

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы*

ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Учебное пособие
для обучающихся по специальности
Лечебное дело

Рязань, 2023

УДК 616-036.865 (075.8)

ББК 51.1(2)3

О - 753

Под редакцией профессора С.С. Якушина

Рецензенты: **Л.С. Пустынкина**, заслуженный врач РФ, канд. мед. наук;

О.М. Тюрчина, гл. внештатный терапевт-пульмонолог, зам. глав. врача по лечебной работе ГБУ Рязанской области «Городская больница №6»

Авторы: **Е.В. Лыгина**, канд. мед. наук, доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;

С.В. Потапов, доц., руководитель ФКУ "ГБ МСЭ ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ" МИНТРУДА РОССИИ, гл. эксперт по медико-социальной экспертизе;

Л.А. Зотова, канд. мед. наук, доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;

А.В. Косяков, канд. мед. наук, асс. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

О - 753 Основы медико-социальной экспертизы: учебное пособие для обучающихся по специальности Лечебное дело / Е.В. Лыгина, С.В. Потапов, Л.А. Зотова [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2023. – 213 с.

ISBN 978-5-8423-0254-3

Данное учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся на кафедре госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы в 9 и 10 учебном семестрах по специальности 31.05.01. Лечебное дело.

В пособие включены материалы по 8 темам практических занятий, которые посвящены вопросам медико-социальной экспертизы и основываются на последних постановлениях Правительства РФ, приказах Министерства труда и социальной защиты РФ и на ряде других нормативных документах.

УДК 616-036.865 (075.8)

ББК 51.1(2)3

ISBN 978-5-8423-0254-3

© Авторы, 2023

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
Список сокращений.....	5
ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	
Нормативно-правовая база медико-социальной экспертизы. Правила признания лица инвалидом. Процедура медико-социальной экспертизы	
<i>Лыгина Е.В.</i>	7
Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы	
<i>Зотова Л.А., С.В. Потапов</i>	24
Форма направления на медико-социальную экспертизу	
<i>Лыгина Е.В.</i>	44
Знакомство с работой бюро медико-социальной экспертизы	
<i>Зотова Л.А.</i>	58
Реабилитация и абилитация инвалидов. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида	
<i>Косяков А.В.</i>	75
Направление на медико-социальную экспертизу при болезнях системы кровообращения, сосудов, крови, органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения	
<i>Лыгина Е.В.</i>	89
Направление на медико-социальную экспертизу при болезнях обмена веществ и внутренней секреции, соединительной ткани, костно-мышечной системы	
<i>Зотова Л.А.</i>	117
Направление на медико-социальную экспертизу при заболеваниях в неврологии, онкологии, травматологии и хирургии	
<i>Косяков А.В.</i>	147
Приложение	199
Литература.....	211
Электронные ресурсы.....	211

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие «Основы медико-социальной экспертизы» предназначено для обучения студентов лечебного факультета, обучающихся по специальности «Лечебное дело» и составлено с учетом последних требований ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (приказ № 59493, зарегистрированный в Минюсте России 26.08.2020г.), а также актуальных нормативно-правовых документов по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (последние постановления Правительства РФ, приказы Министерства труда и социальной защиты РФ и другие нормативные документы).

В пособии приводятся основные положения Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", постановления Правительства РФ от 5 апреля 2022 г. N 588 "О признании лица инвалидом", приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", приказа Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10 июня 2021 г. N 402н/631н "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы" и ряда других нормативных документов, которые позволят студентам овладеть базовыми вопросами медико-социальной экспертизы.

Следует отметить, что вопросы МСЭ в содержании пособия представлены не только при основной терапевтической патологии, но и при других наиболее распространенных инвалидизирующих нозологиях: неврологических, онкологических, травматологических и др.

Учебное пособие содержит много иллюстративных, табличных, графических материалов, что должно способствовать более эффективному усвоению материала для подготовки к практическим занятиям.

Таким образом, учебное пособие «Основы медико-социальной экспертизы» будет способствовать более эффективной подготовке студентов по вопросам медико-социальной экспертизы по специальности «Лечебное дело».

*Заведующий кафедрой госпитальной терапии,
доктор медицинских наук, профессор
С.С. Якушин*

*Руководитель ФКУ "ГБ МСЭ ПО
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ" МИНТРУДА РОССИИ,
главный эксперт по медико-социальной экспертизе, доцент
С.В. Потанов*

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- cTNM – система классификации опухолей до лечения
- cyTNM – система классификации опухолей после лучевого, химиолучевого, химиотерапевтического, гормонального лечения
- IQ – (intelligence quotient) коэффициент интеллекта
- pTNM – система классификации опухолей после хирургического лечения
- SIOP – (International society of pediatric oncology) Международное общество детской онкологии
- TNM – (tumor, nodus и metastasis) система классификации опухолей
- АГ – артериальная гипертензия
- АД – артериальное давление
- АХЭП – антихолинэстеразные препараты
- АЭС – атомная электростанция
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВК – врачебная комиссия
- ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
- ВН – временная нетрудоспособность
- ГБ – гипертоническая болезнь
- Главное бюро – главное бюро медико-социальной экспертизы
- Бюро – бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах
- ДН – дыхательная недостаточность
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ИВЛ – искусственная вентиляция легких
- ИПРА – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида
- К.Д. – календарные дни
- КТ – Компьютерная томография
- ЛФК – лечебная физическая культура
- МДС – миелодиспластический синдром
- МКБ – Международная классификация болезней
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- МСЭ – медико-социальная экспертиза
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
- ОАК – общий анализ крови
- ОАМ – общий анализ мочи
- ОЖД – ограничение жизнедеятельности

ОМС – обязательное медицинское страхование
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ПДО – программа дополнительного обследования
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РА – ревматоидный артрит
Р-гр – рентгенография
РНК – рибонуклеиновая кислота
РФ – Российская Федерация
РФП – радиофармпрепарат
СД – сахарный диабет
СМАД – Суточное мониторирование артериального давления
СН – сердечная недостаточность
СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счета
ССС – сердечно-сосудистая система
сТ3 – свободный трийодтиронин
сТ4 – свободный тироксин
ТСР – техническое средство реабилитации
ТТГ – тиреотропный гормон
УЗИ – Ультразвуковое исследование
Федеральное бюро МСЭ - Федеральное бюро медико-социальной экспертизы
ФЗ – федеральный закон
ФК – функциональный класс
ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования
Форма № 088/у - форма № 088/у "Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией"
ФП – фибрилляция предсердий
ХАН – хроническая артериальная недостаточность
ХБП – хроническая болезнь почек
ХГЧ – хорионический гонадотропин
ХМ – холтеровское мониторирование
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЦВБ – церебро-васкулярная болезнь
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭНМГ – электронейромиография
ЭФГДС – эзофагогастродуоденоскопия
ЭхоКГ – эхокардиография
ЭЭГ – электроэнцефалография

ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. ПРАВИЛА ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ. ПРОЦЕДУРА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (доц. Лыгина Е.В.)

Организация медико-социальной экспертизы

Согласно Федеральному закону Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ МСЭ отнесена к отдельному виду медицинских экспертиз.

В соответствии со ст. 58 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **медицинская экспертиза** — проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

В РФ проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

- 1) экспертиза ВН
- 2) МСЭ
- 3) военно-врачебная экспертиза
- 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы
- 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией
- 6) экспертиза качества медицинской помощи

Понятие «инвалид»

Согласно ст. 1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ, **инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами,

приводящее к ОЖД и вызывающее необходимость его социальной защиты (табл.1.1.).

Таблица 1.1.

Понятие «инвалид»

Инвалид		
Стойкие расстройства функций организма	ОЖД	Нуждаемость в мерах социальной защиты

Понятие «медико-социальная экспертиза»

Согласно ст. 7 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ, МСЭ — признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ОЖД, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ проводится исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа:

- 1) клинико-функциональных
- 2) социально-бытовых
- 3) профессионально-трудовых
- 4) психологических данных

с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством труда и социальной защиты РФ.

Порядок и условия признания лица инвалидом определяют «Правила признания лица инвалидом», утвержденные постановления правительства РФ № 588 от 05 апреля 2022 г.

Признание лица инвалидом осуществляется по результатам проведения МСЭ федеральными учреждениями МСЭ: Федеральным бюро, главными бюро, а также бюро, являющимися филиалами главных бюро.

Правом получить услугу по проведению МСЭ обладают граждане РФ, иностранные гражданам и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ на законных основаниях.

Условия признания гражданина инвалидом

1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

2) ОЖД (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

3) необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

Стойким расстройством функции организма считается нарушение функции, которое, несмотря на проводимые лечебные и восстановительные мероприятия, будет сохраняться еще длительный период времени или постоянно. Можно условно приравнять указанный период к одному году, как к минимальному сроку, на который может быть установлена инвалидность.

Следует помнить, что работающим листок ВН при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не может непрерывно продлеваться без оформления направления на МСЭ на срок более четырех месяцев с даты начала ВН, а при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе - на срок более 10 месяцев с даты начала ВН и не более 12 месяцев при лечении туберкулеза (приказ Минздрава РФ от 23.11.2021 г. № 1089н).

Также следует учитывать ориентировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10) согласно письму Фонда социального страхования РФ от 01 сентября 2000 г. № 02-18/10-5766.

Порядок направления гражданина на МСЭ

Гражданин направляется на МСЭ медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы в соответствии с решением ВК медицинской организации.

Обязательно необходимы:

– данные, подтверждающие стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

– проведение в полном объеме необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий;

– результаты медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ.

Врачебная комиссия оформляет направление на МСЭ после получения от гражданина (его законного или уполномоченного представителя) письменного согласия на направление и проведение МСЭ (форма согласия утверждается Минздравом РФ). В согласии на направление и проведение МСЭ гражданин (его законный или уполномоченный представитель) указывает предпочтительную форму проведения МСЭ (с личным присутствием или без личного присутствия), а также способ получения информации из бюро МСЭ.

ВК медицинской организации первоначально принимает решение о подготовке направления гражданина на МСЭ и проведении медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ. Далее, не позднее 30 рабочих дней, ВК медицинской организации принимает решение о направлении гражданина на МСЭ.

Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ, утверждается Министерством труда и социальной защиты РФ и Министерством здравоохранения РФ (Приказ Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021). Обследование медицинская организация обязана провести гражданину бесплатно.

Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей) и нуждающийся в первичном протезировании, направляется на МСЭ в соответствии с решением ВК этой медицинской организации в течение 3 рабочих дней после проведения указанной операции.

Гражданин, признанный нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, направляется на МСЭ в соответствии с решением ВК медицинской организации в течение одного рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ.

Направление на МСЭ передается медицинской организацией в бюро МСЭ в течение 3 рабочих дней.

Выписка из протокола решения ВК о направлении гражданина на МСЭ и копия направления на МСЭ могут быть выданы гражданину (его законному или уполномоченному представителю) по запросу.

В случае отказа медицинской организацией в направлении гражданина на МСЭ, ему выдается соответствующее заключение ВК, и гражданин (его законный или уполномоченный представитель) вправе подать жалобу на такое решение в орган, осуществляющий в отношении указанной медицинской организации функции учредителя и/или в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

МСЭ гражданина проводится

в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту регистрации).

1) по направлению на МСЭ, поступившему из медицинской организации

2) по заявлению о проведении МСЭ, поданному гражданином.

в главном бюро:

1) в случае обжалования гражданином (его законным или уполномоченным представителем) решения бюро

2) при осуществлении контроля за решением, принятым бюро

3) по направлению бюро в случаях, требующих консультации специалистов главного бюро, в том числе с проведением специальных видов обследования.

в Федеральном бюро:

1) в случае обжалования гражданином (его законным или уполномоченным представителем) решения главного бюро

2) при осуществлении контроля за решением, принятым главным бюро

3) по направлению главного бюро в случаях, требующих консультации специалистов федерального бюро, в том числе с проведением сложных специальных видов обследования.

МСЭ проводится в соответствии с заявленными в направлении на МСЭ или в заявлении гражданина (его законного или уполномоченного представителя) целями:

1) установление группы инвалидности;

2) установление категории "ребенок-инвалид";

3) установление причин инвалидности;

4) установление времени наступления инвалидности;

5) установление срока инвалидности;

6) определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

7) определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел РФ, сотрудника органов принудительного исполнения РФ, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии РФ и имеющего специальное звание полиции;

8) определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации;

9) определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации;

10) определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской

АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;

11) разработка ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);

12) разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

13) выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

14) выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина;

15) иные цели, установленные законодательством РФ.

По заявлению (без направления на МСЭ) которое гражданин (его законный или уполномоченный представитель) самостоятельно подает в бюро МСЭ проводится в следующих случаях:

– для определения причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;

– для выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

– для выдачи новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина;

– при необходимости внесения исправлений в ИПРА в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), уточнением характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или)

абилитационных мероприятий, ТСР и услуг, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая или арифметическая ошибка либо подобная ошибка) инвалиду (ребенку-инвалиду);

– при необходимости включения в ИПРА ребенка-инвалида рекомендаций о товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала (далее - товары и услуги);

– для решения вопроса об изменении причины инвалидности (должны быть приложены документы-основания).

Бюро организует регистрацию поступивших направлений на МСЭ и заявлений о проведении МСЭ. Главное бюро и Федеральное бюро организуют регистрацию поступивших заявлений граждан (их законных или уполномоченных представителей) об обжаловании решения бюро, главного бюро соответственно.

По результатам рассмотрения зарегистрированных документов бюро (главное бюро, Федеральное бюро) с учетом мнения гражданина (его законного или уполномоченного представителя), указанного в направлении на МСЭ, в заявлении о проведении МСЭ или в заявлении об обжаловании решения бюро (главного бюро), принимает решение о форме проведения МСЭ. МСЭ может проводиться без личного присутствия гражданина, с личным присутствием гражданина, в том числе с выездом к гражданину по месту его нахождения.

МСЭ с личным присутствием гражданина проводится по решению бюро (главного бюро, Федерального бюро) в случаях:

1) наличия в направлении на МСЭ сведений о соответствующем предпочтении гражданина (его законного или уполномоченного представителя);

2) указания гражданином (его законным или уполномоченным представителем) соответствующего предпочтения в заявлении о проведении МСЭ или в заявлении об обжаловании решения бюро (главного бюро);

3) невозможности удостовериться в полноте и достоверности сведений, содержащихся в представленных документах;

4) выявления несоответствий между данными исследований и заключениями специалистов, направляющих гражданина на МСЭ, о степени выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами;

5) необходимости обследования гражданина с применением специального диагностического оборудования, специальных медико-социальных экспертных методик и технологий для уточнения структуры и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, функциональных нарушений, реабилитационного потенциала;

6) если целью МСЭ гражданина, ранее признанного инвалидом, является разработка ИПРА, за исключением случаев необходимости изменения персональных данных инвалида (ребенка-инвалида) и устранения технических ошибок (описок, опечаток, грамматических или арифметических ошибок либо подобных ошибок);

7) если гражданин является получателем социальных услуг в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания.

В случае принятия решения о проведении МСЭ с личным присутствием гражданина бюро согласовывает с ним дату и время проведения освидетельствования.

Процедура МСЭ

Специалисты бюро информируют гражданина о регистрации направления на МСЭ (заявления о проведении МСЭ) и уведомляют о форме, дате и времени проведения МСЭ.

При проведении МСЭ специалисты бюро проводят:

– ознакомление освидетельствуемого с порядком и условиями признания инвалидом;

– опрос, осмотр, обследование гражданина, в том числе, с использованием специального диагностического оборудования (при проведении МСЭ с личным присутствием гражданина);

- изучение представленных документов;
- анализ имеющихся в направлении на МСЭ данных о состоянии здоровья гражданина, отражающих степень нарушения функций органов и систем организма, состояние компенсаторных возможностей организма, психологических данных;
- анализ социально-бытовых и профессионально-трудовых факторов;
- анализ сведений о результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- анализ сведений о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы;
- коллегиальное обсуждение результатов МСЭ.

При необходимости возможно приглашение руководителем бюро представителей государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалистов соответствующего профиля для участия в МСЭ с правом совещательного голоса

Гражданин вправе пригласить для участия в проведении МСЭ любого специалиста (с его согласия) с правом совещательного голоса.

МСЭ без личного присутствия гражданина проводится путем изучения представленных документов, анализа имеющихся в направлении на МСЭ данных. Опрос, осмотр и обследование гражданина специалистами бюро в таком случае не проводятся. По результатам МСЭ без личного присутствия гражданина бюро выносит решение по заявленным целям.

При проведении МСЭ осуществляется аудио и видео фиксация.

Вынесение экспертного решения

- решение должно быть вынесено в течение 30 рабочих дней с момента регистрации направления или заявления на МСЭ;
- в случае проведения МСЭ гражданину, находящемуся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающегося в первичном протезировании, а также гражданину, признанного

нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, решение выносится в срок, не превышающий 3 рабочих дней со дня поступления в бюро направления на МСЭ).

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, на основе обсуждения результатов МСЭ.

Экспертное решение объявляется в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ (при проведении с личным присутствием).

Документы МСЭ

В информационной системе МСЭ ведутся: протокол проведения МСЭ, акт освидетельствования, ИПРА. Они формируются в дело МСЭ гражданина.

В случае признания инвалидом, гражданину выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности (на номерном бланке по установленной форме) и ИПРА. Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, содержит идентификатор (дату и время) размещения записи об инвалиде в Федеральном реестре инвалидов.

В листке ВН заполняются соответствующие разделы (при его наличии).

Гражданину, не признанному инвалидом, выдается выписка о результатах проведения МСЭ (на бумажном носителе или в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью)

Бюро передает данные о результатах МСЭ:

– в медицинскую организацию, направившую гражданина на МСЭ (автоматически, через информационную систему МСЭ или на бумажном носителе);

– в «Федеральный реестр инвалидов» (автоматически, через информационную систему МСЭ);

– в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение (автоматически, через информационную систему МСЭ или на бумажном носителе);

– в военные комиссариаты (для граждан состоящих на воинском учете или не состоящих, но обязанных состоять на воинском учете).

ПДО

Составляется врачами экспертами и утверждается руководителем бюро в случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений.

ПДО может включать:

- проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской организации
- проведение необходимого дополнительного обследования в организации, осуществляющей деятельность по реабилитации и абилитации инвалидов
- проведение необходимого дополнительного обследования в главном бюро или в Федеральном бюро с использованием специального диагностического оборудования
- получение консультации главного бюро или Федерального бюро
- запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности
- запрос необходимых сведений, проведение обследования социально-бытового положения гражданина
- получение заключения психолого-медико-педагогической комиссии о рекомендуемых условиях обучения
- получение выписки из протокола (карты) патолого-анатомического исследования
- другие мероприятия

Форма ПДО и порядок ее заполнения утверждаются Министерством труда и социальной защиты РФ. Гражданин не позднее 3 рабочих дней, следующих за днем получения ПДО дает согласие или отказ на дополнительное обследование, предусмотренное программой. В случае получения согласия гражданина на дополнительное обследование, ПДО не позднее следующего рабочего дня направляется бюро в соответствующие органы и организации. Указанные органы и организации

предоставляют информацию о проведении обследования, предусмотренного ПДО, в бюро в течение 14 рабочих дней.

После получения данных, предусмотренных ПДО, специалисты бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом, либо решение об отказе в признании его инвалидом.

В случае получения отказа гражданина от дополнительного обследования, решение о признании лица инвалидом, либо решение об отказе в признании его инвалидом принимается бюро на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая отметка в протоколе проведения МСЭ.

Сроки установления инвалидности

В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма, возникших в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет - категория "ребенок-инвалид".

Инвалидность может быть установлена с указанием срока очередного переосвидетельствования или без указания срока переосвидетельствования (пожизненно).

В случаях, когда инвалидность устанавливается с указанием срока очередного переосвидетельствования, то I группа устанавливается на 2 года, II и III группы - на 1 год. Категория "ребенок-инвалид" устанавливается сроком на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения гражданином возраста 14 лет, либо 18 лет.

При первичном освидетельствовании инвалидность устанавливается до 1 числа следующего месяца: например, первичное освидетельствование и признание инвалидом – 8 сентября, инвалидность устанавливается до 1 октября. Категория "ребенок-инвалид" до достижения гражданином возраста 14 или 18 лет устанавливается до дня, следующего за днем наступления возраста 14 и 18 лет соответственно.

В случае признания гражданина инвалидом **датой установления инвалидности** считается дата поступления в бюро направления на МСЭ.

Переосвидетельствование инвалида проводится в порядке, предусмотренном Правилами признания лица инвалидом, во многом оно аналогично порядку, при первичном освидетельствовании.

Проведение очередного (повторного) освидетельствования возможно не ранее 2-х месяцев до окончания установленного срока инвалидности. Например, если инвалидность установлена до 1 августа, то очередное освидетельствование может быть проведено начиная с июня.

При изменении состояния здоровья гражданина (ухудшение или улучшение), при наличии направления на МСЭ медицинской организацией, переосвидетельствование инвалида возможно ранее установленного срока в том числе, если инвалидность установлена без указания срока переосвидетельствования.

Гражданам устанавливается **группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования**, а гражданам, не достигшим 18 лет, - категория "ребенок-инвалид" до достижения возраста 18 лет:

1) имеющим заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, предусмотренные разделом IV приложения к «Правилам признания лица инвалидом»

2) не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории "ребенок-инвалид") гражданина, имеющего заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, предусмотренные разделом I приложения к «Правилам признания лица инвалидом»

3) не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории "ребенок-инвалид") в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных или абилитационных мероприятий степени ОЖД гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма

4) при первичном признании гражданина инвалидом, при отсутствии положительных результатов реабилитационных или

абилитационных мероприятий, проведенных гражданину до его направления на МСЭ. При этом необходимо, чтобы в направлении на МСЭ, выданном гражданину медицинской организацией, содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных или абилитационных мероприятий.

В случаях, когда для проведения повторного освидетельствования направление на МСЭ поступает после окончания срока инвалидности, бюро принимает решение об уважительной/неуважительной причине пропуска переосвидетельствования. В случаях признания причины пропуска уважительной, делается зачет срока, и инвалид получает причитающиеся выплаты пенсии по инвалидности в полном объеме.

Причины инвалидности

Под причиной инвалидности понимается круг социальных обстоятельств, на фоне (в результате) которых возникла инвалидность, а не конкретное заболевание (травма). От причины инвалидности могут зависеть дополнительные льготы и выплаты. Согласно действующему законодательству, установлены следующие причины инвалидности:

- 1) общее заболевание;
- 2) трудовое увечье;
- 3) профессиональное заболевание;
- 4) инвалидность с детства;
- 5) инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов;
- 6) военная травма;
- 7) заболевание получено в период военной службы;
- 8) заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- 9) заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;

10) заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;

11) заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк";

12) заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк";

13) заболевание связано с последствиями радиационных воздействий;

14) заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска;

15) заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил РФ, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий;

16) инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), полученного в связи с участием в боевых действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан;

17) иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

При отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или других предусмотренных законодательством РФ обстоятельств, являющихся причиной инвалидности, в качестве причины инвалидности указывается общее заболевание. В этом случае бюро оказывает гражданину содействие в получении указанных документов, в том числе посредством формирования и направления межведомственных запросов. При представлении в бюро соответствующих документов причина инвалидности изменяется со дня представления этих документов без дополнительного освидетельствования инвалида.

Порядок установления причин инвалидности утверждается Министерством труда и социальной защиты РФ.

Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро

Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок со дня его получения на основании заявления, поданного в бюро, проводившее МСЭ, либо в главное бюро. Главное бюро не позднее 30 рабочих дней со дня поступления заявления гражданина проводит его МСЭ и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок со дня его получения в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в главное бюро, проводившее МСЭ, либо в Федеральное бюро. Федеральное бюро не позднее 30 рабочих дней со дня поступления заявления гражданина проводит его МСЭ и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение. В случае обжалования гражданином решения главного бюро, главный эксперт МСЭ по соответствующему субъекту РФ, с согласия гражданина, может поручить проведение его МСЭ другому составу специалистов главного бюро.

Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суд гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в порядке, установленном законодательством РФ в месячный срок.

КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

(доц. Зотова Л.А., доц. Потанов С.В.)

Гражданин может быть признан инвалидом только решением федерального учреждения МСЭ после проведения медико-социальной экспертизы. В настоящее время не существует независимых (коммерческих) организаций, которые имеют право принимать легитимные решения по установлению инвалидности.

При освидетельствовании проводится комплексная оценка состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Минтрудом России. Для этого анализируются жалобы пациента, история заболевания, консультации специалистов, результаты объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования, социальные данные (такие как семейное положение, характеристика семьи, тип жилья, наличие удобств и отдельной комнаты, этаж проживания), производственная характеристика, заключение психолого-медико-педагогической комиссии (для граждан в возрасте до 18 лет) и др. В случае заочной экспертизы, когда врачи-эксперты не имеют возможности и права общаться с пациентом, анализируется исключительно документация, следовательно, многое будет зависеть от корректности и полноценности информации, перенесенной в форму направления на МСЭ. Также в практику с 2023 г. будет внедрен дистанционный формат взаимодействия между специалистами учреждений МСЭ и освидетельствуемым, когда общение будет проходить путем телекоммуникации (при обжаловании решений первичного бюро, проведения консультаций и освидетельствований в порядке контроля).

"Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (утверждены приказом Минтруда

России от 27.08.2019 N 585н) содержат классификацию подвергаемых экспертной оценке основных функций организма человека, ограничений жизнедеятельности и степени их выраженности, а также регламентируют вопросы установления конкретной группы инвалидности (категории ребенок-инвалид) или отказа в установлении инвалидности на основании степени выраженности нарушенных функций организма.

Первоначально эксперты оценивают, какие функции организма человека, проходящего экспертизу, нарушены, имеют ли нарушения стойкий характер.

Оценке подлежат все имеющиеся заболевания и вызванные ими нарушения функций, и основное заболевание, и его осложнения, и сопутствующая патология. Например, освидетельствование проходит пациент с сочетанием таких патологий, как ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, ХСН, остеоартрит, ЦВБ, миопия: будут оцениваться нарушения функции ССС, статодинамическая функция, психические и сенсорные функции (зрение). Или на экспертизе находится пациент с анкилозирующим спондилитом и поражением почек - ХБП как осложнение проводимой терапии (например, на фоне длительного приема НПВП): будут подвергаться оценке статодинамическая функция и функция мочевыделительной системы.

Критерии определения степени выраженности стойких расстройств функций организма в зависимости от возраста приведены в отдельных приложениях к Классификациям и критериям: Приложение 1 предназначено для граждан 18 лет и старше (взрослых), Приложение 2 посвящено оценке нарушений функций у граждан до 18 лет (детей и подростков).

Давайте рассмотрим, какие функции подвергаются оценке при проведении МСЭ в соответствии с Классификациям и критериями:

1. Нарушения психических функций: сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций, речи, последовательных сложных движений. В первую очередь, говоря

о стойком нарушении психических функций, мы вспоминаем различные психиатрические заболевания, но также нарушения могут быть и у пациентов с сердечно-сосудистой патологией (например, ОНМК вследствие ФП, ЦВБ на фоне ГБ), эндокринной патологией (пациенты с микседемой, гипотиреозом) и т.д.

2. **Нарушения языковых и речевых функций:** устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования. К примеру, можно выявить стойкие нарушения языковых и речевых функций у пациентов с раком гортани после радикального лечения, у пациентов с метастазами или опухолями головного мозга, в случае аутизма, последствий черепно-мозговых травм и т.д.

3. **Нарушения сенсорных функций:** зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль. Данные функции нарушены у пациентов с различной первичной и вторичной (например, ретинопатия на фоне сахарного диабета) патологией органов зрения, слуха, нервной системы, опухолей головного мозга, орфанной патологии и др.

4. **Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций:** движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений. Стойкие изменения статодинамической функции будут у пациентов с последствиями переломов, после ампутаций конечностей (в том числе и верхних конечностей), при ревматологических заболеваниях и др.

5. **Нарушения функций ССС, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем.**

6. **Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством:** деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела.

Как вы видите, не все функции организма проходят оценку при проведении МСЭ. Еще раз подчеркнем, что лишь **стойкие** нарушения играют значимую роль при проведении экспертизы: например, пациент с пароксизмами ФП, у которого нет стойкого нарушения функции ССС, то есть ХСН, не попадает под эти требования, несмотря на частоту пароксизмов. В данном случае частые пароксизмы ФП – это вопрос коррекции лечения пациента, что не входит в обязанности учреждений МСЭ. Другой пример, вы как лечащий врач ведете пациента с подагрой, у которого нарушение статодинамических функций возникает только в момент приступа и нет осложнений – в таком случае не стоит направлять его на МСЭ. Но если у этого пациента уже развились стойкие нарушения статодинамической функции (например, из-за выраженной деформации пораженных суставов имеются значительные затруднения во время ходьбы, при самообслуживании) или стойкие нарушения мочевыделительной функции (развилась ХБП) – то это повод рассмотреть данного пациента как кандидата для направления на МСЭ.

Одно заболевание может приводить к стойким нарушениям различных функций, каждый вид нарушения будет оцениваться отдельно. При проведении экспертизы оценке подлежат изменения, вызванные основным и сопутствующими заболеваниями и их осложнениями (даже, если эти изменения незначительны – важен лишь факт их стойкости, то есть необратимости).

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, при проведении МСЭ оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:

I степень - стойкие **незначительные** нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от **10 до 30%**;

II степень - стойкие **умеренные** нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от **40 до 60 %**;

III степень - стойкие **выраженные** нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от **70 до 80 %**;

IV степень - стойкие **значительно выраженные** нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от **90 до 100 %**.

Для проведения оценки, на сколько процентов нарушена та или иная функция необходимо открыть соответствующий раздел Приложений к Приказу Минтруда России от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы". В Приказе есть два Приложения: первое описывает оценку патологий у граждан в возрасте 18 лет и старше, второе – оценку у лиц до 18 лет. Рассмотрим пример. Освидетельствование проводится у пациента 45 лет с последствиями ампутации верхней конечности на уровне кисти. Открываем Приложение 1, соответствующие разделы (табл. 2.1, рис.2.1, рис.2.2.).



Рис. 2.1. Ампутация пальцев, соответствующая стойкому нарушению функций 10-30%

Таблица 2.1.
Оценка нарушений функций у пациентов с последствиями травм пальцев кистей рук

Виды стойких расстройств функций организма человека.	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека	Колич. оценка (%)
Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (стагодинамических) функций;	Отсутствие дистальной фаланги и части основной первого пальца кисти. Отсутствие первого пальца кисти, в том числе с первым лучом кисти. Отсутствие одного трехфалангового пальца кисти, в том числе с соответствующей пястной костью. Отсутствие двух или трех (исключая первый) трехфаланговых пальцев кисти.	10-30
	Отсутствие одного или двух пальцев (любых, включая I) на одной кисти	40-60
	Отсутствие двух трехфаланговых пальцев кисти с отсутствием первого пальца.	
	Отсутствие трех трехфаланговых пальцев кисти с отсутствием первого пальца.	
	Отсутствие первых пальцев обеих кистей.	
	Отсутствие всех пальцев одной кисти.	
	Полное отсутствие всех трехфаланговых пальцев одной кисти	
	Отсутствие всех трехфаланговых пальцев с сохраненными II-V пястными костями на обеих кистях	70-80
	Отсутствие всех пальцев обеих кистей	90-100



Рис. 2.2. Ампутация пальцев, соответствующая стойкому нарушению функций 40-60%

Или другой пример: пациент с сосудистыми осложнениями сахарного диабета (табл.2.2.).

Обратите внимание, что при диабетической ангиопатии не бывает нарушения функций в диапазоне 90-100%.

Таблица 2.2.

Оценка выраженности нарушений функций при сахарном диабете с нарушениями периферического кровообращения

Виды стойких расстройств функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека	Колич. оценка (%)
Нарушения функций эндокринной системы и метаболизма, функции ССС	Диабетическая ангиопатия обеих нижних конечностей с ХАН 0 или I стадии	10-30
	Диабетическая ангиопатия обеих нижних конечностей с ХАН II стадии	40-60
	ХАН III стадии с язвенным дефектом после заживления или ампутации на уровне стопы с деформацией и формированием зоны высокого риска рецидива язвы стопы одной конечности	70-80

Если проанализировать Приказ № 585н, видно, что подход к оценке сгруппирован по определенным принципам, понимание

которых может помочь врачу предварительно оценить, соответствует ли пациент критериям инвалидности.

Патология ССС в первую очередь оценивается по степени выраженности сердечной недостаточности, легочной гипертензии и поражения органов мишеней. Например, целый ряд кардиологических заболеваний с разными клиническими проявлениями, разной терапией (хроническая ИБС, предсердно-желудочковая блокада и блокада левой ножки пучка Гиса, кардиомиопатия, пароксизмальная тахикардия, ФП и трепетание предсердий и другие нарушения сердечного ритма, нарушения системы кровообращения после хирургических процедур, наличие сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов, последствия травмы внутригрудных органов, врожденные аномалии системы кровообращения) будут оцениваться при освидетельствовании лишь по выраженности ХСН (табл.2.3).

Таблица 2.3.

Оценка выраженности нарушений функций при хронической ИБС и др. патологиях, указанных выше

Виды стойких расстройств функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека	Колич. оценка (%)
Нарушение функций ССС	ХСН I стадии.	10-30
	ХСН IIА стадии	40-60
	ХСН IIБ стадии	70-80
	ХСН III стадии	90-100

Заболевания опорно-двигательного аппарата преимущественно оцениваются на основании клинико-функциональных нарушений, данных рентгенологических обследований, степени деформации, активности патологии и возможного поражения органов-мишеней. Рассмотрим количественную оценку нарушения функций у пациентов с ревматоидным артритом (табл.2.4.)

При злокачественных новообразованиях учитываются клинико-морфологические данные, локализация,

распространение опухоли, наличие поражения лимфатических узлов, метастазов, гистологическое строение и степень дифференцировки опухоли, стадия опухолевого процесса: важную роль будет играть оценка по классификации TNM. При повторном освидетельствовании будет учтена степень нарушения функций после проведенного лечения, наличие ремиссии или возникновения рецидивов, метастазов, осложнений. Например, пациент с злокачественным новообразованием желудка (табл.2.5.)

При заболевании органов кроветворения и иммунной системы оценивается количественная оценка степени выраженности нарушений функций крови: данным клинико-лабораторного обследования, частоты и тяжести кризов, наличия и вида кровоизлияний во внутренние органы, а также в полости крупных суставов, от поражения органов – мишеней, вида, объеме и эффективности проводимого лечения.

Заболевания нервной системы оцениваются по степени выраженности двигательных нарушений (параличи, парезы, атаксии, гиперкинезы), а также по степени выраженности речевых и языковых нарушений, нарушения сенсорных функций организма. Например, табл.2.6.

Заболевания органов дыхания оцениваются по степени тяжести дыхательной недостаточности исходя из парциального давления кислорода крови и сатурации крови кислородом, учитываются также форма и тяжесть течения, наличие и частота обострений, объем и эффективность базовой терапии, наличие осложнений. Например, пациент с бронхиальной астмой (табл.2.7.).

Таблица 2.4.

Оценка выраженности нарушений функций при РА

Виды стойких расстройств функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека	Колич. оценка (%)
Нарушения статодинамических функций, сенсорных функций, функций пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой системы, системы крови и иммунной системы, эндокринной системы и метаболизма, мочевыделительной функции, функций кожи и связанных с ней систем;	<p>Отсутствие или незначительное нарушение функции организма: ФК I; рентгенологическая стадия I; отсутствие или I степень активности; отсутствие системных проявлений; отсутствие осложнений заболевания и/или проводимой терапии</p> <p>Умеренное нарушение функции организма: ФК II; рентгенологическая стадия II; II степень активности; отсутствие системных проявлений; наличие осложненной заболеваемости и/или проводимой терапии, приводящей к умеренно выраженным нарушениям функций организма</p> <p>Выраженное нарушение функции организма: ФК II-III; рентгенологическая стадия II-IV; II-III степень активности; наличие системных проявлений; наличие осложненной заболеваемости и/или проводимой терапии, приводящей к выраженным нарушениям функций организма</p>	10-30 40-60 70-80
	Значительно выраженные нарушения функции организма: ФК IV (обоих тазобедренных, или более двух крупных суставов в функционально невыгодном состоянии); рентгенологическая стадия III-IV; вне зависимости от активности заболевания на фоне терапии; наличие системных проявлений; наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к значительно выраженным нарушениям функций организма	90-100

Таблица 2.5.

**Оценка выраженности нарушений функций при
злокачественном новообразовании желудка**

Виды стойких расстройств функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций	Колич. оценка (%)
Нарушение функции системы крови и иммунной системы;	Рак желудка I, II стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при выполнении эндоскопической резекции), без местных и/или общих осложнений	10-30
Нарушения функций системы крови и иммунной системы, пищеварительной системы;	Рак желудка I, II стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при хирургическом методе лечения рака желудка) без местных и/или общих осложнений. Гастрэктомия	40-60
Нарушение функции системы крови и иммунной системы; ССС, дыхательной, эндокринной систем и метаболизма, пищеварительной системы;	Рак желудка I, II, III стадии (T1,2,3,4N0,1,2,3M0) после радикального, комбинированного или комплексного лечения, наличие местных и/или общих осложнений и последствий лечения	70-80
Нарушения функций системы крови, статодинамических функций, ССС, дыхательной, эндокринной систем, пищеварительной системы, психических функций;	Рак желудка IV стадии (T1,2,3,4N,1,2,3M0,1), инкурабельное состояние	90-100

Таблица 2.6.

Оценка выраженности нарушений функций при последствиях травм головы (последствия ушиба головного мозга), воспалительных заболеваний центральной нервной системы, последствиях ЦВБ

Виды стойких расстройств функций	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека	Колич. оценка (%)
Нарушения психических, языковых, речевых, сенсорных, статодинамических функций;	Незначительные нарушения статодинамических функций: легкий гемипарез, легкий парез, парапарез; легкий атактический синдром и другие легкие очаговые нарушения; незначительные нарушения психических, языковых и речевых функций (дизартрия, афазия), сенсорных функций	10-30
сенсорных, статодинамических функций;	Умеренные нарушения статодинамических функций: легкий тетрапарез, умеренный гемипарез; умеренный парапарез; умеренный атактический синдром и другие умеренные очаговые нарушения; умеренные нарушения психических, языковых и речевых функций (дизартрия, афазия), сенсорных функций	40-60
Нарушения психических, языковых, речевых, сенсорных,	Выраженные нарушения статодинамических функций: умеренный тетрапарез, выраженный гемипарез, выраженный парапарез, выраженный парез; выраженный атактический синдром и другие выраженные очаговые нарушения; выраженные нарушения психических, языковых и речевых функций (дизартрия, афазия), сенсорных функций; нарушение контроля тазовых органов	70-80
статодинамических функций, пищеварительной системы, нарушения мочевого пузыря функций	Значительно выраженные нарушения статодинамической функции: значительно выраженный парапарез (либо параллегия), значительно выраженный гемипарез (либо плегия); выраженный/значительно выраженный тетрапарез (тетраплегия); значительно выраженная статическая и динамическая атаксия (самостоятельное передвижение невозможно); значительно выраженные нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных функций; отсутствие контроля функций тазовых органов. Вегетативное состояние	90-100

Таблица 2.7.

Оценка выраженности нарушений функций при астме

Виды стойких расстройств функций организма	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека	Колич. оценка (%)
Нарушение функции дыхательной системы;	Незначительные нарушения функции дыхательной системы: легкое или среднетяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии низкими или средними дозами ингаляционных кортикостероидов), ДН 0 или ДН I стадии	10-30
Нарушения функций дыхательной и ССС;	Среднетяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии средними дозами ингаляционных кортикостероидов), ДН II степени с преходящей или постоянной легочной гипертензией (ХСН 0 или ХСН I стадии)	40-60
Нарушение функций дыхательной, ССС, нарушение психических функций;	Тяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии высокими дозами ингаляционных кортикостероидов) с ДН II, III степени, ХСН IIА стадии	70-80
	Тяжелое течение заболевания на фоне базисной терапии с ДН III степени, ХСН IIБ и III стадии	90-100

Если у пациента, который проходит освидетельствование, имеется несколько видов стойких нарушений функций организма, отдельно оценивается и устанавливается степень выраженности каждого из таких нарушений в процентах. Сперва устанавливается максимально выраженное в процентах нарушение той или иной функции организма человека, после чего определяется влияют ли иные стойкие нарушения на данную функцию. В случае, если такое взаимное отягощение подтверждается, возможно увеличение степени суммарных нарушений на 10%.

После того, как проведена оценка нарушенных функций, врачи-эксперты определяют, какие категории жизнедеятельности имеют ограничения у пациента из-за имеющейся патологии.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к ориентации;
- г) способность к общению;
- д) способность контролировать свое поведение;
- е) способность к обучению;
- ж) способность к трудовой деятельности

В течение длительного периода времени при проведении экспертизы оценивалась только способность к труду, поэтому инвалидами не могли признаваться дети, те, кто не работал официально и т.д. Но данная позиция была изменена, так как необходимость в социальной поддержке возникает у более широких групп населения, не только у работающих граждан.

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека.

Способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц.

Способность к самообслуживанию включает такие разновидности действий, как соблюдение личной гигиены, возможность одеваться и раздеваться, выполнение повседневных бытовых потребностей и др. При этом оцениваются нуждаемость

во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища; нужна ли посторонняя помощь при данных действиях; как часто нужна помощь посторонних лиц: периодическая нуждаемость (1-2 раза в неделю), длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

Способность к самостоятельному передвижению включает самостоятельное перемещение в пространстве: ходьба по ровной местности, преодоление препятствий, сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела; выполнение сложных видов передвижения и перемещения; пользование общественным и личным транспортом и др.

Способность к ориентации - способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

Способность к ориентации включает: возможность к определению времени года/суток по окружающим признакам; определению местонахождения; способность к осознанию собственной личности, схемы тела и его частей, дифференциации «правого и левого».

Способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств, при изолированном поражении органа слуха - способность к общению с использованием невербальных способов общения и услуг по сурдопереводу;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

При оценке ограничений способности к общению следует анализировать способность говорить, слушать, видеть, читать, писать, понимать символическую коммуникацию и др.

Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

При оценке степени ограничений способности контролировать свое поведение следует анализировать наличие и

характер личностных изменений, степень сохранности осознания своего поведения, способность к самокоррекции или возможность коррекции с помощью других лиц, терапевтической коррекции и др.

Способность к обучению - способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни:

1 степень - способность к обучению и получению образования в **рамках федеральных государственных образовательных стандартов** в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, **с созданием специальных условий** (при необходимости) для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, в том числе обучение **с применением (при необходимости) специальных технических средств** обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии

2 степень - способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий для получения образования только **по адаптированным образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий** с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

3 степень - способность к обучению **только элементарным навыкам** и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения только элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере, или ограниченные возможности способности к такому обучению в связи с имеющимися значительно выраженными

нарушениями функций организма, определяемые с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

Таким образом, оценка способности к обучению предполагает наличие заключения заранее проведенной психолого-медико-педагогической комиссии.

Из всех критериев жизнедеятельности нарушение способности к обучению имеет наибольшую социальную значимость в детском возрасте, эквивалентно по социальной значимости нарушению способности к труду и у взрослых.

При оценке степени ограничения способности к обучению следует анализировать следующие параметры: образование, наличие профессиональной подготовки; объем обучения по общим или специальным государственным образовательным стандартам; возможность обучения в учебном учреждении общего типа или в коррекционно-образовательном учреждении; сроки обучения (нормативные-ненормативные); необходимость применения специальных технологий и (или) вспомогательных средств обучения, необходимость помощи других лиц (кроме обучающего персонала); уровень познавательной (мыслительной) деятельности человека в соответствии с возрастной нормой; отношение к обучению, мотивация к учебной деятельности; возможность вербального и (или) невербального контакта с другими людьми; состояние систем коммуникации, ориентации, особенно сенсорных, двигательных функций организма и др.; состояние зрительно-моторной координации для овладения техникой письма, графическими навыками, манипулятивными операциями.

Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда **при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии** (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности **в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств;**

3 степень - способность к выполнению **элементарной трудовой деятельности** со значительной помощью других лиц или **невозможность (противопоказанность)** ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма.

Способность к трудовой деятельности включает в себя способность по физическим, психофизиологическим и психологическим возможностям соответствовать требованиям, предъявляемым к производственной (профессиональной) деятельностью (по сложности труда, условиям производственной среды, физической тяжести и нервно-эмоциональной напряженности); способность к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде производственного (профессионального) труда; способность человека осуществлять производственную (профессиональную) деятельность в обычных производственных условиях и на обычном рабочем месте и др.

Принятие решения, будет ли освидетельствуемый гражданин признан инвалидом, зависит от сочетания выявленных изменений. Если МСЭ проходит гражданин 18 лет и старше, он будет признан инвалидом в случае, если у него будут выявлены стойкие нарушения функция в диапазоне 40-100% в сочетании с наличием ограничений жизнедеятельности – а) если установлено только одно ОЖД, то оно должно иметь 2 или 3 степень выраженности, б) если несколько категорий жизнедеятельности ограничено, то достаточно их ограничений любой степени. Например, у пациента есть нарушение статодинамической функции вследствие ревматоидного артрита в диапазоне 40-60% и у него определено ограничение только способности к самообслуживанию 1 степени – он не соответствует критериям инвалидности и не будет признан инвалидом. Или проходит освидетельствование пациент, также страдающий ревматоидным артритом и имеющий стойкое нарушение статодинамической функции в диапазоне 40-60% и у него имеется ограничение способности к самообслуживанию 1 степени, способности к

самостоятельному передвижению 1 степени и способности к труду 1 степени – он будет признан инвалидом.

Отличаются критерии инвалидности для граждан до 18 лет: в таком случае для признания инвалидом достаточно иметь стойкие нарушения функция в диапазоне 40-100% в сочетании с наличием хотя бы одного ограничения жизнедеятельности в любой степени.

Далее устанавливается **группа инвалидности**, если инвалидом признан гражданин в возрасте 18 лет и старше (у детей нет групп инвалидности, только категория «ребенок-инвалид»). Если стойкие нарушения функций попадают в диапазон 40-60% - это является основанием для установления 3 группы инвалидности, 70-80% - 2 группы инвалидности, 90-100% - 1 группы инвалидности.

ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (доц. Лыгина Е.В.)

Форма № 088/у заполняется врачами - членами ВК медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь.

Форма № 088/у заполняется с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение МСЭ.

Таблица 3.1.

Законные и уполномоченные представители физических лиц

Категории представителей	Кого представляют	Кто является представителем	Чем удостоверяются полномочия
Уполномоченный представитель	Доверитель – физическое лицо, представляемое по доверенности.	Физическое лицо, указанное в доверенности.	Нотариально удостоверенная доверенность
Законный представитель	Несовершеннолетние	Родители, усыновители (статья 64 Семейного кодекса РФ)	Свидетельство о рождении
		Опекун, попечитель Статья 32, 33 Гражданского кодекса РФ (часть первая)	Акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя) п.6 ст.11 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ
	Дети, оставшиеся без попечения родителей, до передачи в семью на воспитание (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в	Органы опеки и попечительства Статья 123 Семейного кодекса РФ, статьи 7 и 8 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"	

<p>патронатную семью), а при отсутствии такой возможности в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей</p>		
<p>Граждане, нуждающиеся в установлении над ними опеки или попечительства, и граждане, находящиеся под опекой или попечительством</p>		
<p>Несовершеннолетние и недееспособные граждане, находящиеся под опекой или попечительством, если действия опекунов или попечителей по представлению законных интересов подопечных противоречат законодательству Российской Федерации и (или) законодательству субъектов Российской Федерации или интересам подопечных либо если опекуны или попечители не осуществляют защиту законных интересов подопечных</p>		
<p>Граждане, признанные судом недееспособными вследствие психического расстройства</p>	<p>Опекун Статья 32 Гражданского кодекса РФ (часть первая)</p>	<p>Акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна п.6 ст.11 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ</p>

Граждане, ограниченные судом в дееспособности вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами	Попечитель Статья 33 Гражданского кодекса РФ (часть первая)	Акт органа опеки и попечительства о назначении попечителя п.6 ст.11 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ
Недееспособные или не полностью дееспособные граждане, помещенные под надзор образовательные организации, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	Организации, в которых под надзором находятся недееспособные (не полностью дееспособные) граждане (руководитель) Статья 35 Гражданского кодекса РФ (часть первая)	Приказ о назначении на должность, устав организации, решение суда о признании гражданина недееспособным
Пациенты, признанные в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющие законного представителя	Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара (руководитель) Статья 39 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"	Приказ о назначении на должность, устав организации, решение суда о признании гражданина недееспособным

В согласии на направление и проведение МСЭ граждан (его законный или уполномоченный представитель) указывает предпочтительную форму проведения МСЭ (с его личным присутствием или без его личного присутствия).

В течение 3 рабочих дней сформированная форма № 088/у направляется медицинской организацией в бюро МСЭ.

По запросу гражданина (его законного или уполномоченного представителя) ему могут быть выданы заверенные копии выписки из протокола решения ВК о направлении гражданина на МСЭ и форма № 088/у.

Формирование и передача формы № 088/у в бюро МСЭ осуществляются с учетом требований законодательства РФ в области персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

Ответственность за качество оформления формы № 088/у, соблюдение полноты перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ и проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, возлагается на председателя ВК. Согласно Правилам признания лица инвалидом, медицинская организация несет гражданско-правовую ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в форме № 088/у, в соответствии с законодательством РФ.

В случае, если зарегистрированная в бюро МСЭ форма № 088/у, не содержит данных о результатах проведения полного объема медицинских обследований по соответствующему перечню, бюро МСЭ в течение 3 рабочих дней со дня получения такого направления передает его в медицинскую организацию в виде уведомления о причинах возврата.

Уведомление о причинах возврата формы № 088/у в медицинскую организацию, также передается бюро в Федеральный или территориальный ФОМС, а также в орган, осуществляющий в отношении медицинской организации функции учредителя. Медицинская организация в течение 14 рабочих дней со дня поступления возвращенной формы № 088/у дополняет его сведениями о результатах медицинских обследований, в случае необходимости проводит медицинские обследования по перечню и осуществляет его повторную передачу в бюро МСЭ.

В форме № 088/у заполняются пункты, сведения из которых имеют отношение к гражданину, направляемому медицинской организацией на МСЭ в бюро МСЭ, и к цели (целям) проводимой

в отношении него МСЭ. Часть данных отмечается условным знаком "X", вносимым в соответствующие квадраты. Часть данных подчеркивается. Свободные строки предназначены для текстовой информации.

В заголовке формы № 088/у указываются реквизиты медицинской организации, направляющей гражданина на МСЭ, такие как название, адрес и основной государственный регистрационный номер.

В п. 1 делается запись о номере и дате протокола ВК медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на МСЭ.

В п. 2 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин не может явиться в бюро МСЭ по состоянию здоровья, в связи, с чем существует необходимость проведения МСЭ на дому.

В п. 3 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи. Гражданин, признанный нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, направляется на МСЭ в соответствии с решением ВК медицинской организации в течение одного рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ. В случае, если отметка "X" сделана, освидетельствование в бюро МСЭ должно быть проведено в 3-дневный срок.

В п. 4 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин находится на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей) и нуждается в первичном протезировании. Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающийся в первичном протезировании, направляется на МСЭ в соответствии с решением ВК этой медицинской организации в течение 3 рабочих дней после проведения указанной операции. В случае, если отметка "X" сделана, освидетельствование в бюро МСЭ должно быть проведено в 3-дневный срок.

В подпунктах п. 5 делается соответствующая отметка "X" о цели (целях) направления гражданина в соответствии с Правилами признания лица инвалидом. При первичном направлении гражданина на МСЭ, как правило, отмечают следующие цели направления гражданина на МСЭ: установление группы инвалидности, либо установление категории «ребенок-инвалид», для граждан до 18 лет; установление причины инвалидности; установление времени наступления инвалидности; установление срока инвалидности; разработка ИПРА инвалида (ребенка-инвалида).

В п. 6 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина.

В п. 7 делается запись о дате рождения гражданина и его возрасте (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев).

В подпунктах п. 8 делается соответствующая отметка "X" о поле гражданина: мужской или женский, согласно документу удостоверяющему личность.

В подпунктах п. 9 делается соответствующая отметка "X" о гражданстве гражданина.

В подпункте 9.1 делается соответствующая отметка "X" в случае, если он/она является гражданином РФ согласно: паспорту гражданина РФ (для гражданина РФ, достигшего возраста 14 лет); свидетельству о рождении гражданина (для гражданина РФ, не достигшего возраста 14 лет); временному удостоверению личности гражданина РФ, выдаваемому территориальным отделением Управления по вопросам миграции МВД РФ до оформления паспорта; иные документы, предусмотренные п. 45 Положения о порядке рассмотрения вопросов гражданства Российской Федерации, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 1325.

В подпунктах 9.2, 9.3 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин, направляемый медицинской организацией на МСЭ, является гражданином иностранного государства и находится на территории РФ, или соответственно в случае, если он является лицом без гражданства и находится на территории РФ согласно: паспорту иностранного гражданина либо иному документу, установленному федеральным законом

или признаваемому в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; документу, выданному иностранным государством и признаваемому в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; разрешению на временное проживание; виду на жительство; удостоверению беженца; удостоверению вынужденного переселенца; иным документам, предусмотренным федеральным законом или признаваемым в соответствии с международным договором РФ в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В подпунктах п. 10 делается соответствующая отметка "X" в отношении военнообязанного гражданина, лица призывного возраста (состоящего на воинском учете или не состоящего на воинском учете, но обязанного состоять на воинском учете - для лиц мужского пола, с момента получения военно-учетной специальности - для лиц женского пола) до снятия с воинского учета в связи с достижением предельного возраста состояния в запасе, согласно данным документа, удостоверяющего личность, военного билета, справки военного комиссариата.

В подпунктах п. 11 делаются записи об адресе места жительства гражданина (в случае отсутствия у гражданина места жительства - указывается адрес места его пребывания, либо фактического проживания на территории РФ, либо место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории РФ).

В п. 12 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин не имеет определенного места жительства.

В подпунктах п. 13 делается соответствующая отметка "X" и делается запись о местонахождении гражданина. При отметке "X" в подпунктах 13.1-13.4, обязательно указывают адрес и ОГРН организации.

В подпунктах п. 14 делаются записи о контактной информации гражданина.

В п. 15 делается запись о СНИЛС гражданина и номере полиса ОМС (при наличии).

В подпунктах п. 16 делаются записи о документе, удостоверяющем личность гражданина. Документами удостоверяющими личность гражданина РФ являются: паспорт гражданина РФ (для гражданина РФ, достигшего 14 лет); свидетельство о рождении гражданина (для гражданина РФ, не достигшего 14 лет); дипломатический паспорт; служебный паспорт; удостоверение личности моряка; удостоверение личности военнослужащего РФ (для офицеров, прапорщиков и мичманов); военный билет военнослужащего (для сержантов, старшин, солдат и матросов, а также курсантов военных образовательных организаций профессионального образования); временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое территориальным органом Министерства внутренних дел РФ до оформления паспорта.

В подпунктах п. 17 делаются записи в случае, если у гражданина имеется законный (уполномоченный) представитель.

В подпунктах п. 18 делается соответствующая отметка "X" о том, направляется ли гражданин на МСЭ первично или повторно.

В подпункте 18.1 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин направляется первично. Первично направляемым на МСЭ считается гражданин, который на момент освидетельствования не является инвалидом, в том числе:

- ранее не направлявшийся на МСЭ;
- ранее направлявшийся на МСЭ, которому при последнем освидетельствовании инвалидность не была установлена.
- ранее являлся инвалидом, но не явился на очередное освидетельствование в течение года.

В подпункте 18.2 делается соответствующая отметка "X" в случае, если гражданин направляется на МСЭ повторно.

В подпунктах п. 19 указываются сведения из согласия на направление и проведение МСЭ:

- в подпункте 19.1 делается запись о дате (день, месяц, год), когда гражданин (его законный или уполномоченный представитель) дал согласие на направление и проведение МСЭ;

- в подпункте 19.2 делается соответствующая отметка «X» о предпочтительной форме проведения МСЭ, указанной гражданином (его законным или уполномоченным

представителем) в форме согласия на направление и проведение МСЭ;

- в подпункте 19.2.1 делается соответствующая отметка «Х» в случае, если предпочтительная форма проведения МСЭ - личное присутствие гражданина;

- в подпункте 19.2.2 делается соответствующая отметка «Х» в случае, если предпочтительная форма проведения МСЭ – без личного присутствия гражданина;

- в подпункте 19.3 делается соответствующая отметка «Х» о предпочтительном способе получения гражданином (его законным или уполномоченным представителем) уведомления о проведении МСЭ, указанном в форме согласия на направление и проведение МСЭ;

- в подпункте 19.3.1 делается соответствующая отметка «Х» в случае, если гражданин (его законный или уполномоченный представитель) предпочитает получить уведомление о проведении МСЭ по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений;

- в подпункте 19.3.2 делается соответствующая отметка «Х» в случае, если гражданин (его законный или уполномоченный представитель) предпочитает получить уведомление о проведении МСЭ в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением;

- в подпункте 19.3.3 делается соответствующая отметка «Х» в случае, если гражданин (его законный или уполномоченный представитель) предпочитает получить уведомление о проведении МСЭ в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее – единый портал).

В п. 20 делаются записи только в том в случае, **если гражданин направляется на МСЭ повторно**. В подпунктах п. 19 делаются записи о результатах предыдущей МСЭ: группа инвалидности, дата до которой установлена инвалидность, период в течение которого гражданин находился на инвалидности, причина инвалидности.

В подпунктах п. 21 делаются записи в случае, если гражданин на момент направления на МСЭ получает общее или профессиональное образование.

В подпунктах п. 22 делаются записи в случае, если гражданин на момент направления на МСЭ осуществляет трудовую деятельность. При этом основной профессией (специальностью) для целей МСЭ считается профессия (специальность), полученная путем обучения или переобучения, либо та профессия (специальность), по которой получена наиболее высокая квалификация (класс, разряд, категория, звание) либо имеется наибольший стаж работы. В отношении неработающих граждан необходимо отметить "не работает".

В п. 23 делается запись о том, с какого года гражданин наблюдается в медицинской организации, сформировавшей форму № 088/у.

В п. 24 делается запись об анамнезе заболевания гражданина. В анамнезе заболевания должны быть указаны сведения о начале, развитии, течении основного заболевания и его осложнений, частоте и длительности обострений, лечении, проведенных мероприятиях по медицинской реабилитации или абилитации и их эффективности. Обязательно указать вид и степень выраженности нарушения функции органов и систем, лечение и его эффективность. Анамнез заболевания подробно описывается при первичном направлении гражданина на МСЭ. При повторном направлении детально отражается динамика за период между освидетельствованиями.

В п. 25 делается запись об анамнезе жизни гражданина. В анамнезе жизни гражданина должны быть отражены перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, заболевания, по которым отягощена наследственность. Описывают жилищно-бытовые условия проживания. Указывают, гражданин проживает один или с родственниками. В отношении ребенка, направляемого на МСЭ, дополнительно указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, опережением). Анамнез жизни подробно описывается при

первичном направлении. При повторном направлении детально отражается динамика за период между освидетельствованиями.

В соответствующих графах таблицы п. 26 делается запись о количестве периодов и сроках ВН гражданина. Работающий гражданин перед направлением на МСЭ должен находиться непрерывно на листе ВН в среднем в течение 120 дней. Так же лечащий врач должен учитывать ориентировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10) согласно письму Фонда социального страхования РФ от 01 сентября 2000 г. №02-18/10-5766.

П. 27 заполняется только при повторном направлении гражданина на МСЭ. Описываются мероприятия по медицинской реабилитации, протезированию и ортезированию, которые были проведены гражданину. Указываются сроки, в которые они были предоставлены.

В подпункте 27.1 делается соответствующая отметка "X" в случае, если результатом проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных в ИПРА инвалида является восстановление нарушенных функций.

В подпункте 27.2 делается соответствующая отметка "X" в случае, если результатом проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных ИПРА инвалида является достижение компенсации утраченных, либо отсутствующих функций.

В подпунктах п. 27 указывается эффективность проведенных мероприятий (восстановление либо компенсация утраченных функций произошли полностью или частично), либо делается соответствующая отметка "X", в случае, если положительные результаты отсутствуют.

В подпунктах п. 28 указываются антропометрические данные и физиологические параметры гражданина. Запись о росте, весе, индексе массы тела и телосложении делается для всех граждан.

Подпункты 28.5 и 28.6 заполняются только для граждан у которых имеются нарушения пищеварительной и/или мочевыделительной функции организма, при наличии медицинских показаний для абсорбирующего белья. Указывается корректный, на момент направления гражданина на МСЭ,

суточный объем физиологических отпавлений (мл), объем талии и бедер, для рационального подбора специалистами бюро МСЭ абсорбирующего белья.

Подпункты 28.7 и 28.8 заполняются только для граждан не достигших возраста трех лет. Делается запись о массе тела при рождении и физическом развитии.

В п. 29 делается запись о состоянии здоровья гражданина. Указываются данные объективного осмотра (*Status praesens objectivus*) лечащего врача и врачей других специальностей. Описывают подробно данные физикальных методов исследования: общий осмотр (*inspectio*), пальпация (*palpatio*), перкуссия (*percussio*), аускультация (*auscultatio*).

Принципиальным является указание вида и степени выраженности **нарушения функций** органов и систем организма. Обязательно оценивают и описывают состояние компенсаторных возможностей организма.

Общий осмотр врачей терапевтического профиля включает в себя описание: общего состояния больного, сознания, положения, телосложения, кожных покровов, дериватов кожи и видимых слизистых, подкожно-жирового слоя, лимфатических узлов, костно-мышечной системы, осмотра частей тела. Затем проводится описание объективных данных, полученных при обследовании по системам: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной, кроветворной. Обследование врачами хирургического профиля включает в себя описание: общего осмотра, локального статуса заболевания, пальпации, перкуссии, аускультации. При локальном осмотре необходимо оценить характер патологического процесса (припухлость, рана, выпячивание, новообразование, деформация, язва), его локализацию, размеры, цвет кожных покровов в данной области и выраженность сосудистого рисунка. При нарушении целостности кожи (рана, язва) — характер краёв, форму и глубину дефекта, вид и количество отделяемого. Следует изучить и указать антропометрические показатели (длина и окружность конечности), объём активных движений.

Неврологический осмотр включает в себя описание: психического статуса, черепно-мозговых нервов, двигательной

системы, мышечной силы, походки, статики и координации движений, чувствительности, рефлексов, вегетативной нервной системы.

В заключении осмотра каждый врач обязательно указывает диагноз.

В подпункте 29.1 указываются жалобы гражданина на состояние своего здоровья.

В соответствующих графах таблицы п. 30 делается запись о проведенных медицинской организацией медицинских обследованиях (лабораторных, инструментальных, функциональных), необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ. Указывается дата проведения обследования, код, наименование, результаты проведенного обследования. Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ, утверждается Министерством труда и социальной защиты РФ и Министерством здравоохранения РФ. Обследование медицинская организация обязана провести гражданину бесплатно.

В подпунктах п. 31 делаются записи о диагнозе гражданина при направлении на МСЭ.

Указывают:

- основное заболевание
- осложнение основного заболевания
- сопутствующие заболевания
- осложнения сопутствующих заболеваний

В п. 32 делается подчеркивание соответствующих обозначений клинического прогноза гражданина.

В п. 33 делается подчеркивание соответствующих обозначений реабилитационного потенциала гражданина.

В п. 34 делается подчеркивание соответствующих обозначений реабилитационного прогноза гражданина.

В п. 35 делается запись в случае, если гражданину рекомендуются мероприятия по медицинской реабилитации. Указываются рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации, включая обеспечение лекарственными препаратами для лечения заболевания, ставшего причиной

инвалидности. Указываются лекарственные препараты, их дозировка, продолжительность и кратность курсов лечения в соответствии с заключением ВК медицинской организации.

В подпункте 35.1 делается запись о перечне лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В п. 36 делается запись в случае, если гражданину рекомендуются мероприятия по реконструктивной хирургии, согласно перечню видов ВМП, содержащему в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП, предусмотренному приложением к программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В п. 37 делается запись в случае, если гражданину рекомендуются мероприятия по протезированию и ортезированию, иным ТСР в соответствии с заключением ВК медицинской организации.

В п. 38 делается запись в случае, если гражданину, пострадавшему в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, рекомендуется санаторно-курортное лечение. Для пострадавших на производстве вносится запись о нуждаемости в санаторно-курортном лечении по прямым последствиям страхового случая с указанием основного заболевания (одного или нескольких), кода по МКБ, сезона лечения (зима, весна, лето, осень), виде курорта.

В п. 39 делается запись о нуждаемости в постороннем специальном медицинском уходе в случае, если пострадавшему на производстве определена необходимость выполнения специальных медицинских и санитарных процедур, постоянного медицинского наблюдения по прямым последствиям страхового случая.

В п. 40 делается запись о дате заполнения формы № 088/у.

В конце формы № 088/у указываются фамилия, имя, отчество председателя и членов ВК, их подписи и "расшифровка подписей".

Форма № 088/у заполняется на бумажном носителе или в виде электронного документа.

Форма № 088/у представлена в приложении 1.

ЗНАКОМСТВО С РАБОТОЙ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

(доц. Зотова Л.А.)

Работа бюро МСЭ регламентируется Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 декабря 2020 г. № 979н “Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы”.

Структура учреждений МСЭ имеет несколько уровней:

1. Федеральное бюро МСЭ (включает несколько экспертных составов)

2. Главные бюро МСЭ по соответствующему субъекту РФ (включает несколько экспертных составов)

3. Бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах.

Количество бюро определяется исходя из расчета, как правило, 1 бюро на 70 - 90 тысяч человек населения конкретного региона при условии, что МСЭ ежегодно проводится 1,3 - 1,5 тысячам человек в возрасте 18 лет и старше и 1,0 - 1,3 тысячам человек в возрасте до 18 лет. Это рекомендуемый показатель: количество бюро может быть уменьшено или увеличено исходя из потребностей в проведении экспертизы. Количество экспертных составов в главном бюро зависит от количества бюро: как правило, один экспертный состав главного бюро на 5 - 6 бюро.

Существует несколько разновидностей бюро (экспертных составов главного бюро, экспертных составов Федерального бюро) - табл.4.1.

Таблица 4.1.

Профили бюро

общий профиль	специализированный профиль	смешанный профиль
лица в возрасте старше 18 лет с разнообразными заболеваниями, когда требуется применение специальных условий	больные туберкулезом, с психическими расстройствами, заболеваниями и дефектами органа зрения, лица в возрасте до 18 лет, требующие применения специальных условий	лица любого возраста с различными заболеваниями

К основным задачам и целями учреждений МСЭ относятся: проведение МСЭ и изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности в регионе или стране.

Функции бюро МСЭ различных уровней несколько отличаются друг от друга (табл.4.2.).

Таблица 4.2.

Функции бюро, главного бюро и Федерального бюро МСЭ

Уровень	Функции
Бюро	<p>а) устанавливает факт наличия инвалидности, определяет группу (если экспертиза проводится у гражданина в возрасте 18 лет и старше), причины, срок (на какой период дается инвалидность) и время наступления (с какого числа) инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;</p> <p>б) разрабатывает ИПРА;</p> <p>в) определяет степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах;</p> <p>г) определяет стойкую утрату трудоспособности сотрудника органов внутренних дел РФ, органов принудительного исполнения РФ;</p> <p>д) определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в реабилитации и разрабатывает соответствующие программы реабилитации;</p> <p>е) определяет причины смерти инвалида, лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;</p> <p>ж) определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе отца, матери, жены,</p>

	<p>родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту);</p> <p>з) определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе отца, матери, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя государственного служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации;</p> <p>и) дает гражданам, проходящим МСЭ, разъяснения по вопросам экспертизы;</p> <p>к) представляет в военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами граждан, состоящих на воинском учете или не состоящих, но обязанных состоять на воинском учете;</p> <p>л) участвует в разработке программ реабилитации, абилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;</p> <p>м) формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших МСЭ, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории</p> <p>н) организует и проводит выездные заседания специалистов бюро на базе медицинских организаций;</p> <p>о) организует и оказывает услугу по проведению МСЭ на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, в медицинской организации, оказывающей гражданину медицинскую помощь в стационарных условиях, в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, в исправительном учреждении;</p> <p>п) организует и проводит заседания специалистов бюро по организационно-методической работе;</p> <p>р) обеспечивает условия для проведения независимой оценки качества условий оказания услуги по проведению МСЭ;</p> <p>с) формирует общедоступные информационные ресурсы о деятельности бюро.</p>
Главное бюро	<p>а) оказывает услугу по проведению МСЭ гражданам, обжалующим решения бюро, а также гражданам по направлению бюро в случаях, требующих специальных</p>

	<p>видов обследования с использованием специального диагностического оборудования или консультативного заключения экспертных составов главного бюро;</p> <p>б) осуществляет контроль за решениями экспертных составов главного бюро, бюро.</p> <p>в) рассматривает жалобы граждан на действия (бездействие) бюро (экспертных составов главных бюро), их должностных лиц при оказании услуги по проведению МСЭ, и в случае признания их обоснованными принимает меры по устранению выявленных недостатков;</p> <p>г) дает гражданам, проходящим МСЭ, разъяснения по вопросам экспертизы;</p> <p>д) формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;</p> <p>е) участвует в разработке программ реабилитации или абилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;</p> <p>ж) координирует деятельность бюро и обобщает опыт их работы на обслуживаемой территории;</p> <p>з) в случае оказания услуги по проведению МСЭ осуществляет те же функции, что были перечислены в функциях бюро в пунктах а)-з)</p> <p>и) организует и проводит заседания специалистов главных бюро по организационно-методической работе;</p> <p>к) организует и оказывает услугу по проведению МСЭ на дому в случае, если гражданин не может явиться в главное бюро по состоянию здоровья, в медицинской организации, оказывающей гражданину медицинскую помощь в стационарных условиях, в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, в исправительном учреждении;</p> <p>л) обеспечивает условия для проведения независимой оценки качества условий оказания услуги по проведению МСЭ;</p> <p>м) формирует общедоступные информационные ресурсы о деятельности главного бюро</p>
Федеральное бюро	а) оказывает услугу по проведению МСЭ гражданам, обжаловавшим решения экспертных составов главных

	<p>бюро;</p> <p>б) оказывает услугу по проведению МСЭ гражданам по направлению экспертных составов главных бюро в случаях, требующих применения особо сложных специальных видов обследования или консультативного заключения Федерального бюро;</p> <p>в) осуществляет контроль за решениями главных бюро.</p> <p>г) рассматривает жалобы граждан на действия (бездействие) главных бюро, их должностных лиц и в случае признания их обоснованными принимает меры по устранению выявленных недостатков;</p> <p>д) в случае оказания услуги по проведению МСЭ осуществляет те же функции, что были перечислены в функциях бюро в пунктах а)-з)</p> <p>е) осуществляет комплексную экспертно-реабилитационную диагностику с применением новейших технологий, результатов научных разработок в целях определения наличия ограничений жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности, реабилитационного потенциала и потребности в мерах социальной защиты;</p> <p>ж) проводит по поручению Министерства труда и социальной защиты РФ научные исследования в сфере медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации инвалидов;</p> <p>з) осуществляет мероприятия по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации специалистов в области медико-социальной экспертизы;</p> <p>и) оказывает методологическую и организационно-методическую помощь главным бюро, обеспечивает единообразное применение законодательства РФ в области социальной защиты инвалидов в сфере МСЭ, реабилитации и абилитации;</p> <p>к) формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов;</p> <p>л) принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и вносит предложения по разработке и реализации программ по проблемам инвалидности и инвалидов;</p> <p>м) вносит в Министерство труда и социальной защиты РФ предложения о внедрении в практику результатов</p>
--	---

	<p>научных разработок, новых технологий экспертно-реабилитационной диагностики, передового опыта главных бюро, а также реализации программ по различным направлениям медико-социальной экспертизы;</p> <p>н) вносит в Министерство труда и социальной защиты РФ предложения по формированию государственного заказа на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по медико-социальной экспертизе;</p> <p>о) осуществляет мероприятия по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе занимающихся физкультурой и спортом, включая медицинскую реабилитацию и оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;</p> <p>п) осуществляет мероприятия по сбору статистической отчетности, информационных и аналитических материалов о деятельности главных бюро, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы "Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы";</p> <p>р) организует и оказывает услугу по проведению МСЭ на дому в случае, если гражданин не может явиться в Федеральное бюро по состоянию здоровья, в медицинской организации, оказывающей гражданину медицинскую помощь в стационарных условиях, в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, в исправительном учреждении;</p> <p>с) обеспечивает условия для проведения независимой оценки качества условий оказания услуги по проведению МСЭ;</p> <p>т) формирует общедоступные информационные ресурсы о деятельности Федерального бюро.</p>
--	---

Учреждения МСЭ для выполнения своих обязанностей имеют права:

1. направлять граждан, проходящих освидетельствование, на обследование в медицинские

организации, научно-практические центры МСЭ и реабилитации инвалидов в целях уточнения клинико-функционального диагноза, профессиональных возможностей и экспертно-реабилитационной диагностики;

2. запрашивать у организаций независимо от их организационно-правовой формы сведения, необходимые для выполнения полномочий.

В состав бюро входят не менее 3 специалистов, при необходимости включается психолог, специалист по реабилитации инвалидов и специалист по социальной работе. Обязательное условие формирования состава специалистов бюро - наличие как минимум 1 врача по МСЭ.

МСЭ проводится гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, находящимся на территории РФ, которые могут взаимодействовать с бюро лично либо через законного или уполномоченного представителя.

Уполномоченным представителем физического лица может быть другое физическое лицо, наделенное этим лицом соответствующими полномочиями. Основанием представительства является доверенность. Доверенность уполномоченному представителю физического лица на представление его интересов должна быть удостоверена нотариально. В ней указываются права, обязанности и полномочия представителя на осуществление определенных действий, а также круг инстанций, в которых она будет действовать. К нотариально удостоверенным доверенностям приравниваются: доверенности военнослужащих и лиц, находящихся на излечении в госпиталях, санаториях и других военно-лечебных учреждениях, которые удостоверены начальником такого учреждения, его заместителем по медицинской части; доверенности военнослужащих и членов их семей, которые удостоверены командиром (начальником) части, соединения, учреждения или заведения; доверенности лиц, находящихся в местах лишения свободы, которые удостоверены начальником соответствующего места лишения свободы; доверенности совершеннолетних дееспособных граждан, находящихся в учреждениях социальной защиты населения, которые удостоверены администрацией этого учреждения или

руководителем (его заместителем) соответствующего органа социальной защиты населения.

Бюро обязано провести МСЭ в течение 30 рабочих дней с даты регистрации направления на МСЭ или заявления гражданина, исключение – в течение 3 рабочих дней, если направлен пациент, нуждающийся в паллиативной помощи или находящийся в стационаре после ампутации/реампутации и нуждающийся в протезировании

Для проведения МСЭ необходимо предоставить различные документы (табл. 4.3.).

Таблица 4.3.

Список документов для прохождения МСЭ

документы, удостоверяющие личность гражданина РФ	паспорт гражданина РФ (для гражданина РФ, достигшего 14 лет); свидетельство о рождении гражданина (для гражданина РФ, не достигшего 14 лет); дипломатический паспорт; служебный паспорт; удостоверение личности моряка; удостоверение личности военнослужащего РФ (для офицеров, прапорщиков и мичманов); военный билет военнослужащего (для сержантов, старшин, солдат и матросов, а также курсантов военных образовательных организаций профессионального образования); временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое территориальным органом Министерства внутренних дел РФ до оформления паспорт
документы, удостоверяющие личность иностранного гражданина в РФ	паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина

документы, удостоверяющие личность лица без гражданства в РФ	документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание; вид на жительство; удостоверение беженца; удостоверение вынужденного переселенца
документы, удостоверяющие полномочия законного или уполномоченного представителя (при наличии), а также документы, удостоверяющие его личность и место жительства, а для организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекунов или попечителей - документы, удостоверяющие личность руководителя организации и назначение его на соответствующую должность	
письменное согласие гражданина на проведение МСЭ, составленное по утвержденной форме	
заявление об оказании услуги по проведению МСЭ – при необходимости (см. Правила признания лица инвалидом)	
Для оказания услуги по проведению МСЭ	страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования
	направление на МСЭ
МСЭ в целях определения степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания дополнительно	акт о несчастном случае на производстве или акт о случае профессионального заболевания, либо заключение государственного инспектора по охране труда, других должностных лиц о причинах повреждения, либо медицинское

	заклучение о профессиональном заболевании, либо решение суда об установлении факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;
	сведения о трудовой деятельности и стаже работы либо трудовая книжка (при ее наличии), если получатель услуги по проведению МСЭ не работает
	работодателем (страхователем) либо страховщиком представляются сведения о результатах специальной оценки условий труда пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания
МСЭ в целях определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	имеющаяся информация о родственных связях с лицом, в отношении которого определяется нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре), и подтверждает ее своей подписью с проставлением даты подачи указанной информации
	по своей инициативе - подлинники либо заверенные копии свидетельств о регистрации актов гражданского состояния, подтверждающих его родственную связь с лицом, в отношении которого определяется нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре).
При оказании услуги по проведению МСЭ в целях определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного	имеющаяся информация о родственных связях с лицом, в отношении которого определяется нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре), и подтверждает

<p>брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя государственного служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации</p>	<p>ее своей подписью с проставлением даты подачи указанной информации</p>
	<p>по своей инициативе - подлинники либо заверенные копии свидетельств о регистрации актов гражданского состояния, подтверждающих его родственную связь с лицом, в отношении которого определяется нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре).</p>
<p>МСЭ в целях установления причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки</p>	<p>Заявление с указанием а) фамилию, имя, отчество (при наличии) умершего; б) сведения об инвалидности (при наличии) умершего; в) сведения о родственных связях с умершим.</p>
	<p>по своей инициативе представить подлинники либо копии: а) медицинского свидетельства о смерти; б) выписки из протокола (карты) патологоанатомического исследования; в) справки, подтверждающей факт установления инвалидности, если умерший признавался инвалидом; г) медицинские документы или их копии, имеющиеся в наличии у члена</p>

	семьи умершего.
МСЭ в целях определения стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел РФ	а) направление на медико-социальную экспертизу; б) заключение военно-врачебной комиссии о категории годности сотрудника к службе в органах внутренних дел РФ с указанием причинной связи имеющегося у него увечья или иного повреждения здоровья, приведшего к увольнению сотрудника, определяемой с указанием формулировки "военная травма"; в) копия приказа (выписки из приказа) об увольнении сотрудника из органов внутренних дел РФ в связи с болезнью или по состоянию здоровья
МСЭ в целях определения стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов принудительного исполнения РФ	а) направление на медико-социальную экспертизу; б) заключение военно-врачебной комиссии о категории годности сотрудника к службе в органах принудительного исполнения РФ с указанием причинной связи имеющегося у него увечья или иного повреждения здоровья, приведших к увольнению со службы, определяемой как "военная травма"; в) копия приказа (выписки из приказа) об увольнении сотрудника со службы в связи с болезнью или по состоянию здоровья.

Специалисты бюро, уполномоченные на проведение экспертизы, по результатам рассмотрения поступивших документов принимают решение о месте проведения экспертизы или о ее заочном проведении, а также определяют дату и время ее проведения. Приглашение для экспертизы (извещение о проведении) должно быть направлено получателю услуги в срок, не превышающий 3 рабочих дня с даты регистрации направления на МСЭ, заявления об оказании услуги по проведению МСЭ.

При проведении экспертизы специалисты изучают представленные документы, проводят анализ клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных, проводят обследование (при очной экспертизе) и принимают решение в соответствии с заявленными целями.

Решение принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших экспертизу.

Если экспертиза проводилась очно, то решение объявляется непосредственно после ее проведения в присутствии всех специалистов бюро, при заочном проведении решение и необходимые по нему разъяснения могут быть оформлены по желанию в форме электронного документа или на бумажном носителе.

Гражданину, признанному инвалидом, сотрудники бюро разрабатывают индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида или ребенка-инвалида (ИПРА) по утвержденным формам. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания определяют нуждаемость в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации с учетом его возможностей и способностей осуществлять профессиональную, бытовую и общественную деятельность, и оформляют в срок до одного месяца со дня принятия решения программу реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания по утвержденной форме. ИПРА с 1 января 2021 г. формируется только в форме электронного документа, но по желанию гражданина может быть предоставлена ему на бумажном носителе, либо направлена заказным почтовым отправлением. Выписка из ИПРА не позднее 3 дней с даты формирования ИПРА направляется в органы исполнительной власти, органы местного самоуправления, организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, на которые возложено проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, посредством размещения соответствующих сведений в Федеральный реестр инвалидов.

Специалисты бюро, проводившие экспертизу, выдают справку, подтверждающую факт установления инвалидности по утвержденной форме. Справка об инвалидности может быть выдана на руки или направлена заказным почтовым отправлением с соблюдением требований законодательства РФ о персональных данных. Если гражданин не признан инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах экспертизы в день обращения (при обращении за указанной справкой в день проведения МСЭ) или в течение 5 рабочих дней со дня обращения за ней, если оформление такой справки требует времени для запроса сформированных дел из архива.

Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, в 3-дневный срок направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение посредством размещения соответствующих сведений в Федеральный реестр инвалидов. В случае, если он состоит на воинском учете или не состоит на воинском учете, но обязан состоять на воинском учете, передаются в соответствующие военные комиссариаты в двухнедельный срок.

При проведении МСЭ обеспечивается использование средств аудио- и видеofиксации. Видеокамеры размещаются в холлах, коридорах, помещениях для ожидания посетителей, в кабинетах, где проводится экспертиза (исключение – камеры не направляются непосредственно на ту часть кабинета, где проводится осмотр). Если экспертиза проводится за пределами бюро (например, на дому, в стационаре, в исправительном учреждении), то используются только диктофоны. Хранятся полученные аудио- и видеоматериалы 90 календарных дней. Но в случаях обжалования решения бюро, при запросе материалов следственными, судебными или иными компетентными органами, они подлежат хранению 1 год. Гражданин, изображенный на видеозаписи (идентифицируемый на аудиозаписи), имеет право ознакомиться с аудио- и видеоматериалами или получить копию в срок, не превышающий 30 календарных дней со дня подачи заявления в письменной форме с предоставлением чистого, пригодного для записи съемного механического носителя. Кроме того, человек, который проходит имеет проводить аудио-, фото- и (или)

видеосъемку самостоятельно если он предварительно уведомил об этом руководителя бюро и выполняет фиксацию только с конкретного места, которое ему рекомендовано.

При проведении МСЭ составляются различные документы, которые в последующем хранятся 50 лет. Все решения бюро, если они не были отменены или изменены, являются обязательными для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от их организационно-правовой формы.

Как было описано выше, при необходимости составляется ПДО, форма которой утверждена Приказом Минтруда РФ от 30.05.2022 № 326н "Об утверждении формы программы дополнительного обследования гражданина и порядка её заполнения". Данной программой определяется список мероприятий по дополнительному обследованию гражданина и исполнитель. Такими мероприятиями могут быть:

- Проведение дополнительного медицинского обследования, предусмотренного перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ (Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2021 г. № 402н/631н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64450).

- Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования, в том числе с использованием специального диагностического оборудования, в целях уточнения степени выраженности стойких нарушений основных видов функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами: (психических функций, языковых и речевых функций, сенсорных функций, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной системы, эндокринной системы и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной системы, функций кожи и связанных с ней

систем, нарушений, обусловленных физическим внешним уродством).

- Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования, в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий в целях уточнения степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, к самостоятельному передвижению, к ориентации, к общению, способности контролировать свое поведение, к обучению, к трудовой деятельности.

- Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования, в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий для уточнения состояния основных компонентов социального статуса гражданина: социально-средового статуса, социально-бытового статуса, социально-психологического статуса, социально-педагогического статуса, профессионального статуса.

- Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования, в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий для уточнения состояния реабилитационного и/или абилитационного потенциала и реабилитационного и/или абилитационного прогноза.

- Проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности гражданина.

- Проведение обследования социально-бытового положения гражданина.

- Запрос заключения психолого-медико-педагогической комиссии о рекомендуемых условиях обучения.

- Запрос выписки из протокола (карты) патологоанатомического исследования.

- Иное мероприятие.

Сформированная программа направляется гражданину или представителю на бумажном носителе заказным почтовым отправлением или в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы

«Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», с целью ознакомления и получения письменного согласия или отказа гражданина от дополнительного обследования. При проведении МСЭ с личным присутствием гражданина программа по желанию гражданина выдается ему на руки на бумажном носителе. При получении согласия на дополнительное обследование программа не позднее следующего рабочего дня со дня его получения направляется бюро (главным бюро, Федеральным бюро):

- в медицинскую организацию;
- в главное бюро, Федеральное бюро;
- в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, на который возложено проведение обследования, предусмотренного программой.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

(асс. Косяков А.В.)

Понятие реабилитации инвалидов – включает систему и процесс частичного или полного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Понятие абилитации инвалидов – включает систему и процесс формирования отсутствующих у лица со стойким нарушением функций организма способностей к общественной, бытовой, профессиональной деятельности и любой другой деятельности.

Из приведенных определений можно сделать вывод, что реабилитация направлена на восстановление утраченных способностей, возможностей, умений и др., а абилитация направлена на развитие, приобретение потенциальных возможностей у лиц, имеющих стойкие нарушения функций организма.

В целом, абилитация и реабилитация инвалидов направлены на снижение ограничений жизнедеятельности у лиц со стойким нарушением функций организма, компенсацию этих нарушений с целью приспособления и адаптации инвалидов к социуму, бытовым условиям, восстановлению способности осуществлять трудовую деятельность, быть материально независимыми.

С целью повышения эффективности реабилитации разработаны принципы реабилитации:

1. максимально раннее начало реабилитационных мероприятий;
2. индивидуальность реабилитационных мероприятий;
3. этапность реабилитационных мероприятий;
4. последовательность и непрерывность реабилитации;
5. доступность реабилитации;
6. проведение мероприятий по возвращению пациента к активной трудовой деятельности;
7. комплексный характер реабилитационных мероприятий;

Реабилитация имеет следующие периоды:

1. Стационарный (госпитальный) период
2. Реабилитационный или санаторный период
3. Диспансерный

I этап реабилитации – стационарный.

Начало первого этапа реабилитации в больнице, в стационарных условиях, где пациент проходит лечение. После установления диагноза и определения тактики лечения для пациента составляется программа реабилитации, которая преимущественно базируется на применении медикаментозных и хирургических методов лечения. Вместе с тем применяют психотерапию, диетотерапию, лечебную физическую культуру, массаж, трудотерапию, специальный режим физической активности пациента. По завершению стационарного лечения оценивают состояние пациента, эффективность проведенных мероприятий и разрабатывают дальнейшую программу реабилитации.

Задачами стационарного этапа реабилитации, являются:

1. Уменьшение выраженности патологического процесса, способствование ускорению процессов репарации и восстановления.
2. Профилактика осложнений и рецидивов сопутствующей патологии.
3. Работа по компенсации утраченных способностей (постоянного или временного характера).
4. Работа по восстановлению утраченных функций организма.
5. Поэтапное увеличение физической активности пациента и адаптация его к внешним условиям (бытовым, социальным и др.) в виду настоящего состояния, обусловленного, например, заболеванием или травмой.

II этап – реабилитационный или санаторный период.

Берет свое начало от момента выписки пациента из стационарных условий. Как правило, проводится в реабилитационных и оздоровительных учреждениях (центры реабилитации или санатории). Этот этап предполагает снижение

роли медикаментозной терапии и усиление роли физической реабилитации (активности пациента). По-прежнему эффективно сочетается с диетотерапией, психотерапией и дозированными физическими нагрузками. На этом этапе с пациентами активно работают социальные работники, которые, в случае снижения трудоспособности пациентов, адаптируют их к «новому» состоянию и возможностям организма, решаются вопросы трудоспособности и трудоустройства пациентов, в том числе и на специально адаптированные рабочие места.

Задачи реабилитационного периода:

1. Снижение или полная ликвидация последствий заболевания или травмы.

2. Профилактика осложнений основного заболевания

3. Профилактика обострений сопутствующих заболеваний при их наличии

4. Работа по повышению резервных / адаптационных возможностей организма

5. Повышение / разработка функциональных возможностей организма пациента для преодоления трудностей на бытовом или профессионально трудовом уровнях.

6. Приобретение пациентами навыков самообслуживания и пользования средствами самостоятельного передвижения для людей с ограниченными возможностями.

III этап реабилитации – диспансерный.

Реализуется в поликлиниках, где пациента проходит амбулаторное лечение или в специализированных диспансерах. Граждане разделяются на две группы: 1) здоровые или лица с наличием факторов риска; 2) пациенты установленным диагнозом / заболеванием. Диспансерное наблюдение граждан проводят по медицинским и/или социальным показаниям. В такие группы относят лиц часто и длительно болеющих, пациентов с хроническими заболеваниями, граждан с факторами риска заболеваний. Другой группой пациентов, которые подлежат диспансеризации являются граждане, работающие во вредных и опасных для здоровья условиях, работники пищевых, коммунальных и детских учреждений, учителя, лица с факторами риска социального характера.

Задачи диспансерного этапа реабилитации:

1. подразделение граждан на группы диспансерного учета
2. долечивание граждан с остаточными явлениями заболеваний и скорейшее восстановление утраченных функций
3. повышение уровня физической работоспособности пациентов
4. предоставление рекомендаций гражданам относительно адекватности предполагаемого характера трудовой деятельности
5. обследование рабочего места гражданина с целью выяснения негативных факторов, которые могут усугубить состояние здоровья гражданина или вызвать травматизм
6. при необходимости содействие гражданам в изменении их условий труда, образ жизни, профессиональному переобучению, адаптации к условиям среды
7. предупреждение рецидивов заболевания, в том числе за счет решения возникших социальных проблем
8. контроль за выполнением рекомендаций пациентам, разъяснение пациентам сути проводимых манипуляций
9. работа по содействию в выдаче пациентам технических средств реабилитации, в зависимости от стойкого вида нарушения функций организма.

Основными направлениями реабилитации и абилитации инвалидов являются:

- 1) медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- 2) профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация;
- 3) социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитации, социально-бытовая адаптация;
- 4) физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Медицинская реабилитация – комплекс медицинских мер, направленных на улучшение здоровья, восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности (восстановление, лечение, санаторно-курортное

лечение, диспансерное наблюдение, медико-социальный экспертный контроль);

Под медицинской реабилитацией понимают восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование. Реабилитация представляет собой следующий этап, после лечения. ЛФК является наиболее важным и действенным методом медицинской реабилитации. В медицинской реабилитации инвалидов используют различные средства ЛФК: лечебную гимнастику, комплекс упражнений, массаж. Медицинская реабилитация может включать: массаж, физические методы (лазеротерапия, бальнеотерапия), помощь логопеда, протезно-ортопедическая помощь и др. Инвалиды имеют право на медико-социальную помощь, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, вплоть до полного освобождения от оплаты.

Профессиональная реабилитация – многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление профессиональной трудоспособности инвалидов в доступных ему по состоянию здоровья видах и условиях труда, а также достижение инвалидом материальной независимости и возможность себя обеспечивать. Профессиональная реабилитация включает в себя: экспертизу потенциальных профессиональных способностей, профессиональную ориентацию, профессионально производственную адаптацию и рациональное трудоустройство.

Профессионально-трудовая реабилитация направлена на профессиональную ориентацию, получение профессионального образования, адаптацию инвалидов к конкретным условиям работы, рациональное трудоустройство. Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки. Профессиональная подготовка инвалидов осуществляется в соответствии с ИПРА в учебных заведениях общего и специального типа, а также непосредственно на предприятиях. При поступлении в средние специальные или высшие учебные заведения они пользуются определенными льготами – их зачисление производится независимо от плана приема. При получении профессионального

образования инвалидам предоставляется возможность обучаться по индивидуальному графику. Инвалидами могут быть использованы и заочная форма обучения, практика экстерната, а также обучение на дому. В период обучения выплачивается стипендия в повышенном размере. Профессиональная подготовка инвалидов осуществляется и в специальных учебных заведениях Министерства социальной защиты населения. Она может осуществляться также непосредственно на производстве. Местные органы власти обязаны обеспечить создание дополнительных рабочих мест и специализированных предприятий для применения труда инвалидов. Организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, численность работающих которых составляет более 30 человек, имеют квоту для приема на работу инвалидов. По закону всем инвалидам, занятым на предприятиях, в учреждениях и организациях должны быть созданы необходимые специальные условия труда в соответствии с ИПРА. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов – это рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного, дополнительного оснащения и обеспечение техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов. Органы социальной защиты населения принимают необходимые меры для реализации возможности инвалидов работать на дому.

Перечень мероприятий, проводимых государственными органами в целях обеспечения занятости инвалидов:

- осуществление льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов;
- установление в организациях квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;
- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- стимулирование создания предприятиями дополнительных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;

- создание инвалидам условий труда в соответствии с ИПРА инвалидов;
- создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов;
- организация обучения инвалидов новым профессиям.

Конечной целью профессиональной реабилитации инвалидов является обеспечение их занятости. Инвалиды могут заниматься поисками работы самостоятельно, а могут прибегнуть к помощи органов занятости. Для инвалида работа представляет собой не только способ получения дополнительных средств к жизни, но и является одним из методов социальной реабилитации.

Социальная реабилитация – комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов, восстановление (формирование) социального статуса, утраченных общественных связей.

Наиболее острой проблемой инвалидов является ограничение их жизнедеятельности – полное или частичное отсутствие у человека способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

В решении этой проблемы первостепенное значение приобретает совершенствование системы социальной реабилитации и социальной помощи инвалидам. В настоящее время формирование доступной среды для инвалидов предусматривает осуществление различных мероприятий в сфере беспрепятственного доступа инвалидов как к объектам социальной инфраструктуры, так и к информации.

Реабилитация инвалидов средствами физической культуры.

Интеграция в жизнь общества инвалидов невозможна без их физической реабилитации, которая является не только составной частью профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, но и лежит в их основе. Физическая культура и спорт являются важным фактором для реабилитации и социально-бытовой адаптации инвалида. Комплексный подход к

реабилитации инвалидов, включающий тренировки и обучение физическим упражнениям, психорегулирующие методы воздействия и социальную работу, содействует не только повышению физической активности инвалидов, но и социально-психологической адаптации, что создает новые возможности повышения уровня их жизнедеятельности. Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

ТСР инвалидов

К техническим средствам реабилитации инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

Выделяют следующие виды технических средств реабилитации инвалидов:

- 1) специальные средства для самообслуживания;
- 2) специальные средства для ухода;
- 3) специальные средства для ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией;
- 4) специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
- 5) протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);
- 6) специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь;
- 7) специальные средства для передвижения (кресла-коляски).

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний. Для конкретного человека с определенным заболеванием подбираются ТСР в соответствии с действующим законодательством и наличием медицинских показаний. Медицинские показания и противопоказания устанавливаются 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. При этом финансирование расходных обязательств по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, в том числе изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, осуществляется за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации.

Предусмотренные индивидуальными программами реабилитации, абилитации инвалидов технические средства реабилитации, предоставленные им за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации, передаются инвалидам в безвозмездное пользование. Также инвалид или законное уполномоченное лицо инвалида могут использовать дополнительные средства для покрытия расходов на приобретение ТСР, которые могут быть получены из не запрещенных законом источников (благотворительные фонды, организации, помощь частных лиц и др.)

Технические средства реабилитации предоставляются инвалидам по месту их жительства (месту пребывания, фактического проживания) уполномоченными органами в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, Фондом социального страхования Российской Федерации, а также иными заинтересованными организациями.

По выбору инвалида технические средства реабилитации и (или) услуги, предусмотренные федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств

реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, могут быть приобретены и (или) оплачены инвалидами с использованием электронного сертификата с учетом положений Федерального закона "О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата" в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Перечень медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Каждый год, инвалидам на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников полагается компенсация, которая ежегодно индексируется 1 февраля текущего года.

Ознакомиться с перечнем показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации можно по ссылке: "<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400788391/>"

ИПРА инвалида

ИПРА инвалида - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы могут при необходимости привлекать к разработке индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов организации, осуществляющие деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов. Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и ее форма определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

ИПРА инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

ИПРА инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду.

ИПРА имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Если предусмотренные индивидуальной программой реабилитации или абилитации ТСР и (или) услуга не могут быть предоставлены инвалиду либо если инвалид приобрел соответствующее ТСР и (или) оплатил услугу за собственный счет, ему выплачивается компенсация в размере стоимости приобретенного технического средства реабилитации и (или) оказанной услуги, но не более стоимости соответствующего технического средства реабилитации и (или) услуги. Порядок

выплаты такой компенсации, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации, определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации или абилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы направляют выписки из индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида в соответствующие органы исполнительной власти, органы местного самоуправления, организации независимо от их организационно-правовых форм, на которые возложено проведение мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида.

Указанные органы и организации предоставляют информацию об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида мероприятий в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы по форме и в порядке, которые утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Дифференцированный подход к реабилитации инвалидов с учетом их индивидуальных особенностей реализуется через ИПРА инвалидов, которые играют важную роль при адаптации инвалида в обществе.

ИПРА содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид, либо другие лица или организации.

В ИПРА предусмотрены следующие реабилитационные мероприятия:

Медицинская реабилитация:

- Постановка на диспансерный учет, проведение амбулаторного обследования;
- Стационарное лечение;
- Медикаментозно-лекарственное обеспечение;
- Санаторно-курортное лечение;
- Технические средства медицинской реабилитации (протезы, шприцы, бандажи и т.д.).

Профессионально-трудовая реабилитация:

- Необходимость и возможность дошкольного воспитания;
- Необходимость и возможность общего образования;
- Виды трудовой деятельности, включая надомный труд;
- Объем и продолжительность работы;
- Необходимость и возможность создания специального рабочего места, специальных условий труда.

Социально-бытовая реабилитация:

- Нуждаемость в улучшении жилищных условий (благоустроенность жилья, этажность и т.д.);
- Безбарьерный дизайн в подъезде дома до лифта и квартиры по месту жительства, перила на крыльце дома, пандус;
- Вспомогательные технические средства в квартире (поручни в туалетной и ванной комнате, коридоре и т.д.);
- Нуждаемость в использовании телефонной связи.

Разработка ИПРА возлагается ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» на государственную службу МСЭ. Разработка ИПРА состоит из следующих этапов:

- проведение реабилитационно-экспертной диагностики;
- оценка реабилитационного потенциала;
- оценка реабилитационного прогноза;
- определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить нарушение или

компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

До 1 января 2021 г. ИПРА всегда выдавалась на руки инвалидам. С 1 января 2021 г. вступили в силу изменения в приказ Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н, которым утверждена форма ИПРА, порядок ее разработки и реализации. Согласно абзацу 4 пункта 10 Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, выдаваемой федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, с 1 января 2021 г. ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) формируется только в форме электронного документа.

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ
ЭКСПЕРТИЗУ. ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ, СОСУДОВ, КРОВИ, ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ, ПИЩЕВАРЕНИЯ, МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**
(доц. Лыгина Е.В.)

Если ВН превышает приведенные ниже ориентировочные сроки (несмотря на проводимое адекватное лечение), то можно говорить о наличии у гражданина стойкого нарушения функции. В этом случае лечащему врачу следует проанализировать возможность направления пациента на МСЭ, с целью рассмотрения вопроса о наличии признаков инвалидности. Ориентировочные сроки ВН при наиболее распространённых заболеваниях системы кровообращения, сосудов, крови, органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения приведены из «Рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации» (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П) (табл.6.1).

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе ориентировочные сроки ВН не актуальны.

Таблица 6.1.

**Рекомендуемые сроки ВН при наиболее распространенных
заболеваниях системы кровообращения, сосудов, крови,
органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения**

Код по МКБ-10	Номер строки по ф. N 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
1	2	3	4	5
I 10 - I 15		Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением		
I 10	35, 36	Эссенциальная (первичная) гипертензия	II - III стадия (обострение)	45-65, МСЭ
I 11.0	35, 36	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца с ХСН	IV ФК	45-60, МСЭ

I 12.0	35, 36	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с ХБП	2-3 стадия	50-60, МСЭ
I 20 - I 25	ИБС			
I 20.8	37, 38	Стенокардия напряжения	IV ФК	40-60, МСЭ
I 21.0	37, 38	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	С осложнениям острого периода	90-130, МСЭ
I 21.1	37, 38	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда	С осложнениям острого периода	90-130, МСЭ
I 21.2	37, 38	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций	С осложнениям острого периода	90-130, МСЭ
I 21.4	37, 38	Острый субэндокардиальный (нетрансмуральный) инфаркт миокарда	ХСН III-IV ФК	90-120, МСЭ
I 22.0	37, 38	Повторный инфаркт миокарда		90-120, МСЭ
I 30 - I 52	Другие болезни сердца			
I 33.0	31,32	Подострый инфекционный эндокардит		90-120, МСЭ
I 40.0	31,32	Острый миокардит	Тяжелое течение	50-60, МСЭ
I 42.0	31,32	Дилатационная кардиомиопатия	С ХСН, аритмиями	35-45, МСЭ
I 50.0	31,32	ХСН	IV ФК	30-40, МСЭ
I 05 - I 09	Хронические ревматические болезни сердца			
I 05	33, 34	Ревматические болезни митрального клапана	С ХСН III ФК	40-60, МСЭ
I 06	33, 34	Ревматические болезни аортального клапана	С ХСН III ФК	40-70, МСЭ
I 08	33, 34	Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов	С ХСН III ФК	45-80, МСЭ
I 70 - I 79	Болезни артерий, артериол и капилляров			
I 70.2	31, 32	Атеросклероз артерий конечностей	3-4 стадия (операция)	60-80, МСЭ
I 70.9	31, 32	Эндартериит облитерирующий	3-4 стадия (операция)	60-80, МСЭ
I 71.3- I 71.4	31, 32	Аневризма брюшной аорты разорванная или без упоминания о разрыве	операция	60-80, МСЭ

I 73.1	31, 32	Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера)	3-4 стадия (операция)	65-80, МСЭ
J 45.0	53, 54	Астма, с преобладанием аллергического компонента	Тяжелая форма	85 - 90, МСЭ
J 47.0	41, 42	Бронхоэктатическая болезнь	Тяжелая форма	75 - 85, МСЭ
J 84.1	41, 42	Диффузный легочный фиброз, синдром Хаммена-Рича	Тяжелая форма	45 - 70, МСЭ
J 90.0	41, 42	Плеврит с выпотом (кроме туберкулезного)		65 - 90, МСЭ
K 51.0	57, 58	Язвенный (хронический) энтероколит	3 степень активности	50 - 60, МСЭ
K 74.3	63, 64	Первичный билиарный цирроз		60 - 90, МСЭ
K 74.4	63, 64	Вторичный билиарный цирроз		60 - 80, МСЭ
K 75.0	63, 64	Абсцесс печени	Операция	120 - 140, МСЭ
N 03	75, 76	Хронический нефритический синдром	Обострение	60 - 75, МСЭ

При направлении на МСЭ гражданину необходимо провести обследование согласно Приказу Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы" (табл.6.2.-6.5).

Таблица 6.2.

Перечень основных и дополнительных обследований при наиболее распространенных заболеваниях системы кровообращения, сосудов, крови

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
общий для всего класса IX " Болезни системы кровообращения " перечень медицинских обследований.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Регистрация 	

<p>электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Измерение роста (действительно 1 год) ● Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней) ● ЭхоКГ трехмерная (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	
Хронические ревматические болезни сердца I05 - I09	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) ● Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ органов брюшной полости (комплексное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) - при наличии ревматического порока (пороков) сердца

<ul style="list-style-type: none"> ● ХМ сердечного ритма (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня иммуноглобулинов в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● СМАД (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии артериальной гипертензии
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением I10 - I15	
<ul style="list-style-type: none"> ● СМАД (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ почек и надпочечников (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ органов брюшной 	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при поражении центральной нервной системы

<p>полости (комплексное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при гипертензии вторичной по отношению к эндокринным нарушениям
ИБС I20 - I25	
<ul style="list-style-type: none"> ● ХМ сердечного ритма (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ органов брюшной полости (комплексное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Велоэргометрия (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных 	<ul style="list-style-type: none"> ● Электрокардиография с физической нагрузкой - при необходимости для уточнения диагноза (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)

дней - при повторном направлении)	
Другие болезни сердца I30 - I52	
<ul style="list-style-type: none"> ● ХМ сердечного ритма (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ органов брюшной полости (комплексное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Исследования уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при сердечной недостаточности ● Тестирование состояния постоянного имплантированного антиаритмического устройства (действительно 90 календарных дней) при его наличии ● Исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при эндокардите ● Определение активности креатинкиназы в крови при эндокардите (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня тропонинов I, T в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при эндокардите ● Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при эндокардите
Болезни артерий, артериол и капилляров I70-I79	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный 	<ul style="list-style-type: none"> ● Дуплексное сканирование брюшной аорты и ее висцеральных ветвей - при поражении

<p>(действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<p>(действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при необходимости уточнения характера поражения сосудистого русла ● Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии культи
<p>Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках I80 - I89</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Дуплексное сканирование вен нижних конечностей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при необходимости уточнения характера поражения сосудистого русла ● Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) верхних конечностей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при поражении верхних конечностей

Перечень основных и дополнительных обследований при наиболее распространенных заболеваниях системы органов дыхания

Перечень основных медицинских обследований включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
общий для всего класса Х " Болезни органов дыхания " перечень медицинских обследований.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном 	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный - для подтверждения аллергического анамнеза (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня общего иммуноглобулина, Е в крови - для оценки аллергического статуса (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Спиральная КТ легких (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при необходимости уточнения характера поражения легких ● Электрокардиография с применением лекарственных препаратов (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при

<p>направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Регистрация электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ЭхоКГ трехмерная (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Пульсоксиметрия (действительно 60 календарных дней) ● Исследование спровоцированных дыхательных объемов (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Измерение роста (действительно 1 год) ● Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней) 	<p>необходимости уточнения характера поражения ССС</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) - при поражении миокарда и легочной гипертензии ● Исследование кислотно-основного состояния и газов крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии дыхательной недостаточности ● Бодиплетизмография (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при нарушении легочной вентиляции ● Бронхоскопия (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии признаков анатомической обструкции дыхательных путей ● Исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (действительно 60 календарных дней при первичном, 90 календарных дней - при повторном направлении) при необходимости уточнения нарушения функций дыхательной систем ● Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при заболеваниях бронхолегочной системы воспалительного генеза
---	--

Перечень основных и дополнительных обследований при наиболее распространенных заболеваниях системы пищеварения

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
общий для всего класса XI " Болезни органов пищеварения " перечень медицинских обследований.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	

<p>направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Регистрация электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Измерение роста (действительно 1 год) ● Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней) ● УЗИ органов брюшной полости (комплексное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	
<p>Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки К20 - К31</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Копрологическое исследование (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ЭФГДС (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Р-гр желудка и двенадцатиперстной кишки (в случае нарушения функций верхних отделов ЖКТ) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении) ● Р-гр пищевода (в случае нарушения функций верхних отделов ЖКТ) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении) при синдроме мальабсорбции
Неинфекционный энтерит и колит K50 - K52	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) ● Колоноскопия (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня кальпротектина в кале - (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, действительно 120 календарных дней при повторном направлении) ● Копрологическое исследование (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный - при наличии суставных внекишечных проявлений при язвенном колите и болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный - при наличии кожных внекишечных проявлений при язвенном колите и болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный - при наличии внекишечных проявлений при язвенном колите и болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный - у пациентов на биологической терапии при язвенном колите и болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) ● Ирригоскопия - при невозможности выполнения колоноскопии (действительно 90 календарных дней при первичном

направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)

- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства при необходимости уточнения изменений, выявленных при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)

или

- МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием - при наличии свищей, абсцессов, инфильтратов (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней при повторном направлении)

- Фистулография свищей прямой кишки и перианальной области (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при наличии наружных свищей

- Аноректальная манометрия - (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при недержании кишечного содержимого

- Тонкокишечная эндоскопия видеокапсульная при болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении)

- Толстокишечная эндоскопия видеокапсульная при болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180

	<p>календарных дней - при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ректороманоскопия - при язвенном колите и болезни Крона (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)
Болезни печени K70-K77	
<ul style="list-style-type: none"> ЭФГДС (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Копрологическое исследование (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Эластометрия печени (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<ul style="list-style-type: none"> КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при подозрении на объемное образование в печени или тромбоз воротной вены МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при наличии объемного образования в печени или при тромбозе воротной вены Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при печеночной энцефалопатии Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при печеночной энцефалопатии с психическими расстройствами

**Перечень основных и дополнительных обследований
при наиболее распространенных
заболеваниях системы мочевого выделения**

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
общий для всего класса XIV " Болезни мочеполовой системы " перечень медицинских обследований.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном 	<ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный - при наличии кардиальных осложнений, артериальной гипертензии (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) для женщин ● Исследование мочи методом Зимницкого (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) для оценки концентрационной функции почек ● Исследование мочи методом Нечипоренко (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при воспалительных заболеваниях почек и

<p>направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Регистрация электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Измерение роста (действительно 1 год) ● Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней) ● Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ мочевыводящих путей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<p>мочевыводящих путей</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Дуплексное сканирование артерий почек (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) для оценки ренального кровотока ● Дуплексное сканирование нижней полой и почечных вен (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) для оценки ренального кровотока ● Сцинтиграфия почек и мочевыделительной системы (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) для оценки функционального состояния почек ● Сцинтиграфия почек и мочевыделительной системы с функциональными пробами - при гломерулярных болезнях, при ХБП (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) ● КТ органов малого таза у женщин (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии заболеваний органов малого таза ● КТ органов таза у мужчин (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии заболеваний органов малого таза ● КТ брюшинного пространства (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90
---	--

	<p>календарных дней - при повторном направлении) при патологии органов забрюшинного пространства</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Определение альбумина в моче (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при альбуминурии ● Определение количества белка в суточной моче (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при протеинурии ● Внутривенная урография, при нарушении пассажа мочи по верхним и нижним отделам мочевыводящих путей, обструктивных уропатиях, при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Цистография при нарушении пассажа мочи по верхним и нижним отделам мочевыводящих путей, обструктивных уропатиях, при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ органов брюшной полости (комплексное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при патологии органов брюшной полости
Почечная недостаточность N17 - N19	
<ul style="list-style-type: none"> ● Исследование уровня альбумина в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных 	<ul style="list-style-type: none"> ● Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови - при ХБП 4 и 5 стадии (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней -

<p>дней - при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Исследование уровня натрия в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня калия в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня общего кальция в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● Исследование уровня неорганического фосфора в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ● УЗИ почек (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) 	<p>при повторном направлении)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии ретинальных осложнений ● СМАД (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии артериальной гипертензии ● ЭхоКГ (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при кардиоренальном синдроме ● Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при ХБП 4 и 5 стадии
---	--

При решении вопроса о направлении гражданина на МСЭ лечащий врач должен изучить соответствующие разделы в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы". Поскольку нарушение функции в диапазоне 10-30% не является критерием инвалидности, то пациент в данном случае на МСЭ не направляется. Если у больного нарушение функции в

диапазоне 40-100%, то лечащему врачу следует рассмотреть вопрос о направлении его на МСЭ (табл.6.6.-6.9.).

Таблица 6.6.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан при заболеваниях системы кровообращения, сосудов, крови

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
ИБС: стенокардия напряжения I20	
Незначительные нарушения функции ССС: стенокардия или безболевая ишемия миокарда I, II ФК (75 -100 Вт); ХСН 0 или I стадии	10-30
Умеренные нарушения функции ССС: стенокардия или безболевая ишемия миокарда, ФК III (50 Вт) при наличии ХСН I, II А стадии	40-60
Выраженные нарушения функции ССС: стенокардия или безболевая ишемия миокарда ФК III (50 Вт) при наличии ХСН IIБ стадии	70-80
Значительно выраженные нарушения функции ССС: стенокардия и безболевая ишемия ФК IV (25 Вт) при наличии ХСН IIБ или III стадии	90-100
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением I10 - I15	
АГ 1 — 3 степени, гипертоническая болезнь II стадии без нарушения функций органов-мишеней	10-30
АГ 1 — 3 степени, гипертоническая болезнь III стадии с умеренными нарушениями функций органов-мишеней	40-60
АГ 1 — 3 степени, гипертоническая болезнь III стадии с выраженными нарушениями функций органов-мишеней	70-80
АГ 1 — 3 степени, гипертоническая болезнь III стадии со значительно выраженными нарушениями функций органов-мишеней	90-100
Хроническая ИБС I25;	
Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка (Гиса) I44;	
СН I50;	
Кардиомиопатия I42;	

Пароксизмальная тахикардия I47; Фибрилляция и трепетание предсердий I48; Другие нарушения сердечного ритма I49; Нарушения системы кровообращения после процедур, не классифицированные в других рубриках I97; Наличие сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов Z95; Последствия травмы внутригрудных органов T91.4; Врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения Q20 -Q28	
Незначительные нарушения функции ССС: ХСН I стадии.	10-30
Умеренные нарушения функции ССС: ХСН IIА стадии	40-60
Выраженные нарушения функции ССС: ХСН IIБ стадии	70-80
Значительно выраженные нарушения функции ССС: ХСН III стадии	90-100
Болезни артерий, артериол и капилляров I70 – I79 Атеросклероз I70 Другие болезни периферических сосудов (ХАН, облитерирующий артериит сосудов конечностей, а также состояния после реваскуляризации) I73	
I, II А степень ишемии при наличии сегментарных окклюзий или стенозов (более 65%) артерий конечностей, без клинических проявлений. Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) - 0,75 и более. После хирургической реваскуляризации при полном восстановлении кровообращения (компенсации кровообращения)	10-30
IIБ степень ишемии при наличии сегментарных окклюзий или стенозов артерий (свыше 65%), ЛПИ менее 0,75 — 0,25. После хирургической реваскуляризации с сохраняющимся дистальным блоком, с субкомпенсацией кровообращения	40-60
III или IV степень ишемии, ЛПИ менее 0,25. После хирургической реваскуляризации с сохраняющимся дистальным блоком, с ограниченными трофическими нарушениями (язва, некроз), декомпенсацией кровообращения; Ампутационные культы бедра/голеней одной конечности и IIБ, III степенью ишемии другой конечности; при наличии медицинских противопоказаний для протезирования; ишемия культы бедра; при сопутствующих заболеваниях с выраженными нарушениями функций организма (ХСН IIБ, III стадии, ДН III стадии)	70-80
III или IV степень ишемии, включая двусторонние трофические нарушения, ЛПИ менее 0,25 при наличии противопоказаний для оперативных вмешательств. Ампутационные культы обеих бедер; пороки или болезни	90-100

культей; при невозможности пользования протезами из-за сопутствующих заболеваний; ишемии культей	
Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках, проявляющиеся хронической венозной недостаточностью I80 - I88	
Хронические заболевания вен, соответствующие 2 — 3 классу клинических проявлений международной классификации хронических болезней вен	10-30
Хронические заболевания вен с язвенным дефектом со значительными трофическими нарушениями на одной конечности или язвенный дефект без значительной продукции отделяемого секрета на обеих конечностях, соответствующих 4 — 5 классу клинических проявлений международной классификации хронических болезней вен. Двустороннее поражение со значительными трофическими нарушениями, без язвенных дефектов, соответствующих 4 — 5 классу клинических проявлений международной классификации хронических болезней вен с умеренными нарушениями статодинамических функций	40-60
Хронические заболевания вен с язвенными дефектами со значительной продукцией отделяемого секрета и трофическими нарушениями на обеих нижних конечностях, соответствующих 4 — 6 классу клинических проявлений международной классификации хронических болезней вен с выраженными нарушениями статодинамических функций	70-80

Степень тяжести дыхательной недостаточности оценивается исходя из газометрических показателей - парциального давления кислорода крови (PaO₂) и сатурации крови кислородом (SaO₂): ДН I степени - PaO₂ 79 - 60 мм.рт.ст, SaO₂ - 90 - 94%; ДН II степени- PaO₂ 59 - 55 мм.рт.ст., SaO₂ - 89 - 85%; ДН III степени - PaO₂ < 55 мм.рт.ст., SaO₂ < 85%.

Учитываются также и другие (клинические) факторы патологического процесса: форма и тяжесть течения, наличие и частота обострений, объем и эффективность базовой терапии, распространенность патологического процесса, включение органов-мишеней, необходимость подавления иммунитета, наличие осложнений.

Таблица 6.7.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан при заболеваниях системы органов дыхания

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Хронические болезни нижних дыхательных путей (исключая астму) J40 - J47	
Болезни легкого, вызванные внешними агентами J60 — J70	
Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань J80 — J84	
Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей J85 - J86	
Другие болезни органов дыхания J95 - J99	
Единственное легкое (врожденное, после пульмонэктомии) Z92.4	
Саркоидоз D86	
Врожденные аномалии (пороки развития) органов дыхания Q 30 - Q	
Легкая или среднетяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств, с бронхиальной обструкцией на фоне базисной терапии (GOLD 1: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 ≥ 80%) без хронической дыхательной недостаточности (ДН 0) либо с признаками ДН I степени	10-30
Среднетяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств, с бронхиальной обструкцией на фоне базисной терапии (GOLD 2: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, 50% ≥ ОФВ1 < 80%), ДН II степени; преходящей или постоянной легочной гипертензией (ХСН 0 или ХСН I стадии)	40-60
Среднетяжелая и тяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств, с бронхиальной обструкцией на фоне базисной терапии (GOLD 3: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, 30% ≥ ОФВ1 < 50%) с ДН II, III степени, ХСН IIA стадии	70-80
Тяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств с бронхиальной обструкцией (GOLD 4: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 < 30%), наличие осложнений, ДН III степени, ХСН IIB, III стадии	90-100
Астма J45	
Незначительные нарушения функции дыхательной системы:	10-30

легкое или среднетяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии низкими или средними дозами ингаляционных кортикостероидов), ДН 0 или ДН I стадии	
Среднетяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии средними дозами ингаляционных кортикостероидов), ДН II степени с проходящей или постоянной легочной гипертензией (ХСН 0 или ХСН 1 стадии)	40-60
Тяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии высокими дозами ингаляционных кортикостероидов) с ДН II, III степени, ХСН II А стадии	70-80
Тяжелое течение заболевания на фоне базисной терапии с ДН III степени, ХСН IIБ и III стадии	90-100

Таблица 6.8.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан при заболеваниях системы пищеварения

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Алкогольный фиброз и склероз печени K70.2	
Алкогольный цирроз печени K70.3	
Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени K71.1	
Фиброз и цирроз печени K74	
Врожденный цирроз печени Q44	
Цирроз печени (A0, F4 по шкале METAVIR) компенсированный неактивный (класс А по Чайлд-Пью). Отсутствие или незначительные нарушения функций организма	10-30
Цирроз печени (A1-2, F4 по шкале METAVIR) компенсированный (класс А по Чайлд-Пью) с умеренными нарушениями функций организма	40-60
Цирроз печени (A1-3, F4 по шкале METAVIR) субкомпенсированный (класс В по Чайлд-Пью) с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Цирроз печени (A1-3, F4 по шкале METAVIR) декомпенсированный (класс С по Чайлд-Пью) со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100

<p>Другие врожденные аномалии (пороки развития) верхней части пищеварительного тракта Q40 Врожденные отсутствие, атрезия и стеноз тонкого и толстого кишечника Q41 -Q42 Приобретенное отсутствие части желудка Z90,3 Приобретенное отсутствие других отделов пищеварительного тракта Z90.4 Синдромы оперированного желудка K91.1 Состояние, связанное с наложением кишечного анастомоза Z98.0</p>	
Наличие легкого синдрома оперированного желудка или кишечника (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, короткой кишки и другие синдромы) без потери массы тела, незначительные нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы - 100 - 200 мкг\г, незначительные нарушения — уровень компенсации (гликированный гемоглобин HbA1c < 6,5%; гликемия натощак 4 - 8 ммоль\л)	10-20
Наличие средней тяжести синдрома оперированного желудка или кишечника (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, короткой кишки и другие синдромы) с мальдигестией и мальабсорбцией, умеренными нарушениями метаболизма, наличие экзокринной недостаточности по фекальной эластазе (от 100 до 200 мкг/г) на фоне заместительной терапии, умеренные нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы 60 - 100 мкг\г; умеренные нарушения эндокринной недостаточности (HbA1c < 7,5 — 9% гликемия более 8 ммоль/л) с учетом нутритивного статуса.	40-50
Наличие тяжелого синдрома оперированного желудка или кишечника (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, короткой кишки и другие синдромы) с выраженной мальдигестией, мальабсорбцией и нарушениями метаболизма, наличие экзокринной недостаточности по фекальной эластазе (менее 100 мкг/г) на фоне заместительной терапии; выраженные нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы - менее 50 мкг\г; выраженные нарушения HbA1c более 9%; гликемия более 9 ммоль\л) с учетом нутритивного статуса	70-80
<p>Болезнь Крона (регионарный энтерит) K50 Язвенный колит K51 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты K52</p>	
Хроническое течение заболевания (рецидив)	10-20

<p>воспалительного процесса до 2 раз в год), клиниколабораторная и/или эндоскопическая ремиссия (1 год и более) с отсутствием клинических симптомов заболевания, лабораторных и эндоскопических признаков воспалительной активности, либо с минимальной активностью процесса, в том числе на фоне постоянного приема противовоспалительной терапии, отсутствие или незначительно выраженные внекишечные проявления</p>	
<p>Рецидивирующее течение (обострения 2 - 3 раза в год); хроническое непрерывное течение заболевания (левосторонний колит, терминальный илеит, в том числе в сочетании с поражением толстой кишки) клинико-лабораторная и/или эндоскопическая умеренная активность заболевания на фоне проведения базисной терапии, с умеренными нарушениями функций пищеварительной системы; наличием кишечных осложнений (стриктуры, межкишечные и прямокишечные свищи, ректовагинальные свищи), внекишечных проявлений умеренной тяжести, состояние после хирургического лечения с формированием стомы или тонкокишечного резервуара</p>	40-50
<p>Рецидивирующее течение (обострения 4 - 5 раз год); хроническое непрерывное течение заболевания с поражением всего кишечника (панколит, распространенный илеит) клинико-лабораторная и/или эндоскопическая выраженная активность процесса на фоне проведения базисной терапии; свищевая, стенозирующая формы заболевания, а также наличие инфильтрата, ведущие к выраженным нарушениям функций пищеварительной системы; наличием стойких локальных и внекишечных проявлений средней тяжести, необходимость проведения постоянной цитостатической и/или биологической терапии, терапии селективными иммунодепрессантами</p>	70-80
<p>Терминальная стадия заболевания с тотальным поражением кишечника, значительно выраженными нарушениями пищеварения (мальабсорбция и малдигестия тяжелой степени, кахексия), других органов и систем организма при неэффективности базисной терапии, малигнизации, последствиях массивной резекции кишечника</p>	90-100

Таблица 6.9.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан при заболеваниях системы мочевого выделения

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Гломерулярные болезни N00 - N08 Тубулоинтерстициальные болезни почек N10 - N16 Почечная недостаточность N17 - N19 Мочекаменная болезнь N20 -N23 Другие болезни почки и мочеточника N25 - N29 Другие болезни мочевой системы N30 - 39 Помощь, включающая гемодиализ Z49 Приобретенное отсутствие почки Z90.5-Q60 Агенезия и другие редукционные дефекты почки N30.1 Интерстициальный цистит (хронический) N30.2	
ХБП 1 стадии, СКФ более 90 мл/мин/1,73 м ² ; ХБП 2 стадии, СКФ в пределах 89 — 60 мл/мин/1,73 м ² ХБП 3А стадии, СКФ 59 - 45 мл/мин/1,73 м ²	10-30
ХБП 3Б стадии, СКФ 44 - 30 мл/мин/1,73 м ² . Нефротический/нефритический синдромы при неэффективности лечения с умеренно выраженными нарушениями функций организма	40-60
ХБП 4 стадии, СКФ 29 -15 мл/мин/1,73 м ² , подготовка к диализу. ХБП 5 стадии (СКФ ниже 15 мл/мин/1,73 м ²) при отсутствии осложнений диализа	70-80
ХБП 5 стадии, СКФ ниже 15 мл/мин/1,73 м ² , при наличии осложнений со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ. ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ, СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

(доц. Зотова Л.А.)

Болезни обмена веществ и внутренней секреции

Если продолжительность ВН превышает приведенные ниже ориентировочные сроки (несмотря на проводимое адекватное лечение), то уже можно говорить о наличии стойкого нарушения функций (в случаях, не противоречащих иным законодательным актам). В этом случае лечащему врачу следует проанализировать возможность направления на МСЭ, с целью рассмотрения вопроса об установлении инвалидности. Приводим выдержку из Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах" (в соответствии с МКБ-10) (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. N 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), касающуюся эндокринной патологии, рассмотрим лишь случаи, когда прописано направление на МСЭ (табл.7.1.)

Таблица 7.1.

Рекомендуемые сроки ВН и направления на МСЭ (выдержка)

Код по МКБ-10	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Сроки ВН (в днях)
	СД		
E10.0	Инсулинзависимый СД с комой		30 - 60, МСЭ
E10.2	Инсулинзависимый СД с поражением почек	Нефропатия 2-3 степени	45 - 60, МСЭ
E10.3	Инсулинзависимый СД с поражением глаз	Ретинопатия 2-3 степени	30 - 40, МСЭ

		Макроангиопатия нижних конечностей	55 - 60, МСЭ
	Нарушения других эндокринных желез		
E24.9	Синдром Кушинга	Иценко-Операция	45-60, МСЭ

Данный документ носит рекомендательный характер: лечащий врач должен самостоятельно принять решение, завершены ли у пациента диагностический процесс, использованы ли различные возможности терапии. Во всех случаях, кроме паллиативного статуса пациента и операций по ампутации/реампутации лечащему врачу не стоит торопиться с направлением на МСЭ.

При направлении на МСЭ проводим обследования согласно Приказу Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы". Давайте рассмотрим примеры из данного Приказа (табл.7.2.).

Таблица 7.2.

Перечень основных и дополнительных обследований при различных эндокринных заболеваниях

Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных лиц в возрасте 18 лет и старше	
общий для всего класса IV "Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ" перечень медицинских обследований.	
Перечень основных медицинских обследований сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, сроки давности, которые они не должны превышать
действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении: врач-эндокринолог ОАК Анализ крови биохимический ОАМ	

Регистрация ЭКГ Расшифровка, описание интерпретация ЭКГ Измерение роста (действительно год) Измерение массы тел (действительно 180 к.д.)	
Гипотиреозидизм, возникший после медицинских процедур	
действительны 60 к.д. пр первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении Исследование уровня тиреотропног гормона в крови	действительны 60 к.д. пр первичном направлении, 90 к.д. - пр повторном направлении ЭхоКГ при дисгормонально кардиомиопатии с СН ХМ при нарушениях сердечного ритм и проводимости СМАД при вторичной АГ вследствие заболеваний щитовидной железы врач-кардиолог при кардиологически осложнениях заболеваний щитовидно железы (кардиомиопатия с нарушение сердечного ритма, СН тромбоэмболическими осложнениями) врач-психиатр при нарушения психических функций
СД	
действительны 60 к.д. пр первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении врач-терапевт врач-офтальмолог врач-невролог Исследование уровня глюкозы крови Исследование уровня гликированного гемоглобина крови (действительно 90 к.д.)	действительны 60 к.д. пр первичном направлении, 90 к.д. - пр повторном направлении врач общей практики (семейный врач) при отсутствии возможности осмотр врача-терапевта или врача эндокринолога врач-кардиолог при патологии ССС врач-хирург - при наличи макроангиопатии, синдром диабетической стопы врач-нефролог при наличи диабетической нефропатии врач-травматолог-ортопед - пр наличии синдрома диабетическо стопы, при необходимост протезирования или ортезирова нижних конечностей, в том числ подбора ортопедической обуви

СД с поражением почек	
действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении врач-нефролог альбумин в моче белок в суточной моче Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проб Реберга) УЗИ почек	действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении СМАД - при наличии АГ Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови при вторично гиперпаратиреозе
СД с поражением глаз	
действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении Определение ретиальной остроты зрения Офтальмоскопия	действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении Биомикрофотография глазного дна использованием фундус-камеры - при наличии изменений на глазном дне Офтальмотонометрия при повышении внутриглазного давления Компьютерная периметрия при изменении полей зрения
СД с неврологическими осложнениями	
	ЭНМГ - для соответствующей области (действительно 90 к.д. при первичном направлении, 180 к.д. при повторном направлении)
СД с нарушениями периферического кровообращения	
действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей Прием врача-хирурга	действительны 60 к.д. при первичном направлении, 180 к.д. при повторном направлении Р-гр стопы в двух проекциях - при наличии длительно незаживающих язвенных дефектов Р-гр голеностопного сустава - при наличии длительно незаживающих язвенных дефектов действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении ЭхоКГ при наличии СН сердечно-сосудистый хирург - при наличии макроангиопатии

СД с другими уточненными осложнениями	
действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении Прием врача-хирурга Прием врача-травматолога-ортопеда	действительны 60 к.д. при первичном направлении, 180 к.д. при повторном направлении Р-гр стопы в двух проекциях - при наличии длительно незаживающих язвенных дефектов Р-гр голеностопного сустава - при наличии длительно незаживающих язвенных дефектов
СД с множественными осложнениями	
Прием врача-хирурга (действительно 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. при повторном направлении)	действительны 60 к.д. при первичном направлении, 180 к.д. при повторном направлении Р-гр стопы в двух проекциях - при наличии длительно незаживающих язвенных дефектов Р-гр голеностопного сустава - при наличии длительно незаживающих язвенных дефектов действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении врач-травматолог-ортопед при синдроме диабетической стопы необходимости протезирования или ортезирования нижних конечностей, том числе подбора ортопедической обуви ЭхоКГ при наличии СН Офтальмоскопия при наличии диабетической ретинопатии врач-нефролог при наличии диабетической нефропатии альбумин в моче при наличии диабетической нефропатии количество белка в суточной моче при наличии диабетической нефропатии Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) при наличии диабетической нефропатии Ультразвуковая доплерографи

	артерий нижних конечностей - при диабетической макроангиопатии нижних конечностей
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных, в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лица (ребенка) в возрасте до 18 лет	
общий для всего класса IV "Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ" перечень медицинских обследований ребенка.	
действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении Прием врача-педиатра врач-детский эндокринолог ОАК Анализ крови биохимический ОАМ Регистрация ЭКГ Расшифровка, описание и интерпретация ЭКГ Измерение роста (действительно 1 год) Измерение массы тела (действительно 180 к.д.)	
Гипотиреозидизм, возникший после медицинских процедур	
действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении Исследование уровня тиреотропного гормона в крови Исследование уровня свободного тироксина сыворотки крови	действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении врача-детский кардиолога при кардиологических осложнениях заболеваний щитовидной железы врач-психиатр детский Прием врача-психиатра подросткового участкового первичный для лиц 15 лет и старше Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога при наличии психических расстройств или расстройств поведения Медико-логопедическое исследование при дизартрии при речевых нарушениях Прием врача-офтальмолога

	(действительно 90 к.д. при первичном направлении, 180 к.д. - при повторном направлении) при эндокринной офтальмопатии
СД	
действительны 90 к.д. Исследование уровня глюкозы в крови в динамике Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови УЗИ поджелудочной железы (действительно 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении)	действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении врач-детский кардиолог при патологии ССС, при наличии диабетической кардиоваскулярной нейропатии врач-офтальмолог при диабетической ретинопатии врач-невролог при наличии диабетической нейропатии врач-нефролог при наличии диабетической нефропатии Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) при нарушении функции почек альбумин в моче при диабетической нефропатии количество белка в суточной моче при диабетической нефропатии УЗИ печени ЭНМГ при диабетической сенсомоторной полинейропатии (действительно 1 год)

Вспомним некоторые из указанных методов обследования, которые не так часто применяются в общетерапевтической практике.

Проба Реберга (определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина) — метод, с помощью которого оценивают выделительную способность почек, определяя скорость клубочковой фильтрации (мл/мин) и канальцевой реабсорбции (%) по клиренсу эндогенного креатинина крови и мочи. Для проведения пробы берут на исследование кровь и мочу. В настоящее время возможны три варианта выполнения:

Первый, наиболее часто применяемый: мочу собирают в виде двух часовых порций, в каждой из которых определяют минутный диурез и концентрацию креатинина, получая два показателя скорости клубочковой фильтрации.

Второй вариант используется реже: средний клиренс эндогенного креатинина определяют в суточном количестве мочи.

Третий вариант, который в основном используют в научных целях для исследования суточного ритма клубочковой фильтрации: моча собирается в две (например, с 8 часов до 20 часов и с 20 часов до 8 часов) или более порции отдельно за дневной и ночной промежутков времени.

Во всех трёх вариантах кровь из вены для определения концентрации креатинина в плазме берут однократно (утром натощак).

Метод подсчёта: $СКФ = (ur \times Vn) / (Cr \times T)$, где Vn — объём мочи за данное время, Cr — концентрация креатинина в плазме (сыворотке), ur — концентрация креатинина в моче, T — время сбора мочи в мин.

Повышение скорости клубочковой фильтрации может наблюдаться при нефротическом синдроме, а также на ранней стадии СД и гипертонической болезни. Снижение скорости клубочковой фильтрации свидетельствует о почечной недостаточности.

Определение ретинальной остроты зрения. Острота зрения означает способность оптической системы различать две разные точки, которые расположены друг от друга на минимальном расстоянии. В связи с развитием лазерной техники стало возможным определять ретинальную остроту зрения, на которую не оказывает влияния снижение прозрачности оптических сред. Для исследования используется двойной лазерный луч, который фокусируется на глазном яблоке. Пациент при этом видит интерференционную картину, то есть происходит чередование светлых и темных полос с переменной шириной. Самая маленькая ширина этих полос, которую способен различить обследуемый, является ретинальной остротой зрения. На шкале прибора выводится этот показатель, выраженный в единицах измерения остроты зрения. При объективных методах определения ретинальной остроты зрения регистрируется

непроизвольный оптокинетический нистагм, который возникает в ответ на рассматривание движущихся объектов. Остроту зрения определяют по наименьшей величине объекта, в ответ на движение которой был зарегистрирован нистагм. При этом появление (и его исчезновение) определяют при помощи роговичного микроскопа.

Осмотр глазного дна офтальмоскопом или фундус-линзой, для диагностики и оценки состояния сетчатки глаза, диска зрительного нерва или сосудов сетчатки называется **офтальмоскопией**. Офтальмоскопия с узким зрачком. Проведение осмотра глазного дна без применения мидриатиков (средств, расширяющих зрачок), имеет свои преимущества: не возникает изменения аккомодации и вызванного ею временной потери трудоспособности; обследование занимает меньше времени, что важно при массовых профилактических медосмотрах; после процедуры отсутствует явление светобоязни; возможно проведение осмотра глазного дна у пациентов, которым противопоказано назначение мидриатиков (глаукома, тяжелая стенокардия, аритмии, тяжелый тиреотоксикоз и другие).

Осмотр глазного дна с широким зрачком. Для получения эффекта расширенного зрачка при данном методе обследования применяются мидриатики. В процессе осмотра исследуются степень прозрачности стекловидного тела и хрусталика, осматриваются сосуды, сетчатка, диск зрительного нерва.

Офтальмоскопия с применением линзы Гольдмана. Основной принцип следующий: на роговицу глаза помещается линза и с помощью световых пучков формируется стереоскопическое изображение глазного дна. Способ позволяет детально рассмотреть сетчатку, оценить имеющиеся патологические изменения, их размер, характер, локализацию и глубину. Исследование позволяет выявить такие заболевания как дистрофия или отслойка сетчатки.

Лазерная офтальмоскопия. При проведении подобного метода обследования применяется лазерный луч, отображающийся в сетчатке. Процедуру эту можно записывать как видеозапись, ведь все полученные изображения выводятся на дисплей

Биомикрофотография глазного дна с помощью фундус-камеры – это эффективный способ визуализации состояния сетчатки и диска зрительного нерва. Фундус-камера – это специальный прибор, позволяющий направить свет сквозь отверстие зрачка и получить моментальный цветной снимок глазного дна под определенным углом или серию снимков, дающих панорамную картину (или сделанных в различных областях спектра). Фотографирование осуществляется бесконтактно. Использование фундус-камеры позволяет: наблюдать состояние глазного дна, не прибегая к предварительному расширению, а также без внутривенного введения контрастного вещества, накапливать архив изображений и оценивать динамику состояний сетчатки и зрительного нерва. Биомикрофотография глазного дна позволяет выявить и локализовать: отслойку сетчатки; разрывы сетчатки; новообразования и нарушения пигментации глазного дна; микрокровоизлияния в сетчатку и под пигментный эпителий сетчатки; проявления диабетической ретинопатии, в том числе кровоизлияния, отеки, экссудаты; тромбоз сосудов глаза; другие патологические изменения.

Офтальмотонометрия — метод измерения мышечного тонуса и уровня внутриглазного давления, применяемый при обследовании зрения. Поскольку давление напрямую связано с процессами микроциркуляции в тканях глазной системы, регулярный мониторинг показателей помогает на ранней стадии обнаружить патологии глаз, например глаукому. Существует более десяти различных способов изменения глазного тонуса.

Компьютерная периметрия глаза — это современное офтальмологическое обследование, которое заключается в обследовании поля зрения пациента. Метод количественной статической периметрии заключается в определении световой чувствительности в различных участках поля зрения с помощью неподвижных объектов переменной яркости. Исследование проводится с помощью компьютеризированных приборов, обеспечивающих выполнение исследования в полуавтоматическом режиме; такой модификации метода было дано название компьютерной или статической автоматической периметрии. Пациента усаживают перед прибором. Он фиксирует

взгляд на специальной световой метке. На приборе в хаотичном порядке загораются различные метки, имеющие различную освещенность. При фиксации пятна, пациент нажимает кнопку на джойстике. Процедура проводится по аналогичной схеме с появлением и передвижением пятен с разной скоростью и направлением, а также с различными цветами. Длительность процедуры составляет от 7 до 20 минут. Таким образом определяется световая чувствительность различных отделов сетчатки. Создаётся схематичное представление поля зрения пациента.

ЭНМГ - комплекс инструментальной диагностики, позволяющий определить сократительную способность мышц и состояние нервной системы. При любой патологии, текущей с проявлениями нейропатии, это исследование является крайне важным при направлении пациента на МСЭ. Клиническое описание симптомов (потеря чувствительности, жжение, слабость и др.) не является экспертным.

Стимуляционная – неинвазивный метод с использованием накожных поверхностных электродов, позволяющий оценить проводимость импульса по нервам в ответ на его стимуляцию электрическим током. Исследование сопровождается покалывающими ощущениями в месте действия тока, а также непроизвольным сокращением исследуемой мышцы. Наиболее информативна при болезнях периферических нервов (моно- и полинейропатии) и нарушении нервно-мышечной передачи (декремент тест).

Игольчатая ЭНМГ - инвазивный метод исследования, который с помощью одноразового очень тонкого игольчатого электрода позволяет оценить электрическую активность мышц в состоянии покоя и при напряжении. Во время исследования в момент вкола электрода в мышцу ощущается лёгкая боль - укол, схожий по ощущениям с обычной внутримышечной инъекцией. Наиболее информативна при болезнях периферических мотонейронов и мышц (мышечные дистрофии, миопатии, полимиозит).

Медико-логопедическое исследование при дизартрии – диагностический комплекс, направленный на определение клинической формы и степени выраженности речевого

расстройства, вызванного нарушением иннервации речевого аппарата. В программу обследования входит оценка просодической стороны речи (разборчивости, темпа, ритма), состояния артикуляционной моторики, процессов дыхания и голосообразования, звукопроизношения и фонематического слуха. Обращается внимание на наличие у пациента гиперкинезов, синкинезий, гиперсаливации, нарушений жевания и глотания. На основе данных логопедического обследования формируется программа коррекционной работы.

При решении вопроса о направлении пациента на МСЭ также следует изучить соответствующий разделы в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" – так как при нарушении функции в диапазоне 10-30% пациент не соответствует критериям инвалидности. Рассмотрим пример оценки выраженности нарушений функций у пациентов с сахарным диабетом (табл.7.3.).

Таблица 7.3.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан с СД

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Инсулинзависимый СД, инсулиннезависимый СД, СД, связанный с недостаточностью питания, другие уточненные формы СД, СД неуточненный	
СД без поражения органов-мишеней (отсутствие осложнений) или при наличии осложнений с незначительным нарушением функций организма: диабетическая нефропатия - ХБП 1, 2 и 3а стадии; диабетическая ретинопатия с остротой зрения лучше видящего или единственного глаза коррекцией > 0,3, сужено до 40°; незначительная или умеренная дистальная сенсорная и сенсомоторная полиневропатия; диабетическая ангиопатия с незначительными нарушениями функций организма	10-30

Осложнения СД с умеренными нарушениями функций органов-мишеней: диабетическая нефропатия - ХБП 3Б стадии. диабетическая ретинопатия с остротой зрения лучше видящего или единственного глаза с коррекцией > 0,1 до 0,3; поле зрения - в пределах 20 - 40°; выраженная сенсомоторная невропатия с наличием пареза стоп и/или с нарушением равновесия, и/или с формированием высокого риска развития рецидива язвы стопы; диабетическая ангиопатия с умеренными нарушениями функций организма	40-60
Осложнения СД с выраженными нарушениями функций органов-мишеней: диабетическая нефропатия - ХБП 4 стадии (подготовка к диализу) и ХБП 5 стадии при эффективности диализа и отсутствии его осложнений; диабетическая ретинопатия с остротой зрения лучше видящего или единственного глаза с коррекцией 0,1 - 0,05; поле зрения - от 10 до 20° диабетическая ангиопатия с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Осложнения СД со значительно выраженными нарушениями функций органов-мишеней, такие как: диабетическая нефропатия - ХБП 5 стадии, осложнения заместительной почечной терапии; Диабетическая пролиферативная ретинопатия с остротой зрения лучше видящего глаза коррекцией 0,04 и ниже вплоть до слепоты; поле зрения < 10°, диабетическая ангиопатия со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100
СД с нарушениями периферического кровообращения (диабетическая ангиопатия, трофическая язва)	
Диабетическая ангиопатия обеих нижних конечностей с ХАН 0 или I стадии	10-30
Диабетическая ангиопатия обеих нижних конечностей с ХАН II стадии	40-60
ХАН III стадии с язвенным дефектом после заживления или ампутации на уровне стопы с деформацией и формированием зоны высокого риска рецидива язвы стопы одной конечности	70-80
СД с другими уточненными осложнениями (диабетическая нейро-остеоартропатия (Шарко))	
Диабетическая нейроостеоартропатия одной или обеих стоп с незначительными нарушениями статодинамических функций	10-30
Диабетическая нейроостеоартропатия одной или обеих стоп с умеренными нарушениями статодинамических функций	40-60
Выраженная деформация обеих стоп или одной стопы в сочетании с ампутацией другой стопы с выраженными нарушениями статодинамических функций	70-80

Ампутационная культя конечности	
Ампутационная культя стопы, голени, бедра при отсутствии нарушений на другой конечности	40-60
Ампутационная культя бедра/голени/стопы одной конечности в сочетании с ХАН II, III стадии или диабетической нейроостеартропатией на другой конечности	70-80
Ампутационные культы голени/бедра обеих конечностей при невозможности их протезирования	90-100

Повторим некоторые классификации осложнений СД.

Критерии диагноза **ХБП**:

1) наличие любых клинических признаков, указывающих на повреждение почек и персистирующих не менее трех месяцев и/или;

2) снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек и/или;

3) наличие признаков необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации.

Классификация и стратификация стадий ХБП по уровню СКФ:

- С1 - СКФ более 90 мл/мин/1,73м²,
- С2 - СКФ 60-89 мл/мин/1,73м²,
- С3а - СКФ 45-59 мл/мин/1,73м²,
- С3б - СКФ 30 - 44 мл/мин/1,73м²,
- С4 - СКФ 15-29 мл/мин/1,73м²,
- С5 - менее 15 мл/мин/1,73м².

ХАН нижних конечностей (табл.7.4) объединяет целую группу хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, приводящих к уменьшению притока крови по артериям в пораженную конечность из-за их сужения, или полной закупорки.

Таблица 7.4.

Классификация ХАН нижних конечностей

Степень	Симптоматика	Дополнительные диагностические критерии
I	Асимптоматическая стадия или перемежающаяся хромота, возникающая при ходьбе на расстоянии >1000 м.	Лодыжечно-плечевой индекс >0,9 Нормальный тредмил - тест
II А	Перемежающаяся хромота, возникающая при ходьбе на расстоянии от 200 м. до 1000 м.	Лодыжечно-плечевой индекс в покое 0,7-0,9; Пациент проходит > 200 м. при стандартном тредмил-тесте; Время восстановления лодыжечно-плечевого индекса до исходных значений после тредмил-теста - менее 15 мин.
II Б	Перемежающаяся хромота, возникающая при ходьбе на расстоянии до 200 м.	Лодыжечно-плечевой индекс в покое меньше 0,7; Пациент проходит меньше 200 м. при стандартном тредмил-тесте; Время восстановления лодыжечно-плечевого индекса до исходных значений после тредмил-теста больше 15,5 мин.
III	Боли в покое	Лодыжечное давление в покое <50 мм.рт.ст., по артериям стопы регистрируется коллатеральный тип кровотока или артерии не лоцируются вообще, пальцевое давление < 30 мм.рт.ст.
IV	Стадия трофических нарушений	Лодыжечное давление в покое <50 мм. рт.ст. по артериям стопы регистрируется коллатеральный тип кровотока или артерии не лоцируются вообще, пальцевое давление < 30 мм.рт.ст.

Болезни соединительной ткани, костно-мышечной системы

Приводим выдержку из «Рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации» (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), касающуюся данной патологии (табл.7.5.).

Таблица 7.5.

Рекомендуемые сроки ВН и направления на МСЭ (выдержка)

Код по МКБ-10	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
M05.	Серопозитивный РА	Быстро прогрессирующее течение II-III степени активности	65-100, МСЭ
M06.0	Серонегативный РА	Быстро прогрессирующее течение II-III степени активности	65-100, МСЭ
M32.-	Системная красная волчанка	Острое течение II-III степени активности	60-90, МСЭ
M33.-	Дерматополимиозит	Острое течение	60-90, МСЭ
M35.1	Смешанные заболевания соединительной ткани	II-III степени активности	60-90, МСЭ
M45	Анкилозирующий спондилит	Быстро прогрессирующее течение II-III степени активности	55-75, МСЭ
M51.1	Поражение межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией	Операция	60-120, МСЭ
M86.0	Острый гематогенный остеомиелит	Тяжелая форма	80-110, МСЭ
M87.0	Идиопатический асептический некроз кости		120-150, МСЭ

При направлении на МСЭ проводим обследования согласно Приказу Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы". Давайте рассмотрим некоторые примеры из данного Приказа (табл.7.6.).

Таблица 7.6.

Перечень основных и дополнительных обследований при различных заболеваниях костно-мышечной системы

Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных лиц в возрасте 18 лет и старше	
общий для всего класса XIII " Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани " перечень медицинских обследований	
Перечень основных медицинских обследований сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>врач-ревматолог - для определения степени нарушения функции суставов (действительно 90 к.д.) действительно 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении ОАК Анализ крови биохимический ОАМ Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 1 год) Измерение роста (действительно 1 год) Измерение массы тела (действительно 180 к.д.)</p>	<p>действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении Прием врача-травматолога-ортопеда - при нарушении функции суставов Прием врача-кардиолога - при наличии сердечно-сосудистых заболеваний Прием врача-кардиолога - при наличии сердечно-сосудистых заболеваний Прием врача-терапевта при поражении внутренних органов</p>
РА	
<p>Прием врача-ревматолога с указанием индексов активности (DAS28, SDAI, CDAI) и функционального</p>	<p>ЭФГДС - при наличии эрозивно-язвенного поражения ЖКТ вследствие проводимой терапии (действительно 1 год)</p>

<p>состояния (НАQ) (действительно 90 к.д.) Определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (действительно бессрочно) Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (действительно 90 к.д.)</p>	<p>КТ органов грудной полости - при наличии изменений, полученных при проведении Р-гр органов грудной клетки или при наличии системных проявлений основного заболевания (интерстициальное заболевание легких, ревматоидные узлы) (действительно 1 год) Р-гр кисти - при поражении суставов кисти (действительно 1 год), пациентам, имеющим III и IV стадию поражения суставов по Штейнброкеру - действительно бессрочно Р-гр плюсны и фаланг пальцев стопы - при поражении стоп (действительно 1 год) действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении Определение количества белка в суточной моче - при наличии амилоидоза Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) - при наличии амилоидоза Прием врача-офтальмолога при склерите и/или эписклерите Врач-невролог - при наличии осложнений заболевания (туннельные синдромы, миелопатия) и/или внесуставных проявлений (невропатия) ЭхоКГ - при наличии поражения сердца и аорты в рамках основного заболевания</p>
Псориаз артропатический	
<p>Прием врача-дерматовенеролога первичный (действительно 90 к.д.) Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (действительно 90 к.д.) Р-гр кисти (действительно 1 год)</p>	<p>действительны 90 к.д. Прием врача-ревматолога - с указанием индексов активности (для пациентов с поражением периферических суставов без псориатического спондилита DAS, DAS28, DAPSA; для пациентов с поражением периферических суставов и псориатическим спондилитом - BASDAI, ASDAScрб, DAS, DAS28, DAPSA; для пациентов с псориатическим спондилитом -</p>

	<p>BASDAI, ASDAScpб); осмотром энтезисов (индекс LEI) и оценкой функционального состояния (ограничения сгибания/разгибания/отведения/приведения суставов, контрактур, анкилозов, остеолита/укорочения пальцев кистей и стоп при поражении периферических суставов и/или BASFI, BASMI при поражении позвоночника)</p> <p>Прием врача-офтальмолога при эписклерите/увеите/иридоциклите</p> <p>Биомикроскопия глаза при эписклерите, увеите/иридоциклите</p> <p>ЭФГДС - при наличии эрозивно-язвенного поражения ЖКТ вследствие проводимой терапии (действительно 1 год)</p> <p>Р-гр таза при поражении костей таза (действительно 2 года)</p> <p>Р-гр позвоночника с функциональными пробами - при наличии функциональных нарушений позвоночника (действительно 2 года)</p>
Остеомиелит	
<p>действительны 60 к.д. при первичном направлении, 90 к.д. - при повторном направлении</p> <p>Прием врача-хирурга</p> <p>Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови</p>	<p>МРТ костной ткани (одна область) (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Фистулография при наличии свища (действительно 90 к.д. при первичном направлении, 180 к.д. при повторном направлении)</p>
<p>Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных, в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лица (ребенка)</p> <p>в возрасте до 18 лет</p>	
<p>общий для всего класса IV "Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ" перечень медицинских обследований ребенка.</p>	
<p>действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении</p> <p>Прием врача-педиатра</p>	<p>действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении</p> <p>Прием врача-детского кардиолога - при наличии сердечно-сосудистых</p>

<p>врач-ревматолог с указанием индексов активности, функциональной недостаточности, повреждения ОАК Анализ крови биохимический ОАМ Регистрация ЭКГ Расшифровка, описание и интерпретация ЭКГ С-реактивный белок в сыворотке крови Измерение роста (действительно 1 год) Измерение массы тела (действительно 180 к.д.) Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>заболеваний Прием врача-травматолога-ортопеда - при нарушении функции суставов</p>
РА	
<p>Определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (действительно бессрочно) Определение содержания ревматоидного фактора в крови (действительно 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении)</p>	<p>действительны 180 к.д. при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении ЭФГДС - при наличии эрозивно-язвенного поражения ЖКТ вследствие проводимой терапии КТ органов грудной полости - при наличии изменений, полученных при проведении Р-гр органов грудной клетки или при наличии системных проявлений основного заболевания (интерстициальное заболевание легких, ревматоидные узлы) Р-гр кисти - при поражении суставов кисти, при III и IV стадиях поражения суставов по Штейнброкеру -</p>

	<p>действительно бессрочно) Р-гр плюсны и фаланг пальцев стопы при поражении стоп действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении количество белка в суточной моче - при наличии амилоидоза Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) - при наличии амилоидоза Прием врача-офтальмолога при склерите и/или эписклерите врач-невролог - при наличии осложнений заболевания (туннельные синдромы, миелопатия) и/или внесуставных проявлений (невропатия)</p>
Псориаз артропатический	
<p>Прием врача-дерматовенеролога первичный (действительно 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении) Р-гр кисти (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год при повторном направлении)</p>	<p>Р-гр позвоночника с функциональными пробами - при наличии функциональных нарушений позвоночника (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год при повторном направлении) действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении Прием врача-офтальмолога при эписклерите/увеите/иридоциклите Биомикроскопия глаза при эписклерите, увеите/иридоциклите ЭФГДС - при наличии эрозивно-язвенного поражения ЖКТ вследствие проводимой терапии (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год при повторном направлении) Р-гр таза при поражении костей таза (действительно 2 года)</p>
Юношеский артрит, юношеский РА, юношеский Анкилозирующий, спондилит	
<p>КТ сустава (с подробным описанием, указанием стадии процесса) (действительно 180 к.д. при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>действительны 180 к.д. при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении МРТ суставов (один сустав) с подробным описанием и заключением КТ органов грудной полости при наличии</p>

	<p>легочной патологии действительны 90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. - при повторном направлении ЭхоКГ с полным протоколом, с указанием линейных размеров, с заключением при наличии кардиологической патологии Прием врача-офтальмолога (с осмотром на щелевой лампе)</p>
--	---

Рентгенологическая классификация остеоартрита по Kellgren-Lawrence:

I стадия (сомнительный) - сомнительное сужение суставной щели, возможны остеофиты;

II стадия (мягкий) - определённые остеофиты и сомнительное сужение суставной щели;

III стадия (умеренный) - умеренные остеофиты, определённое сужение суставного пространства, возможная деформация костей;

IV стадия (тяжёлый) - большие остеофиты, сужение суставного пространства, тяжёлый остеоартроз, определённая деформация костей.

Классификация остеоартрита по Н.С. Косинской:

I стадия - незначительное сужение суставной щели по сравнению со здоровым суставом и легкий субхондральный остеоартроз. Клинически проявляется болью, возникающей после или при ходьбе, особенно, при спуске и подъеме по лестнице, которая проходит в состоянии покоя, иногда боль может появляться после долгого пребывания на ногах, движения в суставе, как правило, не ограничены;

II стадия - сужение рентгенологической суставной щели в 2 - 3 раза превышает норму, субхондральный склероз становится более выражен, по краям суставной щели и/или в зоне межмышечного возвышения появляются остеофиты. Клинически - умеренный болевой синдром, развивается ограничение движений в суставе, гипотрофия мышц, хромота, определяется легкая фронтальная деформация оси конечности;

III стадия - стойкие сгибательно-разгибательные контрактуры, резко выраженные боли и хромота, вальгусная или

варусная деформация конечности, нестабильность сустава и атрофия мышц бедра и голени. При рентгенографии выявляется значительная деформация и склерозирование суставных поверхностей эпифизов с зонами субхондрального некроза и локального остеопороза, суставная щель почти полностью отсутствует, обширные костные разрастания и свободные суставные тела.

Рентгенологическая стадия ревматоидного артрита (по Штейнброкеру, в модификации):

- 1 стадия - околосуставной остеопороз;
- 2 стадия - остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии;
- 3 стадия - признаки предыдущей стадии + множественные эрозии + подвывихи в суставах;
- 4 стадия - признаки предыдущей стадии + костный анкилоз.

Развернутая характеристика рентгенологических стадий (определяется по рентгенограммам суставов кистей и стоп):

1 стадия. Небольшой околосуставной остеопороз. Единичные кистовидные просветления костной ткани. Незначительное сужение суставных щелей в отдельных суставах.

2 стадия. Умеренный (выраженный) околосуставной остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужение суставных щелей. Единичные эрозии суставных поверхностей. Небольшие деформации костей.

3 стадия. Умеренный (выраженный) околосуставной остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужение суставных щелей. Множественные эрозии суставных поверхностей (5 и более). Множественные выраженные деформации костей. Подвывихи и вывихи суставов.

4 стадия. Умеренный (выраженный) околосуставной (распространенный) остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужение суставных щелей. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные выраженные деформации костей. Подвывихи и вывихи суставов. Единичные (множественные) костные анкилозы. Субхондральный остеосклероз. Остеофиты на краях суставных поверхностей.

Рентгенологическая классификация сколиоза (согласно приказам МО РФ):

- I степень — 1-10 градусов,
- II степень — 11-25 градусов,
- III степень — 26-50 градусов,
- IV степень — более 50 градусов.

Измеряется угол между 2 линиями проведенными через центр наиболее отклоненного позвонка и центр ближайшего неизмененного. Сколиоз может быть С-образный (с одной дугой искривления), может быть S-образный (с двумя дугами искривления) и Σ — образный (с тремя дугами искривления). В таком случае тяжесть состояния определяется по искривлению с наибольшим углом отклонения позвоночника.

Клинико-рентгенологическая классификация сколиоза (по В. Д. Чаклину):

I степень сколиоза. Слабо выраженное искривление позвоночника во фронтальной плоскости, исчезающее в горизонтальном положении. Асимметрия надплечий и лопаток при шейно-грудном и грудном сколиозе и талии при поясничном сколиозе, асимметрия мышц на уровне дуги искривления. Угол сколиотической дуги $175^\circ - 170^\circ$ (угол сколиоза $5^\circ - 10^\circ$).

II степень сколиоза. Искривление позвоночника, более выраженное, и не исчезает полностью при его разгрузке, имеется небольшая компенсаторная дуга и небольшой реберный горб. Угол сколиотической дуги $169^\circ - 150^\circ$ (угол сколиоза $11^\circ - 30^\circ$).

III степень сколиоза. Значительное искривление позвоночника во фронтальной плоскости с компенсаторной дугой, выраженной деформацией грудной клетки и большим реберным горбом. Туловище отклонено в сторону основной сколиотической дуги. Коррекция при разгрузке позвоночника незначительная. Угол сколиотической дуги $149^\circ - 120^\circ$ (угол сколиоза $31^\circ - 60^\circ$).

ФК ревматоидного артрита:

- I - полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- II - сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность

III - сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность

IV - ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.

Индекс активности ревматоидного, включающий 28 суставов – **DAS28**. Для упрощения расчета индекса рекомендуется использовать онлайн калькулятор, например www.rheumakit.com/en/calculators/das28scr где ЧБС28 - число болезненных суставов, ЧПС28 - число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования. СОЭ — скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена, ООСЗ — общая оценка пациентом состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале:

- ремиссия - $DAS28 < 2.6$
- низкая активность - $2.6 < DAS28 < 3.2$
- умеренная активность - $3.2 < DAS28 < 5.1$
- высокая активность - $DAS28 > 5.1$

SDAI (simplified disease activity index). Пять исходных параметров (ЧБС28, ЧПС28, ООАВ в см (общая оценка врачом активности заболевания в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале), ООАП (общая оценка пациентом активности заболевания в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале) в см и СРБ в мг/дл) суммируются:

$$SDAI = ООАВ + ООАП + ЧПС + ЧБС + СРБ.$$

Можно рассчитывать SDAI при помощи калькулятора, например, www.rheumakit.com/en/calculators/sdai.

Интерпретация SDAI:

- ремиссия < 3.3 ;
- низкая активность 3,4–11;
- умеренная активность 11,1–26;
- высокая активность > 26.1 .

Расчет клинического индекса активности болезни **CDAI** (clinical disease activity index), проводится с учетом четырех исходных параметров (ЧБС28, ЧПС28, ООАВ в см, ООАП в см), которые суммируются: $CDAI = ООАВ + ООАП + ЧПС + ЧБС$

или с помощью калькулятора, например, www.rheumakit.com/en/calculators/cdai.

Интерпретация CDAI:

- ремиссия <2,8;
- низкая активность 2,9–10;
- умеренная активность 10,1–22;
- высокая активность >22,1.

Анкета оценки здоровья (**HAQ** — Health Assessment Questionnaire). 2-страничная анкета HAQ состоит из индекса недееспособности HAQ (HAQ Disability Index, HAQ-DI), ВАШ боли и ВАШ общей оценки здоровья пациентом.

Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis (**DAPSA**)

Для расчета оценивают 68 болезненных и 66 припухших суставов, при этом дистальные межфаланговые суставы стоп не учитывают. Оценивают височно-нижнечелюстные, грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные суставы, 1–5-е пястно-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые, 2–5-е дистальные межфаланговые суставы кистей, тазобедренные (оценивают только боль при пассивных движениях), коленные, голеностопные, суставы предплюсны, 1–5-е плюсне-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые. Для общей оценки активности псориатического артрита пациентом и врачом, а также выраженности боли используют Визуальную Аналоговую Шкалу. DAPSA>28 - высокая активность, 15–28 – умеренная, 5–14 – низкая, 0–4 – ремиссия.

Индекс **BASDAI** (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) рассчитывается на основании заполненного пациентом опросника, который состоит из 6 вопросов, на которые пациент отвечает самостоятельно. Для ответа на каждый вопрос предлагается ВАШ со значениями от 1 до 10. Пациент отмечает значение, соответствующее его состоянию. В динамике уменьшение индекса на 50% свидетельствует о наличии ответа на терапию.

Для расчета индекса **ASDAS** необходимо, чтобы пациент оценил по ВАШ: интенсивность ночной боли в позвоночнике; общую интенсивность боли в позвоночнике; выраженность утренней скованности; активность заболевания; выраженность

припухлости/болезненности периферических суставов. Для оценки боли в позвоночнике используют среднее арифметическое двух показателей по ВАШ за последнюю неделю: боль в ночное время и боль в течение суток. Необходимо оценить уровень СРБ (мг/л). Для расчета ASDAS рекомендуется онлайн-калькулятор, например, http://www.asas-group.org/clinical-instruments/asdas_calculator/asdas.html или

Интерпретация ASDAS:

- <1,3 — низкая активность;
- >1,3—<2,1 — умеренная активность;
- >2,1—< 3,5 — высокая активность;
- >3,5 — очень высокая активность

Лидский энтезиальный индекс: (Leeds Enthesitis Index **LEI**) вычисляют простым суммированием уровня пальпаторной болезненности в баллах в 6 парных точках прикрепления энтезисов: ахиллово сухожилие, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. Градации – 0 – «нет боли», 1 – «боль есть», максимально 6 баллов.

Индекс **BASFI** (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) рассчитывается на основании опросника, который содержит 10 аналоговых шкал. Пациент заполняет опросник самостоятельно. Индекс BASFI рассчитывается как среднее значение суммы 10 показателей и колеблется от 1 до 10. Функциональные нарушения считаются выраженными при счете BASFI >4.

Для оценки **функциональной способности** пациента используют измерение объема движений в позвоночнике. Все измерения выполняются дважды, учитывается результат лучшей из попыток.

Подвижность шейного отдела позвоночника. 1. Ротацию в шейном отделе позвоночника измеряют в градусах с помощью гониометра и выражают как среднее значение между углом поворота вправо и влево. 2. Оценка разгибания – расстояние «козелок–стена». Пациент стоит, прижав к стене пятки, ягодицы и лопатки и максимально разогнув шею. Измеряют (см) расстояние между стеной и козелком.

Подвижность грудного отдела позвоночника. Экскурсия грудной клетки. Пациент стоит, заложив руки за голову.

Измеряют окружность грудной клетки (см) на уровне 4-го межреберья при максимальном вдохе и максимальном выдохе. Разница между измерениями составляет экскурсию грудной клетки, которая в норме должна быть не менее 5 см. Уменьшение экскурсии грудной клетки свидетельствует о поражении грудино-реберных и реберно-позвоночных суставов.

Подвижность поясничного отдела позвоночника. 1. Модифицированный тест Шобера. Пациент стоит прямо, спиной к исследователю, который проводит горизонтальную линию, соединяющую задние верхние ости подвздошных костей, и ставит метку посередине этой линии. От этой метки вверх отмеряют 10 см и ставят вторую метку. Затем пациента просят наклониться вперед и вновь измеряют расстояние между метками. Разница между измерениями составляет значение теста Шобера, которое в норме должно быть не менее 7 см. 2. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника. Пациент стоит, прислонившись пятками и спиной к стене, руки опущены вниз, пальцы рук выпрямлены. Измеряют расстояние между кончиком 3-го пальца кисти и полом. Затем пациента просят наклониться вбок и вновь измеряют это расстояние. В норме разница должна составлять не менее 20 см. Значение теста бокового сгибания определяется как среднее арифметическое между сгибанием вправо и влево.

Определение функции тазобедренных суставов. Расстояние между лодыжками. Измеряют в положении пациента лежа на спине или стоя при максимально разведенных в стороны ногах. В норме этот показатель должен быть не меньше 120 см.

При решении вопроса о направлении пациента на МСЭ также следует изучить соответствующий разделы в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" – так как при нарушении функции в диапазоне 10-30% пациент не соответствует критериям инвалидности. Рассмотрим пример оценки выраженности нарушений функций у пациентов с костно-суставной патологией и заболеваниями соединительной ткани (табл.7.7.).

Таблица 7.7.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма при костно-уставной патологии

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Серопозитивный РА, Синдром Фелти, РА с вовлечением других органов и систем, другие серопозитивные РА, серопозитивные РА неуточненные, серонегативный РА, болезнь Стилла, развившаяся у взрослых, юношеский артрит с системным началом	
Отсутствие или незначительное нарушение функции организма: ФК I; рентгенологическая стадия I; отсутствие или I степень активности заболевания; отсутствие системных проявлений заболевания; отсутствие осложнений заболевания и/или проводимой терапии	10-30
Умеренное нарушение функции организма: ФК II; рентгенологическая стадия II; II степень активности заболевания; отсутствие системных проявлений заболевания; наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к умеренно выраженным нарушениям функций организма	40-60
Выраженное нарушение функции организма: ФК II - III; рентгенологическая стадия II - IV; II - III степень активности заболевания; наличие системных проявлений заболевания; наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к выраженным нарушениям функций организма	70-80
Значительно выраженные нарушения функции организма: ФК IV (обоих тазобедренных, или более двух крупных суставов в функционально невыгодном состоянии); рентгенологическая стадия III - IV; вне зависимости от активности заболевания на фоне терапии; наличие системных проявлений заболевания; наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящей к значительно выраженным нарушениям функций организма	90-100
Деформирующие дорсопатии, сколиоз, остеохондроз позвоночника, другие деформирующие дорсопатии, поражение межпозвоночных дисков шейного отдела	
Сколиоз и кифосколиоз II - III степени с незначительными	10-30

ограничениями подвижности позвоночника. Отсутствие нарушений функций внутренних органов	
Сколиоз и кифосколиоз III - IV степени с умеренным ограничением подвижности позвоночника, деформацией грудной клетки, при наличии осложнений с умеренными нарушениями функций организма. Состояние после реконструктивных операций с протяженной фиксацией не менее двух отделов позвоночника	40-60
Сколиоз и кифосколиоз IV степени с выраженным ограничением подвижности позвоночника, с грубой деформацией грудной клетки, при наличии выраженных нарушений функций внутренних органов	70-80
Эндопротезы	
Состояние после одностороннего и двустороннего эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов; без осложнений эндопротезирования	10-30
Осложнения эндопротезирования с умеренными нарушениями функции организма	40-60
Осложнения эндопротезирования с выраженными нарушениями функции организма	70-80

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ
ЭКСПЕРТИЗУ. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В НЕВРОЛОГИИ,
ОНКОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ И ХИРУРГИИ**
(асс. Косяков А.В.)

Направление на МСЭ при заболеваниях в неврологии

Неврологические заболевания имеют ориентировочные сроки ВН. В случае если длительность ВН, несмотря на проведенное адекватное лечение, значительно больше, чем ориентировочные сроки нетрудоспособности (табл.8.1.) и соблюдены критерии инвалидности – можно говорить о наличии признаков инвалидности у конкретного пациента. В данном случае лечащий врач может рассмотреть вопрос о направлении пациента на медико-социальную экспертизу, с целью оценки состояния здоровья гражданина и признания его инвалидом. Ориентировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). Приводим выдержку из «Рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации» (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), касающуюся неврологической патологии.

Таблица 8.1.

**Ориентировочные сроки нетрудоспособности при некоторых
заболеваниях в неврологии**

Код по МКБ-10	Номер строки по форме N 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
G00-G09	Воспалительные болезни центральной нервной системы			
G04.-	23, 24	Энцефалит, миелит и энцефаломиелит		100-120*
G10-G13	Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему			

G12.2	23, 24	Боковой склероз амиотрофический		60-90, МСЭ
G30-032	Другие дегенеративные болезни нервной системы			
G30.-	23, 24	Болезнь Альцгеймера		20-60, МСЭ
G35-G37	Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы			
G35	23, 24	Рассеянный склероз		40-65*
G60-G64	Полиневропатии и другие поражения периферической нервной систем			
061.0	25, 26	Острый (пост-) инфекционный полиневрит	Тяжелое течение	80-120, МСЭ
G62.1	25, 26	Алкогольная полиневропатия	Средней тяжести	30-60*
			Тяжелое течение	60-90, МСЭ
G70-G73	Болезни нервно-мышечного синапса и мышц			
G70.0	25, 26	Миастения тяжелая		80-110, МСЭ
G90-G99	Другие нарушения нервной системы			
G95.0	25, 26	Сирингомиелия и сирингобульбия	Средней тяжести	60-90, МСЭ
			Тяжелое течение	90-110, МСЭ

<*> Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда

Данный законодательный акт носит рекомендательный характер. Лечащий врач, опираясь на свой клинический опыт, самостоятельно принимает решение о необходимости направления пациента на МСЭ. При этом тактика врача должна основываться на проведенном диагностическом поиске у пациента, уверенности в установленном диагнозе и четком понимании завершенности лечебного и реабилитационного процессов. Необходимо помнить, что лечащему врачу не стоит

торопиться с направлением на МСЭ гражданина, если не использованы все возможности лечебного процесса и не осуществлен адекватный комплекс реабилитационных мероприятий. Состояния, после оперативных вмешательств по ампутации / реампутации, а также необходимость паллиативной медицинской помощи пациенту, по закону, позволяют направлять на МСЭ граждан значительно быстрее.

Согласно Приказу Минтруда России № 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» перед направлением на медико-социальную экспертизу гражданина необходимо осуществить комплекс диагностических исследований, с целью уточнения характера заболевания, степени тяжести, выраженности стойких нарушений функций организма (табл. 8.2.).

Таблица 8.2.

Перечень медицинских обследований, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы при некоторых заболеваниях в неврологии

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
Общий для всего класса VI " Болезни нервной системы " перечень медицинских обследований.	
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении) Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный - при нарушении психических функций (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный при нарушении функций внутренних органов (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Регистрация электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Измерение роста (действительно 1 год)</p> <p>Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)</p>	<p>календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный - для пациентов 75 лет и старше (действительно 30 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p>
<p>Воспалительные болезни центральной нервной системы Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы</p>	
<p>ЭЭГ (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>МРТ головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении).</p>	<p>МРТ позвоночника (один отдел) - при поражении (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>МРТ спинного мозга (один отдел) - при поражении (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении)</p>
<p>Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы</p>	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (действительно бессрочно)</p> <p>Электромиография игольчатая (одна мышца) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Молекулярно-генетическое исследование делеций 7-го/или 8-го экзонов гена SMN1 (спинальная амиотрофия) в крови</p>	<p>ЭхоКГ - при нарушении функций ССС (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков - при нарушении дыхательной функции (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
(действительно бессрочно) МРТ головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)	календарных дней - при повторном направлении) МРТ спинного мозга с контрастированием (один отдел) - при нарушении функций (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)
Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения Болезнь Паркинсона	
МРТ головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Клинико-психологическое нейропсихологическое обследование (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)	
Другие дегенеративные болезни нервной системы Болезнь Альцгеймера	
Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Клинико-психологическое нейропсихологическое обследование (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) МРТ головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)	

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы Рассеянный склероз	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>МРТ головного мозга с контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>МРТ спинного мозга с контрастированием (один отдел) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>Медико-логопедическое исследование при дизартрии (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при нарушениях мочевыделительной функции</p>
Мышечная дистрофия	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (действительно бессрочно)</p> <p>Электромиография игольчатая (одна мышца) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Определение активности креатинкиназы в крови (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>ЭхоКГ - при нарушении функций ССС (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков - при дыхательной недостаточности (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении)</p>
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных, в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лица (ребенка) в возрасте до 18 лет	
Общий для всего класса VI "Болезни нервной системы" перечень медицинских обследований ребенка.	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (действительно 90 календарных дней при первичном</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача - психиатра детского участкового первичный при наличии психических</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАК (клинический) развернутый (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАМ (клинический) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Регистрация электрокардиограммы (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Измерение роста (действительно 1 год)</p> <p>Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Или</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача - психиатра детского первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача - психиатра подросткового первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения для лиц 15 лет и старше (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>или</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача - психиатра подросткового участкового первичный для лиц 15 лет и старше при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Медико-логопедическое исследование при дисфагии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Медико-логопедическое исследование при дизартрии (действительно 90 календарных дней при первичном</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
	направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) МРТ спинного мозга (один отдел) при воспалительном поражении спинного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год при повторном направлении)
Воспалительные болезни центральной нервной системы Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы	
<p>ЭЭГ (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>МРТ головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год при повторном направлении)</p> <p>Исследование физических свойств спинномозговой жидкости (действительно бессрочно)</p> <p>Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза) (действительно бессрочно)</p>	<p>ЭЭГ с видеомониторингом - в случае отсутствия эпилептиформной активности на нативной ЭЭГ при наличии эпилептических приступов (действительно 1 год)</p> <p>Медико-логопедическое исследование при афазии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Медико-логопедическое исследование при дисфагии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>
Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему	
<p>Электродиагностика (определение электровозбудимости (функциональных свойств) периферических двигательных нервов и скелетных мышц) (действительно 1 год)</p>	
Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы	
<p>Молекулярно-генетическое исследование делеций 7-го/или 8-го экзонов гена SMN1 (спинальная амиотрофия) в крови (действительно бессрочно)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (действительно бессрочно)</p>	<p>Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ЭхоКГ - при нарушении функций ССС (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
	направлении)
Болезнь двигательного нейрона	
Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (действительно бессрочно) МРТ спинного мозга с контрастированием (один отдел) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)	МРТ головного мозга при структурном поражении головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в соответствии с количественными системами оценки, предусмотренными приложениями № 1 и 2 в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (табл.8.3.).

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.

Таблица 8.3.

**Классификации и критерии, используемые
при проведении медико-социальной экспертизы
при некоторых заболеваниях в неврологии**

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Последствия травм головы (последствия ушиба головного мозга) Последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы Последствия ЦВБ	
Незначительные нарушения статодинамических функций: легкий гемипарез, легкий парез, парапарез; легкий атактический синдром и другие легкие очаговые нарушения; незначительные нарушения психических, языковых и речевых функций (дизартрия, афазия), сенсорных функций	10-30
Умеренные нарушения статодинамических функций: легкий тетрапарез, умеренный гемипарез; умеренный парапарез; умеренный атактический синдром и другие умеренные очаговые нарушения; умеренные нарушения психических, языковых и речевых функций (дизартрия, афазия), сенсорных функций	40-60
Выраженные нарушения статодинамических функций: умеренный тетрапарез, выраженный гемипарез, выраженный парапарез, выраженный парез; выраженный атактический синдром и другие выраженные очаговые нарушения; выраженные нарушения психических, языковых и речевых функций (дизартрия, афазия), сенсорных функций; нарушение контроля функции тазовых органов	70-80
Значительно выраженные нарушения статодинамической функции: значительно выраженный парапарез (либо параплегия), значительно выраженный гемипарез (либо плегия); выраженный/значительно выраженный тетрапарез (тетраплегия); значительно выраженная статическая и динамическая атаксия (самостоятельное передвижение невозможно); значительно выраженные нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных функций; отсутствие контроля функции тазовых органов. Вегетативное состояние	90-100
Рассеянный склероз Другая форма острой диссеминированной демиелинизации. Другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	
Отсутствие признаков активности заболевания в соответствии с критериями, в том числе - по данным МРТ. Отсутствие или незначительные нарушения функций организма (включая легкие атактические нарушения) в том числе - на фоне терапии препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза.	10-30
Умеренные парезы верхних и/или нижних конечностей, умеренные бульбарные нарушения; умеренные атактические нарушения, частичная	40-60

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
атрофия зрительных нервов с умеренными нарушениями сенсорных функций; умеренные нарушения функций тазовых органов, в том числе - на фоне терапии препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза.	
Выраженные парезы верхних и/или нижних конечностей, выраженные бульбарные нарушения; выраженные атактические нарушения, нарушение контроля функции тазовых органов, в том числе - на фоне терапии препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза.	70-80
Значительно выраженные парезы или параличи верхних и/или нижних конечностей; значительно выраженные бульбарные нарушения, атактические нарушения, отсутствие контроля функции тазовых органов, в том числе - на фоне терапии препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза.	90-100
Первичные поражения мышц (мышечные дистрофии)	
Снижение мышечной силы до 4 баллов, активные движения в суставах верхних и/или нижних конечностей сохранены в полном объеме. Незначительные нарушения функций организма	10-30
Снижение мышечной силы до 3 баллов, умеренное ограничение амплитуды активных движений в суставах верхних и (или) нижних конечностей, гипотрофия мышц тазового пояса и плечевого пояса. Умеренные нарушения функций организма	40-60
Снижение мышечной силы до 2 баллов, выраженное ограничение амплитуды активных движений верхних и (или) нижних конечностей; выраженная гипотрофия мышц тазового пояса и плечевого пояса. Выраженные нарушения функций организма	70-80
Снижение мышечной силы до 1 балла с невозможностью самостоятельного передвижения. Значительно выраженные нарушения функций организма	90-100
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте до 18 лет	
Последствия травм головы (последствия ушиба головного мозга)	
Последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы	
Для детей в возрасте 0-17 лет: незначительные нарушения статодинамических функций: легкий гемипарез, легкий парез, парапарез; легкий атактический синдром и другие легкие очаговые нарушения. Незначительные нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных функций. 0-3 года: незначительная задержка психомоторного и речевого развития в структуре основного заболевания	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: умеренные нарушения статодинамических функций: легкий тетрапарез, умеренный гемипарез; умеренный парапарез; умеренный атактический синдром и другие умеренные очаговые нарушения. Умеренные нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных функций. 0-3 года: умеренная задержка психомоторного и речевого развития в структуре основного заболевания	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: выраженные нарушения статодинамических функций: умеренный тетрапарез, выраженный	70-80

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
гемипарез, выраженный парапарез, выраженный парез; выраженный атактический синдром и другие выраженные очаговые нарушения. Выраженные нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных функций. Нарушение контроля функции тазовых органов. 0-3 года: выраженная задержка психомоторного и речевого развития в структуре основного заболевания	
Для детей в возрасте 0-17 лет: значительно выраженные нарушения статодинамической функции: значительно выраженный парапарез (либо параплегия), значительно выраженный гемипарез (либо плегия); выраженный/значительно выраженный тетрапарез (тетраплегия); значительно выраженная статическая и динамическая атаксия (самостоятельное передвижение невозможно). Значительно выраженные нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных функций. Отсутствие контроля функции тазовых органов. Вегетативное состояние	90-100
Спинальные амиотрофии	
Для детей в возрасте 0-3 года: периферический легкий тетрапарез, умеренный парапарез и/или умеренный парез проксимального отдела обеих нижних конечностей (снижение мышечной силы до 3 баллов). Умеренные бульбарные расстройства. Деформации скелета (сколиоз, кифосколиоз) с умеренными нарушениями функций дыхательной системы. Нарушение формирования двигательных возрастных навыков	40-60
Для детей в возрасте 4-17 лет: генерализация атрофического процесса: выраженный нижний парапарез, умеренный верхний парапарез. Деформации скелета (сколиоз, кифосколиоз) с выраженными нарушениями функций дыхательной и ССС. Выраженные бульбарные расстройства. Нарушение контроля функции тазовых органов	70-80
Для детей в возрасте 0-17 лет: генерализация атрофического процесса: значительно выраженный периферический тетрапарез. Тяжелые деформации скелета (сколиоз, кифосколиоз), нарушения функций дыхательной и ССС, достигающих значительно выраженной степени. Значительно выраженные бульбарные и псевдобульбарные нарушения. Отсутствие контроля функции тазовых органов	90-100
Детский церебральный паралич; Спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия, спастический тетрапарез); Спастическая диплегия; Детская гемиплегия; Дискинетический церебральный паралич; Атаксический церебральный паралич (атонически-астатическая форма)	
Для детей в возрасте 0-17 лет: 1-й или 2-й уровень функциональной активности по GMFCS и/или MACS	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: 3-й уровень функциональной активности по GMFCS и/или MACS. Умеренные нарушения психических, языковых и речевых функций	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: 4-й уровень функциональной активности по шкале GMFCS и/или MACS.	70-80

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Выраженные нарушения психических, языковых и речевых функций. Нарушение контроля функции тазовых органов	
<p>Для детей в возрасте 0-17 лет: 5-й уровень функциональной активности по GMFCS и/или MACS. Значительно выраженные нарушения психических, языковых и речевых функций. Значительно выраженные двигательные нарушения: выраженный или значительно выраженный тетрапарез, нижний спастический парапарез, значительно выраженный гемипарез или гемиплегия (мышечная сила 1 балл), нижняя параплегия (мышечная сила 0 баллов) с множественными комбинированными контрактурами суставов конечностей; фиксированным порочным положением стоп и/или кистей; нарушение координации движений и равновесия, значительно затрудняющих вертикализацию, опору и передвижение, либо отсутствие произвольных движений в конечностях, туловище, фиксированное патологическое положение тела (в положении лежа), с незначительными нецеленаправленными движениями (поворот набок с помощью). Значительно выраженный спастико-гиперкинетический синдром: выраженный или значительно выраженный спастический тетрапарез, значительно выраженные асимметричные спастико-гиперкинетические парезы, значительно выраженные комбинированные контрактуры в суставах конечностей; движения в суставах практически отсутствуют (в большей степени вследствие гиперкинезов), значительно выраженный атетоз и/или двойной атетоз и/или торсионная дистония с невозможностью вертикализации, опоры и передвижения. Значительно выраженная туловищная (статическая) атаксия, значительно выраженная динамическая атаксия, значительно выраженная мышечная гипотония, препятствующая точным движениям, схвату и удержанию предметов, формированию вертикальной позы и произвольных движений. Значительно выраженный псевдобульбарный синдром. Отсутствие устной и письменной речи. Значительно выраженные нарушения психических функций: 0-3 года: значительно выраженное нарушение психомоторного, речевого развития. Отсутствие возрастных и социальных навыков. 4-17 лет: значительно выраженное когнитивное снижение и/или снижение интеллекта до уровня тяжелой или глубокой умственной отсталости (IQ < 34 баллов). Отсутствие контроля функции тазовых органов</p>	90-100

Направление на МСЭ при заболеваниях в онкологии

Онкологические заболевания имеют ориентировочные сроки ВН. В случае если длительность ВН, несмотря на проведенное адекватное лечение, значительно больше, чем ориентировочные сроки нетрудоспособности (табл. 8.4) и соблюдены критерии инвалидности – можно говорить о наличии

признаков инвалидности у конкретного пациента. В данном случае лечащий врач может рассмотреть вопрос о направлении пациента на медико-социальную экспертизу, с целью оценки состояния здоровья гражданина и признания его инвалидом. Ориентировочные сроки ВН при наиболее распространённых заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). Приводим выдержку из «Рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации» (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), касающуюся онкологической патологии.

Таблица 8.4.

**Ориентировочные сроки нетрудоспособности
при некоторых заболеваниях в онкологии**

Код по МКБ-10	Номер строки по форме N 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
C00-C14	Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки			
C00.1	11, 12	Злокачественное новообразование наружной поверхности нижней губы	III-IV стадии	60-90, МСЭ
C01	11, 12	Злокачественное новообразование основания языка	III-IV стадии	90-120, МСЭ
C04.-	11, 12	Злокачественное новообразование дна полости рта		90-110, МСЭ
C15-C26	Злокачественные новообразования органов пищеварения			
	C15.-	Злокачественное новообразование пищевода	II-III стадии	100-160, МСЭ

C16.-	11, 12	Злокачественное новообразование желудка	II-III стадии	70-100, МСЭ
C18.-	11, 12	Злокачественное новообразование ободочной кишки	II-III стадии	80-110, МСЭ
C20	11, 12	Злокачественное новообразование прямой кишки	II-III стадии	80-115, МСЭ
C25.-	11, 12	Злокачественное новообразование поджелудочной железы	I стадии II-III стадии	70-90 90-115, МСЭ
C30-C39	Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки			
C32.-	11, 12	Злокачественное новообразование гортани	II-III стадии	85-100, МСЭ
C34.-	11, 12	Злокачественное новообразование бронхов и легкого	II-III стадии	90-110, МСЭ
C40-C41	Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей			
C41.0	11, 12	Злокачественное новообразование костей черепа и лица	II-IV стадии	85-95, МСЭ
C41.2	11, 12	Злокачественное новообразование позвоночного столба	I стадии II-III стадии	70-90 80-95, МСЭ
C43-C44	Меланома и другие злокачественные новообразования кожи			
C43.-	11, 12	Злокачественная меланома кожи	Распространенной формы	80-110, МСЭ
C50	Злокачественное новообразование молочной железы			
C50.-	12	Злокачественное новообразование молочной железы (женской)	I стадии II-III стадии	50-75 80-115, МСЭ

C51-C58	Злокачественные новообразования женских половых органов			
C51.-	12	Злокачественное новообразование вульвы	IV стадии	90-115, МСЭ
C52	12	Злокачественное новообразование влагалища	III стадии	90-110, МСЭ
C53.-	12	Злокачественное новообразование шейки матки	III стадии	90-115, МСЭ
C54.-	12	Злокачественное новообразование тела матки	III стадии	90-120, МСЭ
C56	12	Злокачественное новообразование яичника	III стадии	90-115, МСЭ
C60-C63	Злокачественные новообразования мужских половых органов			
C60.-	11	Злокачественное новообразование полового члена	II-III стадии	70-100, МСЭ
C61	11	Злокачественное новообразование предстательной железы	I-II стадии II-III стадии	60-80 80-115, МСЭ
C62.-	11	Злокачественное новообразование яичка	III стадии	90-120, МСЭ
C64-C68	Злокачественные новообразования мочевых путей			
C64	11, 12	Злокачественное новообразование почки, кроме почечной лоханки	I-II стадии III-IV стадии	70-90 90-110, МСЭ
C67.-	11, 12	Злокачественное новообразование мочевого пузыря	III стадии	105-115, МСЭ

C69-C72	Злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы			
C69.-	11, 12	Злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата	I стадии II-III стадии	55-85 85-110, МСЭ
C71,-	11, 12	Злокачественное новообразование головного мозга	II-III стадии	95-120, МСЭ
C73-C75	Злокачественное новообразование щитовидной железы и других эндокринных желез			
C73	11, 12	Злокачественное новообразование щитовидной железы	III-IV стадии	90-110, МСЭ
C81-C96	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей			
C81-	11, 12	Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз)	III-IV стадии	95-110, МСЭ
C90.0	11, 12	Множественная миелома	III-IV стадии	90-115, МСЭ
C91.0	11, 12	Острый лимфобластный лейкоз	III-IV стадии МСЭ	95-115, МСЭ
C91.1	11, 12	Хронический лимфоцитарный лейкоз	III-IV стадии обострение	90-115, МСЭ
C92.0	11, 12	Острый миелоидный лейкоз	III-IV стадии	90-120, МСЭ
C92.1	11, 12	Хронический миелоидный лейкоз	III-IV стадии обострение	90-115, МСЭ
C93.0	11, 12	Острый моноцитарный лейкоз	III-IV стадии	65-80, МСЭ
C93.1	11, 12	Хронический моноцитарный	III-IV стадии	90-115, МСЭ

		лейкоз		
С94.2	11, 12	Острый мегакариобластный лейкоз	III-IV стадии	95-115, МСЭ
Д10-Д36	Доброкачественные новообразования			
Д37-Д48	Новообразования неопределенного или неизвестного характера			
Д45	09, 10	Полицитемия истинная	III-IV стадии	70-90, МСЭ

Данный законодательный акт носит рекомендательный характер. Лечащий врач, опираясь на свой клинический опыт, самостоятельно принимает решение о необходимости направления пациента на МСЭ. При этом тактика врача должна основываться на проведенном диагностическом поиске у пациента, уверенности в установленном диагнозе и четком понимании завершенности лечебного и реабилитационного процессов. Состояния, после оперативных вмешательств по ампутации / реампутации, а также необходимость паллиативной медицинской помощи пациенту, по закону, позволяют направлять на МСЭ граждан значительно быстрее.

Согласно Приказу Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» перед направлением на медико-социальную экспертизу гражданина необходимо осуществить комплекс диагностических исследований, с целью уточнения характера заболевания, степени тяжести, выраженности стойких нарушений функций организма (табл. 8.5.).

Таблица 8.5.

Перечень медицинских обследований, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы при некоторых заболеваниях в онкологии

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
Общий для всего класса II " Новообразования " перечень медицинских обследований.	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении)</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Регистрация электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Измерение роста (действительно 1 год)</p> <p>Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)</p> <p>Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (действительно бессрочно)</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный в случае наличия сопутствующих хронических заболеваний внутренних органов, осложняющих течение основного заболевания (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 60 календарных дней - при повторном направлении)</p>
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	
УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (действительно 60	Эпифаринголарингоскопия при злокачественных новообразованиях

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) в отношении зоны лица и зоны шеи (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>УЗИ слюнных желез (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Р-гр легких (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>носоглотки (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>КТ органов грудной полости - при поражении органов грудной полости (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ верхних дыхательных путей и шеи - при распространении процесса (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>ЭхоКГ - при использовании кардиотоксичных препаратов (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>МРТ носоротоглотки - при вовлечении костных структур основания черепа, позвоночника, при интракраниальном росте (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Злокачественное новообразование желудка	
<p>ЭФГДС (действительно бессрочно)</p> <p>Биопсия желудка с помощью эндоскопии (действительно бессрочно)</p> <p>УЗИ органов брюшной полости комплексное (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Р-гр легких (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>КТ органов грудной полости - при поражении органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием - при распространенности процесса на соседние структуры и предполагаемом наличии отдаленных метастазов (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки	
	<p>КТ органов грудной полости - при поражении органов грудной полости (действительно 180 календарных дней)</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
	при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ органов брюшной полости комплексное - при подозрении на генерализацию (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении)
Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха	
Спиральная КТ придаточных пазух носа (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) зоны шеи (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)	МРТ преддверно-улиткового органа при его поражении (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)
Злокачественное новообразование бронхов и легкого	
Трахеобронхоскопия (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) зоны шеи (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ забрюшинного пространства (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)	ЭхоКГ - при распространении процесса на соседние структуры и наличии отдаленных метастазов (действительно 60 календарных дней) МРТ головного мозга с контрастированием - при подозрении на метастатическое поражение (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Сцинтиграфия костей всего тела - при метастатическом поражении костей (действительно 1 год) Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный - при гормонопродуцирующих опухолях (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)
Злокачественное новообразование сердца, средостения и плевры	
КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный - при гормонопродуцирующих опухолях (действительно 60 календарных дней

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
направлении, 1 год - при повторном направлении) ЭхоКГ (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)	при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)
Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей	
Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)	ЭхоКГ - при использовании кардиотоксичных препаратов (действительно 90 календарных дней) МРТ мягких тканей с контрастированием - при распространении процесса на соседние структуры (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ органов грудной полости - при поражении органов грудной полости (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)
Злокачественные новообразования молочной железы	
Маммография (действительно 90 календарных дней) Прицельная Р-гр органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ молочных желез (действительно при первичном направлении 60 календарных дней, при повторном направлении 90 календарных дней) УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) в отношении зон регионарного метастазирования - (действительно 90 календарных дней) Сцинтиграфия костей всего тела (действительно 1 год) Комплексное УЗИ внутренних органов (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога первичный - при наличии стойких нарушений функций организма, вызванных основным заболеванием (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) при патологии органов малого таза (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)
Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	
УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при	ЭхоКГ при патологии ССС (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>повторном направлении) УЗИ органов брюшной полости комплексное (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) УЗИ забрюшинного пространства (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (действительно бессрочно)</p>	<p>направлении) МРТ органов грудной клетки при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ органов брюшной полости при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ органов малого таза при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ органов грудной полости при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ органов брюшной полости при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ головного мозга при неврологической симптоматике и наличии признаков поражения центральной нервной системы (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Доброкачественное новообразование мозговых оболочек	
<p>МРТ головного мозга с контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный - при опухолях мозговых оболочек, головного мозга (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных</p>	<p>МРТ спинного мозга с контрастированием (один отдел) при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ мягких тканей головы с внутривенным контрастированием - в</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>дней - при повторном направлении) Осмотр периферии глазного дна с использованием трехзеркальной линзы Гольдмана (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>случае рецидива опухоли (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Доброкачественное новообразование головного мозга и других отделов центральной нервной системы	
<p>МРТ головного мозга с контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>МРТ спинного мозга с контрастированием (один отдел) при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный при наличии эндокринных нарушений (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный при наличии зрительных нарушений (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Осмотр периферии глазного дна с использованием трехзеркальной линзы Гольдмана при патологии зрительного анализатора (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Общий для всего класса II "Новообразования" перечень медицинских обследований ребенка.	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-детского онколога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАК (клинический) развернутый (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАМ (клинический) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Регистрация электрокардиограммы (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Измерение роста (действительно 1 год)</p> <p>Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)</p> <p>Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (действительно бессрочно)</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (действительно 90</p>	<p>ЭхоКГ - при использовании кардиотоксичных препаратов, при поражении ССС (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) при их поражении (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Тональная аудиометрия - при использовании ототоксичных препаратов и при рисках снижения слуха в связи с локализацией новообразования (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>КТ органов грудной полости при поражении органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием при поражении органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ органов брюшной полости при поражении органов брюшной полости (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием - при распространенности процесса на соседние органы и/или ткани и предполагаемом наличии отдаленных метастазов (действительно 180 календарных дней при первичном</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием при поражении печени, при распространенности процесса на соседние органы и/или ткани и предполагаемом наличии отдаленных метастазов (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ органов малого таза (комплексное) трансвагинальное и трансабдоминальное (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при поражении органов малого таза МРТ органов брюшной полости при поражении органов брюшной полости (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Сцинтиграфия костей всего тела - при поражении костей (действительно 1 год) Биопсия опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей при необходимости верификации (действительно бессрочно) Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) - в отношении лиц женского пола при поражении репродуктивной системы</p>
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	
<p>УЗИ слюнных желез (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при</p>	<p>Эпифаринголарингоскопия при злокачественных новообразованиях носоглотки (действительно 180</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>повторном направлении) УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) в отношении зоны лица и зоны шеи (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ носоротоглотки - при вовлечении костных структур основания черепа, позвоночника, при интракраниальном росте (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ верхних дыхательных путей и шеи (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Злокачественные новообразования органов пищеварения	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) УЗИ забрюшинного пространства (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>ЭФГДС при поражении пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Биопсия пищевода с помощью эндоскопии при злокачественном новообразовании пищевода (действительно бессрочно) Колоноскопия при злокачественном новообразовании ободочной кишки, ректосигмоидного соединения (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Биопсия ободочной кишки эндоскопическая - при злокачественном новообразовании ободочной кишки (действительно бессрочно) Биопсия сигмовидной кишки с помощью видеоэндоскопических технологий при злокачественном новообразовании ректосигмоидного соединения (действительно бессрочно) Прием (осмотр, консультация) врача - детского уролога-андролога первичный в отношении лиц мужского пола при поражении мочеполовой системы (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) Биопсия прямой кишки с помощью</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
	видеоэндоскопических технологий (действительно бессрочно)
Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки	
<p>КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием при поражении органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ЭхоКГ - (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>Ларингоскопия при поражении гортани (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>МРТ преддверно-улиткового органа при злокачественном новообразовании полости носа и среднего уха (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Спиральная КТ придаточных пазух носа при злокачественном новообразовании полости носа и среднего уха, придаточных пазух (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>МРТ околоносовых пазух при злокачественном новообразовании придаточных пазух (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Трахеобронхоскопия при поражении трахеи, бронхов, легкого (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный - при гормонопродуцирующих опухолях органов грудной клетки (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный при патологии ротоносоглотки (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>
Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей	
Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 календарных дней при	КТ позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел) при

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием при поражении органов грудной клетки (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>поражении позвоночника (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ верхней конечности при поражении верхней конечности (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ нижней конечности при поражении нижней конечности (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) КТ костей таза при поражении костей таза (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) - при саркоме Юинга (действительно бессрочно) Сцинтиграфия костей всего тела при поражении костей (действительно 1 год)</p>
Злокачественные новообразования щитовидной и других эндокринных желез	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>Ларингоскопия (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	
<p>Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов (действительно бессрочно) Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза) (действительно бессрочно)</p>	<p>МРТ органов малого таза при необходимости уточнения объема поражения и локализации (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Исследование клеток костного мозга методом дифференциальной окраски хромосом для выявления клональных опухолевых клеток (действительно бессрочно) (при наличии) МРТ головного мозга с контрастированием (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при наличии поражения</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
	головного мозга Цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (действительно бессрочно) (при наличии)

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в соответствии с количественными системами оценки, предусмотренными приложениями № 1 и 2 в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (табл. 8.6.).

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше при злокачественных новообразованиях при первичном освидетельствовании зависит от клинико-морфологических факторов прогноза, локализации и размера опухоли, анатомической формы роста (эндофитная, экзофитная, смешанная), темпа роста опухоли и распространения опухоли (T), наличия и характера поражения лимфатических узлов (N), наличия или отсутствия отдаленных метастазов (M), гистологического строения, степени дифференцировки и злокачественности опухоли (G), стадии опухолевого процесса (клиническая классификация по системе cTNMG до лечения, классификация pTNM - по результатам хирургического вмешательства, суTNM - по результатам лучевого, химиолучевого, химиотерапевтического, гормонального лечения). Учитываются также вид и объем лечения: радикальное, комбинированное, комплексное и паллиативное (хирургическое, лучевая терапия, химиотерапевтическое, гормональное лечения); наличия осложнений, проводимого лечения или противопоказаний к специальному лечению.

При повторном освидетельствовании количественная оценка проводится с учетом степени нарушенных функций

организма после проведенного лечения, наличия ремиссии или возникновения рецидивов, метастазов, осложнений, продолженного роста опухоли после радикального лечения, а также с учетом проводимого лечения в течение пяти лет.

Таблица 8.6.

**Классификации и критерии, используемые при
проведении медико-социальной экспертизы при некоторых
заболеваниях в онкологии**

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Злокачественные новообразования полости рта и глотки (носоглотки, ротоглотки, гортаноглотки)	
Рак полости рта и глотки I стадии (T1N0M0) после радикального лечения (операция на первичном очаге)	10-30
Рак полости рта и глотки I, II стадии (T1,2N0,1M0) после радикального лечения (комбинированное или комплексное лечение) без местных и/или общих осложнений	40-60
Рак полости рта и ротоглотки (при локализации корень языка, миндалина, мягкое небо, задняя стенка глотки) II, III стадии (T1,2,3N0,1M0) после радикального или паллиативной медицинской помощи; с наличием местных и/или общих осложнений. При наличии неблагоприятных патологических характеристик, в особенности при локализации в области языка или дна полости рта (глубина инвазии опухоли более 3-4 мм, прорастание опухолью капсулы лимфатического узла, положительные края, множественные регионарные метастазы, периневральная/ лимфатическая/сосудистая инвазия). Неустраняемая трахеостома	70-80
Рак полости рта и глотки IV стадии (T1,2,3,4N1,2,3M1) после радикального, паллиативного лечения, генерализации опухолевого процесса; наличием отдаленных метастазов, местных и/или общих осложнений. Инкурабельное состояние	90-100
Злокачественное новообразование желудка	
Рак желудка I, II стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при выполнении эндоскопической резекции), без местных и/или общих осложнений	10-30
Рак желудка I, II стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при хирургическом методе лечения рака желудка) без местных и/или общих осложнений. Гастрэктомия	40-60
Рак желудка I, II, III стадии (T1,2,3,4N0,1,2,3M0) после радикального, комбинированного или комплексного лечения, наличие местных и/или общих осложнений и последствий лечения	70-80

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Рак желудка IV стадии (T1,2,3,4N1,2,3M0,1), инкурабельное состояние	90-100
Злокачественное новообразование поджелудочной железы	
	10-30
	40-60
Рак поджелудочной железы I, II, III стадии (Tis1,2,3N0,1,2,3M0) после радикального лечения с общими и/или местными осложнениями	70-80
Рак поджелудочной железы IV стадии (T1,2,3,4N1,2,3M1); инкурабельное состояние	90-100
Злокачественная меланома кожи	
Меланома кожи I стадии (T1a,1b,2aN0M0) после радикального удаления без местных и/или общих осложнений	10-30
Меланома кожи I, II стадии (T1a,bN0,1M0) после радикального удаления без местных и/или общих осложнений	40-60
Меланома кожи II, III стадии (T1,2,3,4N0,1,2,3M0) после радикального лечения с местными и/или общими осложнениями или локальная лучевая терапия в самостоятельном плане. Наличие местного рецидива на фоне проводимого лечения	70-80
Меланома IV стадии (T1,2,3,4,N1,2,3M1), инкурабельное состояние. Прогрессирование опухолевого процесса	90-100
Злокачественное новообразование головного мозга Злокачественное новообразование мозжечка Злокачественное новообразование спинного мозга	
	10-30
Опухоли головного и спинного мозга 2 степени злокачественности после радикального лечения без местных и/или общих осложнений	40-60
Опухоли головного и спинного мозга 3 степени злокачественности после радикального лечения с наличием местных и/или общих осложнений	70-80
Опухоли головного и спинного мозга 4 степени злокачественности после радикального или паллиативного лечения, инкурабельное состояние	90-100
Хронический лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	
При первичном освидетельствовании хронический лимфолейкоз 0-1 стадии по Rai (или стадия A по Binet), требующая динамического наблюдения при отсутствии необходимости в терапии	10-30
При первичном освидетельствовании хронический лимфолейкоз II стадии по Rai (или стадия A по Binet) - осложнения от проводимой терапии в виде умеренных нарушений функций организма	40-60
При первичном освидетельствовании хронический лимфолейкоз III и IV стадии по Rai (или стадия B и C по Binet) после проведенной индукционной терапии при достижении ремиссии с возникновением рецидива; резистентная форма заболевания	70-80
При первичном освидетельствовании - осложнения со значительно выраженными нарушениями функций организма (значительно выраженные нарушения костномозгового кроветворения); терминальная стадия заболевания	90-100

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Повторное освидетельствование	
Достижение полной клинико-гематологической ремиссии продолжительностью не менее 1 года. Отсутствие или незначительные нарушения функций организма	10-30
При достижении полной или частичной ремиссии с умеренными нарушениями функций организма. Хронический лимфолейкоз II или III стадии по Rai (стадия A или B по Binet), медленно прогрессирующего течения; умеренные нарушения функции организма	40-60
Отсутствие клинической ремиссии с высоким риском возможной трансформации в прогрессирующую и бластную фазу. Хронический лимфолейкоз прогрессирующего течения; резистентность к терапии. Осложнения терапии и/или поражение органов-мишеней с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Хронический лимфолейкоз IV стадии, резистентный к терапии. Хронический лимфолейкоз со значительно выраженными нарушениям функций организма. Опухолевая прогрессия, трансформация в другие лимфо/ миелопролиферативные заболевания	90-100
Доброкачественные новообразования; Доброкачественные новообразования мозговых оболочек; Доброкачественные новообразования головного мозга и других отделов ЦНС; Опухоль гипофиза	
Доброкачественные опухоли различной локализации при: небольших размерах или отсутствии роста (медленном росте), опухоли без влияния на функцию смежных структур и/или органов; гормонально неактивные опухоли; опухоли после проведенного радикального оперативного лечения при отсутствии признаков рецидива или продолженного роста опухоли	10-30
Доброкачественные опухоли различной локализации при: больших размерах опухоли с воздействием на положение и функцию смежных структур, гормонально активные опухоли, приводящие к умеренным нарушениям функций организма; после проведенного оперативного лечения (радикального или нерадикального) при наличии умеренных нарушений функций организма	40-60
Доброкачественные опухоли различной локализации (преимущественно головного и спинного мозга) при: быстром росте опухоли с выраженным воздействием на положение и функцию смежных органов и невозможности радикального ее удаления; гормонально активные опухоли, приводящие к выраженным нарушениям функций организма; после проведенного оперативного лечения (радикального или нерадикального) при наличии продолженного роста опухоли; при наличии выраженных нарушений функций организма	70-80
Доброкачественные опухоли головного и спинного мозга при невозможности радикального хирургического лечения или после проведенного хирургического лечения со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте до 18 лет	

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
<p>Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка в возрасте до 18 лет при злокачественных новообразованиях зависит от клинико-морфологических факторов прогноза; локализации и размера опухоли (до 2 см, от 2 до 5 см, 5 см и более); анатомической формы роста (эндофитная, экзофитная, смешанная); темпа роста опухоли, степени прорастания стенки органа (степень инвазии); гистологического варианта и степени дифференцировки опухоли (высокодифференцированная, средней степени дифференцировки, низкодифференцированная, недифференцированная); наличия и распространенности поражения лимфатических узлов; наличия или отсутствия отдаленных метастазов (в лимфатические узлы или другие органы); стадии опухолевого процесса (клиническая классификация по системе TNMG до лечения, классификация pTNM - по результатам хирургического вмешательства и/или гистологического исследования). Количественная оценка нарушенных функций организма при опухолях эмбриональной и герминогенной природы, лимфогрануломатозе и других основывается как на классификации TNMG, так и на Международной системе стадирования, одобренной Международным обществом детских онкологов (SIOP - International Society of Pediatric Oncology): INSS (1993) при нейробластоме; PRETEXT и POSTTEXT (2017) при гепатобластоме; ABC (2001) при ретинобластоме; SIOP (1992) при нефробластоме; FIGO (1988) при герминогенной опухоли яичников; Lugano-для герминогенных опухолей яичек; Ann-Arbor (1971) при лимфогрануломатозе; PNHLS(2015)-для неходжинских лимфом. Также необходимо учитывать стадию заболевания до и после оперативного вмешательства, до и после проведения неoadьювантной химиотерапии; оценку гистологического типа опухоли. При количественной оценке степени выраженности нарушенных функций большое значение имеет наличие генетических маркеров, определяющих неблагоприятный онкопрогноз: амплификация гена N-MYC и делеция короткого плеча первой хромосомы (нейробластома); мутация гена RB1 (ретинобластома); мутация генов WT1, WT2 и WT3 (нефробластома); наличие изохромосомы i в 12p (герминогенная опухоль) и прочее - по результатам молекулярно-генетического исследования. Учитываются также общебиологические факторы (пол, возраст, соматический фон), вид и объем лечения (химиотерапия, гормонотерапия, хирургическое лечение, лучевая терапия, перфузия противоопухолевыми препаратами, различные комбинации видов лечения), наличие осложнений как самого заболевания, так и проводимого лечения.</p>	
Для детей в возрасте 0-17 лет: после завершения лечения и достижения стойкой ремиссии (5 лет и более) с благоприятным онкопрогнозом	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: после завершения лечения при наличии осложнений с умеренными нарушениями функций организма	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: в период проведения лечения и после завершения его при наличии осложнений с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Для детей в возрасте 0-17 лет: в период проведения лечения и после завершения его при наличии рецидива, метастазов, продолженного роста опухоли после радикального лечения и других осложнений со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100
Ретинобластома	
Для детей в возрасте 0 - 17 лет: после проведения операции по удалению глазного яблока в зависимости	40-100

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
от имеющихся нарушений функций организма. Двухсторонняя ретинобластома после комплексного лечения в зависимости от имеющихся нарушений функций организма.	
<p>При повторном освидетельствовании количественная оценка нарушенных функций организма ребенка в возрасте до 18 лет проводится с учетом эффективности проведенного лечения, наличия ремиссии или возникновения рецидивов, метастазов, осложнений, продолженного роста опухоли после радикального лечения, наличия противопоказаний к оперативному лечению и возможности проведения только паллиативного вмешательства, а также с учетом неэффективности проводимой терапии (химиотерапия, лучевая терапия и их комбинации).</p>	
<p style="text-align: center;">Доброкачественные новообразования</p> <p>Количественная оценка стойких нарушений функций организма ребенка в возрасте до 18 лет при доброкачественных новообразованиях зависит от локализации и размера опухоли, темпа роста опухоли, гормональной активности, наличия рецидива или продолженного роста после удаления, степени влияния на близлежащие органы (сдавление, смещение); возможности радикального удаления, результатов проведенной операции (осложнение, дефицит структур, нарушение функции органа), гистологической структуры опухоли. Маркером неблагоприятного клинического и реабилитационного прогноза являются опухоли внутричерепной локализации с быстрым ростом, вызывающие сдавление и дислокацию ствола мозга; неэффективность лечения (продолженный рост опухоли), невозможность хирургического лечения.</p>	
Для детей в возрасте 0-17 лет: доброкачественные опухоли различной локализации при: небольших размерах или отсутствии роста (медленном росте), опухоли без влияния на функцию смежных структур и/или органов; гормонально неактивные опухоли; опухоли после проведенного радикального оперативного лечения при отсутствии признаков рецидива или продолженного роста опухоли	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: доброкачественные опухоли различной локализации при: больших размерах опухоли с влиянием на положение и функцию смежных органов, требующих оперативного лечения; при быстром росте опухоли с появлением влияния на положение и функцию смежных органов и невозможности радикального ее устранения (возможность лишь частичного удаления); гормонально активные опухоли, приводящие к умеренным нарушениям функций организма; после проведенного оперативного лечения (радикального или нерадикального) при наличии умеренных нарушений функций организма	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: доброкачественные опухоли различной локализации (преимущественно головного и спинного мозга) при: быстром росте опухоли с выраженным влиянием на положение и функцию смежных органов и невозможности радикального ее удаления; гормонально активные опухоли, приводящие к выраженным нарушениям функций организма; после проведенного оперативного лечения (радикального или нерадикального) при наличии продолженного роста опухоли; при наличии выраженных нарушений функций организма	70-80
Для детей в возрасте 0-17 лет: значительно выраженные нарушения	90-100

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
функций организма, невозможность радикального оперативного лечения или после проведенного оперативного лечения	

Направление на МСЭ при последствиях травм, отравлений, хирургической патологии и других воздействий внешних причин

Травмы, отравления, заболевания, требующие хирургического вмешательства и последствия воздействий внешних причин, имеют ориентировочные сроки ВН. В случае если длительность ВН, несмотря на проведенное адекватное лечение, значительно больше, чем ориентировочные сроки нетрудоспособности (табл. 8.7.) и соблюдены критерии инвалидности – можно говорить о наличии признаков инвалидности у конкретного пациента. В данном случае лечащий врач может рассмотреть вопрос о направлении пациента на медико-социальную экспертизу, с целью оценки состояния здоровья гражданина и признания его инвалидом.

Ориентировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). Приводим выдержку из «Рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации» (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), касающуюся последствий травм, отравлений, заболеваний, требующих хирургического вмешательства и последствий воздействия внешних причин.

Таблица 8.7.

**Ориентировочные сроки нетрудоспособности при некоторых
последствиях травм, отравлений, хирургической патологии и
других воздействий внешних причин**

Код по МКБ-10	Номер строки по ф. N 16-ВН	Наименование травмы по МКБ-10	Уровень и локализация травмы	Характер травмы	Ориентировочные сроки (в днях)
S00-S09	Травмы головы				
S02.1.0	87, 88	Перелом основания черепа (закрытый без упоминания о внутричерепной травме)		Со смещением Без смещения	220-240, МСЭ 150-165, МСЭ
S30-S39	Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза				
S32.0.0	83, 84	Перелом поясничного отдела позвоночника (закрытый без упоминания о повреждении спинного мозга)	Тела позвонка	Со смещением Без смещения	180-240, МСЭ 110-120, МСЭ
S32.1.0	83, 84	Перелом крестца (закрытый)		Со смещением Без смещения	90-100* 55-90
S32.2.0	83, 84	Перелом копчика (закрытый)		Со смещением Без смещения	75-90* 55-80
S32.3.0	83, 84	Перелом подвздошной кости (закрытый)		Со смещением Без смещения	50-70* 35-45
S32.4.0	83, 84	Перелом вертлужной впадины (закрытый)		Со смещением Без смещения	165-180, МСЭ 105-120, МСЭ
S40-S49	Травмы плечевого пояса и плеча				
S47	83, 84	Размозжение плечевого пояса и плеча		Без осложнения С осложнением	120-150, МСЭ 240-270, МСЭ

S60-S69	Травмы запястья и кисти				
S68.4	83, 84	Травматическая ампутация кисти на уровне запястья.			25-30*
S70-S79	Травмы области тазобедренного сустава				
S72.0.0	89, 90	Перелом шейки бедра (закрытый)		Со смещением Без смещения	170-190* 165-180
S72.0.1	89, 90	Перелом шейки бедра (открытый)		Со смещением Без смещения	180-195* 175-190
S72.1.0	89, 90	Чрезвертельный перелом (закрытый)		Со смещением Без смещения	160-175* 90-115
S72.1.1	89, 90	Чрезвертельный перелом (открытый)		Со смещением Без смещения	175-190* 165-175
S72.3.0	89, 90	Перелом диафиза бедренной кости (закрытый)		Со смещением Без смещения	195-210* 180-200
S77.-	83, 84	Размозжение области тазобедренного сустава и бедра		Без осложнения С осложнением	120-160 160-200, МСЭ
S80-S89	Травмы колена и голени				
S88.-	83, 84	Травматическая ампутация голени			60-90, МСЭ
S90-S99	Травмы области голеностопного сустава и стопы				
S98.0	83, 84	Травматическая ампутация стопы на уровне голеностопного сустава			60-90, МСЭ
T33- T35	Отморожение				
T33.8	83, 84	Поверхностное отморожение области сустава и стопы		III степени: Без осложнения С осложнением	90-150 150-240, МСЭ

T51- T65	Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения				
T51.1	83, 84	Токсическое действие метилового спирта	С поражением зрительного нерва		35-60, МСЭ
T54.-	83, 84	Токсическое действие разъедающих веществ		Тяжелой степени	35-50, МСЭ

* Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.

Данный законодательный акт носит рекомендательный характер. Лечащий врач, опираясь на свой клинический опыт, самостоятельно принимает решение о необходимости направления пациента на МСЭ. При этом тактика врача должна основываться на проведенном диагностическом поиске у пациента, уверенности в установленном диагнозе и четком понимании завершенности лечебного и реабилитационного процессов. Необходимо помнить, что лечащему врачу не стоит торопиться с направлением на МСЭ гражданина, если не использованы все возможности лечебного процесса и не осуществлен адекватный комплекс реабилитационных мероприятий. Состояния, после оперативных вмешательств по ампутации / реампутации, а также необходимость паллиативной медицинской помощи пациенту, по закону, позволяют направлять на МСЭ граждан значительно быстрее.

Согласно Приказу Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» перед направлением на медико-социальную экспертизу гражданина необходимо осуществить комплекс диагностических исследований, с целью уточнения характера заболевания, степени тяжести, выраженности стойких нарушений функций организма (табл. 8.8.).

Таблица 8.8.

Перечень медицинских обследований, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы при некоторых последствиях травм, отравлений, хирургической патологии и других воздействий внешних причин

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте 18 лет и старше	
Общий для всего класса XIX " Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин " перечень медицинских обследований.	
<p>ОАК (клинический) развернутый (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении)</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАМ (клинический) (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Регистрация электрокардиограммы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Измерение роста (действительно 1 год)</p> <p>Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)</p>	
Последствия травм головы	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном</p>	<p>ЭНМГ стимуляционная одного нерва - при наличии нарушений сократительной способности мышц и функциональных и органических поражений периферической нервной системы (действительно 1 год)</p> <p>ЭЭГ - при наличии пароксизмальных состояний (действительно 60</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-челюстно-лицевого хирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Р-гр всего черепа, в одной или более проекциях (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный - при поражении центральной нервной системы (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Медико-логопедическое исследование при афазии - при наличии речевых расстройств (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном)</p> <p>МРТ головного мозга (действительно бессрочно)</p> <p>или</p> <p>КТ головного мозга (действительно бессрочно)</p> <p>КТ лицевого отдела черепа при травмах лицевого отдела черепа (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии психических нарушений</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при наличии вестибулярных нарушений и патологии слухового анализатора</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при нарушении тазовых функций</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Последствия травм шеи и туловища	
<p>Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>МРТ шеи (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при травмах шеи</p>	<p>КТ позвоночника (один отдел) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ костей таза (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при переломах таза</p> <p>КТ ребер с мультипланарной и трехмерной реконструкцией (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при переломах ребер</p> <p>Спиральная КТ шеи (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при травмах шеи</p> <p>ЭНМГ игольчатыми электродами (один нерв) - при нарушении функций периферической нервной системы (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>МРТ позвоночника (один отдел) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при травмах позвоночника</p> <p>МРТ спинного мозга (один отдел) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при переломах ребер</p> <p>МРТ костной ткани (одна область) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Последствия травм верхней конечности	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>КТ верхней конечности при</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 календарных дней)</p>	<p>внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ верхней конечности - при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) ЭНМГ игольчатыми электродами (один нерв) - при нарушении функций периферической нервной системы (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Последствия травм нижней конечности	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 180 календарных дней - при повторном направлении)</p>	<p>КТ нижней конечности при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) МРТ нижней конечности - при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) при поражении нервной системы Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней - при повторном направлении) ЭНМГ игольчатыми электродами (один нерв) - при нарушении функций периферической нервной системы (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
<p>Медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных, в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы лица (ребенка) в возрасте до 18 лет</p>	

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Общий для всего класса XIX "Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин" перечень медицинских обследований ребенка.	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАК (клинический) развернутый (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>ОАМ (клинический) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Регистрация электрокардиограммы (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Измерение роста (действительно 1 год)</p> <p>Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)</p>	
Последствия травм головы	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Р-гр всего черепа, в одной или более проекциях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при наличии офтальмологической патологии</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача - челюстно-лицевого хирурга первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
<p>направлении) КТ головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) УЗИ головного мозга (действительно бессрочно) - для детей до 1 года жизни при открытом большом родничке</p>	<p>патологии челюстно-лицевой области ЭНМГ стимуляционная одного нерва - в случае поражения периферической нервной системы (действительно 1 год) ЭЭГ - при наличии эпилептических приступов (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) ЭЭГ с видеомониторингом - в случае отсутствия эпилептиформной активности на нативной ЭЭГ при наличии эпилептических приступов (действительно 1 год) Медико-логопедическое исследование при афазии - при наличии речевых расстройств (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) Медико-логопедическое исследование при дисфагии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) КТ лицевого отдела черепа при травмах лицевого отдела черепа (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) или Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) для лиц 15 лет и старше или</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового участкового первичный для лиц 15 лет и старше при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при наличии вестибулярных нарушений и патологии слухового анализатора</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при наличии ортопедической патологии</p> <p>МРТ головного мозга при поражении головного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
Последствия травм шеи и туловища	
<p>Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>МРТ шеи (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>КТ позвоночника (один отдел) (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при поражении позвоночника</p> <p>КТ костей таза (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при переломах таза</p> <p>КТ ребер с мультипланарной и трехмерной реконструкцией (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при переломах ребер</p> <p>Спиральная КТ шеи (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при травмах шеи</p> <p>МРТ позвоночника (один отдел) (действительно бессрочно при поражении позвоночника)</p> <p>МРТ спинного мозга (один отдел) (действительно бессрочно) при переломах ребер</p>
Последствия травм верхней конечности	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении)</p> <p>Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>КТ верхней конечности при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p> <p>или</p> <p>МРТ верхней конечности - при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)</p>
Последствия травм нижней конечности	
<p>Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (действительно 90 календарных дней при</p>	<p>КТ нижней конечности при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней</p>

Перечень основных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований, включая сроки давности, которые они не должны превышать
первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) Р-гр пораженной части костного скелета (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении)	при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) или МРТ нижней конечности - при внутрисуставных повреждениях (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней - при повторном направлении) при поражении нервной системы Прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год - при повторном направлении) при поражении нервной системы

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в соответствии с количественными системами оценки, предусмотренными приложениями № 1 и 2 в Приказе Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше, обусловленная заболеваниями, травмами, хирургической патологией, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин, основывается преимущественно на оценке степени выраженности стойких нарушений функций организма. Учитываются также и другие факторы патологического процесса: клиническая форма, тип и тяжесть течения заболевания, активность процесса, длительность и частота обострений; распространенность патологического

процесса, наличие осложнений, факторы клинического и реабилитационного прогноза (табл. 8.9.).

Таблица 8.9.

Классификации и критерии, используемые при проведении медико-социальной экспертизы при некоторых последствиях травм, отравлений, хирургической патологии и других воздействий внешних причин

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше	
Термический ожог пищевода Химический ожог пищевода	
Последствия ожога пищевода с Рубцовым сужением пищевода II степени после проведенного лечения с затруднением прохождения только твердой пищи, без потери массы тела	10-30
Последствия ожога пищевода с Рубцовым сужением пищевода III степени (субкомпенсация) с необходимостью планового бужирования. Наличие искусственного пищевода с умеренным нарушением функций пищеварительной системы	40-60
Последствия ожога пищевода с Рубцовым сужением пищевода III степени и выше (декомпенсация) с нарушением приема пищи (зондовое питание, наличие гастростомы и питание через нее); наличие осложнений (свищи) с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Декомпенсация пищеварения (кахексия); неустранимые тяжелые последствия болезни; неэффективность многоэтапных реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств	90-100
Последствия термических и химических ожогов и отморожений Последствия термического и химического ожога и отморожения головы и шеи Последствия термического и химического ожога и отморожения туловища Последствия термического и химического ожога и отморожения верхней конечности Последствия термического и химического ожога и отморожения нижней конечности	
Последствия термических поражений III степени на ограниченных участках туловища и конечностей с вовлечением одного-двух смежных суставов ("стягивающие рубцы") и формированием умеренной контрактуры в функционально выгодном положении	10-30
Последствия термических поражений III степени с вовлечением одного-двух смежных суставов ("стягивающие рубцы") и формированием выраженной контрактуры в функционально невыгодном положении. Наличие осложнений с умеренными нарушениями функций организма	40-60
Последствия термических поражений III степени с вовлечением 2 и более суставов ("стягивающие рубцы") и формированием резко выраженных контрактур и/или анкилозов в функционально невыгодном положении.	70-80

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Наличие осложнений с выраженными нарушениями функций организма	
Последствия распространенных термических поражений III степени и виде множественных порочных установок крупных суставов и ригидных деформаций скелета. Наличие осложнений со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100
Последствия открытого ранения головы	
Последствия перелома черепа и костей лица	
Дефект костей черепа размером 3x3 см и менее с пластикой и без нее	40-60
Дефект костей черепа размером более 3x3 см при наличии пульсации ткани мозговой оболочки в области дефекта	70-80
Значительный дефект костей черепа размером 10x10 см и более	90-100
Последствия травм шеи и туловища	
Последствия неосложненных переломов позвоночника с незначительным или умеренным ограничением объема движений позвоночника, без неврологической симптоматики. Наличие стабильной металлоконструкции небольшой протяженности (в пределах одного отдела позвоночника)	10-30
Последствия осложненных переломов позвоночника с наличием неврологической симптоматики, достигающей умеренной степени, нестабильность металлоконструкции любой протяженности после проведенного оперативного лечения	40-60
Последствия осложненных переломов позвоночника с выраженной неврологической симптоматикой	70-80
Последствия осложненных переломов позвоночника с полным анатомическим прерыванием спинного мозга, со значительно выраженной неврологической симптоматикой, нарушением функции тазовых органов	90-100
Последствия травм плечевого сустава	
Ограничение движения плечевого сустава, включая плечевой пояс (отведение и /или сгибание плеча от 90° до 120° с соответствующим ограничением отведения и ротационных движений). Нестабильность одного плечевого сустава, включая редкие вывихи плеча. Псевдоартроз плечевой кости стабильный. Анкилоз плечевого сустава в функционально выгодном положении (угол отведения 45°, при сгибании руки до 30-45°) при хорошо подвижном плечевом поясе	10-30
Нестабильность плечевого сустава тяжелой степени, включая "болтающийся" сустав (тяжелый дефект проксимального отдела плеча). Псевдоартроз нестабильный плечевой кости. Культи верхней конечности на уровне плеча или в локтевом суставе	40-60
Культи плеча после вычленения с частью плечевого пояса	70-80
Двусторонние культи верхних конечностей на любом уровне (плечо, предплечье, кисть)	90-100

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте до 18 лет	
Термический ожог пищевода Химический ожог пищевода	
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия ожога пищевода с Рубцовым сужением пищевода I или II степени после проведенного лечения с затруднением прохождения только твердой пищи, без потери массы тела	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия ожога пищевода с рубцовым сужением пищевода III степени (субкомпенсация) с необходимостью планового бужирования. Наличие искусственного пищевода с умеренным нарушением функций пищеварительной системы	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия ожога пищевода с Рубцовым сужением пищевода III степени и выше (декомпенсация) с нарушением приема пищи (зондовое питание, наличие гастростомы и питание через нее); наличие осложнений (свищи) с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Для детей в возрасте 0-17 лет: декомпенсация пищеварения (кахексия); неустраняемые тяжелые последствия болезни; неэффективность многоэтапных реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств	90-100
Последствия термического и химического ожога и отморожения головы и шеи Последствия термического и химического ожога и отморожения туловища Последствия термического и химического ожога и отморожения верхней конечности Последствия термического и химического ожога и отморожения нижней конечности	
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия термических поражений III степени на ограниченных участках туловища и конечностей с вовлечением одного-двух смежных суставов ("стягивающие рубцы") и формированием умеренной контрактуры в функционально выгодном положении	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия термических поражений III степени с вовлечением одного-двух смежных суставов ("стягивающие рубцы") и формированием выраженной контрактуры в функционально невыгодном положении. Наличие осложнений с умеренными нарушениями функций организма	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия термических поражений III степени с вовлечением 2 и более суставов ("стягивающие рубцы") и формированием резко выраженных контрактур и/или анкилозов в функционально невыгодном положении. Наличие осложнений с выраженными нарушениями функций организма	70-80
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия распространенных термических поражений III степени и виде множественных порочных установок крупных суставов и ригидных деформаций скелета. Наличие осложнений со значительно выраженными нарушениями функций организма	90-100

Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Колич. оценка (%)
Последствия открытого ранения головы Последствия перелома черепа и костей лица	
Для детей в возрасте 0-17 лет: дефект костей черепа размером 3х3 см и менее с пластикой и без нее	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: дефект костей черепа размером более 3х3 см при наличии пульсации ткани мозговой оболочки в области дефекта	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: значительный дефект костей черепа размером 10х10 см и более	70-80
Последствия травм шеи и туловища	
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия неосложненных переломов позвоночника с незначительным или умеренным ограничением объема движений позвоночника, без неврологической симптоматики. Наличие стабильной металлоконструкции небольшой протяженности (в пределах одного отдела позвоночника)	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия осложненных переломов позвоночника с наличием неврологической симптоматики, достигающей умеренной степени. Нестабильность металлоконструкции любой протяженности после проведенного оперативного лечения	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия осложненных переломов позвоночника с выраженной неврологической симптоматикой	70-80
Для детей в возрасте 0-17 лет: последствия осложненных переломов позвоночника с полным анатомическим прерыванием спинного мозга, со значительно выраженной неврологической симптоматикой, нарушением функции тазовых органов	90-100
Родовая травма периферической нервной системы; Паралич Эрба-Дюшена при родовой травме; Паралич Дежерин-Клюмпке при родовой травме	
Для детей в возрасте 0-17 лет: отсутствие патологических установок конечности, незначительное ограничение движений в плечевом и в локтевом суставах, вследствие контрактуры или пареза (снижение силы мышц до 4 баллов), сохранной основной функции кисти	10-30
Для детей в возрасте 0-17 лет: умеренный вялый парез доминантной конечности (снижение силы мышц до 2 баллов в проксимальном, до 3 баллов в дистальном отделах), с ограничением объема активных движений, укорочением конечности (более 7 см) с нарушением схвата и удержания предметов	40-60
Для детей в возрасте 0-17 лет: отсутствие движений в любой верхней конечности (плегия) с полным отсутствием функции конечности	70-80

Медицинская документация
Форма № 088/у

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: № ____ от «__» _____ 20__ г.

2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому

3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при необходимости в оказании паллиативной медицинской помощи)

4. Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающийся в первичном протезировании (при необходимости в первичном протезировании)

5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. <input type="checkbox"/> Установление группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> Установление категории «ребенок-инвалид»	5.3. <input type="checkbox"/> Установление причин инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> Установление времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> Установление срока инвалидности	5.6. <input type="checkbox"/> Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. <input type="checkbox"/> Определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации,	5.8. <input type="checkbox"/> Определение необходимости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе	5.9. <input type="checkbox"/> Определение необходимости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца,

сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции	(помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации	матери, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации
5.10. <input type="checkbox"/> Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> Разработка программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии):

7. Дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев):

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input type="checkbox"/> Мужской	8.2. <input type="checkbox"/> Женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input type="checkbox"/> Гражданин Российской Федерации	9.2. <input type="checkbox"/> Гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> Лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. <input type="checkbox"/> Гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. <input type="checkbox"/> Гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. <input type="checkbox"/> Гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. <input type="checkbox"/> Гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

11.1. Государство: _____

11.2. Почтовый индекс: _____

11.3. Субъект Российской Федерации: _____

11.5. Наименование населенного пункта: _____

11.6. Улица: _____

11.7. Дом (корпус, строение): _____

11.8. Квартира: _____

12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. <input type="checkbox"/> В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. Адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____ _____
13.2. <input type="checkbox"/> В организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. Адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____ _____
13.3. <input type="checkbox"/> В исправительном учреждении	13.3.1. Адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____ _____
13.4. <input type="checkbox"/> Иная организация	13.4.1. Адрес организации _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____ _____
13.5. <input type="checkbox"/> По месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. Номера телефонов: _____

14.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

15. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и полисе обязательного медицинского страхования:

СНИЛС: ____ - ____ - ____

Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии): _____

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. Наименование: _____

16.2. Серия _____, номер _____

16.3. Кем выдан: _____

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г.

17.2. Документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя: _____

17.2.1. Наименование: _____

17.2.2. Серия _____, номер _____

17.2.3. Кем выдан: _____

17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

17.3. Документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. Наименование: _____

17.3.2. Серия _____, номер _____

17.3.3. Кем выдан: _____

17.3.4. Дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

17.4. Контактная информация:

17.4.1. Номера телефонов: _____

17.4.2. Адрес электронной почты (при наличии) _____

17.5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____ - ____ - ____

17.6. Сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. Наименование: _____

17.6.2. Адрес: _____

17.6.3. Основной _____ государственный _____ регистрационный _____ номер (ОГРН): _____

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. <input type="checkbox"/> Первично	18.2. <input type="checkbox"/> Повторно
---	---

19. Сведения из согласия на направление и проведение медико-социальной экспертизы:

19.1. Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) дал согласие на направление _____ и проведение _____ медико-социальной _____ экспертизы «__» _____ 20__ г.

19.2. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.2.1. <input type="checkbox"/> с личным присутствием (очно)	19.2.2. <input type="checkbox"/> без личного присутствия (заочно)
---	---

19.3. Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.3.1. <input type="checkbox"/> по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых	19.3.2. <input type="checkbox"/> в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением	19.3.3. <input type="checkbox"/> в форме электронного документа с использованием федеральной государственной
---	--	--

сообщений		информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»
-----------	--	--

20. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

20.1. Наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.1.1. <input type="checkbox"/> Первая группа	20.1.2. <input type="checkbox"/> Вторая группа	20.1.3. <input type="checkbox"/> Третья группа	20.1.4. <input type="checkbox"/> Категория «ребенок-инвалид»
--	--	--	--

20.2. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) «__» _____ 20__ г.

20.3. Период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.3.1. <input type="checkbox"/> Один год	20.3.2. <input type="checkbox"/> Два года	20.3.3. <input type="checkbox"/> Три года	20.3.4. <input type="checkbox"/> Четыре и более лет
---	---	---	---

20.4. Причина инвалидности, имеющаяся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.4.1. <input type="checkbox"/> Общее заболевание	20.4.2. <input type="checkbox"/> Трудовое увечье	20.4.3. <input type="checkbox"/> Профессиональное заболевание	20.4.4. <input type="checkbox"/> Инвалидность с детства
20.4.5. <input type="checkbox"/> Инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	20.4.6. <input type="checkbox"/> Военная травма	20.4.7. <input type="checkbox"/> Заболевание получено в период военной службы	20.4.8. <input type="checkbox"/> Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС

<p>20.4.9. <input type="checkbox"/> Заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС</p>	<p>20.4.10. <input type="checkbox"/> Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС</p>	<p>20.4.11. <input type="checkbox"/> Заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»</p>	<p>20.4.12. <input type="checkbox"/> Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»</p>
<p>20.4.13. <input type="checkbox"/> Заболевание связано с последствиями радиационных воздействий</p>	<p>20.4.14. <input type="checkbox"/> Заболевание радиационное обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска</p>	<p>20.4.15. <input type="checkbox"/> Заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий</p>	<p>20.4.16. <input type="checkbox"/> Инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), полученного в связи с участием в боевых действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан</p>

20.4.17. <input type="checkbox"/> Иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): <hr/> <hr/>	20.4.18. Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): <hr/> <hr/>
--	--

20.5. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления _____ гражданина на _____ медико-социальную экспертизу:

20.6. Срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

20.7. Дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): «__» _____ г.

20.8. Степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

21. Сведения о получении образования (при получении образования):

21.1. Наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: _____

21.2. Курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): _____

21.3. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:

22. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности):

22.1. Основная профессия (специальность, должность):

22.2. Квалификация (класс, разряд, категория, звание):

22.3. Стаж работы: _____

22.4. Выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности):

22.5. Условия и характер выполняемого труда: _____

22.6. Место работы (наименование организации): _____

22.7. Адрес места работы: _____

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

23. Наблюдается в медицинской организации с ____ года

24. Анамнез заболевания: _____

25. Анамнез жизни: _____

26. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

№ п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

26.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН)

26.2. № ЭЛН: _____

27. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы № _____ от « » _____ 20 ____ г. (нужное отметить):

27.1. <input type="checkbox"/> Восстановление нарушенных функций	27.1.1. <input type="checkbox"/> Полное	27.1.2. <input type="checkbox"/> Частичное	27.1.3. <input type="checkbox"/> Положительные результаты отсутствуют
27.2. <input type="checkbox"/> Достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	27.2.1. <input type="checkbox"/> Полное	27.2.2. <input type="checkbox"/> Частичное	27.2.3. <input type="checkbox"/> Положительные результаты отсутствуют

28. Антропометрические данные и физиологические параметры:

28.1. Рост: _____	28.2. Вес: _____	28.3. Индекс массы тела: _____
28.4. Телосложение: _____	28.5. Суточный объем физиологических отпавлений	28.6. Объем талии/бедер (при наличии)

	(мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем):	медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): ____/____
28.7. Масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____		28.8. Физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____

29. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: _____

29.1. Жалобы гражданина на состояние своего здоровья:

30. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы:

п/п	Дата обследования	Код (при наличии)	Наименование обследования	Результат обследования

31. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

31.1. Основное заболевание: _____

31.2. Код основного заболевания по МКБ: _____

31.3. Осложнения основного заболевания: _____

31.4. Сопутствующие заболевания: _____

31.5. Коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

31.6. Осложнения сопутствующих заболеваний: _____

32. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть)

33. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть)

34. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть)

35. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

36. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

37. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию, техническим средствам реабилитации:

38. Санаторно-курортное лечение (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

39. Посторонний специальный медицинский уход (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

40. Дата заполнения «Направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (день, месяц, год): «__» _____ 20__ г.

Председатель врачебной комиссии:

(подпись) (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П. (при наличии)

ЛИТЕРАТУРА

Электронные ресурсы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года N 51-ФЗ. – Москва, 1994. – Текст (визуальный): электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_5142/?ysclid=18084eootx940708121 (дата обращения 18.07.2022).

2. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». – Москва, 1992. – Текст (визуальный): электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/?ysclid=180817dz57342721267 (дата обращения: 18.07.2022).

3. Постановление Правительства РФ от 5 апреля 2022 г. N 588 «О признании лица инвалидом». – Москва, 2022. – Текст (визуальный): электронный. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=419388&ysclid=1807w24imv87967172> (дата обращения: 18.07.2022).

4. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 N 585н (ред. от 06.10.2021) «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.11.2019 N 56528). – Москва, 2021. – Текст (визуальный): электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_337846/ (дата обращения: 18.07.2022).

5. Приказ Минтруда России от 30.12.2020 N 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2021 N 63784). – Москва, 2021. – Текст (визуальный): электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_386158/ (дата обращения: 18.07.2022).

6. Приказ Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в

Минюсте России 29.07.2021 N 64450).– Москва, 2021. – Текст (визуальный): электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_391825/ (дата обращения: 18.07.2022).

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 ноября 2021 г. № 1089н “Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации”. – Текст (визуальный): электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_401703/?ysclid=l8o87pdqn855685412 (дата обращения: 18.07.2022).

8. Проект приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения». – Москва, 2022. – Текст (визуальный): электронный. – URL: <https://base.garant.ru/56920894/?ysclid=l8o800qgbz286407787> (дата обращения: 18.07.2022).

9. Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах» (в соответствии с МКБ-10) (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. N 2510/9362-34, 02-08/10-1977П).– Москва, 2000. – Текст (визуальный): электронный. – URL: <https://base.garant.ru/4177075/> (дата обращения: 18.07.2022).

10. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 N 223-ФЗ.– Москва, 1995. – Текст (визуальный): электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/?ysclid=l8o8255vtc801428262 (дата обращения: 18.07.2022).

11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».– Москва, 2011. – Текст (визуальный): электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid

=18o7mбuewa366200206 (дата обращения: 18.07.2022).

12. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». – Москва, 1995. – Текст (визуальный): электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/?ysclid=18o7r7iz4b278351808 (дата обращения: 18.07.2022).

13. Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. N 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве». – Москва, 2008. – Текст (визуальный): электронный. –

URL:https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_76459/?ysclid=18o86o3grp604097541 (дата обращения: 18.07.2022).