56,5 % случаев и рост третьей группы инвалидности с 22,2 % до 43,5 % случаев. У данной категории инвалидов возросла потребность в обеспечении тростями опорными, протезами бедра модульными, обувью на протезы.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕМЕНЦИИ И ИХ ПОТРЕБНОСТИ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В 2015-2017 ГГ.**

**Саликова С.И., Шамшева Е.В., Рыжук Г.Н., Борзенко М.Е.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, Омск

Введение. Различные виды деменции продолжают оставаться важной медико-социальной проблемой современного общества в связи с глобальным старением населения. Пациенты с деменцией требуют медико-социальной поддержки практически в 100,0 % случаях, со временем неизбежно становятся глубокими инвалидами. Граждане, находящиеся на момент начала заболевания в трудоспособном возрасте не возвращаются к трудовой деятельности.

Цель исследования: анализ первичной инвалидности и потребности в технических средствах реабилитации (ТСР) инвалидов с деменцией, по результатам освидетельствования в Бюро № 6 - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее - Бюро № 6).

Материалы и методы. Для анализа данных были использованы: данные формы федерального статистического наблюдения № 7 (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; статистические сведения программы ЕАВИИАС, экспертные дела за 2015-2017 гг. Бюро № 6.

Результаты. По результатам освидетельствования граждан в Бюро № 6 число лиц, впервые признанных инвалидами, в период 2015–2017 гг. возросло: 184–289–300 человек, темп прироста составил 63,0% случаев. В структуре первичной инвалидности по психическим расстройствам и расстройствам поведения деменция среди всех классов болезней занимала одно из ведущих мест с тенденцией к росту: 17,9% – 20,8% – 21,0% соответственно годам. Абсолютное число лиц впервые признанных инвалидами вследствие деменции увеличилось в 1,9 раза с 33 человек в 2015 г. до 63 человек в 2017 г.

В гендерной структуре деменции преобладают женщины с тенденцией к уменьшению их доли: 72,7% – 76,7% – 69,8% от числа граждан с деменцией, признанных инвалидами первично соответственно годам. Однако абсолютное число возросло с 24 человек в 2015 г. до 44 человек в 2017 г., темп прироста составил 83,3%.

Среди возрастных групп преобладают лица пенсионного возраста - 93,9 % – 100 % – 93,7 % соответственно годам. Их абсолютное число возросло в 1,9 раза с 31 человека в 2015 г. до 59 человек в 2017 г.

Из них доля женщин составила 71,0 % – 76,7 % - 74,6 % случаев соответственно годам. Абсолютное число женщин пенсионного возраста увеличилось в 2 раза, с 22 человек в 2015 г. до 44 человек в 2017 г.

Среди лиц трудоспособного возраста: в 2015 г. были только женщины (2 человека); в 2016 г. данной категории лиц не регистрировалось; в 2017 г. были только мужчины (4 человека).

Анализируя типы деменции, отмечено, что инвалиды с сосудистой деменцией занимали ведущее место с удельным весом 69,7 % – 70,0 % – 63,5 % соответственно годам. Абсолютное их число возросло в 1,7 раза с 23 человек в 2015 г. до 40 человек в 2017 г.

Второе место в 2015–2017 гг. занимали инвалиды с деменцией вследствие болезни Альцгеймера с устойчивой тенденцией к снижению их удельного веса: 21,2% – 20,0% – 14,3% соответственно годам. Но количество увеличилось на 28,6% с 7 человек в 2015 г. до 9 человек в 2017 г.

Первичная инвалидность с деменцией вследствие других болезней в 2015-2016 гг. устанавливалась в 9,1 % – 10,0 % случаев. В 2017 г. они составили 22,0 %, с ростом абсолютного числа в 4,7 раза с 3 человек в 2015 г. до 14 человек в 2017 г.

В структуре по тяжести инвалидности среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие деменции, преобладает первая группа – 97,0% – 100,0% – 100,0% соответственно годам. Абсолютное число увеличилось в 1,97 раза с 32 человек в 2015 г. до 63 человек в 2017 г.

Возрос удельный вес инвалидов первой группы, кому определена инвалидность со сроком «бессрочно» – 81,3% – 88,3% – 96,8% соответственно годам. Абсолютное их число возросло в 2,4 раза с 26 человек в 2015 г. до 61 человека в 2017 г.

Данная категория инвалидов нуждалась в технических средствах реабилитации, компенсирующих стойкие ограничения жизнедеятельности: способность к самообслуживанию и самостоятельному передвижению. Отмечена наибольшая потребность в обеспечении абсорбирующим бельем с устойчивой тенденцией к росту: 3,0% – 21,7% – 66,7% соответственно годам. Рост потребности в абсорбирующем белье с 1 случая в 2015 г. до 42 случаев в 2017 г.

В динамике трех лет также отмечался рост потребности в креслах-колясках комнатной и прогулочной: 6,0% – 6,7% – 9,5% соответственно годам. В абсолютном числе потребность увеличилась с 2 случаев в 2015 г. до 6 случаев в 2017 г.

Рекомендации на обеспечение инвалидов противопролежневыми матрацами даны в – 3,0% (1 случай) – 16,7% (10 случаев) – 4,8% (3 случая) соответственно годам. По сопутствующей патологии (эпицистостома) за анализируемый период были рекомендованы: катетер для эпицистостомы (2 случая), мочеприемник ночной дневной (2 случая), мочеприемник прикроватный ночной (2 случая).

Выводы: В структуре первичной инвалидности по психическим расстройствам и расстройствам поведения деменция занимает одно из ведущих мест. В гендерной структуре инвалидов вследствие деменции больше женщин. Лица пенсионного возраста преобладают. Среди типов деменции на первом месте сосудистая. Впервые признанным инвалидам вследствие деменции первая группа устанавливалась в 97,0–100,0%, из них со сроком «бессрочно» в 2017 г. в 96,8% случаях.

В связи с этим у данной категории инвалидов определялась наибольшая потребность в ТСР, компенсирующих стойкие ограничения жизнедеятельности: способность к самообслуживанию и самостоятельному передвижению: абсорбирующее белье, кресла-коляски, противопролежневые матрацы.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АПК «ШУФРИД» ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН» МИНТРУДА РОССИИ**

**Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В., Семенова Г.И.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, Уфа

Аннотация. Представлен анализ результатов исследований, проведенных на АПК «Шуфрид» за 2017 год и 6 месяцев 2018 года. Доказано повышение качества медико-социальной экспертизы в плане психологического аспекта через ее объективность и достоверность, что достигнуто возможностью применять АПК «Шуфрид».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015г. №1297 принята государственная программа «Доступная среда» на 2011-2020 годы, одной из подпрограмм которой является «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы» и одной из основных задач которой является обеспечение объективности и прозрачности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы. В рамках этой программы проведена поэтапная поставка специального диагностического оборудования в главные бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации.

Для целей медико-социальной экспертизы расширение диагностических подходов с использованием новейших аппаратно-диагностических средств является прогрессивным направлением, удовлетворяющим современный запрос общества максимально объективизировать результаты исследований, исключая субъективизацию оценочных показателей.

Отдел экспертно-реабилитационной работы ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России (далее – отдел ЭРР) организован в октябре 2015 года и одной из основных его задач является проведе-

ние экспертно-реабилитационной диагностики гражданам, в том числе психологической, психиатрической, офтальмологической, а также в случаях, требующих специальных видов обследования на высокотехнологичном специальном диагностическом оборудовании для количественной и качественной оценки степени выраженности нарушения функций организма, ограничений жизнедеятельности; определения реабилитационного потенциала; потребности в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Специальное диагностическое оборудование для проведения психолого-педагогической, экспертно-реабилитационной диагностики в виде аппаратно-программного комплекса нейроскрининга и диагностики когнитивных и моторных функций, внимания (далее – АПК «Шуффрид») поступило в главное бюро ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России в декабре 2016 года и введено в эксплуатацию в рабочем режиме в январе 2017 года.

Целью применения АПК «Шуффрид» являлось создание психодиагностического инструментария и внедрение компьютерных диагностических технологий (методик) для усовершенствования технологии экспертной оценки психического функционирования. Проводился сравнительный анализ полученных данных на АПК «Шуффрид» с данными традиционных методов исследования, применяемыми при проведении экспертно-психологического обследования (далее – ЭПО), уточнение степени нарушений психических функций.

Отделом ЭРР за 2017 год и 6 месяцев 2018 года на специальном оборудовании (7 единиц) проведено 6184 обследования, в том числе на АПК «Шуффрид» – 950, что составило 15,4%. Из них в 2017 году проведено обследований 374, за 6 месяцев 2018 года – 576. Следует отметить, что в 2017 году на АПК «Шуффрид» работал практически один психолог отдела ЭРР, в первой половине 2018 года – двое. Планируется обучение всех психологов отдела ЭРР работе на АПК «Шуффрид».

За анализируемый период в главном бюро проведено 3651 традиционное ЭПО. На АПК «Шуффрид» проведено 950 исследований, что составило 26,0%. Обследования проводились пациентам с различными нозологическими формами, не имеющим противопоказаний к исследованиям на АПК «Шуффрид».

В связи с Приказом Минтруда России от 27.11.2017г. №807н «Об утверждении целевых показателей эффективности работы ...» с января 2018 года в отчетах по оборудованию стал применяться показатель «Эффективность использования специального диагностического оборудования».

За 6 месяцев 2018 года этот показатель для всего оборудования отдела ЭРР в целом составил 79,5%. Целевой уровень для главных бюро 1 категории, к которой относится главное бюро Республики Башкортостан, – не менее 10% для каждой единицы оборудования от общего количества освидетельствований в главном бюро с учетом нозологических форм. Показатель эффективности использования АПК «Шуффрид» за 6 месяцев 2018 года составил 17,3%.

Из 950 обследований, проведенных на АПК «Шуффрид», в порядке первичного освидетельствования проведено 494 (52%), в порядке повторного – 456 (48%).

С учетом порядка освидетельствования в главном бюро среди всех обследований, проведенных с помощью АПК «Шуффрид», наибольшее количество составило в порядке обжалования – 66,0%. На втором месте – с целью проведения специальных видов обследования (19,6%), на третьем месте – в порядке контроля (14,4%).

Таким образом, большее количество обследований было среди первичных освидетельствований и в порядке обжалования.

С учетом цели освидетельствования среди обследований на АПК «Шуффрид» наибольшее количество проведено с целью установления группы инвалидности – 90,1%, на втором месте – установление степени утраты профессиональной трудоспособности (6,3%), на третьем месте – разработка ИПРА, ПРП (3,6%).

Среди обследований на группу инвалидности на первом месте обследования в порядке обжалования – 69,6%, на втором месте – с целью проведения специальных видов обследования (18,0%), на третьем месте – в порядке контроля (12,4%).

Среди обследований с целью разработки ИПРА, ПРП на первом месте обследования в порядке контроля – 70,6%, на втором месте – в порядке обжалования (20,6%), на третьем месте – с целью проведения специальных видов обследования (8,8%).

Среди обследований на степень утраты профессиональной трудоспособности на первом месте обследования с целью проведения специальных видов обследования (48,3%), на втором месте – в порядке обжалования (40,0%), на третьем – в порядке контроля (11,7%).

Больше всего обследований на АПК «Шуффрид» проведено у пациентов в трудоспособном возрасте (684 или 72,0%), на втором месте – в пенсионном возрасте (200 или 21,0%), на третьем месте – у лиц до 18 лет (66 или 7,0%).

Среди лиц до 18 лет большее количество обследований проведено в возрастной группе 8-14 лет (54,6%), на втором месте – в возрасте 15 лет и старше (43,9%), на третьем месте – в возрасте 7 лет (1,5%).

Результаты обследований на АПК «Шуффрид» в большинстве случаев были в пределах нормы – 51,2%, незначительные нарушения выявлены в 42,1% случаев, умеренные нарушения – в 6,6%, выраженные нарушения составили 0,1%.

За исследуемый период времени для пациентов чаще всего применялись следующие методики и тесты на АПК «Шуффрид»:

Для обследования мелкой моторики наряду с нейропсихологическими пробами на кинестетический и динамический праксис, исследованием письма и графической деятельности применялись тесты на АПК «Шуффрид»: серия тестов на мелкую моторику «MLS» и тест на визуомоторную координацию «2-HAND».

Для обследования функции внимания из традиционной патопсихологической диагностики использовались «Таблица Шульте», «Сектор Рыбакова», на АПК «Шуффрид»: тест прослеживания линии «LVT», реакционный тест с оптическим раздражителем «RT S1», реакционный тест с акустическим раздражителем «RT S2».

Для обследования мышления из традиционных методик применялись «Понимание пословиц и фраз», «Исключение 4-го лишнего», «Сравнение понятий», на АПК «Шуффрид»: тесты на оценку интеллекта «Фрайбургская версия «TOL», батарея тестов на структуру интеллекта «INSSVR». Другие методики использовались выборочно.

Учитывая большое количество освидетельствований в главном бюро (6831 в 2017 году, 3325 за 6 месяцев 2018 года), необходимость соблюдения регламента проведения медико-социальной экспертизы, дальность проживания пациентов в республике (в радиусе до 600 км от Уфы), тесты продолжительностью по времени более 30 минут не применялись. Предпочтение отдавалось экспресс-тестам.

Среди всех обследований на АПК «Шуффрид» за 2017 год и 6 месяцев 2018 года на первом месте по частоте применения исследования моторики: визуомоторной координации методикой «2 HAND» (37,9%) и мелкой моторики серией тестов «MLS» (27,6%), которые в сумме составили 65,5%.

Востребованность методик на моторику рук связана, прежде всего, с большим количеством освидетельствований пациентов с нарушениями стато-динамических функций в результате болезней системы кровообращения (в том числе цереброваскулярных), неврологической патологии, последствий травм, болезней костно-мышечной системы, а также с преимуществами, которые имеют данные аппаратные методики. Например, в отличие от «пробы Хеда», «графической пробы», «пробы кулак-ребро-ладонь» у компьютерных тестов в протоколе обследования имеется информация о степени темпа и точности сенсо-моторной координации, представлены количественные данные, таблицы, графики, диаграммы, отражающие результат обследования качественно.

На втором месте по количеству обследований методики исследования внимания «Реакционный тест» RT (S1) и RT (S2) в сумме составили 16,5% (12,1% и 4,4% соответственно).

На третьем месте – батарея тестов на структуру интеллекта «INSSVR» (10,8%).

Наибольшую долю составили обследования пациентов со следующими нозологическими формами: болезни системы кровообращения – 224 (23,6%); последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 166 (17,5%); болезни нервной системы – 156 (16,4%); болезни костно-мышечной системы – 119 (12,5%); злокачественные новообразования – 79 (8,3%).

Среди обследований пациентов с болезнями системы кровообращения чаще применялись методики на визуомоторную координацию «2-HAND» (41,5%), серия тестов на мелкую моторику «MLS» (21,0%), батарея тестов на интеллект «INSSVR» (17,0%), реакционный тест на оценку внимания «RT» (14,7%).

Среди обследований пациентов с последствиями травм, отравлений и других воздействий внешних причин чаще применялись тесты на визуомоторную координацию «2-HAND» (63,9%), серия тестов на мелкую моторику «MLS» (31,3%), тест на селективное (избирательное) внимание «LVT» (4,8%).

Лицам с болезнями нервной системы чаще применялись методики на визуомоторную координацию «2-HAND» (28,2%), реакционный тест на внимание «RT» (19,9%), серия тестов на мелкую моторику «MLS» (19,2%).

При болезнях костно-мышечной системы чаще всего применялись тесты на визуомоторную координацию «2-HAND» (56,3%), серия тестов на мелкую моторику «MLS» (42,9%).

При обследовании пациентов со злокачественными болезнями чаще применялись реакционные тесты на внимание «RT» (в сумме 49,4%), тест на визуомоторную координацию «2-HAND» (21,5%), тесты на мелкую моторику «MLS» (20,2%).

У детей до 18 лет чаще всего использовались 2 тестовые методики: «серия тестов на мелкую моторику» (47,0%) и тест «двуручная визуомоторная координация» (45,5%). Для этих тестов превалировал возраст пациента 8-14 лет (54,9% и 53,3% соответственно).

Методики на внимания у детей до 18 лет (реакционные тесты «RT» на оптический и акустический раздражитель) применялись только в 7,6% случаях.

Общее количество обследований, результаты которых совпали с данными традиционного патопсихологического обследования, составило для АПК «Шуффрид» – 97,7%. Среди совпадений большая часть обследований составила на состояние визуомоторной координации (тест на визуомоторную координацию «2-HAND») и мелкой моторики (серия тестов на мелкую моторику «MLS»).

Несовпадения с данными традиционного патопсихологического обследования составили 2,3% от общего количества обследований, проведенный на АПК «Шуффрид». Большая часть несовпадений выявлена среди обследований мелкой моторики рук серией тестов «MLS» и интеллекта батареей тестов на структуру интеллекта INSSVR.

Среди всех несовпадений наибольшее количество было в сторону увеличения степени выраженности нарушения психических функций – 68,2% к общему количеству обследований, результаты которых не совпали с данными традиционного патопсихологического обследования (тесты на мелкую моторику и на оценку интеллекта). Связано это, чаще всего, с предполагаемым установочным поведением освидетельствуемого лица, с плохим самочувствием пациента, с повышенной сложностью заданий при исследовании интеллекта: задания на логико-умозаключительное мышление (15 мин.), речевые способности (7 мин.), числовые способности (15 мин.). Несовпадения в сторону уменьшения степени выраженности нарушения психических функций составили 31,8% к общему количеству обследований, результаты которых не совпали с данными традиционного патопсихологического обследования. Среди этих несовпадений следует отметить тесты на оценку внимания – реакционные тесты «RT» (вариант S1 с оптическим и вариант S2 – с акустическим раздражителями), в которых результаты обследований внимания получились лучше, чем при традиционной патопсихологической диагностике традиционными таблицами Шульте. Исследуемый при голосовом раздражителе (звук) или оптическом раздражителе (на экране монитора появляется желтый кружок) должен быстро нажимать одним пальцем на кнопку клавиатуры. Исследование длится 4 минуты. Данные тесты выполняются пациентами с большим удовольствием, сопровождаются понятной инструкцией и характеризуются простой техникой выполнения.

Таким образом, среди основных причин несовпадений результатов исследований, проведенных на АПК «Шуффрид», с данными традиционного патопсихологического обследования следует отметить отсутствие объективного инструментального обследования, подтверждающего степень выраженности нарушенных психических функций качественно и количественно при направлении на медико-социальную экспертизу (особенно у пациентов с нарушениями моторики); установочное поведение пациентов; наличие болевого синдрома, сопутствующей патологии, влияющей на результаты исследования.

#### Заключение

В структуре экспертно-реабилитационной диагностики при оценки психических функций наряду с традиционно используемыми методами нейропсихологического и патопсихологического обследования целесообразно применение компьютерной диагностики на АПК «Шуффрид», как дополнительного диагностического инструментария, обеспечивающего разносторонний и комплексный подход.

Применение АПК «Шуффрид» позволяет уточнять тип и степень выраженности психических нарушений; дает возможность более точного исследования сенсомоторных процессов; позволяет уточнить наличие установочного поведения; исключает какое-либо влияние психолога на результат исследования и его субъективную оценку.

Компьютерная статистическая обработка количественного и качественного результата обследования на АПК «Шуффрид», отображенная в протоколе исследования, является веским объективным качественно-количественным доказательством состояния психической деятельности освидетельствуемого лица.

Специальное диагностическое оборудование АПК «Шуффрид» позволяет повысить уровень объективности и достоверности оценки психических функций и ограничений жизнедеятельности больных и инвалидов, выявленных при экспертно-психологическом обследовании, и оказывает помощь специалистам, участвующим в вынесении экспертного решения, в отношении установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности, определения реабилитационных мероприятий, и, в конечном счете, повышает качество медико-социальной экспертизы граждан в плане психологического аспекта.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА****Сергеева В.В., Дымнова С.Е.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; СПб ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн»

Остеопороз является одним из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета. Пристальное внимание к остеопорозу объясняется его высокой распространенностью, медико-социальными и экономическими последствиями, а именно переломами позвонков и периферических костей, которые приводят не только к инвалидности, но и высокой смертности особенно среди пациентов пожилого возраста. На сегодняшний день нет единой и четко выработанной методики лечения и реабилитации пациентов старших возрастных групп с учетом их клинико-функциональных особенностей на фоне сопутствующих заболеваний. Как результат, эффект от лечения зачастую ниже ожидаемого.

С учетом имеющей в современном мире тенденции к увеличению продолжительности жизни, повышению пенсионного возраста на фоне нестабильных социально-экономических и политических факторов пристальное внимание социологов, политиков и врачей различных специальностей уделяется изучению качества жизни больных старших возрастных групп при различных заболеваниях. Остеопороз является одним из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета. Наличие и дальнейшее прогрессирование остеопороза, приводящее к возникновению переломов и деформации позвоночника, у работающих лиц пожилого возраста приводит к выраженным функциональным нарушениям и существенно влияет на качество жизни больных, а также способность к трудовой деятельности. По современным статистическим данным остеопороз в России выявляется в среднем у 30,5—33,1% женщин и у 22,8—24,1% мужчин старше 50 лет, что составляет более 10 млн. человек.

В реальной клинической практике, по мнению подавляющего большинства врачей-клиницистов при обращении в стационар или на поликлиническом приеме, пациенты зачастую не предъявляют каких-либо специфических жалоб характерных для остеопороза, то есть «коварность» данного заболевания определяется его асимптомностью или малосимптомностью. Вследствие этого, остеопороз зачастую диагностируется с большим опозданием уже при наличии переломов различной локализации, возникающих при минимальной травме. Согласно большинству литературных источников, а также исходя из собственного клинического опыта, наиболее частыми жалобами пациентов являются: боли в спине при длительном нахождении в положении стоя или сидя (около 48%), чувство тяжести и дискомфорт между лопатками (17%), общую слабость и быструю утомляемость, необходимость неоднократного отдыха в течение дня (52%). Так же пациенты предъявляют жалобы на диффузную боль в костях с чувствительностью при надавливании или поколачивании позвоночника, ребер и тазовых костей.

Основное лечение у таких пациентов направлено на лечение болевого синдрома, предупреждение прогрессирования остеопороза и профилактику повторных переломов. Однако лечение, проводимое в стационаре и направленное на устранение или уменьшение основных жалоб пациента, оказывается далеко не достаточным. Зачастую после проведенного хирургического лечения и назначения симптоматической терапии пациент оказывается оставленным наедине со своим заболеванием и сопутствующим ему проблемами. Основными задачами медико-социальной экспертизы в данном случае является оценка основных сфер жизнедеятельности и их ограничений у данной категории больных, к которым относятся способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, восприятию окружающей обстановки, способности к общению, ориентации, способности к трудовой деятельности.

Перечень рекомендованных лечебных восстановительных мероприятий после проведенного хирургического лечения, в сочетании с этиопатогенетическими средствами для лечения остеопороза (бисфосфонаты, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов, анаболические стероиды, паратиреоидный гормон, Деносумаб, витамин D и его активные метаболиты, препараты кальция), представляет собой: обезболивающие мероприятия — что включает в себя прием болеутоляющих препаратов (анальгетики, НПВС, спазмолитики) и миорелаксантов центрального действия. Пациенты с постоянной болью в спине и конечностях часто испытывают депрессию и нарушения сна, что может потребовать назначения антидепрессантов и снотворных препаратов. Физиотерапевтические методы лечения, такие как тепловые процедуры, ультразвук, электромиостимуляция, электрофорез, так же могут способствовать уменьшению болевого синдрома. Про-

филактика гиподинамии — необходима для предупреждения многих проблем со здоровьем, сопутствующих малоподвижному образу жизни: трофических нарушений, пролежней, заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Предотвращение описанных осложнений достигается путем курсового массажа, использования специальных многофункциональных кроватей, противопролежневых матрасов, комплекса гигиенических процедур, двигательного режима.

Еще одним средством восстановительного лечения при улучшении общего состояния больного является *физическая нагрузка*. Тренировка мышц, в данном случае, способствует улучшению их тонуса, снижению болевого синдрома, формированию «мышечного корсета» и укреплению уверенности пациента в своих силах и благоприятном исходе. Большое значение на данном этапе и в последующем отводится тренировке равновесия, с целью профилактики падений и предотвращения повторных переломов.

Для борьбы с полученной травмой пациентов необходимо привести в благоприятное эмоциональное состояние, настроить на положительные эмоции. В данном случае большое значение отводится индивидуальной работе психотерапевта или клинического психолога, где в ходе неоднократных бесед с пациентом выясняются причины подавленности, апатии и предпринимаются меры по их устранению, по необходимости с медикаментозной поддержкой.

Немалая роль в скорейшем выздоровлении отводится *диетотерапии*. Многие больные из-за депрессии отказываются от еды, что негативным образом влияет не только на их физическое здоровье, но и на психическое состояние. В связи с этим питание для данной категории пациентов должно быть щадящим, но в то же время полноценным и разнообразным, зачастую высококалорийным, насыщенным минеральными компонентами и витаминами (в частности кальцием, витамином ДЗ, фосфором необходимыми для укрепления костей).

Большое значения для адаптации пациентов в окружающей среде (на улице, в домашних условиях), уменьшения нагрузки на позвоночник и конечности, избежание падений и ранней активизации больных отдается *средствам технической реабилитации*, таким как трости и ходунки, коррекционная и ортопедическая обувь, корсеты и бандажи, противоскользкие накладки для ванны и душа, поручни, костыли, слуховые аппараты, кресло-коляски и другие. У больных с высоким риском переломов проксимального отдела бедра высокой эффективностью в профилактике перелома обладают протекторы бедра. При отсутствии противопоказаний пациентам с последствиями остеопороза рекомендовано *санаторно-курортное лечение*. Направление пациентов на санаторно-курортное лечение проводится в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и результатами медико-социальной экспертизы.

Оценка нарушения здоровья при остеопорозе у лиц пожилого возраста, как осложненном, так и не осложненном патологическими переломами, предусматривает отнесение его по характеру расстройств функций организма к группе нарушения статико-динамических функций (двигательных функций головы, конечностей, туловища, статики, координации движения). Однако при наличии сопутствующей патологии у лиц пожилого возраста присоединяются нарушения психических функций, нарушения речевых и языковых функций, сенсорных функций и функций кровообращения, дыхания, пищеварения. Комплексная оценка качественных и количественных показателей, характеризующих нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушения функций: I – незначительные нарушения; II – умеренные нарушения; III – выраженные нарушения; IV – значительно выраженные нарушения.

Таким образом, исходя из выше сказанного, важным этапом для процесса МСЭ для больных остеопорозом, осложненным патологическими переломами является реабилитационно-экспертная диагностика, с последующим принятием решения об установлении степени выраженности ограничений жизнедеятельности и определении группы инвалидности. Основными видами реабилитационно-экспертной диагностики являются: 1). Клинико-функциональная диагностика (определение потенциала болезни и ее последствий, формулировка клинико-функционального диагноза, а также определение объема и способности к восстановлению утраченных функций); 2). Психологическая диагностика, целью которой является определения состояния высших психических функций (память, внимание, мышление, восприятия и ощущения), состояние эмоционально-волевой сферы; 3). Оценка социального статуса и социально-средовых условий жизнедеятельности конкретного пациента (биосоциальный статус, образование, общественное и материальное положение, социально-бытовой статус, положение в семье, межличностные отношения); 4). Профессионально-трудова диагностика основными задачами которой являются: изучение профессионально-трудова статуса, оценка физиолого-гигиенических условий рабочей среды, тяжести и напряженности трудового процесса; оценка требований, предъявляемых работой в основной профессией и соответствие им пациента с учетом изменив-

шихся психо-физиологических функций. 5). Психофизиологическая реабилитация включает в себя оценку состояния профессионально значимых функций, необходимых для выполнения работы в основной профессии (сохранены, нарушены, утрачены), а также оценку других психофизиологических функций качеств для определения способности (пригодности) работать в других сферах профессиональной деятельности в случае невозможности продолжать работу в основной профессии.

Освидетельствование больных и инвалидов с последствиями травм костно-мышечной системы производят в общих бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Клинико-экспертная диагностика базируется на традиционных положениях клинической медицины и МСЭ. Диагноз определяют на основании данных детального обследования оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности с использованием клинических и лабораторных методов обследования, а также данных медицинской документации.

При принятии решения после завершения МСЭ пострадавшего с последствиями травмы костно-мышечной системы используется следующая схема принятия решения: имеющиеся патологические изменения опорно-двигательного аппарата с незначительно выраженными, умеренно выраженными, выраженными и значительно выраженными нарушениями (стойкими или нестойкими) статико-динамической функции при поражениях верхних и нижних конечностей, позвоночника и таза, функции ходьбы и стояния при поражениях позвоночника, таза, конечностей, приводящее к ограничению жизнедеятельности в виде снижения ее основных критериев: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, способности к трудовой деятельности и способности к обучению - 0, I, II, III степени. I – III степени ОЖД обуславливают социальную дезадаптацию и нуждаемость в социальной защите и дают основания для определения группы инвалидности.

В целом травмы костно-мышечной системы составляют большую социально-значимую проблему вследствие их частоты, длительности временной утраты нетрудоспособности и инвалидности преимущественно II группы. При неустраняемых анатомических дефектах или деформациях, нарушающих опорно-двигательную функцию, препятствующих самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности, пострадавшие от травм остаются инвалидами на протяжении всей жизни. Однако, в отличие от инвалидов, с последствиями других заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических), у многих инвалидов, с повреждениями опорно-двигательного аппарата, более высокий коэффициент реабилитации. Современные методы лечения иногда, спустя длительные сроки, но приводят к восстановлению строения и функции поврежденного органа, и в результате к ликвидации ОЖД больного.

Основная работа БМСЭ направлена на профилактику инвалидности и снижение ее тяжести, контроль и изучение условий труда инвалидов, конкретизацию трудовых рекомендаций, составление индивидуального плана реабилитации (ИПР) инвалида с определением в каждом конкретном случае клинического и реабилитационного прогноза и обеспечение контроля адекватности проводимого лечения, а также использования современных методов реабилитации больных.

В заключении следует отметить, что все программы физической нагрузки и реабилитации должны разрабатываться индивидуально с учетом возраста, клинико-функционального состояния пациента и сопутствующих заболеваний. При этом большое значение в благоприятном исходе лечения остеопороза имеет преемственность между врачами травматологами, эндокринологами, терапевтами и неврологами, а также психотерапевтами и врачами-экспертами. Приобщение людей старших возрастных групп к общественной жизни и трудовой деятельности способствует формированию ощущения полноценности жизни, самоуважению, устранению психологического барьера между пожилыми пациентами и лицами среднего или молодого возраста, что немало важно в складывающихся социально-политических условиях.

### Список литературы:

Алексеева Л.И., Баранов И.А., и др. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом. Издание 2-ое, дополненное/ под редакцией проф. О.М.Лесняк. Российская ассоциация по остеопорозу. – Ярославль: ИПК «Литера». - 2014. – 24с.

Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современной медицине // Consilium medicum. – 2014. – Т.6, № 2.

Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 2/ Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ - 2013. – с.424-435.

Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа - 2015. – с.757-817.

Ершова О.Б., Волна А.А., Фарба Л.Я. Российский научный экспертный совет по совершенствованию подходов к терапии остеопороза. Материалы конференции. Остеопороз и остеопатии. М., – 2015. -№1. –С. 38-40.

Зоткин Е.Г., Хурцилава О.Г., Зубкова И.И., Сафонова Ю.А. Вертебральные и периферические остеопоротические переломы: диагностика и медико-социальная значимость. Травматология и ортопедия России. – 2010. - № 2(56). – С.106–109.

Зоткин Е.Г., Серпов В.Ю. Проблемы и перспективы в оказании медицинской помощи пациентам с остеопорозом. Вестник РосЗдравнадзора. -2016. -№4. – С. 53-57

Зубкова И.И. Медико-социальные и экономические последствия остеопоротических переломов среди взрослого населения Санкт-Петербурга. Автореф. дисс. канд. мед. наук СПб., - 2013. 22 с.

Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. Фарматека. – 2015. № 4(15). – С. 27–33.

Коробкова М.В., Помникова В.Г. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. – СПб.: Издательство «Гиппократ». – 2010. – С.337-385.

Косильникова Е. Пушкова Е.С. Влияние осложненного сенильного остеопороза на качество жизни пожилых людей // Остеопороз и остеопатии. - 2010. - №1. -С.5-7.

Михайлов Е.Е. Эпидемиология остеопороза и переломов в России / Е.Е. Михайлов, Л.В. Меньшикова, О.Б. Ершова // Материалы Рос. конгр.по остеопорозу (Москва, 20-22 окт. 2003 г.).- М.,2003. С.44.- (Прил. к журн.: Остеопороз и остеопатии. - 2003).

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ**

**Сергеева В.В., Полонская И.И., Михайлова Н.В.**

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, кафедра терапии, медико-социальной экспертизы и реабилитации №2

Особенностью современного этапа является увеличение числа больных с хроническими неинфекционными заболеваниями. При этом характерно сосуществование у одного человека нескольких – двух и более заболеваний.

Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного лечения значительно изменяет клиническую картину и течение основного заболевания, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический и реабилитационный процесс.

К сосуществованию болезней, описываемых как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния применяется терминкоморбидные заболевания или состояния, коморбидность.

С проблемой коморбидности достаточно часто приходится сталкиваться врачам бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), особенно когда основной патологией являются заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее распространённым является сочетание четырех основных заболеваний ишемической болезни сердца (ИБС), артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий (ФП), хроническая сердечная недостаточность в различных вариантах. Шунтирование коронарных артерий (КШ) или их ангиопластика (со стентированием или без) существенно улучшают клиническую картину ИБС, качество жизни больных, а также увеличивают продолжительность жизни.

При освидетельствовании в БМСЭ проводится установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина, определение потребности человека в мерах социальной защиты и реабилитации на основании комплексной диагностики состояния организма, включающей клиничко-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические данные.

Таким образом, все коморбидные заболевания влияют на течение и исход друг друга, однако степень этого влияния может быть различной; они приводят к значительным нарушениям различных функций организма, ограничению физических нагрузок, снижают качество жизни пациентов, влияют на возможности проведения лечебных и реабилитационных мероприятий; реабилитационный прогноз пациента, перенесшего КШ зависит от наличия у пациента сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Выявить распространённость коморбидной патологии у больных ИБС после КШ.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами проведено исследование состояния здоровья 150 больных ИБС после КШ.

Результаты. Всего 19,3% обследованных не имели в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ), 69,3% перенесли ранее один ИМ, 11,3% больных перенесли два и более ИМ. Во время операции аортокоронарного шунтирования 12 больным была произведена пластика аневризмы левого желудочка. У четырех человек проведена имплантация ПЭКС. Пароксизмы ФП выявлялись у 15,7% больных, а 3,6% человек имели постоянную форму ФП.

При освидетельствовании больных в бюро МСЭ патология сердечно-сосудистой системы (ССС) с нарушением функции в диапазоне от 40% до 60%, приводила к ограничению жизнедеятельности 1 степени и являлась причиной установления III группы инвалидности в 100% случаев.

Из числа коморбидной патологии преобладали следующие заболевания.

Хронические обструктивные заболевания легких выявлены у 42,2% обследованных, их них определены как нестойкие нарушения функций дыхательной системы в 92% случаев, первая степень выраженности стойких нарушений функций организма человека определена у 8% больных.

Заболевания пищеварительной системы выявлялись в 39,8%, из них определены как нестойкие нарушения функций пищеварительной системы у 81% больных, первая степень выраженности выявлена у 19% пациентов.

Заболеваниями мочевыделительной системы страдают 32,5% обследованных, из них определены нестойкие нарушения функций мочевыделительной системы обнаружены у 96% больных, первая степень выраженности определена у 4% пациентов.

Эндокринные заболевания были обнаружены у 30,1% (в 98% - сахарный диабет) обследованных, при этом определены как нестойкие нарушения в 87% случаев, первая степень выраженности определена у 12%, а вторая степень выраженности выявлена у 1% обследованных.

Заболевания, сопровождающиеся нарушением сенсорных функций, определены как нестойкие нарушения в 93% случаев, первая степень выраженности у отмечалась 3,5%, а вторая степень выраженности у 3,5% обследованных.

Заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдает 41,0% пациентов, а нарушения центральной нервной системы отмечены в 38,6% случаев. При этих заболеваниях наиболее значимым нарушением является нарушение статодинамических функций, в исследуемой группе данные нарушения определены как нестойкие у 64% обследованных, первая степень выраженности выявлена у 18%, а вторая степень выраженности у 18% больных.

Выводы. У больных с ИБС после КШ при освидетельствовании в БМСЭ выявляются коморбидные заболевания. При этом стойкие умеренные нарушения функции ССС констатированы у всех обследованных. Коморбидная патология в большинстве случаев приводила к нестойким нарушениям незначительно выраженного характера. Стойкие умеренно выраженные нарушения были зарегистрированы со стороны сенсорных, статодинамических функций, функции эндокринной системы.

### **Список литературы:**

Оганов Р.Г. Сосудистая коморбидность: общие подходы к профилактике и лечению // РФК. 2015. №1.

Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей). Секция "Сочетанные патологии" Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(6).

Арутюнов, Г.П. Кардиореабилитация / [Г.П. Арутюнов, А.К. Рылова, Е.А. Колесникова и др.]; под ред. Г.П. Арутюнова. - Москва : МЕДпресс-информ, 2013. - 335 с. : ил. ; 22 см. - Библиогр.: с. 309-335.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СВЕТЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОНЦЕПЦИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

**Соловьева Ю.М.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России

Глобальные изменения социальной политики в России на этапах подписания и ратификации Конвенции о правах инвалидов позволили пересмотреть подходы к определению инвалидности и формированию индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). Существенно расширился перечень технических средств реабилитации и возможность их получения, создаются новые реабилитаци-

онные центры, совершенствуются и внедряются новые стандарты и методы диагностики и лечения. Однако многолетний опыт работы в бюро МСЭ показывает, что практически все родители и дети, сталкивающиеся с тяжелым заболеванием и инвалидностью имеют психологические проблемы, зачастую не имеют психологической поддержки, или не обращаются за психологической помощью, хотя очень в ней нуждаются. Чаще всего это касается детей с онкогематологией, нейроонкологией, болезнями нервной системы, генетическими синдромами, психическими расстройствами. Самый сложный период в работе с семьями детей-инвалидов – когда эти дети находятся в возрасте до трех лет. Это связано со сложностями в постановке раннего диагноза, нехваткой необходимых специалистов, а иногда и с отсутствием понимания у ряда специалистов, как надо работать с такими детьми. В России сейчас 533 тысячи детей-инвалидов, причем в последние годы их число растет. В то же время число сирот с инвалидностью, живущих в детских учреждениях, напротив, за последние несколько лет ощутимо снизилось — с 29 тыс. до 19,5 тыс., вероятно, за счет того, что семьи стали чаще брать сирот на воспитание.

Даже при включении в ИПРА ребенка-инвалида нуждаемости в психологическом консультировании, лишь единицы родителей обращаются за помощью. Осложняет ситуацию и отсутствие в центрах социальной помощи необходимых специалистов, работающих по программам для детей-инвалидов такой категории и их родителей. По сути, родители ребенка остаются с тяжелой психологической проблемой один на один, и реакцией на диагноз являются шок, дезорганизация, страх, а происходящее воспринимается необъективно. У ребёнка актуализируются переживания, связанные с изменением физического состояния и резко изменяющихся привычных условий жизнедеятельности. На стадии лечения на первый план выходят реакции на течение заболевания, на изменившиеся условия жизни, окружающей среды, болезненные процедуры и процесс лечения, перераспределение обязанностей внутри семейной системы. В этот период на первый план выходит чувство вины - как у родителей, так и у ребёнка. У родителей на фоне сильной тревоги за жизнь своего ребёнка, возникает желание защитить его от всевозможных опасностей. В период ремиссии заболевания ребенок пытается проявлять большую самостоятельность, но сталкивается, как правило, с гиперопекой родителей. Дети выражают неудовольствие, что проявляется в напряжении детско-родительских отношений. Изоляция ребенка от социума, боязнь возвращения в школьный коллектив являются основными психологическими барьерами для таких семей.

Актуальным направлением в России стало создание программ ранней помощи. Так, в частности, в 1992г. в Санкт-Петербурге была открыта Служба ранней помощи в системе дошкольного образования. При организации Службы был использован опыт подобных программ за рубежом (модели лекотек, реабилитационных центров и программ раннего вмешательства). Под ранней подразумевается помощь, которую детям оказывают с момента их рождения и до трех лет, а при необходимости — до 7–8 лет. Речь идет не только о детях с ограниченными возможностями здоровья и установленной инвалидностью, но и о тех, кто входит в группу риска с особыми потребностями, вызванными медицинскими, биологическими и социальными факторами, с целью содействия оптимальному развитию и адаптации детей в обществе. К последним относятся дети, у которых могут развиваться стойкие нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска: воспитанники сиротских учреждений и дети из семей, находящихся «в социально опасном положении».

К медицинским и биологическим факторам относятся установленные врожденные или приобретенные нарушения, приводящие к определенному (временному или постоянному) ограничению функционирования ребенка и отставанию в развитии. К социальным факторам относятся экономические, социально-бытовые, эмоционально-психологические и (или) другие факторы окружающей среды, неблагоприятно влияющие на психическое развитие и здоровье ребенка.

Программа ранней помощи объединяет междисциплинарные медицинские, образовательные и социально-психологические службы, которые направлены не только на развитие детей, но и на организацию взаимодействия родителей с профессионалами и общественными организациями, распространение информации о детях с особыми потребностями в обществе (сюда можно отнести детей врожденными аномалиями, с синдромом Дауна и другими трисомиями, детей с ДЦП, детей с расстройствами психологического развития аутистического спектра).

В программах ранней помощи обслуживаются дети: а) у которых обнаружено критическое отставание в развитии в одной из следующих областей: познавательное развитие, развитие движения, языка и речи, самообслуживания, социальное и эмоциональное развитие; б) которые живут в физических или психических условиях высокой вероятности задержки в развитии. В последнем случае могут быть выделены дети до трех

лет, проживающие в условиях сегрегации в домах ребенка, усыновленные или взятые под опеку в семью из домов ребенка. До недавнего времени эта группа детей не получала необходимую психолого-педагогическую помощь.

Признавая решающее влияние матери, отца и других близких на развитие ребенка, службы ранней помощи направляют основное внимание на работу с семьей. Таким образом, вместо работы один на один с ребенком, сотрудники программы ранней помощи стремятся перейти к работе как с ребенком, так и с людьми из его ближайшего окружения.

Задачами семейно-ориентированной программы ранней помощи являются: информационная и социально-психологическая поддержка родителей и семьи, а именно: раннее сопровождение и поддержка родителей и членов семьи при рождении ребенка с особыми потребностями; консультирование родителей по вопросам, связанным с индивидуальными особенностями ребенка и условиями его оптимального развития; предоставление информации о законодательных актах, защищающих права ребенка и семьи, о социальных гарантиях, об общественных и государственных организациях, оказывающих необходимую помощь и услуги; определение сильных и слабых сторон ребенка и семьи, а именно оценка основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой, области самообслуживания); определение состояния психического здоровья ребенка, качественных особенностей его отношений с родителями и другими членами семьи; выявление основных потребностей ребенка и семьи; ранняя помощь ребенку и семье: создание программы индивидуального сопровождения ребенка и семьи; междисциплинарное обслуживание ребенка и семьи в соответствии с разработанной программой; отслеживание эффективности ранней помощи и, в случае необходимости, внесение дополнений и изменений в разработанную программу; планирование, подготовка перехода и перевод ребенка и семьи из программы ранней помощи в другие структуры; информирование родительских, общественных и профессиональных организаций о работе программы ранней помощи, ее целях и задачах. На втором этапе реализации Концепции развития ранней помощи (в течение 2018 года), предполагается проведение апробации стандартов оказания услуг в сфере ранней помощи и типовых решений в пилотных регионах в рамках госпрограммы «Доступная среда» на 2011–2020 годы. На третьем этапе (2019 и 2020 годы) планируется оказывать поддержку регионам в формировании программ ранней помощи при создании системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

В Волгоградской области в 2011 году началась работа в учреждениях социальной защиты населения по реализации пилотной программы по оказанию ранней помощи семьям, имеющим детей-инвалидов от 0 до 3 лет (в 4 районах Волгограда: Центральном, Советском, Кировском, Красноармейском и 3 районах Волгоградской области: Светлоярском, Михайловском, Урюпинском). С 2013 года к участникам данной программы присоединилось государственное бюджетное специализированное учреждение социального обслуживания «Центр реабилитации детей и подростков-инвалидов «Надежда».

Поставленные программой задачи выполняли следующие специалисты:

- юристы проводили беседы и консультации с семьей ребенка-инвалида в индивидуальной форме с целью предоставления информационного материала, связанного с социально-правовой защитой детей с ограниченными возможностями;

- инструкторы по адаптивной физической культуре оказывали помощь в выполнении физических упражнений, при этом осуществлялось консультирование родителей по вопросам проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в домашних условиях;

- медсестры по массажу проводили сеансы лечебного и оздоровительного массажа по назначению врача;

- педагоги-психологи проводили психологическое обследование личности ребёнка, выявляли состояние высших психических функций, давали заключения о степени выраженности нарушенных функций, а также проводили индивидуальное, групповое и семейное консультирование;

- учителя-логопеды консультировали родителей по вопросам развития и коррекции речи детей, проводили беседы по формированию речи;

- социальные педагоги совместно с психологами, логопедами разрабатывали программу индивидуальной реабилитации детей-инвалидов, обучали родителей формированию навыков самообслуживания у детей, проводили работу, направленную на развитие навыков общения, улучшение их социальной адаптации. Кроме того, было организовано посещение семей на дому.

В процессе реализации программы успешно проводились занятия в клубах взаимоподдержки родителей, имеющих детей-инвалидов. Для формирования навыков игрового взаимодействия родителей и детей,

развития ребенка, повышения педагогической грамотности родителей проводились групповые занятия детей и родителей. По мнению родителей, реабилитационные мероприятия, проводимые в рамках данной программы, оказались достаточно полезными. Дети из этих семей, в отличие от сверстников, не участвовавших в программе, показывали более высокие результаты развития познавательной деятельности, психических процессов, формирования коммуникативных навыков. Родители отмечали снижение эмоционального напряжения, возникшего у них в связи с рождением ребенка-инвалида, а также расширение сети социальных контактов, повышение педагогической грамотности. Главным итогом такой работы стала возможность полноценного взаимодействия со своим ребенком в процессе игровой деятельности.

Таким образом, за период реализации пилотной программы в 2011-2013г.г. на базе учреждений социальной защиты населения, участвующих в пилотной программе, организовано 12 родительских клубов по психоэмоциональной поддержке родителей детей-инвалидов, проведено 225 мероприятий, направленных на оказание эмоциональной и психологической поддержки, предоставление информации о видах социальной реабилитации. Программой были охвачены 540 семей и 506 детей-инвалидов, которым было оказано 11716 социальных услуг. Кроме того, 207 семей с детьми-инвалидами получили социальные услуги на дому. Весь период реализации программы специалисты учреждения занимались повышением информационной грамотности родителей детей-инвалидов, в том числе посредством распространения различных буклетов, плакатов, памяток и др. После завершения реализации программы как пилотной, работа по оказанию ранней помощи семьям, имеющим детей-инвалидов от 0 до 3 лет, была переведена в основную деятельность учреждений социальной защиты.

В настоящее время в регионе в рамках межведомственного взаимодействия на 2018-2020 годы проводятся мероприятия по разработке новых стандартов, методических рекомендаций и нормативных документов, а также формирование единых подходов к организации работы по предоставлению услуг ранней помощи детям и их семьям. Уже введен в действие совместный приказ Комитета социальной защиты населения Волгоградской области, Комитета образования и науки Волгоградской области, Комитета здравоохранения Волгоградской области от 28.06.2017, 30.06.2017 №1046, № 1747, № 540 «Об утверждении комплекса мер по развитию эффективных практик по оказанию комплексной помощи детям группы риска с признаками расстройства аутистического спектра и с расстройством аутистического спектра в Волгоградской области». Далее Комитетом социальной защиты населения Волгоградской области издан приказ от 24.05.2018г. №796 «О создании служб ранней помощи в организациях социального обслуживания, подведомственных Комитету социальной защиты населения Волгоградской области, в целях оказания комплексной социально-педагогической, социально-психологической, социально-медицинской помощи детям и их семьям».

Безусловно, назрела необходимость создания разветвленной службы психологического сопровождения детей-инвалидов и их семей в лечебных, социальных и образовательных учреждениях. Квалифицированные психологи должны начинать работу с семьей будущего ребенка из групп риска (врожденные аномалии, трисомии) еще на пренатальном этапе, выходить на общение с семьей еще в женских консультациях и перинатальных центрах, с дальнейшим сопровождением после рождения ребенка в лечебных учреждениях (поликлиниках и стационарах) и далее в абилитационных центрах.

В дальнейшем планируется реализовать адаптированные программы для дошкольных образовательных организаций для детей с ограниченными возможностями здоровья, осуществить организацию обучающих курсов для повышения компетентности специалистов, работающих с детьми раннего возраста, имеющих ограниченные возможности здоровья или риск их возникновения, а также провести оценку реализации программы ранней помощи в соответствии с разработанными стандартами.

Все вышеперечисленное не только позволит уменьшить выраженность нарушений функций организма у ребенка с ограниченными возможностями, повысить адаптационные возможности семей, имеющих детей-инвалидов в социуме, расширить возможности инклюзивного (в том числе дошкольного) образования, но и повлиять на снижение уровня инвалидизации детского населения.

### **Список литературы:**

- Крылов А.А. «Психология» 2 издание, Москва, Издательство Проспект; 2005.  
Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.  
Брошюра «Опыт работы учреждений по социальной реабилитации семей, имеющих детей-инвалидов», Министерство труда и социальной защиты Волгоградской области, Волгоград, 2014.

**НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ****Столов С.В.**ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»  
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

В соответствии с Приказом Минтруда №1024н. от 17.12.2015 г. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан учреждениями медико-социальной защиты» условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций, приводящие к ограничению жизнедеятельности,
- необходимость в мерах социальной поддержки.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом. Даже такие грозные осложнения ИБС как перенесенный инфаркт миокарда, комбинированные нарушения ритма сердца и проводимости, реваскуляризация миокарда не являются основанием для установления группы инвалидности, если они не приводят к ограничению жизнедеятельности.

Медико-социальная экспертиза у кардиологических больных осуществляется исходя из оценки клинических признаков заболевания и инструментальных параметров гемодинамики. Оценка ограничений жизнедеятельности кардиологических больных проводится по общепринятым критериям, основываясь на степени выраженности развившихся стойких нарушений функций сердечно-сосудистой системы с учётом контекстных факторов.

При работе с Приказом Минтруда №1024н (17.12.2015 г.) врач-эксперт должен следовать пункту 8 Приказа об условиях признания гражданина инвалидом и учитывать ряд неточностей и противоречий, допущенных при подготовке данного документа.

В разделе, посвящённом сердечно-сосудистым заболеваниям, считаем нужным уточнить экспертные подходы по основным нозологическим формам: ИБС, ХСН, артериальной гипертензии, нарушениям ритма сердца и проводимости.

Гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия)

В пункте 2.1.1. Приказа указано «...нарушение функций в пределах 40-60% устанавливаются при второй и третьей стадиях заболевания...», что входит в противоречие с классификацией ГБ/АГ (РФ, 2013), в соответствии с которой, вторая стадия устанавливается при изменениях органов-мишеней, включающих:

- гипертрофию ЛЖ (ЭКГ, ЭХО-КГ, Рентген);
- микроальбуминурию (10-300 мг/сут);
- повышение креатинина (М: <133 Ж: <124 мкмоль/л);
- снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
- признаки атеросклероза (УЗИ, ангиография): бляшки аорты, сонных, коронарных, н/конечностей;
- толщину интимы-медиа сонной артерии более 0,9 мм;
- скорость пульсовой волны более 12 м/с.

Обращаем внимание, что при второй стадии заболевания поражаются лишь органы-мишени, но не происходит развитие ассоциированных клинических состояний (АКС), включающих ИБС, ХСН, ЦВБ (энцефалопатию, деменцию), выраженную ретинопатию, ХБП/диализ, окклюзионное поражение артерий, выявляемых только при третьей стадии ГБ. Поражение органов-мишеней не приводит к развитию ОЖД, поскольку развитие АКС не происходит, поэтому установление инвалидности при второй стадии ГБ/АГ неправомерно.

Только наличие АКС (третья стадия ГБ/АГ) является основанием для освидетельствования в бюро МСЭ. АКС включают:

- Сердце (стенокардия, ИМ, ХСН, АКШ/стенты)
- Головной мозг (инсульт, проходящие нарушения мозгового кровообращения, энцефалопатия)
- Глазное дно (кровоизлияния и экссудаты с отёком соска зрительного нерва)
- Почки: ХПН (ХБП), креатинин > 133 (124) мкмоль/л, протеинурия > 300 мг/сут
- Сосуды: окклюзионные поражения периферических артерий с клиникой (перемежающая хромота), расслаивающаяся аневризма аорты.

В этом же пункте Приказа «...нарушение функций в 40-60% устанавливаются при наличии средне-тяжёлых кризов (3-5 раз в год) или редких (1-2 раза в год) тяжёлых кризов...», что также входит в противоре-

чие с разделом 8 настоящего Приказа. Существующая классификация ГБ/АГ (РФ, 2013) не делит кризы по тяжести «среднетяжёлые / тяжёлые кризы». К тому же при кризах наступает временная нетрудоспособность. Наличие кризов свидетельствует о неадекватном ведении пациента или требует дообследования для исключения вторичных форм артериальной гипертензии. Таким образом, наличие только гипертонических кризов без развития стойких расстройств функций организма, не может быть условием признания гражданина инвалидом.

Заключение. Гипертоническая болезнь (АГ) является одним из факторов (значимым фактором) риска развития сердечно-сосудистой патологии, наряду с гипергликемией, гиперхолестеринемией, ожирением, курением и др. Наличие даже стойко повышенного АД, не приведшего к ассоциированным клиническим состояниям, является поводом для дальнейшего обследования и лечения больного.

Нами предлагается следующий вариант пункта 2.1.1, который позволит объективно проводить МСЭ у больных ГБ/АГ:

- Нарушение здоровья вследствие гипертонической болезни I, II стадии, АГ 1, 2 степени, характеризующееся I (незначительной) степенью стойкого нарушения функций сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной и др. систем, оцениваемых количественно в диапазоне 10-20% (Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н, приложение, п.2.1.1.1.), не приводит к значимому ограничению жизнедеятельности и не даёт основания для установления группы инвалидности.

- Нарушение здоровья вследствие гипертонической болезни III стадии, АГ 1, 2, 3 степени, характеризующееся II (умеренной) степенью выраженности стойкого нарушений функций сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной и др. систем (ХСН II А ст., ХБП 3 ст. и т.п.), оцениваемых количественно в диапазоне 40-50% (Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н, приложение, п.2.1.1.2), после проведения полного комплекса реабилитационных мероприятий, приводящее к ограничению жизнедеятельности (способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, самостоятельному передвижению и др.) по двум и более категориям I степени в их различных сочетаниях, необходимости социальной защиты, даёт основание для установления III группы инвалидности.

- Нарушение здоровья вследствие гипертонической болезни III стадии, АГ 1, 2, 3 степени, характеризующееся III (выраженной) степенью выраженности стойкого нарушений функций сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной и др. систем (ХСН II Б ст., ДЭ II-III ст., ХБП 4 ст.), оцениваемых количественно в 70% (Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н, приложение, п.2.1.1.3), после проведения полного комплекса реабилитационных мероприятий, приводящее к ограничению жизнедеятельности (способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, самостоятельному передвижению и др.) по одной и более категориям 2 степени в их различных сочетаниях, необходимости социальной защиты, даёт основание для установления II группы инвалидности.

- Нарушение здоровья вследствие гипертонической болезни III стадии, АГ 1, 2, 3 степени, характеризующееся рефрактерностью к лечению, IV (значительно выраженной) степенью выраженности стойкого нарушений функций сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной и др. систем (ХСН III ст., ХБП 5 ст., ДЭ III ст.), оцениваемых количественно в 90-100% (Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. №1024н, приложение, п.2.1.1.4), приводящее к ограничению жизнедеятельности (способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, самостоятельному передвижению и др.) по одной и более категориям 2 степени в их различных сочетаниях, необходимости социальной защиты, даёт основание для установления I группы инвалидности.

Хроническая сердечная недостаточность

В соответствии с пунктом 2.2.3. Приказа у больных ХСН инвалидность устанавливается в следующих случаях:

- Умеренное нарушение функции сердечно-сосудистой системы:

ХСН II А стадия, ФК II, III – III группа инвалидности

- Выраженное нарушение функции сердечно-сосудистой системы:

ХСН II Б стадия, ФК III, IV – II группа инвалидности

- Значительно выраженное нарушение функции сердечно-сосудистой системы: ХСН III стадия, ФК IV – I группа инвалидности.

В Приказе обращает внимание несоответствие между стадиями и функциональными классами (ФК) ХСН, что усложняет проведение экспертизы по диагнозам, в котором указан только ФК.

В соответствии с классификацией ХСН по классам (НУНА, 2003) II ФК приводит к лёгкому ограниче-

нию функции сердечно-сосудистой системы, поэтому не может быть основанием установления инвалидности.

IV ФК (терминальный) относится к полностью необратимому классу ХСН с тяжёлым ограничением функций. Таким образом, IV ФК (NYHA) соответствует III стадии ХСН, поэтому для него должна устанавливаться первая группа инвалидности, как это принято для III стадии. Однако в пункте 2.2.3 Приказа указано, что IV ФК может одновременно соответствовать и 70% и 90%.

В разделах Приказа «После операции на сердце», «Травма сердца», «Реваскуляризация» сохраняются те же ошибки в трактовке IV ФК ХСН (NYHA), для которой может устанавливается и 70%, и 90-100%.

#### Стенокардия

В соответствии с пунктом 2.2.1. Приказа у больных стенокардией инвалидность устанавливается в следующих случаях:

- стенокардия II ФК – вне группы (30%)
- стенокардия III ФК, протекающая при сочетании с ХСН до IIА ст. включительно – III группа (40-50%)
- стенокардия III ФК при сочетании с ХСН до IIБ ст. включительно – II группа (70%)
- стенокардия IV ФК при сочетании с ХСН до III ст. включительно – I группа (90-100%)

Приказ, таким образом, разрешает при стенокардии III ФК устанавливать как третью, так и вторую группу инвалидности, определяя выбор наличием сопутствующей ХСН. Это ошибочное положение Приказа, поскольку для ХСН существует свой раздел (2.2.3.) Приказа. Пункт 2.2.1. предназначен для экспертизы стенокардии. В значительном числе случаев стенокардия не сопровождается ХСН. В предыдущем Приказе №664 вопрос экспертизы больных ИБС решался по другому: стенокардия II ФК – третья группа инвалидности, стенокардия III ФК – вторая группа, стенокардия IV ФК – первая группа.

Целесообразно было бы вернуться к положению приказа №664, поскольку стенокардия II ФК появляется при ходьбе на расстояние более 200 м, при подъёме уже на второй этаж, что относится к категории умеренного ограничения жизнедеятельности, которое сохраняется на фоне всего комплекса терапии.

Подтверждением адекватности предлагаемого нами варианта экспертизы может служить пункт 2.2.2. Приказа, в соответствии с которым, «...все формы ХИБС со стенокардией II ФК, умеренными нарушениями сердечного ритма; безболевого ишемия миокарда II ФК и продолжительностью ишемии (Холтер) от 11 до 39 мин. при сочетании с ХСН IIА ст. – устанавливается III группа инвалидности (40-50%). При этом мы предлагаем положение «...при сочетании с ХСН IIА ст.» – убрать из Приказа.

Продолжение пункта 2.2.2. Приказа предлагаем оставить в прежней редакции: все формы ХИБС со стенокардией III ФК с выраженными нарушениями ритма сердца, постинфарктной аневризмой с внутрисердечным тромбозом; безболевого ишемия III ФК, суммарной ишемией (Холтер) 40-59 мин. при сочетании с ХСН IIБ ст. – II группа (70%). Убрав при этом положение о сочетании с ХСН IIБ ст.

Также требуется изменение пункта 2.2.2. Приказа в отношении суточного мониторирования ЭКГ, которое рекомендовано (РФ, 2018) только для диагностики нарушений ритма сердца и проводимости, но не оценки тяжести коронарной недостаточности. Для верификации функционального класса (тяжести) стенокардии необходимо проведение ишемического теста, но не мониторирования ЭКГ (см. нац.руководство по кардиологии, 2018).

Из Приказа необходимо убрать положение о времени ишемии миокарда в минутах, которое до 39 мин соответствует третьей группе инвалидности, 40 мин – второй, более 60 мин – третьей. В нац.реком. кардиологии РФ (2018) акцентировано: запрещено использовать Холтеровское мониторирование ЭКГ для диагностики стенокардии; оно предназначено только для диагностики нарушений ритма сердца и вазоспастической формы стенокардии, которая не является предметом освидетельствования. Тяжесть стенокардии определяется переносимостью нагрузок в ваттах или МЕТ (метаболические единицы), но не минутах!

Требуется расшифровка положения п. 2.2.2. «...все формы ИБС». Уточнить конкретно о чём идёт речь: инфаркт миокарда, ХСН, нарушения ритма, нестабильная стенокардия.

Положение п.2.2.4. «...если проба с физической нагрузкой противопоказана...», которое указано для первой и второй групп инвалидности – неприемлемо, поскольку оно не оговорено для третьей группы инвалидности; важно помнить, что проба с нагрузкой – является единственным критерием оценки тяжести расстройств сердечно-сосудистой системы. В соответствии с рекомендациями РКО (2015, 2018) I ФК стенокардии соответствует нагрузка 125 Вт (или более 7 метаболических единиц – МЕТ); II ФК – 75-100 Вт (4-6,9 МЕТ); III ФК – 50 Вт (2-3,9 МЕТ); IV ФК – 25 Вт (менее 2 МЕТ).

В пункте 2.2.2. Приказа указано: «...ХИБС со стенокардией III ФК, с выраженными постоянными и/или пароксизмальными нарушениями ритма, постинфарктной аневризмой с внутрисердечным тромбозом; безболевая ишемия миокарда III ФК с ишемией 40-59 мин/сут при ХСН IIБ ст. – 70%», что полагаем нецелесообразно, поскольку положение относительно нарушений ритма сердца представлены в соответствующем разделе Приказа.

Положение относительно аневризмы сердца и второй группы инвалидности требует существенной переработки. До 20-30% всех передних инфарктов миокарда сопровождается формированием аневризмы левого желудочка, наличие которой не определяет развитие ОЖД. Тромб в аневризматической полости не является облигатным признаком осложнений, поскольку в течение 2-3 недель тромб эндотелизируется, риск тромбоэмболий исчезает. Формирование хронической застойной сердечной недостаточности происходит вне зависимости от аневризмы сердца, поскольку ХСН в большей мере связана с площадью и локализацией инфаркта миокарда. К тому же хроническая сердечная недостаточность при аневризме сердца выявляется лишь в 50% случаев.

Кроме того, правильно писать не «внутрисердечный тромбоз», а тромб!

Нарушения ритма сердца и проводимости

В соответствии с пунктом 2.2.8. Приказа основанием для третьей группы инвалидности (40-60%) указаны следующие аритмии/блокады:

- ФП (нормосистолическая форма),
- синусовая брадикардия с частотой 40-45 в мин;
- синусовая тахикардия от 100 до субмаксимальной;
- брадиаритмии (СА или АВ) с частотой не менее 45 уд/мин и паузами не менее 2 секунд;
- экстрасистолы и парасистолы более 30 в час, до 3-5 эпизодов/сутки групповых (парных) ЭС;
- брадиаритмия вследствие полной АВ-блокады с частотой желудочковых сокращений не менее 40-45 в мин.

Установленным фактом является положение о том, что фибрилляция предсердий (ФП, мерцательная аритмия) НЕ ВЛИЯЕТ! на прогноз (тяжесть ХСН) при нормосистолии (чсс = 60-90). Продолжительность жизни при нормосистолической ФП такая же как на синусовом ритме! ФП может лишь увеличивать риск инсульта, если не принимать антикоагулянты. Тахиформа ФП переводится в нормосистолию при назначении  $\beta$ -адреноблокаторов, антагонистов кальция и др. антиаритмиков в абсолютном большинстве случаев, поэтому не может приводить к прогрессированию ХСН, развитию/появлению ОЖД. Это же относится и к синусовой тахикардии, которая практически всегда контролируется медикаментозно.

Брадиаритмии с частотой более 40 в минуту не формируют ОЖД, кроме случаев тяжёлого течения основной патологии (ИБС, ЦВБ), по которой и будет проводиться экспертиза. Нарушения ритма и проводимости могут выступать лишь как сопутствующая патология у больных ИБС/ЦВБ.

Экстрасистолия/парасистолия не приводит к расстройствам гемодинамики и ОЖД, кроме случаев тяжёлого течения основной патологии (ИБС, ЦВБ), по которой и будет проводиться экспертиза. Экстрасистолия может выступать лишь как сопутствующая патология у больных ИБС/ЦВБ. Назначение антиаритмической терапии устраняет экстрасистолию/парасистолию.

Вышесказанное в полной мере относится к продолжению пункта 2.2.8. Приказа:

«...синусовая тахикардия с субмаксимальной и более ЧСС; ФП (тахи- или бради- формы); частая экстрасистолия, регулярный эктопический предсердный, АВ и желудочковый ритмы с нормальной, ускоренной или замедленной частотой желудочковых сокращений – при которых устанавливаются аж 70%.

Все перечисленные виды нарушений ритма не могут быть основанием к установлению группы инвалидности т.к. не приводят к ОЖД. Они требуют лекарственной терапии, хирургического вмешательства, но не освидетельствования, тем более установления второй группы инвалидности.

В соответствии с пунктом 2.2.7. Приказа (пароксизмальные нарушения ритма) группа инвалидности устанавливается в зависимости от того, каким напряжением они провоцируются, частотой возникновения и продолжительностью пароксизмов:

- умеренные пароксизмальные НРС: пароксизмы аритмии с частотой 3-6 раз в год, продолжительностью до 12 часов, провоцируются умеренным напряжением – оцениваются в 40-60%;
- выраженные пароксизмальные НРС: пароксизмы аритмии с частотой 6-9 р/год, продолжительностью 12-24 часа, провоцируются незначительным напряжением – оцениваются в 70-80%;
- значительно выраженные пароксизмальные НРС: пароксизмы аритмии с частотой более 9 раз в год (ежемесячно или ежедневно); продолжительностью более 12 часов; провоцируются незначительным напря-

жением (без провоцирующих факторов) – оцениваются в 90%.

Ещё раз обращаем внимание, что в соответствии с основными положениями Приказа №1024н, освидетельствование проводится только при стойких расстройствах функций; пароксизмальные нарушения не являются стойкими, поэтому не могут приводить к ОЖД.

Кроме того, в существующей классификации нарушений ритма сердца отсутствует понятие «провоцируется лёгким/тяжёлым напряжением» поскольку является субъективным.

В приказе не указаны типы пароксизмальных аритмий – желудочковые, наджелудочковые, что является принципиальным для оценки прогноза.

Необходимо помнить, что нарушения ритма являются следствием нозологических форм (ИБС, ГБ, кардиомиопатий). Аритмии – лишь симптом заболевания, поэтому экспертиза собственно нарушений ритма не требуется.

Абсолютное большинство нарушения ритма устраняются медикаментозно или хирургически. Частота аритмий свидетельствует о недостаточной компетенции лечащего врача или неисполнительности больного.

#### Заключение

В Приказе №1024н имеется значительное число неточностей и ошибок, которые требуют исправлений. Отдельные пункты противоречат основному положению Приказа (см. раздел IV. «Критерий для установления инвалидности, П.8.»). так, например, артериальная гипертензия и нарушения ритма сердца являются лишь факторами развития сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому по ним не должна проводиться экспертиза. Данные нозологические формы должны быть исключены из Приказа, поскольку экспертиза сердечно-сосудистых заболеваний проводится по нозологиям, которые приводят к ОЖД.

Исправление допущенных неточностей и ошибок позволит упростить работу врача-эксперта, исключит субъективный фактор при проведении освидетельствования кардиологических больных.

#### Список литературы:

- Национальные рекомендации по кардиологии. Под ред. Е.В. Шляхто. – 2018. – ГЭОТАР. – 1112 с.  
Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации. Журнал Сердечная Недостаточность. – 2017;18 (1).  
Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (шестой пересмотр). – М.2015. – 46 с.

## **СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА ЗА 2013-2017 ГОДЫ**

**Тыкыл-оол О.А., Наксыл Л.В., Кыргыз З.М.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России, г. Кызыл.

Резюме: в данной статье приведен анализ динамики структуры первичной инвалидности вследствие цирроза печени у взрослого населения в Республике Тыва за 2013-2017 годы. Рассчитаны и сопоставлены показатели удельного веса и уровня инвалидности вследствие болезней органов пищеварения в общем контингенте впервые признанных инвалидами. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней органов пищеварения за данный период с ростом в два раза превышает средние показатели в СФО и РФ. Уровень первичной инвалидности вследствие цирроза печени за исследуемый период имел тенденцию к снижению, но за последний год уровень первичной инвалидности взрослого населения вновь возрос до 2,3 на 10.000 населения. В структуре инвалидности преобладают граждане трудоспособного возраста ( молодой возраст), жители городских поселений, инвалиды второй группы.

В структуре данного контингента преобладают лица с низким потенциалом и с неблагоприятным прогнозом.

Ведущими причинами первичной инвалидности данной патологии являются: циррозы печени вирусной этиологии и смешанной этиологии (вирус+ алкоголь).

Цель исследования: Анализ показателей первичной инвалидности вследствие цирроза печени у взрослого населения Республики Тыва и выявление тенденций ее динамики, закономерностей формирования и особенностей структуры этого контингента инвалидов.

Материалы и методы. Данная статья написана по результатам обращаемости в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Тыва» Минтруда России по данным годовой отчетной формы №7 собес за 2013-2017годы. Период исследования, наблюдение с 2013-2017г.

В структуре среди впервые признанных инвалидов вследствие заболеваний органов пищеварения ежегодно более 65,0 - 70,0% составляют больные с хроническими заболеваниями печени. Такие синдромы, как циррозы печени, занимают значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения, оставаясь крайне актуальной социально-экономической и клинико-эпидемиологической проблемой здравоохранения. Это связано с широкой распространенностью основных этиологических факторов в виде персистенции гепатотропных вирусов, сочетающихся с ростом потребления населения алкоголя. На сегодняшний день из-за особенностей течения заболевания и тяжести последствий при циррозе печени инвалидность среди трудоспособного возраста по республике остается высокой. Актуальность проблемы первичной инвалидности при данной патологии состоит в том, что с 2014 года на территории Республики Тыва наметилась тенденция роста первичной инвалидности вследствие хронических заболеваний печени.

Показатели первичной заболеваемости при циррозе печени по Республике Тыва не стабильны, на 100 тыс. населения, в 2014г -29,5 и 2015г - 26,0.

Учитывая социальную значимость цирроза печени, нами проведен анализ имеющихся сведений о первичной инвалидности данного контингента больных прошедших освидетельствование во всех бюро МСЭ за период 2013-2017годы.

По данным статистической отчетности по форме № 7-сособс Главное бюро МСЭ по РТ общее число впервые признанных инвалидов в группе старше 18-ти лет вследствие всех классов болезней в Республике Тыва составило: за 2013г-1315 человека, 2014г-1358 инвалидов, 2015- 1255 инвалида, в 2016г абсолютное количество впервые признанных инвалидов сократился до 1198человека, темп снижения составил всего 4,5%,а за последний год возрос до 1345 человек, темп роста за 2017год составил 12,2%. В среднем за 5лет группа инвалидности определена - 1294 человек. В структуре первичной инвалидности взрослого населения Республики Тыва с учетом классов болезней первичная инвалидность вследствие болезней органов пищеварения стабильно занимал 7-ое ранговое место. За последний год из-за разделения первого места между болезнью системы кровообращения и со злокачественными новообразованиями, первичная инвалидность вследствие болезней органов пищеварения занял 5-ое ранговое место .

Уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней органов пищеварения по республике за изучаемый период с 2013-по 2017 года не стабилен 3,8-3,0-3,1-2,6-3,4 соответственно по годам, максимально в 2013г 3,8 со снижением до 2,6 в 2016году. За последний год уровень первичной инвалидности вследствие болезней органов пищеварения возрос до 3,4 на 10.000 населения . В среднем за 5лет уровень первичной инвалидности вследствие болезней органов пищеварения 3,2 на 10тыс. взрослого населения. За наблюдаемый период уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней органов пищеварения в республике среди субъектов по Сибирскому федеральному округу и в РФ в два раза выше (СФО- 1,3РФ-1,2 на 10 тыс. взрослого населения).

За 5лет наблюдения из числа впервые признанных инвалидов вследствие болезней органов пищеварения более 65,0% среди признанных инвалидами приходится на циррозы печени. С 2013 по 2016г уровень первичной инвалидности вследствие цирроза печени составлял 2,6-2,3-2,0-1,6со стабильным незначительным снижением, а за последний год уровень первичной инвалидности вследствие цирроза печени вновь составил 2,3 на 10 тыс. взрослого населения.

По данным медицинской документации граждан за 2017 год ведущими этиологическими причинами вследствие цирроза печени старше 18-ти лет в республике являются:

- 1-ое место циррозы печени вирусной этиологией – 40,0%,
- 2-ое место циррозы смешанной этиологии – 30,0%,
- 3-е место токсической этиологии -17,5%,
- 4-ое место криптогенной- 8,0%,
- 5- место билиарный-4,5%.

Частыми причинами этиологических факторов цирроза печени в республике являются персистенция гепатотропных вирусов ,сочетающихся с ростом потребления населения алкоголя.

Анализ структуры первичной инвалидности вследствие цирроза печени с учетом различных возрастных групп взрослого населения показал, что наименьшую долю составила лица пенсионного возраста (жен-55лет муж-60лет) от общего числа. Следует отметить, что доля лиц пенсионного возраста среди ВПИ за

период наблюдения нестабильна от 11,5 в 2013г до 17,4 в 2017г. В среднем доля лиц пенсионного возраста составляет 14,0%.

За последний год абс. Количество лиц пенсионного возраста среди впервые признанных инвалидов возрос в два раза.

Удельный вес лиц среднего возраста (жен -45-54 муж 45-59л) в 2013-2014г имел 38,4-39,0%, а с 2015 по 2017 год с тенденцией к снижению, темп снижения составил -33,0%.

Среди впервые признанных инвалидами вследствие цирроза печени за все годы исследования преобладали лица молодого возраста (жен. и муж. -18-44лет). За период 2013-2017г их доля от 50,0-50,0-47,5-53,1-56,6% соответственно по годам. С 2015года доля признанных инвалидов молодого возраста с тенденцией к росту, темп роста составил +15,0%, в 2016г со снижением на -26,0%, за последний год вновь возрос, темп роста составил +53,0%.

В среднем доля лиц молодого возраста составляет более 50,0% от общего числа.

Таким образом, структура первичной инвалидности по возрастной категории вследствие цирроза печени за период с 2013-2017г была представлена лицами трудоспособного возраста. Среди инвалидов трудоспособного возраста преобладали лица молодого возраста.

Изучение структуры первичной инвалидности вследствие цирроза печени по тяжести инвалидности выглядит следующим образом:

В целом за период наблюдения преобладает доля лиц со второй группой инвалидности, максимальное значение регистрировалось в 2015г -75,0%, минимальное в 2017г- 50,0%, а в среднем составило 65,0%. Чаще всего при первичном освидетельствовании лицам с циррозом печени устанавливалась вторая группа инвалидности.

Удельный вес инвалидов первой группы за изучаемый период со стабильным ростом 3,8-4,3-5,0- 9,4-13,0% соответственно по годам. За последний год доля признанных инвалидов с первой группой возрос, темп роста составил в два раза.

Удельный вес третьей группы в республике не стабилен, 23,1- 24,0-20,0-25,0-37,0% соответственно по годам. За 2017год доля инвалидов с третьей группой возрос до 37,0%, по сравнению с предыдущим годом возрос в два раза. В среднем за изучаемый период доля лиц с третьей группой составил 30,0%.

Таким образом, по тяжести инвалидности среди ВПИ вследствие цирроза печени, можно говорить об утяжелении инвалидности вследствие цирроза печени (рост инвалидности при первой группе с одновременной убылью второй группы инвалидности).

В структуре контингента впервые признанных инвалидами вследствие цирроза печени среди взрослого населения в республике с учетом места проживания в течение всего периода наблюдения оставалась достаточно стабильной. Таким образом, из выше представленных данных за период с 2013по 2017годы преобладает городское население.

Анализ причин определяющих высокий уровень инвалидности вследствие цирроза печени в республике показал высокую значимость следующих факторов:

-недостаточной эффективностью профилактических осмотров населения и диспансерного наблюдения за хроническими заболеваниями печени.

- несвоевременное обращение за медицинской помощью.

-отсутствие у пациентов заинтересованности в проведении профилактических и лечебных мероприятий.

-низкая мотивация населения к соблюдению здорового образа жизни.

-нерациональное или несбалансированное питание, а также распространенность в населении лиц, злоупотребляющих алкоголем.

-невысокая эффективность профилактической работы первичного звена здравоохранения направленной на проведение профилактических прививок против гепатита и несвоевременное выявление цирроза печени и факторов риска ее развития.

Анализируя изложенное выше, можно сделать следующие выводы:

1. За годы наблюдения уровень первичной инвалидности вследствие органов пищеварения в Республике Тыва выше аналогичных показателей по РФ и СФО.

2. В анализируемый период (2013-2017гг.) уровень первичной инвалидности взрослого населения республики вследствие цирроза печени остается стабильно высоким.

3. Основными этиологическими факторами при циррозе печени по частоте является циррозы печени вирусной этиологии и смешанного генеза (алкоголь+вирус).

4. Преобладающий контингент инвалидов вследствие цирроза составляют лица молодого возраста.  
5. На протяжении всего анализируемого периода преобладали инвалиды со второй группой инвалидности.

6. За последние два года среди ВПИ выявлена тенденция возрастания крайне тяжелой первой группы инвалидности.

7. По месту жительства среди впервые признанных инвалидов преобладают городское население.

Результаты проведенного анализа дают основания говорить о необходимости внедрения и территориальных комплексных программ профилактики, ранней диагностики и лечения хронических заболеваний печени, что будет способствовать к снижению тяжести, смертности и инвалидности вследствие цирроза печени в республике.

### Список литературы:

- Федеральный закон от 03.05.2012г №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»  
Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13. Декабря 2006г.  
Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под редакцией чл.-корр.РАЕН профессора М. В. Коробова, профессора В. Г. Помникова. Санкт-Петербург 2017г.  
Медико-социальная экспертиза при внутренних и профессиональных болезнях, туберкулезе органов дыхания. Санкт-Петербург 2017г. Под редакцией доцента З.Д. Шварцмана.  
А.В. Виноградов Дифференциальный диагноз внутренних болезней г.Москва Медицина 1987г.  
Абдурахманов, Д. Т. Хронический гепатит В и D : учеб.-метод. пособие для врачей / Д. Т. Абдурахманов, Т. Н. Лопаткина. М., 2004. - 38 с.  
Абдурахманов, Д. Т. Хронический гепатит дельта: клинко-морфологическая характеристика, течение и исходы / Д. Т. Абдурахманов // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. - № 4. - С. 14-18.  
Агапитова С. В. Характеристика иммунных дисфункций у больных хроническими вирусными гепатитами с исходом в цирроз печени : автореф. дис. канд. мед.наук: 14.00.36 / С. В. Агапитова. -Новосибирск, 2008. 22  
Анализ ассоциации полиморфных вариантов генов GSTP1 и GSTM1 с выживаемостью больных циррозом печени вирусной и алкогольной этиологии / М. И. Рачковский, И. А. Гончарова, Э. И. Белобородова и др. // Бюл. сибирской медицины. 2009. - Т. 8, № 2. - С. 45-49.  
Аутоиммунные нарушения и методы их оценки при гепатитах различной этиологии / В. В. Немов, М. И. Попкова, З. И. Никитина и др. // Медицинский альманах. 2009. - № 2. - С. 139-141.  
Бобров, А. Н. Этиологическая структура циррозов печени по результатам пятнадцатилетнего наблюдения / А. Н. Бобров, С. А. Белякин, С. В. Плюснин // Вестн. Военно-медицинской академии. -2011.-Т. 1.-С. 76-80.  
Болезни печени по Шиффу. Цирроз печени и его осложнения. Трансплантация печени / Юджин Р. Шифф, Майкл Ф. Соррел, Уиллис С. Мэддрей; пер. с англ. В. Т. Ивашкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -592 с.  
Бондаренко, А. Л. HCV-цирроз печени: клиника. Диагностика, прогностические критерии его формирования на этапе хронического гепатита С / А. Л. Бондаренко, С. В. Барамзина // Вятский медицинский вестник. 2010.-№3.-С. 3-8.  
Буеверов А. О. Алкогольная болезнь печени / А. О. Буеверов // Consiliummedicum. 2002. - № 3. - С. 23-26.  
Бурневич Э. 3. Современные взгляды на противовирусную терапию цирроза печени в исходе хронического гепатита С. / Э. 3. Бурневич // Лечеб. дело. 2010. - № 4. - С. 102-112.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

<sup>1</sup>Углева Е.М., <sup>1</sup>Столов С.В., <sup>1</sup>Макарова О.В., <sup>1</sup>Ямщикова Т.Ю., <sup>1</sup>Тярасова К.Г., <sup>2</sup>Антипова О.В.

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,

<sup>2</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России

По состоянию на 31 декабря 2017 г. кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации по предварительным данным составило 1 220 659 человек. В конце 2017 г. в стране проживало более 943 999 россиян с диагнозом ВИЧ-инфекция, в том числе 276 660 умерших больных. Наибольший уровень пораженности населения наблюдается в возрастной группе 30-44 года.

ВИЧ-инфекция наиболее распространена среди людей молодого возраста. Она приводит к нарушению функции различных органов и систем, ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности. Динамика инвалидности после установления группы инвалидности весьма незначительна.

Обследовано в динамике 51 человек больных ВИЧ, освидетельствованных в бюро МСЭ Санкт-Петербурга. Среди них мужчин – 45, женщин – 6, в возрасте от 23 до 52 лет. Длительность анамнеза составила от 2 до 15 лет. У всех больных установлена 4 стадия ВИЧ, фаза А у 2, фаза Б – у 3, фаза В – у 46. На момент первичного освидетельствования антиретровирусную терапию получали все пациенты. Количество клеток CD4+ на момент освидетельствования составило от 20 до 850 в мкл. Вторичная инфекция была представлена следующими заболеваниями: ВИЧ-ассоциированный энцефалит, менингоэнцефалит, энцефалопатия, деменция в сочетании с токсоплазмозом головного мозга, цитомегаловирусной инфекцией обнаружен у 42 больных.

При повторном освидетельствовании антиретровирусную терапию (АР терапию) получали 49 чел, 2 – отменили ее самостоятельно из-за выраженных когнитивных расстройств вследствие ВИЧ-энцефалита. В результате проводимой АР-терапии количество клеток CD4+ возросло от 25 до 150 в мкл и более (максимально до 1400), что отражает положительный ответ на медицинскую реабилитацию.

Положительная динамика инвалидности при повторном освидетельствовании отмечена у 8 человек: частичная реабилитация достигнута у 7 (со II на III группу), полная – у одного человека. Не было изменений у 15 человек (была повторно определена I группа), в том числе в 12 случаях I группа установлена бессрочно. Все инвалиды I группы нуждались в получении ТСП (санитарные кресла, подгузники).

У 28 человек при повторном освидетельствовании наблюдалась отрицательная динамика заболевания и определена более высокая группа инвалидности: с III на I группу инвалидности – у 2, со II на I – у 26, в том числе, в 12 случаях – бессрочно. Фаза ВИЧ у всех освидетельствованных данной группы была 4В, у 15 – в сочетании с гепатитом В/С или В+С (4 случая), у 7 – с туберкулезом, признаки множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) зафиксированы у 3. Инъекционные наркотические вещества в этой группе ранее потребляли 6 больных. ВИЧ-ассоциированный энцефалит в сочетании с менингоэнцефалитом вплоть до деменции, токсоплазмозом головного мозга, цитомегаловирусной инфекцией обнаружен у 26 больных; у одного – рак легкого IV стадии с метастазами в головной мозг, у одного – первичная лимфома головного мозга. Все больные, кроме двух, получали постоянную антиретровирусную терапию, на фоне которой CD4+ клеток до 50 в 1 мкл определялось у 2; 51-100 – у 1, 100-150 клеток – у 3; 151-200 – у 2, 200-500 в 1 мкл у 11; более 500 клеток - у 9 человек. У 4 человек наблюдалась фаза прогрессирования несмотря на проводимое лечение.

Во всех случаях определяющими были нарушения со стороны ЦНС: энцефалопатия на фоне оппортунистических инфекций – менингоэнцефалиты, энцефалопатии смешанного генеза, полинейропатии. В данной группе 12 больным в программе ИПР определили нуждаемость в ТСП (санитарные кресла, подгузники).

Таким образом, на освидетельствование в бюро МСЭ направляются больные ВИЧ чаще всего в 4В стадии, большинство пациентов получает до освидетельствования постоянную антиретровирусную терапию. Основными заболеваниями, ухудшающими течение заболевания и приводящими к утяжелению инвалидности, являются поражения нервной системы (менингоэнцефалиты, энцефалопатии, полинейропатии). Полный комплекс реабилитационных мероприятий в целом эффективен только в 15% случаев, что требует дальнейшей работы в этом направлении в тесном сотрудничестве органов здравоохранения и социального обеспечения. Наиболее неблагоприятными вариантами течения заболевания являются сочетание ВИЧ-инфекции/СПИД и туберкулеза с МЛУ и внелегочными очагами, гепатитом С, поражением нервной системы, потреблением наркотических веществ, что приводит к прогрессированию заболевания и значительно затрудняет реабилитацию больных.

### Список литературы:

Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2017 г. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. [http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv\\_in\\_russia/hiv\\_in\\_rf\\_31.12.2017.pdf](http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2017.pdf)

Медико-социальная экспертиза при внутренних болезнях и туберкулезе органов дыхания: руководство для врачей /под ред. С.В. Столова, З.Д. Шварцмана.- СПб.: «Любавич», 2017.-663с.

## **ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В Г. МОСКВЕ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ЗА 2015-2017ГГ**

**Филиппольская Л.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России

Ежегодно в мире выявляют 10 млн. новых больных злокачественными новообразованиями (ЗН) 8 млн. человек умирают от них.

По своей частоте и распространенности злокачественные заболевания занимают второе место в общей структуре заболеваемости, инвалидности и смертности, уступая лишь болезням сердечно-сосудистой системы. Это связано с вредными привычками (курение и этанол являются причиной 80% возникновения рака гортани, легких и пищевода), особенности питания (избыточное потребление жиров, соли, копченостей, консервантов, нитратов и нитритов в 30—70% случаев сопутствуют возникновению раку толстой кишки), изменениями окружающей среды. Причины злокачественного перерождения клеток скрыты в геноме, где наблюдаются «ошибки» в химической структуре определенных генов.

Рак – болезнь преимущественно второй половины жизни. Риск развития рака до 75 лет составляет в России для женщин 19,8%, для мужчин – 27,5%. Если же взять тот же риск до 60 лет, то он значительно ниже – 8,2% для обоих полов. Различия в возрастной структуре заболеваемости мужского и женского населения проявляются отчетливо после 30 лет в группе заболевших. В возрастной группе 30–59 лет наибольший удельный вес имеют ЗН молочной железы (15,7%), трахеи и бронхов, легкого (9,7%), кожи с меланомой (10,0%). А в структуре заболеваемости лиц пожилого возраста (60 лет и старше) преобладают опухоли кожи с меланомой (16,4%), трахеи и бронхов, легкого (10,8%), молочной железы (9,5%) и желудочного тракта 7,3%. Как видно, что максимальное число заболеваний приходится на возрастную группу 65–69 года (16,1%): у мужчин – 18,4%, у женщин – 14,3%.

Таким образом, также наблюдается тенденция к повышению уровня заболеваемости ЗН, причём прирост заболеваемости у женщин в два раза выше, нежели мужчин.

В подавляющем большинстве ведущие позиции занимают рак молочной железы и рак тела матки у женщин, у мужчин рак предстательной железы, опухоли кожи, колоректальный рак и заболевания лимфатической и кровеносной ткани. Повсеместно снижается рак пищевода и желчных протоков, однако летальность больных с данной локализацией злокачественного новообразования в течение года с момента установления диагноза одна из самых высоких (пищевода составляет – 58,5%, а локализация злокачественного новообразования в печени, внутривенных желчных протоках и поджелудочной железе 68,3%) в сравнении с летальностью при раке молочной железы 6,4%, раке щитовидной железы 4,1%, раке кожи (кроме меланомы) 0,6%.

Смертность от злокачественных опухолей выше, чем от ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии вместе взятых (В.Н. Чисов, 1995-2004; М.Н. Давыдов 1999-2007). Отмечается, что наиболее высокий показатель летальности онкологических больных наблюдается на первом году после установления диагноза (около 45%), на втором году наблюдения (около 15-17%). Если говорить о России, то за год у нас умирают порядка 300 тысяч онкобольных, причём почти 47% из них – женщины, а 53% смертей пришлось на мужское население. В Российской статистике мужской смертности на лидирующих позициях рак легких – 26,9%, желудка – 13,5%, толстой кишки – 12,7%, опухоли системы мочевого выделения и простатическое новообразования – 7,2%. Что касается женского населения России, то у них картина смертности от онкологии выглядит несколько иначе: 20,1% смертей приходится на рак молочной железы; 10,2% – желудочные опухоли; 9,8% умирает от онкологии в ободочной кишке; 6,7% от бронхолегочных или трахейных опухолевых процессов, столько же от опухолей в прямой кишке или рака яичников и 5,4% составляет раковая опухоль матки.

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. При онкологических патологиях степень выживаемости обычно измеряют пятилетними периодами. Термин «пятилетняя выживаемость» показывает, что болезнь на протяжении этого времени не дала рецидивов. Позже рак возвращается редко, поэтому спустя пять лет пациент считается излеченным. В нашей стране выживаемость находится на сравнительно низком уровне, составляя всего 40% онкобольных, например, в Америке после лечения выживают порядка 64% пациентов, а во Франции – 60%. Выживаемость во многом зависит от стадии онкологического процесса на момент его диагностирования и локализации опухоли:

При раке, обнаруженном на I стадии – выживаемость составляет- 92% (удельный вес больных с опухолевым процессом I стадии от числа больных впервые в жизни установленным диагнозом ЗН самый высокий при локализации рака кожи (кроме меланомы) –97,1% , рака губы –85,6%, рака тела матки – 82,4% и раке щитовидной железы –75,5%, таким образом, вышеописанные локализации опухолевого процесса выявляются на более ранней стадии и соответственно клинический и трудовой прогноз значительно благоприятней; При II стадии характерно 76% выживаемости;

При опухолях на III стадии выживаемость достигает 56%(на III стадии чаще всего выявляют локализацию злокачественного новообразования в гортани 40,6%, в глотке 39,0%, в яичнике 38,8%) и на IV стадии рака после лечения выживают всего 12% пациентов (самый высокий удельный вес больных с запущенным онкопроцессом при локализации рака в поджелудочной железе – 60,5%, рака печени и внутривенных протоков 58,8%, локализации ЗН в трахеи, бронхах и легких 40,9% . Таким образом, наихудшие прогнозы у пациентов с раком поджелудочной железы (пятилетняя выживаемость 3–6%) и раком легких (пятилетняя выживаемость 3 (мелкоклеточный рак легких) – 13%). Остальные нозологические формы лечатся значительно лучше, например, при раке толстой кишки излечиваются более половины пациентов, при раке кожи 85–90% (кроме меланомы кожи, при которой прогноз значительно хуже и зависит от стадии онкологического процесса).

По данным ФКУ «ГБМСЭ по г. Москве» Минтруда России за период с 2015г. по 2017г. в структуре инвалидности злокачественные новообразования занимают второе ранговое место после болезней системы кровообращения и неуклонно возрастает их удельный вес.

В структуре общей контингента число впервые признанных инвалидов, вследствие ЗНО и БСК в г. Москве за 2015-2017гг. составляет:

В 2015 всего признано инвалидами в г. Москве 161 053 человек, из них впервые признано инвалидами, вследствие БСК 23 643, что составило 14,6% и впервые признано инвалидами, вследствие ЗН 15 071, что составило 9,4%.

В 2016 всего признано инвалидами в г. Москве 160 053 человек, из них впервые признано инвалидами, вследствие БСК 23 857, что составило 14,9% и впервые признано инвалидами, вследствие ЗН 13 121, что составило 8,2%.

В 2017 всего признано инвалидами в г. Москве 157 235 человек, из них впервые признано инвалидами, вследствие БСК 21 353, что составляет 13,6%, и впервые признано инвалидами, вследствие ЗН 15 861, что составляет 10,0%.

Отмечается тенденция к уменьшению числа впервые признанных инвалидами, вследствие болезней системы кровообращения и тенденция к увеличению числа лиц признанных инвалидами, вследствие злокачественных новообразований.

В структуре общей контингента число инвалидов, вследствие ЗН составляет:

В 2015 всего признано инвалидами в г. Москве 161 053 человек, из них признано инвалидами вследствие ЗН 34 248, что составляет 21,2%.

В 2016 всего признано инвалидами в г. Москве 160 053 человек, из них признано инвалидами вследствие ЗН 38 147, что составляет 23,8%.

В 2017 всего признано инвалидами в г. Москве 157 235 человек, из них признано инвалидами вследствие ЗН 38 203, что составляет 24,1%.

Представленные данные свидетельствуют о том, что удельный вес инвалидов, вследствие злокачественных новообразований в динамике за 2015-2017гг. характеризуется увеличением. Отмечается тенденция к повышению числа повторно признанных инвалидами, вследствие злокачественных новообразований.

Анализ статистических данных ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России за 2015-2017гг. показателей впервые признанных инвалидами, вследствие злокачественных новообразований взрослого населения по тяжести инвалидности показал, что из общего числа впервые признанными инвалидами в 2015г 15 071 (44%) доля впервые признанными инвалидами первой группы 3267, что составляет 21,6%; доля впервые признанными инвалидами второй группы 8535, что составляет 56,6% и доля впервые признанными инвалидами третьей группы 3269, что составляет 21,7%. В 2016г из общего числа впервые признанными инвалидами 13121 (34,3%) доля впервые признанными инвалидами первой группы 3108, что составляет 23,7%; доля впервые признанными инвалидами второй группы 5645, что составляет 43,0% и доля впервые признанными инвалидами третьей группы 4368, что составляет 33,3%. В 2017г из общего числа впервые признанными инвалидами 15861 (24,6%) доля впервые признанными инвалидами первой группы 3914, что составляет

23,7%; доля впервые признанными инвалидами второй группы 7588, что составляет 47,8% и доля впервые признанными инвалидами третьей группы 4359, что составляет 27,4%.

Представленные данные отмечают в динамике тенденцию к росту удельного веса I группы инвалидности и некоторую стабильность удельного веса II и III групп инвалидности.

Показатели повторно признанных инвалидами, вследствие злокачественных новообразований взрослого населения по тяжести инвалидности за 2015-2017 гг, следующие: из общего числа повторно признанными инвалидами в 2015 г. 19 177 (55,9%) доля впервые признанными инвалидами первой группы 2264, что составляет 11,8%; доля повторно признанными инвалидами второй группы 9688, что составляет 50,5% и доля повторно признанными инвалидами третьей группы 7225, что составляет 37,7%. В 2016 г из общего числа повторно признанными инвалидами 19319 (50,6%) доля повторно признанными инвалидами первой группы 3163, что составляет 16,4%; доля повторно признанными инвалидами второй группы 7594, что составляет 39,3% и доля повторно признанными инвалидами третьей группы 8562, что составляет 44,3%. В 2017 г. из общего числа повторно признанными инвалидами 22342 (58,4%) доля повторно признанными инвалидами первой группы 3033, что составляет 13,6%; доля повторно признанными инвалидами второй группы 9289, что составляет 47,6% и доля повторно признанными инвалидами третьей группы 10020, что составляет 44,8%.

Как видно по представленным данным, что в структуре повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований отмечается снижение удельного веса I группы инвалидности в 2017 году и тенденция к некоторому росту удельного веса II и III групп инвалидности в сравнении с 2016 годом.

На показатели инвалидности населения влияет не только рост заболеваемости, но и ухудшение социально-экономического положения лиц трудоспособного возраста, снижения уровня жизни всех слоев населения, в том числе пенсионеров, снижением доступности и качества медицинской помощи. Наиболее серьезную проблему представляет высокий уровень инвалидности среди лиц пенсионного возраста.

Если рассмотреть распределение признанных инвалидами по тяжести инвалидности и возрасту можно отметить, что преобладают инвалиды второй группы и лица пенсионного возраста. Удельный вес признанных инвалидов вследствие злокачественных новообразований лица пенсионного возраста в 2015 г. составляет 60,6 % от числа признанных инвалидами со ЗН, в 2016— 60,5% и в 2017 г —61,0%. То есть, тенденция роста их удельного веса в структуре инвалидности.

Среди признанных инвалидами, вследствие ЗН в 2015 число лиц мужского пола 14 752 из общего количества признанных инвалидами 34 248, что составляет 43,0% из них лиц трудоспособного возраста 6097 (41,3%) и лиц пенсионного возраста 8655 (58,6%). Признано инвалидами, вследствие ЗН лица женского пола 23 624, что составляет 68,9%, из них лиц трудоспособного возраста 8646 (36,6%) и лиц пенсионного возраста 14 978(63,4%).

Среди признанных инвалидами, вследствие ЗН в 2016 число лиц мужского пола 15 783 из общего количества признанных инвалидами 38 147, что составляет 41,4% из них лиц трудоспособного возраста 7278 (46,1%) и лиц пенсионного возраста 8505(53,8%). Признано инвалидами, вследствие ЗН лица женского пола 21 199, что составляет 55,5%, из них лиц трудоспособного возраста 7823 (36,9%) и лиц пенсионного возраста 13 376(63,0%).

Среди признанных инвалидами, вследствие ЗН в 2017 число лиц мужского пола 14 832 из общего количества признанных инвалидами 38 203, что составляет 38,8% из них лиц трудоспособного возраста 6156 (41,5%) и лиц пенсионного возраста 8676 (58,5%). И лица женского пола признано инвалидами, вследствие ЗН 23 371, что составляет 61,8%, из них лиц трудоспособного возраста 8652 (37,0%) и лиц пенсионного возраста 14 719 (62,9%). Из представленных данных наглядно видно, что доля лиц признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований женского пола превалирует.

Особенностью инвалидности вследствие ЗНО является её тяжесть (более 90% впервые освидетельствуемых установлена I и II группы инвалидности) и сравнительно низкий процент реабилитации. Наряду с объективными причинами этого, обусловленными тяжестью патологии, существует и целый ряд субъективных, прежде всего –сохраняющееся отсутствие дифференциального подхода к оценке клинического и трудового прогноза врачами МСЭ. Основой такого дифференцированного подхода является индивидуальное клинико-трудовое прогнозирование, основанное на оценке прогностических факторов у каждого освидетельствуемого (локализация и размер опухоли, степень прорастания стенки органа, состояние регионарных лимфатических узлов и объем и радикальность лечения, сроки наблюдения после лечения, последствия

проведенного лечения). Ссылаясь на приказ 1024н от 17.12.2015г. хочется отметить в разделе 2 п.4 –« если приложением к настоящим классификациям и критериям не предусмотрена количественная оценка степени выраженности стойких нарушений той или иной функции организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, имеющимися у освидетельствуемого лица, то степень выраженности стойких нарушений функций организма человека в процентном выражении устанавливается исходя из клинико-функциональной характеристики заболеваний, характера и тяжести осложнений, стадии, течения и прогноза патологического процесса», а также отметить Примечание к пункту 14 Количественной оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека. Таким образом при освидетельствовании гражданина, со ЗН следует индивидуально оценивать локальные факторы прогноза и учитывать возможность адаптации и компенсации, наличие осложнений.

### Список литературы:

- Обязательные диагностические исследования при медико-социальной экспертизе : метод. пособие / И. И. Заболотных [и др.]. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. – 102 с.
- Пузин, С. Н. Приоритетные направления организации медико-социальной экспертизы на современном этапе / С. Н. Пузин // Вестн. всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе и реабилитац. индустрии. – 2005. – №1. – С. 5-8.
- Пузин, С. Н. Современные технологии управления процессом формирования инвалидности и совершенствования реабилитации инвалидов / С. Н. Пузин, С. П. Запарий, Т. Г. Равдугина. – Москва : Изд. дом ТОНЧУ, 2009. – 199 с.
- Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы / А. И. Осадчих [и др.]. – Москва : Медицина, 2002. – 368 с.
- Коробов, М. В. Статистика медико-социальной экспертизы / М. В. Коробов, Л. Н. Карпов, К. А. Калянков. – Санкт-Петербург : СПбИУВЭК, 2002. – 155 с.
- Дымочка, М. А. Качество медико-социальной экспертизы в комплексном решении проблем инвалидности / М. А. Дымочка, Т. А. Назаров // Вестн. всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе и реабилитац. индустрии. – 2006. – № 1-2. – С. 98-101.
- Дымочка, М. А. Методологические основы определений, классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы с учетом требований Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) : метод. пособие / М. А. Дымочка. – Москва, 2009. – 21 с.
- Дымочка, М. А. Основные принципы оценки трудоспособности инвалида / М. А. Дымочка, С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова // Современные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов : материалы науч.-практ. конф. – Москва, 2008. – С. 6-7.
- Дымочка, М. А. Перспективы развития современной концепции инвалидности с учетом положений Международной классификации функционирования / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова // Мед.-соц. пробл. инвалидности. – 2011. – №2. – С. 6-9.
- Дымочка, М. А. Современные аспекты организации и пути повышения качества осуществления медико-социальной экспертизы : информ. письмо / М. А. Дымочка. – Москва, 2009. – 9 с.
- Шестаков В.П., Лебедева Н.Н., Свинцов А.А., Никитченко И.И. и соавт. Методология и методические подходы к разработке медико-экономических стандартов реабилитации инвалидов // Методические рекомендации, СПб., ФГУ «СПбНЦЭПР им. Альбрехта ФМБА России», 2010, 216 с.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».
- Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора. Методическое пособие. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Том первый. – М.: 2014, 344 с.
- Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора. Методическое пособие. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Том второй. – М.: 2014, 368 с.
- Пузин С.Н., Огай Д.С. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований и пути развития системы медико-социальной реабилитации инвалидов. Монография. М.-2014 г.- 286 с.
- Домашенко А.А. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований и пути совершенствования системы медико-социальной реабилитации на региональном уровне / А.А. Домашенко, Л.Н. Чикинова // Монография, Ростов-на-Дону, 2013, 280 с.
- Гришина Л.П. Анализ первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения в Российской Федерации, Федеральных округах и их субъектах в динамике за 5 лет (2006-2010 гг.) / Л.П. Гришина, А.А. Домашенко, Д.С. Огай // Ж. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, М., 2012, №2, С. 46-52.

## **АНАЛИЗ НАЗНАЧЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ (ТСР) ПО ЛЕНИНОГОРСКОМУ МУНИЦИПАЛЬНОМУ РАЙОНУ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2017ГГ.**

**Хасанов А.Ш., Габидуллина Н.Х.**

Бюро МСЭ №20 Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)»

***Резюме:** В статье представлен анализ состояния разработки ИПРА инвалида в отношении технических средств реабилитации в Лениногорском муниципальном районе Республики Татарстан. Проведено сравнение показателей назначения разных технических средств реабилитации.*

Проблема обеспечения инвалидов ТСР многоаспектна и актуальна на сегодняшний день. Реализация права инвалида на обеспечение ТСР начинается с правильно разработанной ИПРА инвалида. При существующем порядке, на основе действующих законодательных нормативных документов, сотрудники бюро МСЭ вносят в ИПРА конкретные рекомендации с учетом данных медицинских организаций, заключений медико-технических комиссий протезно-ортопедических предприятий, с учетом потребности инвалида. Со вступлением в силу приказа Министерства Труда и социальной Защиты РФ от 9 декабря 2014 г. N 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» подбор ТСР стал более понятен для граждан, единообразным для сотрудников бюро МСЭ.

В результате освидетельствования ИПРА разрабатывается каждому признанному инвалидом. Количество разработанных ИПРА по годам 2014, 2015, 2016, 2017 соответственно составило 899/827/841/836. С потребностью в ТСР 395/293/286/310. Рекомендовано технических средств реабилитации 826/566/493/593. Количество ТСР на 1 инвалида 1,1/1,46/1,7/1,4.

Четко прослеживается уменьшение нуждающихся в ТСР: на 109 за три года (2014-2016 года), в 2017 году нарастание на 24 нуждающихся. Абсолютное количество рекомендованных ТСР также уменьшается, что составляет 333 единицы ТСР в штуках по сравнению с 2014 в 2016 годом, в 2017 также рост на 100.

Среди назначенных ТСР явно выделяется большая группа ТСР объединяющая трости, костыли, опоры, ходунки, поручни. Эта группа занимает первое ранговое место, со снижением к 2017 в два раза от 2014 года. На втором ранговом месте - адсорбирующее белье, подгузники. Назначение этих средств реабилитации обусловлено тяжелыми тазовыми нарушениями, подтвержденные данными обследования у уролога и проктолога медицинской организации. Отмечается явное снижение при определении показаний для обеспечения противопролежневыми матрацами и подушками. Стабильное количество назначенных экзопротезов молочной железы и грации, полуграции, бюстгалтеры для фиксации протеза молочных желез. Уменьшилось количество выписанных тростей опорных на 4%, костылей на 1,4 %, что связано с уменьшением общего количества инвалидов, обратившихся на освидетельствование. Количество выписанных комнатных кресел-колясок сохраняется примерно на уровне 5 %, а количество прогулочных кресел-колясок уменьшилось на 1,14%. Увеличилось количество выписанных кресел-стульев с санитарным оснащением с 4,23% до 7,3% (+ 3%), что связано с уточнением данных по результатам обследований и с учетом показаний и противопоказаний при нарушениях функций тазовых органов. Увеличилось количество выписанных протезов нижних конечностей на 0,44% в связи с увеличением освидетельствованных с патологией костно-мышечной системы для улучшения качества жизни пациентов с ампутациями конечностей. Отмечается увеличение выписанных ТСР: специальные устройства для чтения «говорящих книг» на 1,5 %, специальные устройства для оптической коррекции слабовидения на 1%, что также связано с увеличением числа освидетельствованных с патологией зрения, обратившихся за коррекцией ИПР/ИПРА. Обращает на себя внимание в сравнении с 2014 годом, что в 2016 году отмечается увеличение количества выписанных специальных средств, при нарушениях функций выделения и средств по уходу с 1,2% до 3%. Это связано с изменившимся контингентом обратившихся больных на освидетельствование в бюро МСЭ - онкологические больные после оперативного лечения при желудочно-кишечных заболеваниях. По сравнению с 2014, 2015 годом в 2016 году увеличилось количество выписанного адсорбирующего белья на 0,93% (с 5,56% до 6,49%). Также увеличилось количество выписанных подгузников на 4,8 %. (с 5,9% до 10,7%). Данный рост выписанных подгузников был связан с тем, что в 2017г была освидетельствована целевая категория инвалидов, находящихся в домах интернатах, а также с тем, что в течение года несколько освидетельствованных обращались повторно за коррекцией ИПРА для изменения размера подгузника.

### **Список литературы:**

Приказ Министерства Труда и социальной Защиты РФ от 9 декабря 2014 г. N 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»

Отчетность по ЕАВИАС.

## ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АГГРАВАЦИЮ ИЛИ СИМУЛЯЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Шабанова О.А., Скляренко Р.Т., Бесаев Г.М.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

Аннотация: в работе проанализированы, по данным литературы, основные методы выявления симуляции или аггравации при обследовании больных с патологией функции кисти во МСЭ, которые имеют практическую значимость в экспертной работе.

При проведении МСЭ, исследуя функцию верхних конечностей, врач-эксперт может встретиться с пациентами, которые выдают себя за больных без объективного на то основания (симулянты), или с такими, у которых незначительные нарушения функции кисти представляются более тяжелыми (агграванты).

Врач-эксперт должен всегда учитывать возможность аггравации и симуляции, поскольку не распознавание их понижает авторитет врача и перед другими больными. В то время как симуляция, сознательное представление симптомов заболевания, как правило, встречается у самых обыкновенных обманщиков и истериков, аггравация, то есть увеличение существующих субъективных жалоб, наблюдается при неврозе на почве травмы и у психоневротических больных.

Довольно сложно при обследовании выраженности нарушения функции кисти провести резкую границу между аггравацией и симуляцией. Очень трудно анализировать о сознательности или же несознательности поведения больного, необходимо стараться провести принципиальное различие между психогенными реакциями и симуляцией.

Целью врача-специалиста по МСЭ при исследовании пациента с патологией верхних конечностей является как установление диагноза, так и определение функциональных возможностей конечности, т.е. ее работоспособности. Для этого во внимание должны приниматься данные анамнеза, опроса, осмотра пациента, результаты проведенных исследований. Данные инструментальных исследований функции кистевого схвата дают подробную информацию о состоянии кисти, но требуют специального оборудования, что не всегда возможно в практике врача-специалиста по МСЭ.

При подозрении на симуляцию опрос и обследование больного должны быть особенно тщательными. После повреждений предплечья и кисти часто остаются ригидность или слабость поврежденных в прошлом отделов, что «подталкивает» склонных к этому больных на аггравацию. У психотических личностей небольшие остаточные явления превращаются в навязчивую идею, они теряют силу воли, и, так как конечность, ввиду бездействия, становится все более неприспособленной, больные считают себя неспособными выполнять какую-либо работу и совсем не пользуются рукой.

Еще до обследования больного, поведение его может дать врачу ценные указания. Важным ориентиром для врача может быть оценка того, как освидетельствуемый входит в кабинет врача, как раздевается, щадит или не щадит при этом какой-нибудь сустав. Чрезвычайно важно провести обследование в дружеской обстановке, даже и в том случае, если врач замечает, что имеет дело с симулянтом. Врачу-эксперту желательно создать вид полного доверия, этим облегчается раскрытие симуляции и аггравации.

Для выявления симуляции рекомендуется использовать ряд несложных методов. *Повторные исследования* при точной регистрации полученных данных. Симулянту или агграванту, не имеющему специальной подготовки, трудно повторно указать локализацию поражения и особенно трудно повторить одну и ту же амплитуду движений в суставах.

*Отвлечение внимания больного.* Это наиболее просто достигается в случаях, когда во время исследования врач разговаривает с больным. При наличии жалоб на ригидность в суставах больного просят двигать одновременно больной и здоровой конечностями. При быстрой смене сгибания и разгибания больной путается, дает противоречивые ответы.

*Вызов удивления больного* и при этом проведение исследования.

Наиболее часто встречается аггравация или симуляция ригидности плечевого сустава. Для уточнения диагноза врач, располагаясь за спиной больного и придерживая лопатку, может отметить происходит ли боковое движение в самом суставе или оно происходит при помощи лопатки. При подозрении на симуляцию и аггравацию врач пассивно поднимает верхнюю конечность, а затем внезапно опускает её. Если конечность падает

постепенно, то врач может обнаружить, что больной способен и на некоторое активное движение. Эффективно выполнение и другого приема, когда врач-эксперт предлагает освидетельствуемому взяться руками за спинку стула или за край стола и присесть, при этом следует концентрировать внимание исследуемого на то, что якобы врач-эксперт определяет подвижность в суставах ног. Очень часто, приседая, исследуемый поднимает «больную» руку выше горизонтального уровня. Можно попытаться двигать конечность больного в лучезапястном и локтевом суставах, якобы обращая полное внимание на исследование этих суставов, и незаметно произвести движение в плечевом суставе.

Умышленное ограничение подвижности в локтевом или лучезапястном суставах встречается весьма редко, так как функция этих суставов более наглядна и удерживать локтевой сустав в неподвижном состоянии для симулянта является трудным. Если все же имеется выраженная ригидность в этих суставах, то рентгенограммы суставов и сравнительные измерения окружности плеча и предплечья укажут на наличие или отсутствие поражений сустава. Имеющаяся гипотрофия или атрофия мышц плеча или предплечья пораженной конечности указывает на ограничение или отсутствие функции указанных суставов.

Наиболее часто встречается симуляция ригидности суставов пальцев кисти. Удерживать один палец в неподвижном состоянии при быстром движении остальными пальцами весьма трудно. Для выяснения истины специалист-эксперт предлагает освидетельствуемому закрыть глаза, скрестить руки и быстро двигать пальцами, то же повторяется со скрещенными за спиной руками. Исследуемый концентрирует внимание на одной руке и легко запутывается. Затем врач-эксперт производит пассивное сгибание пальцев одновременно на обеих руках. Сравнивая объем движений при активном и пассивном движениях, дается оценка истинности поражения.

В тех случаях, когда исследуемый показывает слабость мышц кисти, его просят попеременно сжимать и разжимать здоровую и больную кисть. Затем то же повторяется с закрытыми глазами при перекрещенных руках спереди и за спиной. При этих исследованиях аггравант или симулянт весьма скоро запутывается.

Сила сжатия кисти зависит от положения сгибания или разгибания в лучезапястном суставе. Наибольшая сила кисти будет в положении разгибания и наименьшая - сгибания. Это помогает врачу в установлении истины, особенно если исследуемый видит шкалу динамометра. При равных данных динамометрии полученных при сгибании и разгибании кисти в лучезапястном суставе можно думать об умышленных действиях освидетельствуемого.

Применение динамометра для измерения силы при аггравации и симуляции ограничено, но если при динамометрии подвижных в любой степени пальцев, получен «0», то это явно указывает на симуляцию или аггравацию. Даже при сильнейших болях показания динамометра будет выше нуля. При подозрении на аггравацию, когда динамометрия дает какие-то величины, проба повторяется при закрытых глазах или при повернутой к ладони исследуемого шкалой динамометра. Когда повторные пробы дают приблизительно одинаковые результаты, то можно думать об истинном поражении мышц кисти.

При наличии жалоб со стороны больного на отсутствие работоспособности из-за боли врач должен стараться установить локализацию боли: имеется ли она в коже, в мышцах, в суставе или же в кости. Если локализация боли при надавливании или движении не совпадает с указанной больным локализацией, врач не должен говорить о возникшем у него подозрении. Поведение больного и в таких случаях может помочь при выяснении истины. Специалист по МСЭ должен обратить внимание на то, что при прикосновении к больной кисти первым рефлексом является защитный (отдаляющий) рефлекс, и только за этим следует проявление боли. Защитный рефлекс не может быть угнетен, и упомянутый порядок является законным. Если при исследовании больной сначала реагирует на боль и только потом оттягивает руку, у врача должно возникнуть подозрение на аггравацию.

Подавляющее большинство людей при рождении являются амбивалентами, однако, так как во всех областях жизни преобладает пользование правой рукой, то, по привычке, люди становятся правшами. Нередко, левши утверждают, что они правши, а в случае травм левой руки и правши стараются убедить врача в том, что они левши. Выраженные левши встречаются только в 2—3% случаев.

Различить правшу и левшу по внешним признакам, т.е. по характеру оmozолелости, ширине кисти, динамометрии бывает достаточно трудно. Наиболее удачной пробой является проба по Киршу: врач просит больного прижать плечи к грудной клетке и указательными пальцами обеих рук описать круги в одном и том же направлении. Круговые движения левой рукой у истинных левшей совершенны, а правой рукой - угловаты. У правшей правая рука описывает правильные круги, а левая — угловатые.

Также освидетельствуемому предлагается закрыть глаза и, не отрывая карандаша от листа бумаги, нарисовать 6-10 окружностей вокруг одной точки, при этом в движении должна участвовать вся рука.

Лучше всего если исследуемый будет рисовать окружности одновременно обеими руками сначала в одну сторону, а затем в другую. Ведущая рука рисует более правильные окружности, тогда как у неведущей руки окружность по форме приближается к треугольнику или квадрату со скругленными углами или к вытянутому овалу.

Весьма нередко исследуемые, перенесшие травму кисти, предплечья и даже плеча, ссылаются на отсутствие движений и чувствительности из-за повреждения периферических нервов. Врач должен помнить, что повреждение нервов через длительное время приводит к трофическим расстройствам. Если пациент способен сблизить кончики пальцев в «шепотку» и разгибать ногтевую фалангу большого пальца, то повреждение двигательных нервов исключается, так как для этих движений необходима целостность всех нервов кисти.

Исследование чувствительности при помощи иглы, будучи субъективным методом, не дает возможности для распознавания симуляции. Поражение нервов в течение длительного времени всегда приводит к трофическим расстройствам. Паралич и нарушение чувствительности истерического происхождения на руке локализуется в виде перчатки и никогда не соответствует анатомическому ходу нервов. В ответ на просьбу врача двигать парализованными пальцами, больной, как правило, не делает даже попыток движения и не двигает ни одним пальцем или же одновременно действует сгибателями и разгибателями так, что пальцы не могут двигаться.

Полная чувствительность кисти складывается из тактильной, температурной, глубокой и болевой чувствительности, но, при субъективности оценки, исследование этих видов чувствительности мало значат в экспертной практике, потому что при исследовании аггравантов, детей, тяжелобольных и слабо концентрирующих свое внимание людей, они запугивают врача.

Среди объективных методов определения нарушения проводимости периферических нервов наиболее простой и информативный - пальцевый тест по Мобергу (pickinguptest): поднятие мелких предметов при закрытых глазах. На стол высыпаются различные мелкие предметы (кнопки, спички, пуговицы и др.) и исследуемого просят собрать эти предметы в коробку как можно быстрее, сначала одной рукой, затем другой. После того, как освидетельствуемый выполнит это несколько раз, предлагается произвести собирание предметов с закрытыми глазами и повернутой головой, при этом просят испытуемого называть каждый предмет. При сохранении чувствительности исследуемый «видит» каждый предмет при закрытых глазах так же, как и слепой.

Можно попросить освидетельствуемого с закрытыми глазами вынимать спички из коробки и класть их обратно. В норме обычно захват осуществляется большим, указательным средним пальцами, тогда как при поражении, например, срединного нерва больной старается захватывать предмет большим и безымянным (или мизинцем) пальцами.

Если предложить исследуемому выполнить тонкие операции пальцами кисти вроде завязывания узлов, соединения большого пальца поочередно с каждым длинным пальцем в «кольцо», удержать тонкий лист бумаги между пальцами, вдевания нитки в иголку, застегивания и расстегивания пуговиц на одежде и т.п., то при повреждении нервов он не способен выполнить эти действия или же выполняет их, но только при помощи здоровых пальцев.

#### Заключение.

Для правильного экспертного решения при освидетельствовании больных в бюро МСЭ необходимо использовать знания и актуальные простые и объективные методы выявления случаев аггравации и симуляции у больных с патологией верхних конечностей, наряду с комплексом полного клинико-экспертного обследования.

#### Список литературы:

- Губочкин Н.Г. Избранные вопросы хирургии кисти / Н.Г. Губочкин, В.М. Шаповалов // НПО Профессионал. 2008. — 288 с.: Клюквин И.Ю. Травмы кисти / И.Ю. Клюквин, И.Ю. Мигулева, В.П. Охотский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 192 с. : ил.
- Кочетков Ю.Т., Горностаева М.В. Исследование функции кисти при экспертизе трудоспособности —М.ЦБНТИ. —1982 — 38 с.
- Клюквин И.Ю. Травмы кисти / И.Ю. Клюквин, И.Ю. Мигулева, В.П. Охотский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 192 с. : ил
- Усольцева Е.В. Хирургия заболеваний и повреждений кисти / Е.В. Усольцева, К.И. Машкара. — Л.: Медицина, 1986. — 352 с.
- Хлызова И. В., Смирнова Л. М, Гаевская О. Э. Инструментальная оценка функции кистевого схвата/ Медико-социальная экспертиза и реабилитация, № 1, 2013 —с.38-43
- Царев В.Н., Зубиков В.С., Волошин В.П., Дорожко И.Г., Маргынченко Д.В. Диагностика нарушения подвижности в суставах пальцев кисти / Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2010. — № 3. — С. 68–74.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО - ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО - ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ НА АППАРАТАХ PRIMUS RS, ЭРГОМЕТР В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПЕРИОД 2016 – 2017 ГГ.**

**Шамшева Е.В., Саликова С.И., Гриценко Е.Н., Юревич Л.В.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России» г. Омск

**Введение.** Актуальность проблемы. В рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» оснащено специальным высокотехнологичным диагностическим оборудованием для оптимизации работы учреждения и минимизации количества ошибочных решений при проведении медико-социальной экспертизы.

**Цель исследования.** Изучение потребности в дополнительном обследовании инвалидов на аппаратах Эргометр и Primus RS при проведении медико-социальной экспертизы в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» за период 2016 – 2017 гг.

**Материалы и методы.** Анализ проведён на основании результатов, полученных при исследовании на специальном диагностическом оборудовании в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» за 2016 – 2017 гг.

**Результаты.** В своей практической деятельности ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» использует аппараты PRIMUS RS и Эргометр для оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы, для объективизации степени нарушения статодинамических функций с ноября 2015 года. Диагностическое обследование проводится пациентам, при проведении экспертизы которым, возникают затруднения в оценке степени выраженности вестибулоатактического синдрома, нарушения статодинамических функций, степени снижения мышечной силы.

Специальное диагностическое оборудование позволяет провести одному пациенту несколько исследований, в связи с этим число обследуемых меньше числа проведенных обследований. За 2016–2017 гг. проведено 4800 исследований, из них в 2017 г. – 2563–53,4% от общего числа обследований за 2 года.

На аппарате PRIMUS RS в 2016–2017 гг. проведено 2607 диагностических обследований, из них в 2017 г. – 1359 обследований, что на 8,9% больше, чем в 2016 г. (1248 обследований). Исследование на аппарате PRIMUS RS позволяет оценить физические/функциональные возможности изолированного сустава или мышечной группы (измерение максимальной силы, определение процента дефицита при сравнении правой и левой сторон туловища).

В структуре заболеваний при исследовании преобладали заболевания ЦНС – 835 (61,4% от общего числа обследований), что на 11,6% больше, чем в 2016 г. (621 обследование – 49,8%), периферической нервной системы – 132 обследования (9,7%), на 2,3% меньше, чем в 2016 г. (150 обследований – 12,0%). Пациентам с болезнями костно-мышечной системы проведено 231 обследование (17,1%), на 4,5% меньше, чем в 2016 г. (270 обследований – 21,6%). Пациенты с последствиями травм обследовались в 161 случаях (11,8%), что на 4,8% меньше, чем в 2016 г. (207 обследований – 16,6%).

Среди общего числа обследований преобладали обследования функций коленных суставов – 451 случай, с тенденцией к уменьшению, как абсолютного числа на 10,8% (2016 г. 549 случаев), так их удельного веса с 44,0% до 33,2% от общего числа обследований на PRIMUS RS.

В анализируемый период возросла потребность в обследовании функций: кисти с 248 (19,9%) до 292 (21,5%); локтевых суставов с 187 (15,0%) до 278 (20,5%); тазобедренных суставов с 51 (4,1%) до 128 (9,8%); плечевых суставов с 26 (2,1%) до 102 (7,5%); лучезапястных суставов с 3 (0,2%) до 4 (0,3%) случаев. Количество обследований голеностопных суставов уменьшилось с 173 (13,9%) до 93 (7,1%), трехпальцевого захвата с 11 (0,8%) до 7 (0,5%).

Обследование в среднем занимает 15–20 мин. Используются необходимые насадки в зависимости от уровня обследования. Степень снижения силы рассчитывается по формулам: остаточная сила = показатель дефектной конечности x 100/показатель здоровой конечности; потеря мышечной силы = 100% – остаточная сила. По результатам обследования на аппарате PRIMUS RS отклонений от нормы не выявлено – 225 случаев (16,6%), незначительное снижение мышечной силы отмечалось у 505 обследуемых (37,2%), умеренно выраженное снижение – 317 случаев (23,3%), выраженное снижение – 188 случаев (13,8%); значительно выраженное снижение в 124 случаях (9,1%). В 2016 г. в результатах исследования также преобладали

незначительные нарушения – 414 случаев (33,2%), умеренные – 302 случая (24,2%), отклонений от нормы не выявлено в 255 случаях (20,4%).

В 2017 г. на PRIMUS RS проведено 67 обследований (4,9% от числа проведенных обследований) в возрасте от 6 до 17 лет, из них 44 (65,7%) мальчикам и 23 (34,3%) девочкам; в возрастной группе от 18 до 44 лет – 270 обследований (19,9%), из них 163 (60,4%) мужчинам и 107 (39,6%) женщинам. Из общего числа обследований преобладают обследования, проведенные во второй возрастной группе – 782 (57,4%), из них 379 (46,7%) женщинам в возрасте от 45 до 54 лет, 433 (53,3%) мужчинам в возрасте от 45 до 59 лет. В третьей возрастной группе 210 исследований (15,5%), из них 126 (60,0%) женщинам старше 55 лет и 84 (40,0%) мужчинам старше 60 лет. В 2016 г. среди обследуемого контингента также преобладали женщины в возрасте от 45 лет до 54 лет, мужчины в возрасте от 45 лет до 59 лет (46,8% от общего числа обследований); мужчины и женщины в возрасте от 18 до 44 лет составляли 29,6% случаев.

На аппарате Эргометр в 2017 г. проведено 686 обследований (26,7% от общего числа обследований, проведенных на специальном диагностическом оборудовании), что на 17,3% больше, чем в 2016 г. (585 обследований – 26,2%). Из них, с заболеваниями ЦНС обследовано в 512 случаях (74,6%), с болезнями костно-мышечной системы – в 92 (13,4%), с последствиями травм – в 65 (9,5%), с поражением периферической нервной системы – в 17 (2,5%). В 2016 г. также преобладали пациенты с заболеваниями ЦНС (63,1%), на втором месте – с последствиями травм – (16,6%), далее с болезнями костно-мышечной системы – 15,7%, с поражением периферической нервной системы – 4,6%. Аппарат Эргометр используется для обследования устойчивости и анализа ходьбы.

В 2017 г. анализ устойчивости (стабилометрия) проведен в 356 случаях обследований (51,9% от общего числа обследований). Этот метод исследования позволил оценить наличие и степень выраженности вестибулоатактического синдрома, нарушение устойчивости. Из 356 случаев обследований отклонений от нормы не выявлено в 131 случаях (36,8%), незначительно выраженное нарушение устойчивости выявлено в 125 случаях (35,1%), умеренно выраженное нарушение – в 65 случаях (18,3%), выраженное нарушение – в 35 случаях (9,8%), значительно выраженные нарушения не выявлены. В 2016 г. так же преобладали результаты с незначительными нарушениями устойчивости (37,2%), отклонений от нормы не выявлено в 29,8% случаях, с умеренными нарушениями – 25,6% случаев.

В 2017 г. анализ ходьбы проведен по результатам 330 обследований (48,1% от общего числа обследований, проведенных на Эргометре). Этот метод исследования позволяет оценить наличие и степень выраженности статодинамических нарушений. Для оценки используются показатели биомеханики ходьбы. Из них отклонений от нормы не выявлено в 69 случаях (20,9%), незначительно выраженное нарушение ходьбы выявлено у 159 пациента (48,1%), умеренно выраженное нарушение – у 85 больных (25,8%), выраженное нарушение выявлено в 17 случаях (5,2%), значительно выраженные нарушения не выявлены. В 2016 г. проведено 284 обследования, из них так же преобладали результаты с незначительными нарушениями 97 случаев (34,2%), что на 13,9% меньше, чем в 2017 году. Отклонений от нормы не выявлено в 83 случаях (29,2%), что на 8,3% больше, чем в 2017 г. Умеренные нарушения зарегистрированы в 81 случае (28,5%), что на 2,7% больше, чем в 2017 году.

Агравантное поведения больных (когда испытуемый был настроен изначально на более высокий результат) в 2017 г. выявлено в 5 случаях (1,8%); в заключении отмечено, как «некорректный шаг». Таким больным обследование повторяется повторно, что позволяет достичь более верного результата.

На Эргометре проведено обследований в 19 случаях (2,8% от числа проведенных обследований) в возрасте 6–17 лет, из них 11 (57,9%) мальчикам и 8 (42,1%) девочкам; в возрастной группе от 18 до 44 лет – 169 обследований (24,6%), из них 98 (58,0%) мужчинам и 71 (42,0%) женщинам. Наибольшее число обследований проведено во второй возрастной группе – 373 (54,4%), из них 179 (48,0%) женщинам в возрасте от 45 до 54 лет, 194 (52,0%) мужчинам в возрасте от 45 до 59 лет. В третьей возрастной группе 125 исследований (18,2%), из них 68 (54,4%) женщинам старше 55 лет и 57 (45,6%) мужчинам старше 60 лет. В 2016 г. среди обследуемых также преобладали женщины в возрасте от 45 до 54 лет, мужчины в возрасте от 45 до 59 лет (50,9% от общего числа проведенных обследований).

Заключение. Наибольшая потребность в обследованиях на диагностическом оборудовании PRIMUS RS и эргометр за период 2016–2017 гг. регистрируется у пациентов с заболеваниями ЦНС – 49,8% и 61,4% случаев, соответственно. В структуре локализации обследований суставов первое место в 2016–2017 гг. занимают коленные суставы – 33,2% и 44,0% случаев соответственно. При проведении обследований на аппарате PRIMUS RS отмечается рост удельного веса незначительно выраженных нарушений выявленных у обследуемых.

дованных граждан – с 33,2% до 37,2% случаев. В структуре по возрасту лидирует вторая возрастная группа. При проведении стабилотрии на аппарате Эргометр в 2016 г. преобладал результат с незначительными нарушениями в 37,2% случаев, в 2017 г. – с нормальными показателями в 36,8%. При проведении анализа биомеханики ходьбы преобладает доля незначительно выраженных нарушений с ростом от 34,2% до 48,1% случаев. В структуре по возрасту так же лидирует вторая возрастная группа.

Таким образом, применение аппаратов PRIMUS RS и эргометр, помогает врачам по МСЭ объективно оценить степень выраженности нарушенных функций организма и степени ограничений основных категорий жизнедеятельности и верно вынести экспертное решение. Результаты обследований формируют базу клинических исследований, что даёт возможность провести сравнительный анализ в динамике по годам.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С БОЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Шамшева Е.В., Саликова С.И., Евтина О.М.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

**Введение.** Основы медицинской деонтологии возникли задолго до точного определения данного термина, и определялись исходя из уровня развития медицинского знания и социально-культурных, морально-этических принципов текущего времени. Общечеловеческие, гуманитарно-этические нормы врачебной деятельности во все исторические эпохи обуславливались основной врачебной функцией - облегчить участь страдающего, больного человека.

Онкологические заболевания в клинической психологии часто классифицируют как кризисные и экстремальные ситуации для человека из-за разрушения ранее сложившейся картины мира, внезапности появления, отсутствие контроля над ситуацией, определенной стадийности протекания, как самого заболевания, так и реакций на него. Осознание пациентом неблагоприятного прогноза онкологического заболевания часто приводит к тяжелой депрессии.

В реагировании пациента на онкологическое заболевание выделяют пять фаз: отрицание наличия такой патологии; бурный протест, дисфория, склонность к агрессии и аутоагрессии; принятие факта болезни, примирение с необходимостью долго и интенсивно лечиться в сочетании с «ведением торга» («главное, чтобы не было болей»); постепенная утрата надежды на выздоровление, пессимизм, подавленность и пассивность (после длительного лечения); «примирение» с судьбой, принятие любого исхода и безразличие (на последних этапах заболевания).

**Цель исследования.** Изучение состояния психических процессов у инвалидов вследствие злокачественных новообразований при проведении медико-социальной экспертизы в бюро № 7 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (далее – бюро № 7) за период 2015-2017 гг.

**Материалы и методы.** Анализа данных формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», дела освидетельствования граждан в бюро № 7 и результатов экспериментально-психологических обследований.

**Результаты.** Бюро № 7 осуществляет медико-социальную экспертизу граждан трудоспособного возраста, страдающих злокачественными новообразованиями и проживающих на территории г. Омска и 11 районов области.

За трехлетний период наблюдения признано инвалидами вследствие злокачественных новообразований 5536 чел., в среднем в год – 1845 чел. В динамике 2015-2017 гг. количество признанных имеет тенденцию к уменьшению: 1992 -1730 – 1814 человек соответственно.

Из них удельный вес первично признанных инвалидами снижается - 51,5 % – 40,3 % - 40,1 % соответственно годам. Абсолютное число первично признанных уменьшилось с 1025 чел. в 2015 г. до 727 чел. в 2017 г., на 298 чел. (29,1 %). Количество граждан, повторно признанных инвалидами увеличилось с 967 чел. до 1011чел., на 44 чел. (4,6 %).

В структуре первичной инвалидности по нозологическим формам лидирующие места занимают: ЗНО молочной железы с удельным весом - 19,1 %, 9,2 % 14,8 %; ЗНО легких - 9,5 %, 12,0 %, 12,2 %; ЗНО кишечника - 12,5 %, 10,6 %, 11,7 %.

Одной из важнейших задач в работе психолога является исследование состояния психических процессов освидетельствуемых. Целью анализа состояния психических процессов является установление факта их изменения, уточнения типа этих изменений, стойкости и степени выраженности расстройств, с последующей трансформацией в синдром, который может быть введен в клиничко-экспертно-реабилитационный диагноз.

В период 2015-2017 гг. проведено экспериментально-психологических обследований (ЭПО) в 299 случаях, в среднем в год 100 ЭПО. В динамике 3 лет их количество увеличилось с 85 до 113, на 28 ЭПО (32,9 %).

Экспериментально-психологические обследования чаще проводились больным со злокачественными новообразованиями головного мозга – 42 чел. (49,4 %) – 52 чел. (51,5 %) – 55 чел. (49,5 %); молочной железы – 13 чел. (15,3 %), 15 чел. (14,9 %), 23 чел. (20,7 %); предстательной железы – 6 чел. (7,1 %), 7 (6,9 %), 8 чел. (7,2 %) соответственно годам. За три года пациентам со злокачественными новообразованиями головного мозга проведено 149 ЭПО (49,8 %); молочной железы - 51 ЭПО (17,1 %); предстательной железы - 21 ЭПО (7,0 % от общего числа ЭПО за 3 года).

За анализируемый период у обследуемых чаще встречался органический тип изменения психических процессов. Из них определялся органический тип изменений психических процессов в 68,2 % (204 больных), в 31,4 % (94 больных) астенический тип.

При анализе степени выраженности нарушений психических процессов в течение трех лет преобладает легкая степень - 65,6 % (196 чел.) от общего числа выявленных типов изменения психических процессов. Умеренная степень выраженности нарушений психических процессов регистрировалась в 26,4 % (79 чел.). Выраженная степень составила 8,0 % (24 чел.).

Астенический тип изменения психических процессов заключается в повышенной истощаемости психической деятельности. Астения снижает функциональные возможности в деятельности, расстраивает длительную активность и затрудняет сохранение устойчивой целенаправленности деятельности. Так, например, больные с ЗНО эндокринной системы отличались повышенной утомляемостью, вялостью, «капризностью».

Органический тип изменения психических процессов характеризуется преимущественно снижением памяти, внимания, мышления и изменениями со стороны эмоционально-волевой сферы. У больных с органическим типом изменений психических процессов часто был снижен общий темп психической деятельности. Такие больные отличались сниженной способностью к запоминанию и отсроченному воспроизведению, при достаточной сохранности долговременной памяти; у них часто был сужен объем внимания, страдала способность к распределению, переключаемости и устойчивости внимания.

Отличительной чертой больных с органическим типом изменений психических процессов можно считать изменение «качества» мышления. Если у больных с астенией снижались продуктивность и темп мышления, то у исследуемых с органическим типом изменений страдала в основном операционная сторона, т.е. отмечалось снижение уровня обобщения, снижение способности к абстрагированию, нарушалась подвижность мышления. Такие больные часто отличались эмоциональной лабильностью и снижением способности напрягать усилия к выполнению каких-либо задач.

Пациент с онкологическим заболеванием должен чувствовать себя «как все», возможно быстрее вовлекаться в активную деятельность. У онкологических пациентов могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре.

Для больного важно максимально расширить его круг общения, так как ярлык «ракового больного» часто вызывает чувство изоляции и отвержение знакомых и близких. Им необходима помощь в адаптации к жизни с новыми социальными ролями. Например, женщины, перенесшие мастэктомию, считают себя менее привлекательными; женщины, перенесшие рак половых органов, могут страдать от сексуальных расстройств.

Отдельно следует коснуться проведения санитарно-просветительной работы на онкологические темы. В этой работе необходимо избегать двух крайностей: с одной стороны - излишнего прекраснораздушия, недооценки сложности проблем, с другой - мрачной пессимистичной окраски информации, ненужного запугивания населения создающего у людей неверие в возможности современной медицины. Устрашающий характер лекции, беседы способствует формированию у слушателей чувства безнадежности и может отвлечь от врача, подтолкнуть его к отказу от лечения.

Заключение. Изучение психологических особенностей больных с онкопатологией позволяет сделать вывод, что пациенты, относящиеся к данной категории, нуждаются в психологической помощи и психокоррекционных мероприятиях, служащих улучшению качества их жизни и оптимизации лечебного процесса на всех его этапах.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА**

**Шишкова-Лаврусь М.В., Бажуткина М.А., Мусина А.В., Белова Т.Н., Борисов К.А., Бабий Л.И.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

Болезни системы кровообращения (БСК) в настоящее время являются актуальной проблемой и занимают первое место в структуре общей и первичной инвалидности в Российской Федерации. В Самарской области за период 2013-2018 гг. отмечается достоверное снижение инвалидизации по БСК (в т.ч. хроническим ревматическим болезням, болезням, характеризующихся повышенным кровяным давлением, ишемической болезнью сердца), что является результатом эффективного проведения реабилитационных мероприятий с использованием высокотехнологичной медицинской помощи. Несмотря на постоянное совершенствование фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, трансплантация сердца остаётся для ряда больных сердечной недостаточностью единственным методом лечения, существенно улучшающим их прогноз и качество жизни. Целью исследования было изучение показателей инвалидности больных Самарской области после перенесённой ортотопической трансплантации сердца.

Исследование выполнено на основании результатов освидетельствования в БМСЭ ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Минтруда России, больных, перенесших ортотопическую трансплантацию сердца. Нами были исследованы показатели освидетельствования и реабилитация больных, признанных инвалидами после перенесённого оперативного лечения, выполненного за период 2013-2018 гг., в соответствии классификацией и критериями, установленными Приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н.

В 2013-2018 годах освидетельствовано (с применением классификации и критериев, установленных Приказом Минтруда России от 29.09.2014 № 664н в 2015 году и Приказом Минтруда России от 17.12.2015 №1024н в 2016 году), 18 больных после операции ортотопической трансплантации сердца, выполненной в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России. Из них первично освидетельствовано в 2013-2016 гг. по одному человеку ежегодно, в 2017 г. – 8 человек, в 2018 г. – 6 человек (15 мужчин в возрасте от 27 до 68 лет, средний возраст  $44,5 \pm 11,66$  год, и 3 женщины в возрасте от 24 до 55 лет, средний возраст  $41,0 \pm 15,72$  лет).

В соответствии с Приказом Минтруда России от 17.12.2015 №1024н, п. 2.2.5 при первичном освидетельствовании устанавливалась первая группа инвалидности сроком на два года, при повторном освидетельствовании вторая группа инвалидности бессрочно.

Осложнения после хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде: отторжение сердечного трансплантата - в 2 случаях (в отдалённом периоде незначительные нарушения сердечной гемодинамики по данным ЭхоКГ – хроническая сердечная недостаточность I стадии), рестернотомия по поводу кровотечения – в 2 случаях, дисфункция сердечного трансплантата в одном случае (ХСН I стадия), имплантация ЭКС по поводу синдрома слабости синусового узла – в 4 случаях.

Из отдалённых последствий были выявлены: трансмиссивный атеросклероз донорского сердца (без гемодинамически значимого стенотического поражения коронарных артерий) – в одном случае (ХСН I стадия), умеренные (4 человека) и выраженные (2 человека) нарушения функции сердечно-сосудистой системы – хроническая сердечная недостаточность (ХСН IIА-Б стадия, ФК II-III по NYHA). Медикаментозная терапия, направленная на первичную и вторичную профилактику хронической сердечной недостаточности, проводимая после оперативного лечения, до направления на МСЭ, у данной категории пациентов в 33,3% случаев не даёт ожидаемого положительного эффекта. В 6 случаях оперативное вмешательство прошло без каких-либо осложнений.

В настоящее время все пациенты продолжают наблюдаться в медицинских учреждениях по месту жительства, 7 человек (38,8%) продолжают трудовую деятельность с учётом производственной адаптации.

Несмотря на значительное улучшение качества жизни пациентов после ортотопической трансплантации сердца, не удаётся добиться полной реабилитации пациентов. Особенности ведения больных после трансплантации сердца определяются рядом специфических факторов, которые включают взаимодействие организма реципиента и сердечного трансплантата, необходимость в пожизненном приёме иммуносупрессивной терапии, особенность течения основного заболевания, а также специфические аспекты психологической, физической и социальной адаптации. Отдалённый прогноз больных после трансплантации сердца определяется риском отторжения трансплантата, который сохраняется пожизненно, что определяет необходимость в постоянном приёме иммуносупрессивной терапии.

## **ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2012-2017 ГГ.**

**Шмелева Л.В., Митина К.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике - Чувашии» Минтруда России, г. Чебоксары

Инвалидность рассматривалась в течение многих лет, как последствие болезни или травмы, требующих медицинской помощи – медицинская модель.

Основной критериев установления инвалидности, принятых в 2009 году, стала способность человека с ограниченными возможностями здоровья функционировать в окружающей среде – социальная модель инвалидности.

Начиная с 2014 года, нормативно-правовые документы в области медико-социальной экспертизы базируются на максимально соответствующей действительности биопсихосоциальной модели инвалидности. Кроме того, для повышения обоснованности экспертных решений разработана количественная оценка степени выраженности нарушений функций организма человека (2014 г.), которая в последующем была конкретизирована, детализирована и дополнена (2015 г., 2016 г.).

Цель исследования. Анализ динамики инвалидности и результатов переосвидетельствования инвалидов в Чувашской Республике и оценка влияния изменения законодательной базы, регламентирующей медико-социальную экспертизу, на показатель полной реабилитации инвалидов.

Материалы и методы. Источники информации – годовые отчеты федерального государственного статистического наблюдения №7-собес и №7-Д (собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике - Чувашии» Минтруда России, электронный интернет-портал сводно-аналитической работы по изучению причин, распространённости и структуры инвалидности, нуждаемости инвалидов и пострадавших в реабилитационных мероприятиях, услугах и технических средствах реабилитации, статистические сборники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Период исследования (2012-2017 гг.) включал годы, в течение которых освидетельствование по классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ, основанным на различных периодах инвалидности:

2012-2014 гг. – медицинская и социальная модели;

2015-2017 гг. – биопсихосоциальная модель.

Достоверность выводов о влиянии изменений нормативно-правовых актов на показатель полной реабилитации инвалидов подтверждалась анализом динамики в первичной инвалидности:

- удельного веса лиц, впервые признанных инвалидами первой группы, и без указания срока переосвидетельствования (бессрочно), - среди взрослого населения;
- удельного веса лиц, впервые признанных инвалидами «до достижения возраста 18 лет», - среди детского населения.

Положительное влияние на значения показателя полной реабилитации оказывает повышение качества и доступности реабилитационной помощи, что определяется нормативно-правовым регулированием.

Отрицательное влияние на значения показателя полной реабилитации обуславливает доля лиц, которым при первичном освидетельствовании устанавливается инвалидность 1 группы и/или без указания срока переосвидетельствования, а также категория «ребенок-инвалид» на срок «до достижения возраста 18 лет». Перечисленные показатели свидетельствуют о полной утрате реабилитационного потенциала и/или низких шансах на частичную реабилитацию этих категорий инвалидов.

Удельный вес впервые признанных инвалидами 1 группы среди взрослого населения Чувашской Республики за период смены различных моделей инвалидности (2012-2017 гг.) занимал среди субъектов РФ средние – от 20-го до 46-го – ранговые места.

Период 2012-2017 гг., в целом, как в РФ, так и в Чувашской Республике, независимо от той или иной модели инвалидности, характеризовался стабильной тенденцией к росту удельного веса инвалидов 1 группы среди контингента ВПИ. Так, за указанный период данный показатель в РФ увеличился в 1,2 раза (от 15,9 до 19,5%); ЧР – в 1,1 раза (от 17,8 до 19,6%).

Аналогичная динамика значений доли инвалидов 1 группы в РФ и республике, в том числе после введения приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 №1013н, действовавшим в период с 06.04.2010 до 23.12.2014, вызвана проведением в России мероприятий по модернизации системы здравоохранения.

Негативная динамика значений удельного веса инвалидов 1 группы в контингенте лиц, впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, указывает на большую вероятность отрицательной динамики показателя полной реабилитации, так как при переосвидетельствовании инвалидов 1 группы, скорее всего инвалидность будет подтверждена и/или установлена без указания срока переосвидетельствования.

Доля впервые признанных инвалидами без указания срока переосвидетельствования, как и удельный вес инвалидов 1 группы, определяется изменениями законодательства в рамках действующей модели инвалидности. Такой значимый нормативно-правовой акт, как постановление Правительства РФ от 07.04.2008 №247 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом», в первый год (2009 г.) действия привел к увеличению удельного веса ВПИ без указания срока переосвидетельствования и «до достижения возраста 18 лет».

Последующие годы (2012-2017 гг.), независимо от действующей модели инвалидности характеризовались ростом в контингенте ВПИ доли таких инвалидов в республике: от 12,3% до 39,5% – в 3,2 раза, среди детского населения – от 0,2% до 4,3% – в 21,5 раза. Удельный вес ВПИ без указания срока переосвидетельствования и «до достижения возраста 18 лет», до настоящего времени остается большим – например, только в 2017 году 39,5% взрослых и 4,3% детей впервые были направлены на МСЭ с крайне низким реабилитационным потенциалом и неблагоприятным реабилитационным прогнозом.

Увеличение доли удельного веса ВПИ без указания срока переосвидетельствования и «до достижения возраста 18 лет» при увеличении доли инвалидов 1 группы указывает на увеличение числа случаев направления на первичное освидетельствование лиц со стойкими значительно выраженными нарушениями функций и ставит под сомнение эффективность деятельности системы здравоохранения.

Во все годы наблюдения (2012-2017 гг.) показатель полной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения республики был ниже 6% только в 2013-2014 гг., несмотря на высокое значение удельного веса инвалидов 1 группы (в среднем за 6 лет наблюдения 18,5%). За период 2012-2017 гг. в РФ полностью было реабилитировано в среднем 5,3% инвалидов, что почти в 1,2 раза меньше, чем по республике.

Период 2012-2014 гг., несмотря на изменения нормативно-правовой базы и модели инвалидности (медицинская, социальная), характеризовался относительно стабильными значениями (исключение составил 2015 год) показателя полной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения республики, которые находились в пределах от 5,8% (2013 г.) до 6,2% (2012 г.). При этом, как ранее отмечалось, в первичной инвалидности наблюдалось постепенное, но значительное увеличение удельного веса ВПИ 1 группы (от 17,8 до 19,6%) и увеличение доли признанных инвалидами без указания срока переосвидетельствования (от 12,3% до 39,5%). Аналогичная динамика показателя полной реабилитации прослеживалась и в РФ, однако, его значения в республике были выше средне российских.

Увеличение доли реабилитированных инвалидов регистрировалось в 2015 году (относительно 2014 г.) – в РФ от 5,3% до 6,8% и Чувашской республике - от 5,9% до 9,2%; что очевидно обусловлено вступлением в силу 23.12.2014 приказа Минтруда №664н (действовал до 02.02.2016), утвердившего классификации и критерии установления инвалидности на биопсихосоциальной модели. Свидетельством этого является динамика значений удельного веса ВПИ 1 группы, а также инвалидности, установленной без указания срока переосвидетельствования, которая осталась стабильной, причем на нее не оказало влияния и внесения в классификации и критерии новых изменений (приказ Минтруда России от 17.12.2015 №1024н, вступил в силу с 02.02.2016 и действует по настоящее время). Так, удельный вес ВПИ 1 группы достиг в 2017 году максимальных за весь исследуемый период значений, как в РФ, так и в республике (19,5% и 19,6% соответственно), а ВПИ без указания срока переосвидетельствования, в республике стал максимальным (39,5%). Однако, показатель полной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения республики после введения приказа Минтруда России №1024н уменьшился от 9,2% в 2015 году до 6,1% в 2017 г. (данные по РФ за 2016-2017 годы отсутствуют), так как указанный документ устранил недостатки в оценке реабилитационного потенциала и прогноза, которые присутствовали в предыдущей версии классификаций и критериев.

Динамика показателей полной реабилитации детей-инвалидов несколько различается в РФ и в ЧР, причем значения показателя в республике, в основном, ниже средне российских.

Удельный вес полностью реабилитированных детей-инвалидов в среднем по РФ и по республике за период 2012-2014 гг. (социальная модель) составил 4,8 и 4,3% соответственно.

Тем не менее, как и среди инвалидов из числа взрослого населения, в 2015 году с вступлением в силу приказа Минтруда России от 29.09.2014 №664н (биопсихосоциальная модель инвалидности), показатель

полной реабилитации детей-инвалидов увеличился (по отношению к 2014 г.) в 1,7 раза (от 4,8 до 8,2%) – в РФ и в 2,5 раза (от 4,3 до 10,8%) – в республике, причем отмечалось и увеличение доли удельного веса впервые признанных инвалидами «до достижения возраста 18 лет».

Динамика показателя полной реабилитации детей-инвалидов в республике в 2015-2017 гг. характеризовалась уменьшением значений в 3,7 раза (от 10,8 до 2,9%) – т.е. даже более значительным, чем среди инвалидов из числа взрослого населения – в 1,5 раза (от 9,2 до 6,1%), на фоне действующего со 2 февраля 2016 года приказа Минтруда России №1024н от 17.12.2015.

Аналогичные тенденции в динамике показателей полной реабилитации среди инвалидов из числа взрослого и детского населения в РФ и в республике в 2015-2017 гг. свидетельствуют, что причиной его увеличения, очевидно, стали приказы Минтруда России от 29.09.2014 №664н и №1024н от 17.12.2015, утвердившие классификации и критерии установления инвалидности, основанные на биопсихосоциальной модели.

#### Выводы

Проведенное исследование не выявило закономерности между увеличением доли инвалидов первой группы и неблагоприятной тенденцией динамики показателя полной реабилитации.

Изменения в классификациях и критериях, также не оказывали влияния на показатель полной реабилитации.

Увеличение показателя полной реабилитации инвалидов среди взрослого и детского населения отмечалось в первый год действия классификаций и критериев, базирующихся на биопсихосоциальной модели, и требует дальнейшего изучения и наблюдения, однако, выявление и устранение неточностей в оценке реабилитационного потенциала изменившимися классификациями и критериями привело к снижению показателя.

#### Список литературы:

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 сентября 2014 г. N664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (утратил силу).

Сводно-аналитическая информация по изучению причин, распространенности и структуры инвалидности, нуждаемости инвалидов и пострадавших в реабилитационных мероприятиях, услугах и технических средствах реабилитации. Электронный ресурс: электронный интернет-портал сводно-аналитической работы по изучению причин, распространенности и структуры инвалидности, нуждаемости инвалидов и пострадавших в реабилитационных мероприятиях, услугах и технических средствах реабилитации,

Смагина Т.Н., Кутова Л.Н., Зайцева Т.М. Влияние нормативных документов, регламентирующих проведение медико-социальной экспертизы, на динамику показателя полной реабилитации инвалидов. Медико-социальные проблемы инвалидности. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2017, №4, с. 44-50.

## **ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

**<sup>1</sup>Ямщикова Т. Ю., <sup>1</sup>Столов С.В., <sup>2</sup>Самсонова Т.И., <sup>2</sup>Грачева Е.В., <sup>1</sup>Макарова О.В., <sup>1</sup>Углева Е.М.**

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФКУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области», г. Тюмень

Ожирение сопровождается множеством заболеваний, являясь одной из причин их возникновения и осложненного течения. Ожирение рассматривается как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний: по данным Всемирной организации здравоохранения избыточная масса тела и ожирение определяют развитие до 23% случаев ишемической болезни сердца, 17% - артериальной гипертензии. Сочетание избыточной массы тела и АГ приводит к утолщению стенок желудочков и увеличению объема полостей сердца, предрасполагая к высокому риску сердечной недостаточности.

Цель. Изучить характер и степень выраженности нарушения функции сердечно-сосудистой системы у больных с ожирением.

Материал и методы. Из числа 102 больных с ишемической болезнью сердца, направленных на освидетельствование в бюро МСЭ, выделена группа пациентов с сопутствующим диагнозом ожирение. Для оценки массы тела и степени ожирения применялась классификация ВОЗ (1997 г.). В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) выделяли: ожирение 1 степени (ИМТ 30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup>), 2 степени (35,0 – 39,9 кг/м<sup>2</sup>), 3 степени - 40 кг/м<sup>2</sup> и более. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного исследования, результатов ЭКГ и ЭхоКГ, Холтеровского мониторирования ЭКГ в течение 24 часов.

Результаты и обсуждение. Ожирение отмечено у 45 больных: 1 степени в 46,7% случаев (средний возраст 63 года), 2 степени – в 35,6% - (средний возраст 54 года), 3 степени - в 17,8%– (средний возраст 63 года). Максимальное значение ИМТ составило 48,7 кг/м<sup>2</sup>. 18 пациентов с нормальной массой тела составили группу сравнения.

При освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) для оценки нарушения функции сердечно-сосудистой системы учитывается функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения, суммарная продолжительность эпизодов безболевого ишемии миокарда по данным суточного ЭКГ-мониторирования, пароксизмальные и постоянные нарушения ритма, хроническая сердечная недостаточность (ХСН). В Приложении к нормативно – правовому акту «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденному приказом Минтруда России от 17 декабря 2015 г. N 1024н., представлены критерии, отражающие степень нарушения функции в процентах: незначительные (10-30%), умеренные (40-60%), выраженные (70-80%), значительно выраженные (90-100%).

У большинства освидетельствуемых с ожирением (34 чел.- 75,6% случаев) выявлены умеренные нарушения функции сердечно-сосудистой системы (40%) в соответствии с Приложением к Приказу № 1024н стенокардия напряжения III ФК, протекающая при сочетании с ХСН до IIА стадии включительно (пп. 2.2.1.3) и ХСН II А ст. (2.2.3.2). Данные нарушения функции приводили к ограничению способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности I степени в их различных сочетаниях (в двух и более категориях жизнедеятельности), что требовало мер социальной защиты и послужило основанием для установления третьей группы инвалидности.

У 3 пациентов (6,7%) установлена вторая группа инвалидности на основании имеющихся выраженных нарушений сердечно-сосудистой системы, приводящих к ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности) 2 степени или их сочетанию.

У 8 (17,8%) больных, имеющих ожирение, патология выражалась стенокардией II ФК, протекающей в сочетании с ХСН I ст., что находило отражение в пп. 2.2.1.2 Приложения, соответствовало незначительным нарушениям функции сердечно-сосудистой системы (30%). У данных пациентов оснований для установления инвалидности не было.

Значимых различий в степени нарушения функции сердечно-сосудистой системы в зависимости от ИМТ не отмечено. Так, отсутствие признаков инвалидности определено у больных с I, II, III ст. ожирения в 19,0%, 18,8% и 12,5% соответственно; третья группа инвалидности установлена – в 80,0%, 69,0%, 75,0% соответственно.

При сравнении полученных результатов с таковыми в группе пациентов с ИБС, имеющих нормальную массу тела, также не отмечено значимых различий: третья группа установлена у 11 больных (61,1% случаев), вторая группа – у 2 больных (11,1%), у 5 больных не было признаков инвалидности (27,7%).

Таким образом, степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы не имеет явной зависимости от массы тела, обусловлена прежде всего течением основного заболевания – ИБС.

### Список литературы:

Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации). РКО, РНМОТ, Антигипертензивная лига, Организация содействия развитию догоспитальной медицины, «Амбулаторный Врач», Ассоциация клинических фармакологов. Санкт - Петербург, 2017

Маев И.В. Ожирение и коморбидность: Пособие для врачей/И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев.-М.Прима Принт, 2016. 35с.,илл.

Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Утверждены приказом Минтруда России от 17 декабря 2015 г. N 1024н. Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 г. № 40650.

## СПИСОК АВТОРОВ

- Абдразакова Р.А.** – начальник организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.
- Абрамович Т.Г.** – врач по медико-социальной экспертизе III экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Агранов Д.Н.** – врач по МСЭ экспертного состава №6 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Адрианов А.В.** – д.м.н., заведующий кафедрой педиатрии, МСЭ и реабилитации детей-инвалидов ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Алаторцева О.П.** – руководитель-главный эксперт по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Еврейской автономной области» Минтруда России.
- Алексеева Л.С.** – врач по МСЭ бюро №7 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Алякина В.В.** – врач по МСЭ экспертного состава №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Андрушкас А.С.** – заместитель начальника организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России.
- Антипова О.В.** – врач по МСЭ бюро №22 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по г.Санкт-Петербургу» Минтруда России.
- Антонова И.Г.** – и.о. начальника организационно-методического отдела, ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Аргат Ю.Н.** – к.м.н., руководитель Бюро № 21 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Артемяева Н.Х.** – врач-методист организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России.
- Архипова О.В.** – врач по МСЭ бюро №11 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Ауст Н.А.** – врач по МСЭ бюро №11 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Бабий Л.И.** – руководитель, врач по МСЭ бюро МСЭ №22 смешанного профиля ФКУ «ГБМСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Бажуткина М.А.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №1 смешанного профиля ФКУ «ГБМСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Бакштановская Е.О.** – руководитель II экспертного состава, врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Балашова Т.В.** – руководитель экспертного состава № 5 ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России.
- Баранова Л.Ю.** – заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Барышева Г.В.** – руководитель специализированного бюро № 14 для освидетельствования больных с туберкулезом – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России.
- Белова Т.Н.** – руководитель, врач по МСЭ экспертного состава №1 смешанного профиля ФКУ «ГБМСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Бесаев Г.М.** – д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии, МСЭ, протезирования и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Бессмертная О.Г.** – начальник отдела по работе с обращениями граждан и организаций, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Бехтерева Н. А.** – начальник отдела реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России.

- Билан Н.В.** – руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» Минтруда России.
- Борзенко М.Е.** – врач по МСЭ (специалист по реабилитации) Бюро № 6 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Борисов К.А.** – руководитель, врач по МСЭ экспертного состава №6 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Бровин А.Н.** – к.м.н., доцент кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Брызгалов Е.Ю.** – врач по МСЭ бюро №3 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Бурма Л.А.** – руководитель экспертного состава №4 ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области», врач по МСЭ.
- Быкова Н.В.** – терапевт бюро МСЭ №14 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Вальчук Э.Э.** – к.м.н., доцент, ученый секретарь ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» Республика Беларусь.
- Василишина Т.Д.** – зав.отделением пограничных состояний № 8 ОГКУЗ «ИОКПБ №1», г.Иркутск.
- Вельдяскина Л.С.** – специалист по реабилитации, врач по медико-социальной экспертизе – терапевт бюро МСЭ №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России.
- Викторова Л.В.** – руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Викторова Н.Л.** – специалист по реабилитации (врач по МСЭ) экспертного состава №5 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Войтенко Р.М.** – к.м.н., профессор кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Волошенко Н.И.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России.
- Габидуллина Н.Х.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №20 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России.
- Гаврилюк О.Н.** – врач по МСЭ, руководитель ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области» Минтруда России.
- Гаркуша Л.Г.** – руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России до 11.09.2017.
- Гафаров Р.М.** – руководитель – врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.
- Голубев Ю.Ф.** – врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Липецкой области» Минтруда России.
- Гречкина Е.А.** – заместитель руководителя по экспертной работе, руководитель экспертных составов, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Григорьева О.В.** – врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Гриценко Е.Н.** – врач по МСЭ Экспертного состава № 2 ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Деденева И.В.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Деломян Г.А.** – аспирант кафедры травматологии, ортопедии, МСЭ, протезирования и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Демидович Т.Г.** – руководитель III экспертного состава, врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Дзамихов К.К.** – ординатор 2-го года по специальности «Терапия» ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Домницкая И.Н.** – руководитель, врач по МСЭ бюро МСЭ №23 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Домницкий О.А.** – врач по МСЭ экспертного состава №6 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.

- Доронина О.Е.** – заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России.
- Драч Д.А.** – к.м.н., руководитель-главный эксперт по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Дымнова С.Е.** – аспирант кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №2 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Евтина О.М.** – психолог Бюро № 7 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Евтихеева Т.А.** – врач по МСЭ экспертного состава №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Елисеева О.Г.** – специалист по реабилитации (врач по МСЭ), бюро МСЭ №30 ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России.
- Ефремова И.Е.** – врач по МСЭ экспертного состава № 2 ФКУ «Главное бюро МСЭ по Астраханской области» Минтруда России.
- Жаймухамедова К.А.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Жирнова Т.И.** – врач по МСЭ, невролог бюро МСЭ №26 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России.
- Жукова А.М.** – врач по МСЭ, руководитель Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Журавлева Н.И.** – врач по МСЭ, реабилитолог бюро МСЭ №3 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России.
- Захарова Г.Н.** – врач по МСЭ, руководитель экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России.
- Иванова А.В.** – руководитель бюро – врач по МСЭ бюро №7 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Иванова А.Д.** – врач по МСЭ бюро №17 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Исаченко И.Г.** – психолог VII экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Исмаилов С.И.** – врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России.
- Казакевич Д.С.** – к.м.н., доцент, заместитель директора по научной работе ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» Республика Беларусь.
- Калашников А.И.** – врач по МСЭ (специалист по реабилитации) Экспертного состава № 3 ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Карасаева Л.А.** – д.м.н., заведующая кафедрой организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Карицкая Ю.О.** – врач по МСЭ Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Карпатенкова О.В.** – начальник медицинской части ЦВСНП ГУ МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.
- Карпова Л.В.** – руководитель I экспертного состава, врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Карпова М.В.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №28 для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Катасонова А.А.** – врач по МСЭ, терапевт экспертного состава №3 ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России.
- Кедров П.С.** – юристконсульт ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области» Минтруда России.
- Кипко О.А.** – начальник организационно-методического отдела, врач по МСЭ экспертного состава №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Ямало-Ненецкому автономному округу» Минтруда России.
- Кичигин В.А.** – доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова».
- Кичигина О.В.** – врач по МСЭ бюро №7 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Клейменова Н.В.** – руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области» Минтруда России

- Коваленко Е.Н.** – руководитель бюро МСЭ № 10, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю» Минтруда России.
- Когрушева Л.В.** – терапевт бюро МСЭ №15 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Кожушкова Д.В.** – руководитель бюро МСЭ № 2, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Еврейской автономной области» Минтруда России.
- Козлов С.И.** – к.м.н., заместитель руководителя ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России по вопросам совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, врач по медико-социальной экспертизе.
- Кокорева И.А.** – заместитель руководителя по общим вопросам ФКУ «ГБ МСЭ по Вологодской области» Минтруда России.
- Конюхова В.П.** – врач по МСЭ бюро №5 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Копыток А.В.** – к.б.н., доцент, заместитель директора по организационно-методической работе ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Республика Беларусь.
- Кочерыгина Т.Б.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №28 для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Крицкая Л.А.** – к.м.н., доцент кафедры неврологии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Крюкова М.Л.** – врач по МСЭ экспертного состава №5 смешанного профиля ФКУ «ГБМСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Кузнецова Е.Ю.** – руководитель Бюро № 27 – филиала, врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Кыргыз З.М.** – терапевт, врач по МСЭ экспертного состава Главного бюро № 1 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России.
- Лебедева Н.В.** – ассистент кафедры педиатрии, МСЭ и реабилитации детей-инвалидов ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Лейко И.А.** – руководитель, врач по МСЭ бюро МСЭ №28 для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Лесина Е.В.** – руководитель Центра документального обеспечения деятельности экспертных составов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.
- Логинова М.В.** – руководитель, врач по МСЭ бюро МСЭ №5 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Лугинова Л.Д.** – врач по МСЭ, руководитель экспертного состава №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России.
- Лужникова Е.А.** – врач по медико-социальной экспертизе III экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Макарова О.В.** – к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №1 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Маланчук С.В.** – начальник организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» Минтруда России.
- Малюков Н.И.** – врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Липецкой области» Минтруда России.
- Мамаева Т.А.** – руководитель бюро, врач по МСЭ врач по МСЭ бюро №11 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Мамедова С.В.** – и.о. руководителя бюро, врач по МСЭ бюро №6 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Маркова М. В.** – врач по МСЭ организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России.
- Маслакова С.И.** – руководитель бюро МСЭ №5 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Матвеева О.Б.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России.

- Медовник А. В.** – и. о. руководителя – главного эксперта по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России
- Мизурова И.Л.** – врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Миллер Л.Г.** – хирург бюро МСЭ №26 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Митина К.А.** – врач по МСЭ бюро №17 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Михайлова Л.Г.** – руководитель состава, врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Михайлова Н.В.** – к.м.н., ассистент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №2 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России
- Муравцева Т. М.** — к.м.н., заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России.
- Мурзина Т.Ф.** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медико-социальной и психологической помощи ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Мусина А.В.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №1 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Мустафин Р.Н.** – начальник организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России.
- Мухаметгалеева Е. Д.** — руководитель — главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России, к.м.н.
- Мышенцев Е.Н.** – руководитель, врач по МСЭ экспертного состава №5 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, к.м.н.
- Мясников И.Р.** – соискатель ученой степени кандидата педагогических наук Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга
- Нагаева С.В.** – начальник отдела экспертно-реабилитационной работы, ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Наксыл Л.В.** – руководитель бюро МСЭ № 4 смешанного профиля, терапевт, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России.
- Непомнящая С.А.** – ассистент кафедры педиатрии, МСЭ и реабилитации детей-инвалидов ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Неустроева М.А.** – врач по МСЭ организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России.
- Низамов Р.Х.** – руководитель-главный эксперт по медико-социальной. экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России.
- Нурова А.А.** – аспирант кафедры организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Овсянникова Е.Н.** – и.о. руководителя – главного эксперта по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России.
- Орлова Е.М.** – руководитель бюро МСЭ, врач по МСЭ бюро МСЭ №4 ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России.
- Охотникова А.А.** – главный врач санатория «Северная Ривьера» г.Санкт-Петербург.
- Павлова А.Э.** – врач по МСЭ, руководитель экспертного состава №3 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России.
- Пайков А. Ю.** – заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России.
- Пастернак Н.К.** – специалист по реабилитации (врач по МСЭ) бюро МСЭ №28 для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Пенина Г.О.** – д.м.н., проректор по учебной и научной работе ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Петренко М.В.** – невролог бюро МСЭ №14 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Петрунько И.Л.** – д.м.н., профессор, главный специалист – эксперт Минздрава Иркутской области по КЭР, зав. кафедрой медицинской экспертизы ИГМАПО – филиала ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

- Петрушина Н.Н.** – врач по МСЭ экспертного состава №5 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Петухов К.М.** – врач по МСЭ экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России.
- Плетова Е.С.** – врач по МСЭ Бюро № 20 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Полонская И.И.** – ассистент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №2 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Полуэктова Л.А.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №9 ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России.
- Помников В.Г.** – д.м.н., профессор, ректор ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.
- Преловская И.Ю.** – психолог I экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Привалова М.А.** – к.м.н., доцент кафедры неврологии имени академика С.Н. Давиденкова СЗГМУ им.И.И.Мечникова.
- Пузанова О.В.** – заместитель руководителя по экспертным вопросам и организации обработки персональных данных ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.
- Разумовская А.М.** – к.м.н., доцент кафедры неврологии, МСЭ и реабилитации, курс офтальмологии ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Разумовский М.И.** – д.м.н., профессор кафедры неврологии, МСЭ и реабилитации, курс офтальмологии ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Рогачев Д. А.** – заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Ивановской области» Минтруда России.
- Родин Е.В.** – к.ф.н., доцент кафедры гуманитарных наук ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Родионова А.Ю.** – к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №2 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Рыбникова Н.А.** – врач по МСЭ Бюро № 8 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Рыжова Т.А.** – врач по МСЭ, руководитель экспертного состава №3 ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области» Минтруда России.
- Рыжук Г.Н.** – руководитель Бюро № 6 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Рычкова Н.М.** – заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России.
- Рябокоть А.Г.** – руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России.
- Сабирова Э.Р.** – руководитель – врач по МСЭ экспертного состава №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.
- Саликова С.И.** – к.м.н., начальник отдела анализа проблем реабилитации, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Самсонова И.И.** – медицинский психолог экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России.
- Сапун А.Н.** – заведующая отделением функциональной диагностики АО Клиническая Медико-санитарная часть «Энергетик».
- Сатгарова И.Р.** – руководитель – врач по МСЭ экспертного состава №5 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.
- Сафронова Е.В.** – руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, врач по МСЭ, заслуженный врач Республики Башкортостан.
- Семенова Г.И.** – психолог отдела экспертно-реабилитационной работы, участвующий в освидетельствовании граждан и экспертных составах ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России.
- Сень С.Г.** – руководитель Бюро № 8- филиала, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.

- Сенькина А.Г.** – ассистент кафедры неврологии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Сенько Е.В.** – врач по МСЭ III экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Сергеева В.В.** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии, МСЭ и реабилитации №2 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Сидамонидзе Т.А.** – начальник организационно-методического отдела, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России.
- Сильянова Н.Ю.** – врач по МСЭ бюро №11 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Синкевич В.Н.** – ассистент кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Сираева З.Т.** – специалист по связям с общественностью ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России.
- Скляренко Р.Т.** – д.м.н., профессор кафедры хирургии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Скочилова И.Д.** – специалист по реабилитации (врач по медико-социальной экспертизе) Бюро №8 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Смагина Т.Н.** – методист организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, врач по МСЭ.
- Смолина Л.Г.** – заместитель руководителя по реабилитации инвалидов ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Смышчек В.Б.** – д.м.н., профессор, директор ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Республика Беларусь.
- Соловьева Н.Н.** – руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Ульяновской области» Минтруда России.
- Соловьева Ю.М.** – врач по МСЭ бюро МСЭ №13 для освидетельствования лиц с психическими расстройствами в возрасте до 18 лет ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России.
- Спиридонова В.С.** – к.м.н., зав. кафедрой хирургии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.
- Спиридонова Л.Н.** – врач по МСЭ, терапевт экспертного состава №3 ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области» Минтруда России.
- Спиридонова Л.Ч.** – руководитель – главный эксперт по МСЭ ФКУ «Главное бюро МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России.
- Стародубова Е.Б.** – и. о. руководителя – главного эксперта по МСЭ ФКУ «Главное бюро МСЭ по Астраханской области» Минтруда России.
- Столов С.В.** – д.м.н., заведующий кафедрой терапии, МСЭ и реабилитации №1 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Сытова Н.Б.** – начальник отдела по организации работы с документами ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России.
- Травникова Н.Г.** – к.псх.н., зав. кафедрой гуманитарных наук ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Трекин С.В.** – заместитель руководителя по организационно-методической работе, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России.
- Тыкыл-оол О.А.** – заместитель руководителя по экспертной работе, педиатр, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России.
- Тярасова К.Г.** – к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №1 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Углева Е.М.** – к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №1 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Уповалов С. А.** – руководитель – главный эксперт по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Ивановской области» Минтруда России.
- Усенкова И.В.** – руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России.

- Ушакова О.В.** – заместитель руководителя по экспертной работе и организации обработки персональных данных, врач по МСЭ, административного аппарата ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России.
- Фарфудинова Г.Ш.** – врач по МСЭ III экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Филипповская Л.В.** – руководитель экспертного состава №8 ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.
- Филиппова М.П.** – ассистент кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Хасанов А.Ш.** – руководитель – врач по МСЭ бюро МСЭ №20 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России.
- Хорькова О.В.** – ст. преподаватель кафедры организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Чистякова Н.П.** – ассистент кафедры педиатрии, МСЭ и реабилитации детей-инвалидов ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России, врач по МСЭ экспертного состава №3 ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России.
- Чубарова З.Г.** – врач по МСЭ III экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.
- Шабалина С.И.** – руководитель – врач по МСЭ экспертного состава №4 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.
- Шабанова О.А.** – к.м.н., доцент кафедры хирургии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Шамшева Е.В.** – к.м.н., руководитель – главный эксперт по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Широбокова С.В.** – врач по МСЭ хирург бюро МСЭ №14 филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России.
- Шишкова-Лаврусь М.В.** – руководитель, врач по МСЭ бюро МСЭ №1 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, к.м.н.
- Шмелева Л.В.** – начальник организационно-методического отдела, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.
- Шурупов Э.В.** – руководитель-главный эксперт ФКУ «ГБ МСЭ по Липецкой области» Минтруда России.
- Юкина Т.И.** – врач по МСЭ экспертного состава №1 ФКУ «ГБ МСЭ по Ульяновской области» Минтруда России.
- Юревич Л.В.** – начальник организационно-методического отдела, врач по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.
- Юша Е.Г.** – и.о. руководителя-главного эксперта по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Ямало-Ненецкому автономному округу» Минтруда России
- Ямщикова Т.Ю.** – к.м.н., доцент кафедры терапии, МСЭ и реабилитации №1 ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России.
- Яхатина З.Г.** – врач по МСЭ бюро №6 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России.

**СТО ЛЕТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МСЭ  
И РЕАБИЛИТАЦИИ**

**СБОРНИК ТРУДОВ  
Под ред. В.Г.Помникова**

Отпечатано в типографии ООО «Айсинг»  
ИД «ФАРМиндекс»  
199106, Санкт-Петербург, Средний пр., 99/18 лит. А  
Тел /факс (812) 327-05-12 [www.icing.ru](http://www.icing.ru)  
Тираж 250 экз. Заказ № 82.