ФГБУ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИМ. Г.А. АЛЬБРЕХТА
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С УЧЁТОМ ПРИКАЗА МИНТРУДА 374Н

Помников Виктор Григорьевич
профессор, заведующий кафедрой неврологии Института ДПО,
Крицкая Лариса Анатольевна,
доцент кафедры неврологии

Заболевания и травмы нервной системы являются частой причиной первичной инвалидности (около 20%), причем в 70–80% случаев это лица с тяжелой степенью инвалидности.

К наиболее инвалидизирующим заболеваниям нервной системы относятся:

- **цереброваскулярная патология (50% среди заболеваний ЦНС, приводящих к инвалидности),**
- **травмы нервной системы,**
- **дорсопатии с неврологическими нарушениями,**
- **эпилепсия,**
- **рассеянный склероз,**
- **болезнь Паркинсона,**
- **нейроинфекции и др.**

Медико-социальная экспертиза при нервных болезнях осуществляется в соответствии с общими для всех болезней принципами, методикой, понятиями с использованием нормативно-правовых документов.

Вместе с тем она имеет и характерные особенности, обусловленные, с одной стороны, сложностями анатомии и физиологии нервной системы (в установлении взаимосвязей с окружающей средой, в обеспечении жизнедеятельности человека), а с другой – своеобразием клиники нервных болезней, а также разнообразием нарушений функций вследствие нейросоматической патологии (вторичные соматоневрологические синдромы), нервно-психических нарушений (психоорганический синдром, неврозоподобные состояния).

- **В неврологической экспертной практике используют все виды стойких расстройств функций организма человека и категории ОЖД, с учетом степени их выраженности (приказ Минтруда РФ от 26 июля 2024 г. № 374н).**

- **Специалист по МСЭ, невролог на основе комплексной оценки количественных и качественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, обусловленных неврологическими заболеваниями, дает заключение о нарушенных основных категориях жизнедеятельности и выносит экспертное заключение о группе инвалидности.**

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше, обусловленная заболеваниями нервной системы, основывается преимущественно на оценке

- ***степени выраженности двигательных нарушений (параличи, парезы, атаксия, гиперкинезы), затрудняющих опору и передвижение, способность осуществлять простые и сложные виды движений,***
- ***а также на оценке наличия и степени выраженности психических, речевых и языковых, сенсорных нарушений функций организма.***

Учитываются также и другие факторы патологического процесса:
клиническая форма,
тип и тяжесть течения заболевания,
активность процесса, длительность и частота обострений,
наличие и курабельность пароксизмальных состояний;
распространенность патологического процесса,
наличие осложнений,
факторы клинического и реабилитационного прогноза.

(Приложение 1 к Приказу Минтруда России от 26.07.2024 N 374н "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы«)

При освидетельствовании неврологических больных необходимо выделение ведущего синдрома (синдромов), его стойкости и выраженности, что фактически определяет степень выраженности нарушенных функций и ограничений основных категорий жизнедеятельности человека в каждом конкретном случае.

Применение распространенных международных шкал в соответствии с патологией позволяет оптимизировать диагностику, лечебную тактику и оценку динамики состояния пациента наряду с современными инструментальными и лабораторными методами исследования.

Шкалы, тесты и опросники являются способом объективизации субъективных показателей с целью стандартизации динамики восстановления тех или иных функций у конкретного больного, либо для оценки эффективности лечебных мероприятий или реабилитационной программы.

Однако в экспертной практике многие шкалы, опросники, тесты не нашли практического применения, т.к.

- **основаны на субъективной оценке состояния здоровья самого больного, его родственников**
- **требуют значительного времени (многие шкалы включают большое количество параметров)**
- **не являются достоверными при формировании клинико-функционального диагноза и вынесении экспертного заключения.**

При осуществлении медико-социальной экспертизы (МСЭ) врач-невролог, специалист по МСЭ должен использовать необходимый набор методов объективизации выявленных нарушенных функций в результате болезни, дефекта:

- **метод наблюдения, клинический неврологический осмотр с использованием базовых, экономичных по времени шкал, тестов,**
- **провести клинико-экспертный анализ представленных данных в медицинской документации,**
- **оценить эффективность реабилитационных мероприятий, социальную дезадаптацию свидетельствуемого лица и др.**

При осуществлении медико-социальной экспертизы врач-специалист по МСЭ использует необходимый набор методов объективизации выявленных нарушенных функций в результате болезни, дефекта:

Метод наблюдения

Анализ, представленных в медицинской документации данных

Клинический неврологический осмотр

Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамической) функции

Степень нарушений статодинамической функции зависит от выраженности двигательного дефекта, его распространенности (монопарез, парапарез, гемипарез, вестибулярно-мозжечковые, гиперкинетические, амиостатические, миастенические нарушения и др.), локализации двигательных нарушений в проксимальных или в дистальных отделах конечностей.

Клинические критерии, позволяющие судить о наличии и выраженности статодинамических нарушений включают оценку:

- объема активных и пассивных движений в суставах, конечностях,
- мышечной силы, тонуса,
- темпа движения
- координации движений
- схвата и удержание предметов, выполнения тонких дифференцированных движений
- функции стояния, ходьбы

Определение ведущего синдрома (синдромов), его стойкости и выраженности обусловливает и выбор категории ограничений жизнедеятельности при установлении той или иной группы инвалидности:

- **способность к самообслуживанию,**
- **способность к самостоятельному передвижению,**
- **способность к ориентации,**
- **способность к общению,**
- **способность контролировать свое поведение,**
- **способность к обучению,**
- **способность к трудовой деятельности**

При необходимости оценки степени выраженности ограничений в категории способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению,

(помимо пареза или паралича верхних и(или) нижних конечностей),

нужно учитывать возможность:

- **апраксии,**
- **мозжечковой и сенситивной атаксии,**
- **нарушение локомоторной способности вследствие расстройства статико-локомоторной функции позвоночника,**
- **гиперкинеза,**
- **акинетико-ригидного синдрома (при паркинсонизме) и др.**

При определении оценки степени выраженности ограничений в категории способности контролировать свое поведение

обращают внимание не только на длительность, тяжесть, но и *на частоту (стойкость)* нарушения контроля при эпизодах полного или частичного нарушения ориентации у больных с пароксизмальными состояниями:

- **приступах головокружения,**
- **блефароспазма,**
- **пароксизмальной миоплегии,**
- **эпилептических приступах,**
- **императивных приступах засыпания при нарколепсии,**
- **атаках и др.**

Однако клинические проявления некоторых синдромов неврологических заболеваний при наличии стойких расстройств функций организма не вполне укладываются в используемые категории ОЖД.

Комплекс этих нарушений можно обозначить как «снижение ситуативной способности».

К ним, в частности, имеется основание относить:

1) зависимость от изменений во внутренней среде организма (вентрикуло-перитонеальное шунтирование при гидроцефалии, шунтирование при аномалии Киари, сирингомиелии, некоторые сосудистые анастамозы и др.);

2) необходимость постоянной заместительной терапии (медьэлиминирующие препараты при гепатоцеребральной дистрофии, антихолинэстеразные лекарства у больных миастенией, ПЭП при эпилепсии, ПИТРС при РС и др.);

3) чрезмерную подверженность травмам и(или) их опасность для больного (переломы костей при выраженном остеопорозе, падение при эпилептическом приступе и др.).

Приказе Минтруда России от 26 июля 2024 года № 374н. Его принципиальное отличие заключается в появлении реабилитационных групп, которые важны именно для системы МСЭ и органов социальной защиты. Незначительные изменения в связи с этим вносятся и в Постановление Правительства России № 588.

- не указаны синдромы, имеющие клинико-экспертное значение: (когнитивные нарушения: апраксия, агнозия, абазия, афазии и др.);
- в разделах (пунктах) не учтены все составляющие нарушенных функций по данной патологии;
- указанные синдромы, их выраженность, сочетание для определения количественной оценки НФ не совпадает в разных разделах приказа;

- приведены НФ (например, психические, сенсорные) без указания конкретной типологии синдромов, вариантов их развития и т.д.;

- **«нарушение мочевыделительной функции»** – указано только нарушение мочеобразующей функции (Примечание к пункту 14. «Количественная оценка степени выраженности стойких **нарушений мочевыделительной функции** организма граждан в возрасте 18 лет и старше, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, **основывается преимущественно на оценке степени выраженности нарушения функции почек в соответствии с классификацией хронической болезни почек** (далее - ХБП)»).

Обоснование экспертного заключения

(о степени выраженности нарушенных функций, выборе категории ограничения жизнедеятельности человека при установлении той или иной группы инвалидности и степени нуждаемости свидетельствуемого лица в мерах социальной защиты) при освидетельствовании больных в бюро МСЭ

методологически вытекает из сформулированного клинико-экспертного (функционального) диагноза, который является необходимым инструментом решения комплекса социальных и реабилитационных проблем свидетельствуемого лица.

Функциональный клинико-экспертный диагноз **характеризует аналитико-синтетическую деятельность врача.**

От обоснованного, полного, профессионально сформулированного функционального клинико-экспертного диагноза зависит правильность вынесения экспертного заключения о группе инвалидности и степени нуждаемости свидетельствуемого лица в мерах социальной защиты.

При направлении в бюро МСЭ в документах указан **заключительный диагноз лечебного учреждения,** в котором отражено основное заболевание (нозология), его осложнения, синдромы, характер и тяжесть течения, сопутствующее заболевание.

Все заболевания характеризуются в соответствии с принятыми классификациями, что важно для унифицированности и правильного статистического учета **(МКБ-10)**.

В ВОЗ заявляли, что 10-я редакция устарела и не отвечает сегодняшним потребностям медицины, медицинская статистика разных стран должна быть сопоставима.

11-й пересмотр классификации начали еще в 2007 году. В течение десяти лет в нее вносили правки, и 1 января 2022 года МКБ-11 официально вступила в силу. На полный переход к ней отводилось три года.

Второго февраля 2024 года в России было принято решение о приостановке внедрения нового классификатора болезней ВОЗ МКБ-11. (соответствующее распоряжение подписал Председатель Правительства Михаил Мишустин).
Основная причина – противоречия традиционным ценностям.
Камнем преткновения стали изменения МКБ, связанные с медицинским подходом к трансексуализму (теперь это не болезнь, а состояние) и педофилии.

Как известно, основной целью диагноза по МКБ является создание в будущем единой классификации болезней, поэтому в социальной медицине он не может заменить клинико-функциональный диагноз

При формулировке функционального клинико-экспертного диагноза указывается **нозологическая принадлежность** заболевания, но прежде всего, оцениваются

- основные **дезадаптирующие синдромы**, **их стойкость и степень выраженности;**
- **тип и темп течения,**
- **наличие осложняющей составляющей**
- **и неблагоприятного патопластического фона (если таковой имеется)**
- **Стойкость и степень выраженности нарушенных функций**

Однако, нозология, тип и темп течения заболевания, наличие осложняющего фактора или патопластического фона учитываются только при определении реабилитационного потенциала, медико-биологического, реабилитационного и социального прогноза (при формировании ИПРА).

Тем не менее, неблагоприятный или сомнительный (с тенденцией к неблагоприятному) клинический и реабилитационный прогноз даже на фоне временно сохранных определенной степени выраженности нарушений функций, может явиться основанием для вынесения экспертного решения о более тяжелой группе инвалидности, например при:

- **Боковом амиотрофическом склерозе,**
- **некоторых демиелинизирующих заболеваниях с быстрым прогрессированием,**
- **злокачественных новообразованиях умеренной или низкой степени дифференцировки и др.**

Пример функционального клинико-экспертного диагноза:

Основной: **Цереброваскулярная болезнь. ХИМ (смешанная: гипертоническая, атеросклеротическая) II ст.**

Осложнения: Последствия ишемического инсульта (атеротромботический подтип) в бассейне левой средней мозговой артерии от 26.12.2022 г. в виде значительно выраженного правостороннего гемипареза до плегии в верхней конечности, выраженной сенсомоторной афазии.

Стойкие значительно-выраженные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций.

Стойкие выраженные нарушения языковых и речевых функций.

Сопутствующий: Гипертоническая ангиопатия сетчатки обоих глаз……

Таким образом, в процессе освидетельствования:

- *во-первых, окончательно* ***объективизируется наличие, стойкость и степень выраженности предъявляемых синдромов****;*
- *во-вторых, формируется объективное суждение* ***о полноте и прогностическом характере*** *основных нарушенных* ***категорий жизнедеятельности,***
- *приводящих* ***к стойким нарушенным функциям,*** *что отражено при*
- ***вынесении функционального клинико-экспертного диагноза****,*

и как результат позволяет наиболее точно

- ***обосновать экспертные выводы о степени нуждаемости свидетельствуемого в мерах социальной защиты.***

В соответствии с квалификационными требованиям к специальности «Медико-социальная экспертиза», утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н, специалисты должны иметь высшее образование – специалитет по одной из специальностей:

«*Лечебное дело*», «*Педиатрия*», а также подготовку в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «*Детская хирургия*», *«Неврология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Психиатрия», «Терапия», «Травматология и ортопедия», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Эндокринология».*

Наличие у врача базовой специальности необходимо для формирования профессиональных компетенций врача - специалиста по медико-социальной экспертизе (невролога) для решения профессиональных задач:

- **способность клинико-инструментальной диагностики заболеваний, установление причинной связи, оценивать эффективность различных методов лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, определять методы реабилитации при различных заболеваниях нервной системы,**
- **уметь сформулировать функциональный клинико-экспертный диагноз,**

- **определить в установленном порядке потребности свидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию (разработать ИПРА).**

Таким образом, процесс медико-социальной экспертизы сложен. Знание общих вопросов методики МСЭ в значительной мере облегчает его, помогает выработать умение правильно анализировать и синтезировать многочисленные факторы, имеющие значение для вынесения экспертного решения и разработки ИПРА.

Такой всесторонний, интегративный подход к построению экспертной методологии определяется прежде всего крайней сложностью объекта экспертной оценки в МСЭ – человека, имеющего болезнь (дефект), во всех проявлениях его жизнедеятельности.

Благодарю за внимание