

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ

Руководитель экспертного бюро
для освидетельствования лиц до 18 лет
ФГБУ ФБ МСЭ
к.м.н. Малова Н.Е.



КАЧЕСТВО МСЭ В ПЕДИАТРИИ, НАУМЕНКО Л.Л., 2013

○ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МСЭ:

1. Уровень первичной инвалидности в субъекте РФ в сравнении с показателем по РФ (интенсивный показатель);
2. Обоснованность направления ЛПУ на МСЭ;
3. Полнота экспертного анализа медицинской документации (карта амбулаторного больного, выписные эпикризы, заключения специалистов; протоколы исследования, характеристика из образовательного учреждения...);
4. Качество проведения обследования ребенка (данные личного обследования специалистов, объективизирующие нарушения функций организма и ОЖД)
5. Правильность формирования клинико-функционального диагноза, соответствие его данным, представленным в документах;
6. Наличия в обосновании экспертного решения объективных доказательств наличия\отсутствия степени нарушений функций организма, ОЖД



ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МСЭ У ДЕТЕЙ

**Информационный
блок**



**Диагноз основного и
сопутствующего
заболевания
(тяжесть,
прогноз)**

**Экспертно-диагностический
блок**



Определение:

**1) клинической формы основного
заболевания;**

**-Клинической формы
сопутствующего заболевания;**

-Стадии процесса;

**-Вида нарушений функций
организма;**

**-Степени функциональных
нарушений;**

**-Клинического прогноза
(фармакозависимость,
фармакорезистентность)**

**2) Психологическая экспертная
диагностика (оценка когнитивных
функций, эмоциональной сферы,
особенности поведения)**

**Реабилитационный
блок**



**Реабилитацион-
ный, потенциал,
прогноз**



ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ информационного блока, **наличие объективных данных**, подтверждающих вид и степень нарушений функций организма и ОЖД в соответствии с **Классификациями и критериями**, используемыми при осуществлении МСЭ граждан ФГУ МСЭ, подтвержденными в экспертном решении объективными данными наличия или отсутствия инвалидности у ребенка - есть критерий оценки качества осуществления МСЭ детей.



**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
ЭКСПЕРТИЗА У ДЕТЕЙ
ПРОВОДИТСЯ ИСХОДЯ ИЗ
КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ
СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА**



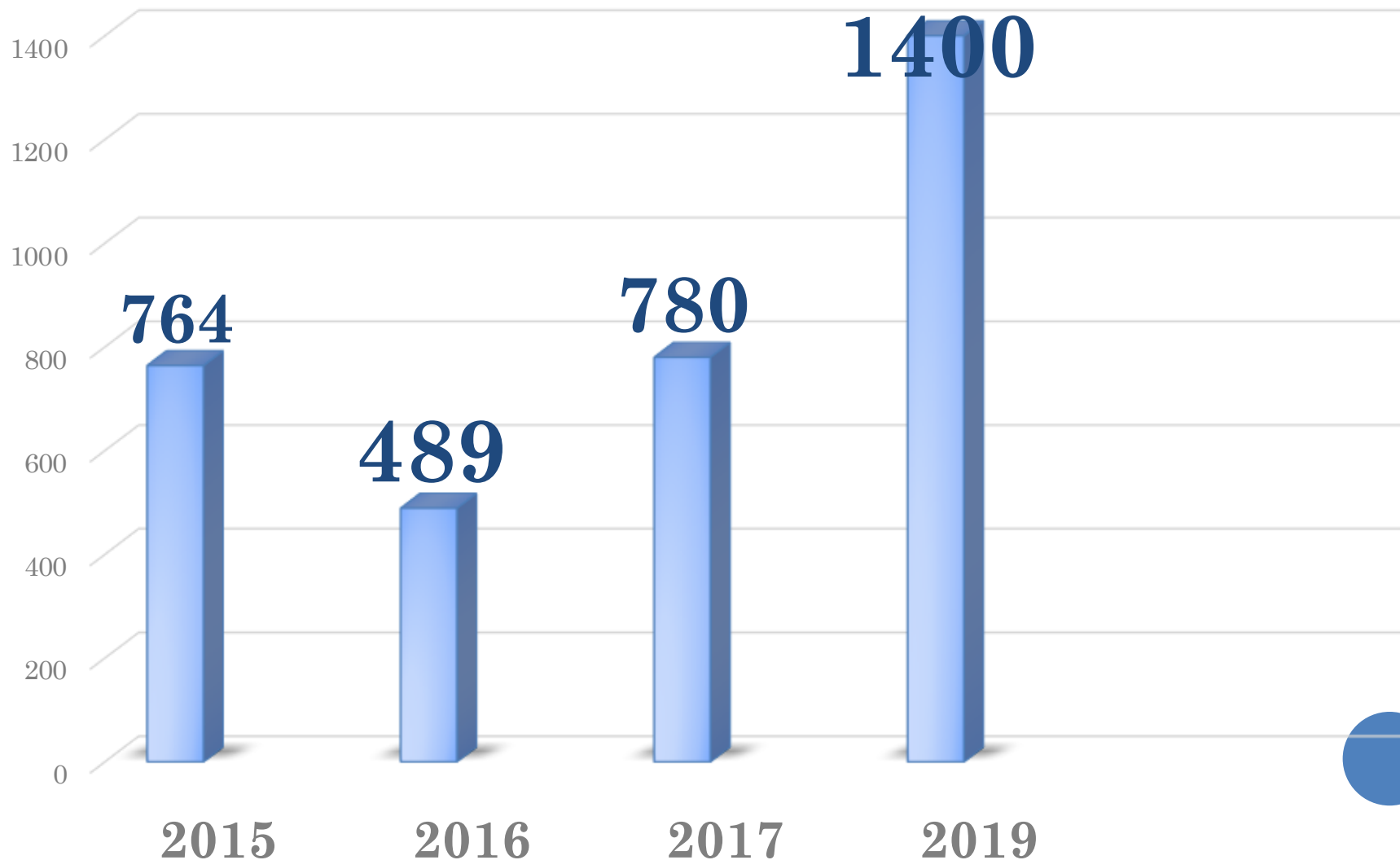
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ

1. Устанавливается категория «ребенок-инвалид» при наличии у ребенка степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне 40-100%), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами
2. В установлении категории «ребенок-инвалид» определяющим являются способность к основному виду деятельности в соответствии с возрастом, нарушения роста и развития ребенка
4. У детей раннего возраста ОЖД оценивается по соответствию имеющихся навыков и умений биологическому возрасту
5. При установлении инвалидности учитываются возрастные «кризовые периоды», динамика стойких функциональных нарушений на фоне высоких компенсаторных возможностей, сформированность навыком самоконтроля за течением заболевания с учетом возраста, в котором он возможен

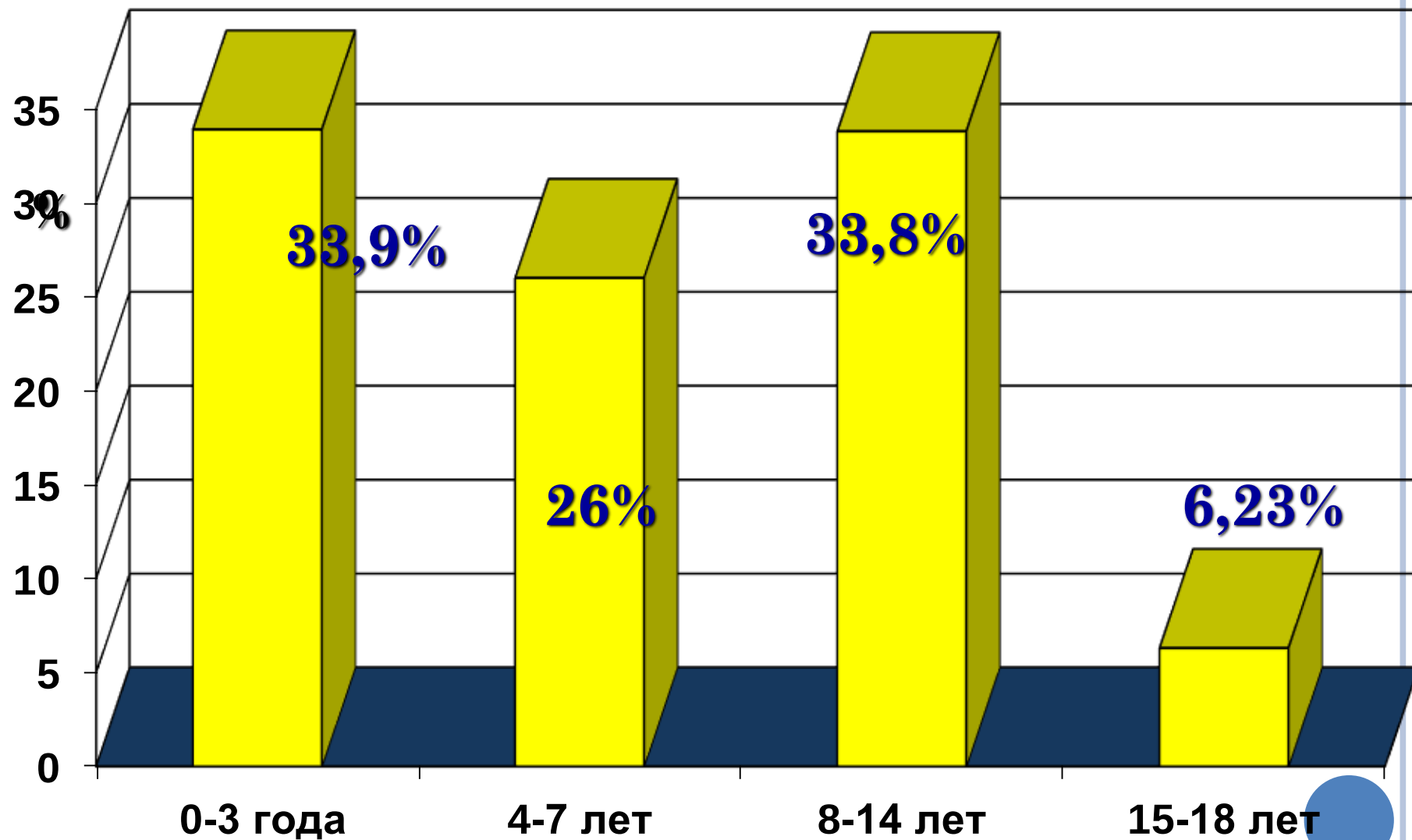
АНАЛИЗ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО БЮРО

ФГБУ ФБ МСЭ ЗА 2015 -2019

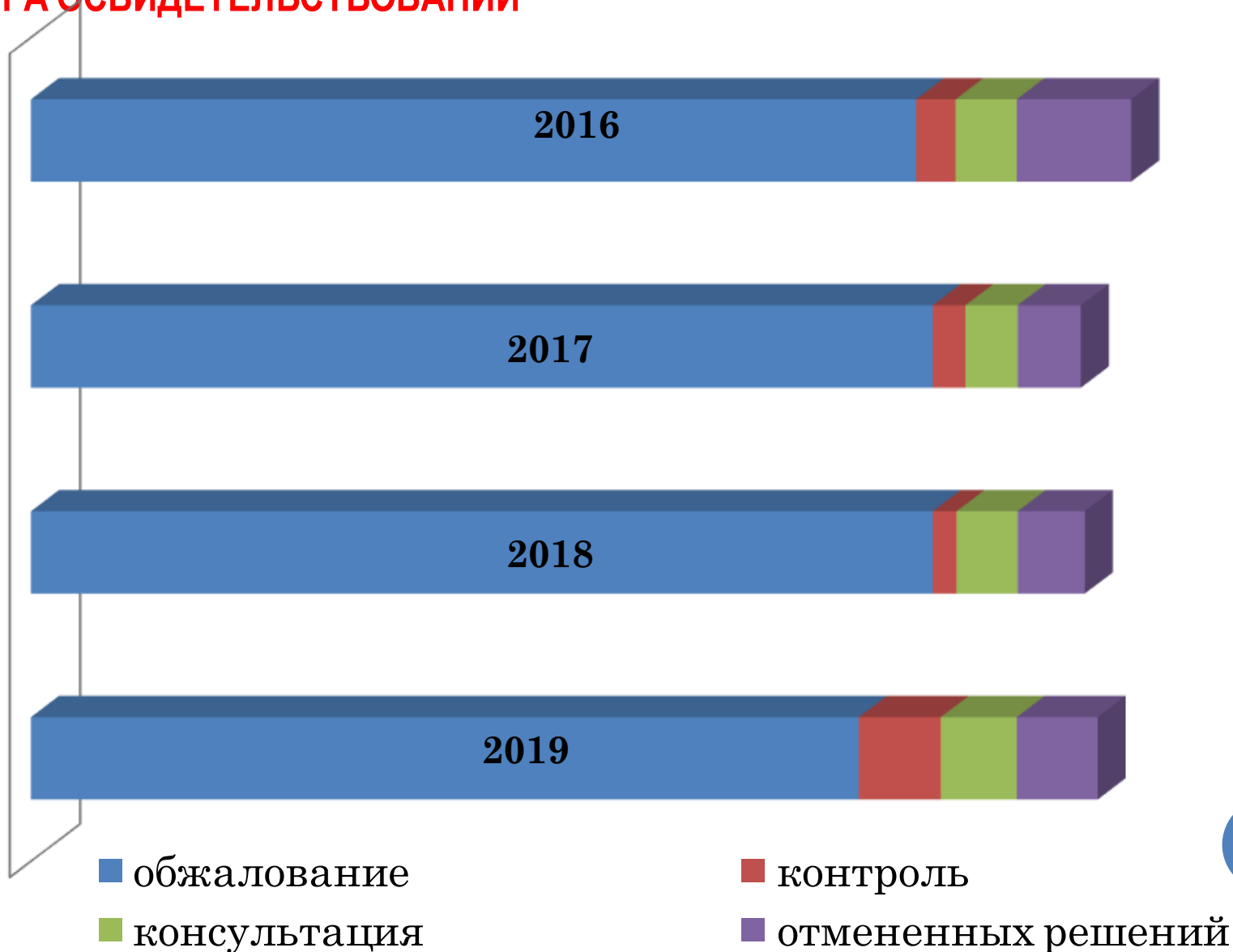
ДИНАМИКА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ ДЕТЕЙ ЗА ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД



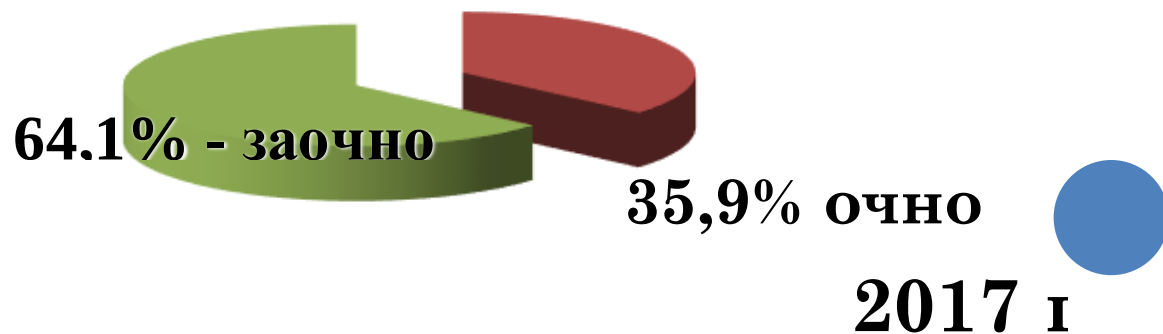
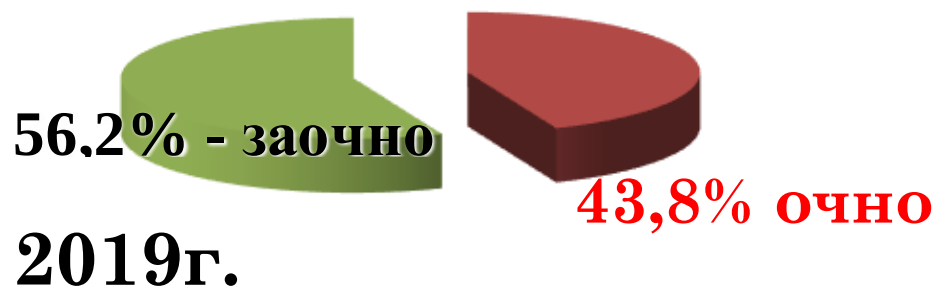
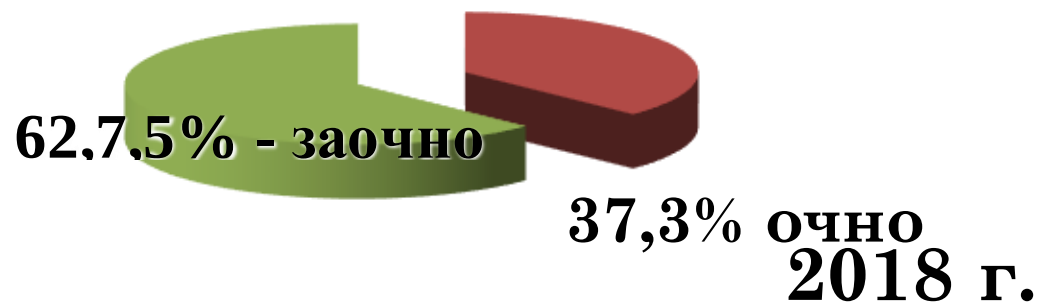
ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ ДЕТЕЙ, 2019



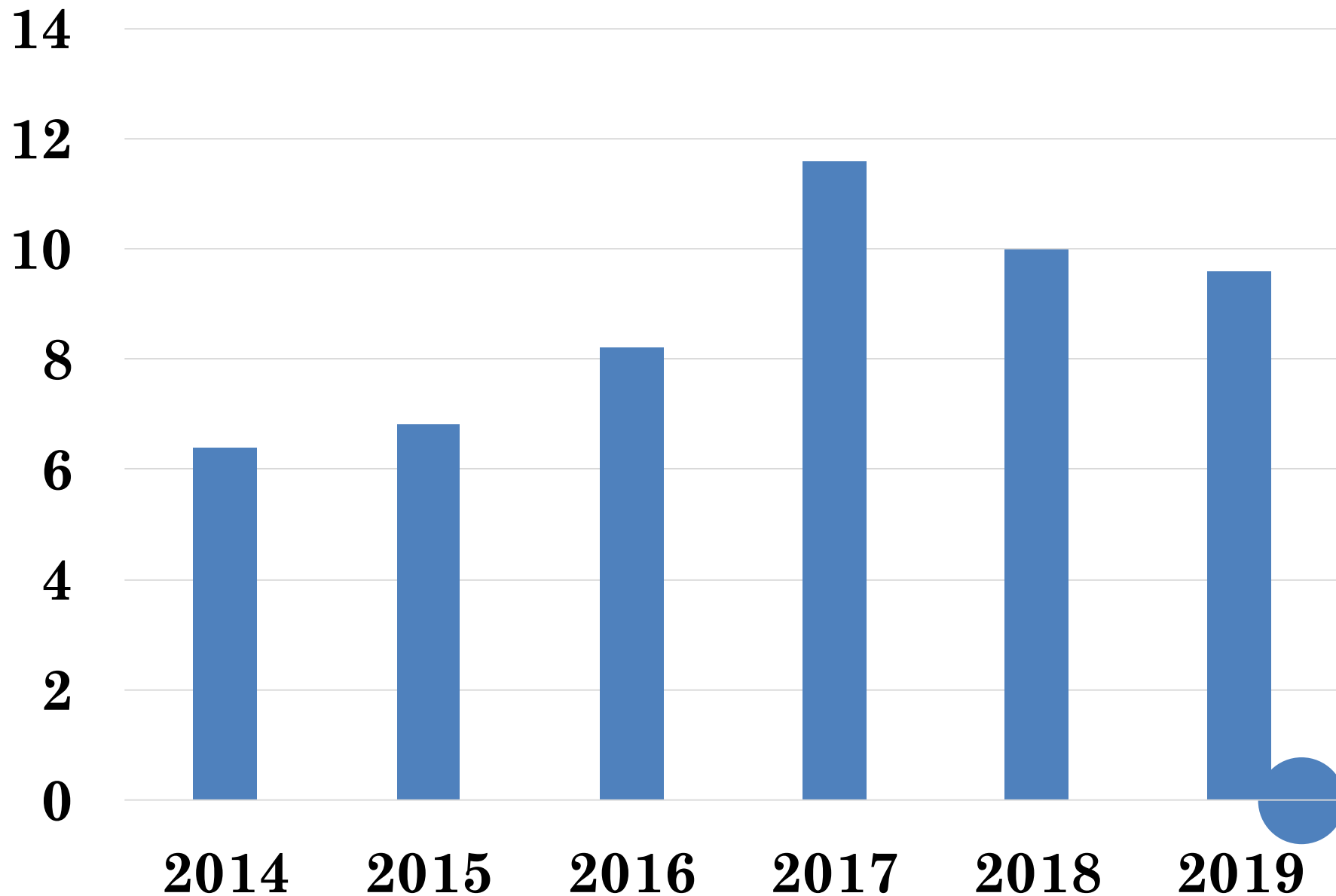
АНАЛИЗ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО БЮРО ФГБУ ФБ МСЭ В 2016-2019 ГОДАХ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ) СТРУКТУРА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ



СТРУКТУРА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ БЮРО ФГУ ФБ МСЭ 2017-2019.



ДИНАМИКА ОТМЕНЕННЫХ РЕШЕНИЙ с 2013 - 2014-2017 -2019, %



ПРИЧИНЫ ОТМЕНЕННЫХ РЕШЕНИЙ (2019)

- Отсутствие полноты анализа медицинского информационного блока (динамика заболевания, обращаемость, эффективность проводимого лечения, сформированность навыков самоконтроля за течением заболевания);
- Поверхностный анализ направления на МСЭ (форма 088/у-06);
- Не проводится экспертный **ретроспективный анализ** документов, позволяющий сделать заключение о течении заболевания, эффективности проводимых мероприятий медицинской реабилитации (74%);
- Не проводится должный анализ карты амбулаторного больного (56%);
- Не проводится анализ сопутствующей патологии (22%)
- Неверная оценка степени нарушенных функций организма (96%)

ПРИЧИНЫ ОТМЕНЕННЫХ РЕШЕНИЙ (2019)

- Не объективизированы ОЖД (13,6%)
- Отсутствие у детей экспертной оценки основного или ведущего вида деятельности (в соответствии с биологическим возрастом) (15,2%)
- **НЕЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ**
- Неверная трактовка нормативных правовых действующих документов, неумение их применить (10%)
- Неверно указан пункт ПРИЛОЖЕНИЯ к приказу 1024н (24%)



- Ошибки , допущенные при проведении МСЭ , приводят к неверному решению, могут обуславливать недооценку потребности ребенка в реабилитации и мерах социальной защиты, вызывая **общественный резонанс, конфликтные ситуации.**



ВЫВОДЫ:

1. Вне зависимости на каком уровне проводится МСЭ(бюро, Главное бюро, ФБ), важно применять **ЕДИННЫЕ** подходы к оценке данных, полученных при проведении МСЭ гражданина\ребенка
2. Количественная оценка в экспертно-реабилитационной диагностике позволяет **минимизировать\исключить субъективный** фактор при проведении медико-социальной экспертизы;
3. Четко прописана количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма, что позволяет ввести **единообразное применение классификаций** и критериев, применяемых при проведении медико-социальной экспертизы;
4. Приложение, разработанное для детей в приказе 585н



ВЫВОДЫ

1. Обсуждение нормативных документов, особенности их применения в рамках круглых столов;
2. Знание классификаций, современных методов диагностики, лечения; умение интерпретировать полученные клинико-функциональные данные.

Посещение конференций, разборов клинических случаев...

3. Обучение специалистов по МСЭ, расширение **практической части** с участием в проведении освидетельствований граждан, разбор сложных экспертных случаев

4. Необходимо ЗНАНИЕ современных нормативных правовых документов, УМЕНИЕ применить их на практике, что позволит снизить частоту конфликтных случаев

5. Разъяснение нормативных документов гражданам в доступной форме позволит снизить частоту обжалований в иных составах Главного бюро и Федеральном бюро, уменьшить частоту конфликтных, резонансных случаев



НЕВЕРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

- Ребенок 2013 г.р.
- ПЕРВИЧНОЕ направление на МСЭ, диагноз: Миопатия Дюшенна;
- Впервые диагноз установлен в 02.2019 года;
- Отставание в моторном развитии – сидит с 8 мес., ходит с 1 года;
- Нарушение походки, моторная неловкость
- При обследовании: ЛДГ 2773 Ед/л, КФК – 19363 Ед/л, АЛТ-640, АСТ-364; в динамике высокий уровень сохраняется;
- Обследование в клинике НИИ педиатрии, отделение наследственных болезней, диагноз подтвержден;
- В направлении на МСЭ в осмотре невролога: походка «утиная», встает с пола при помощи рук, опирается на предметы; икроножные мышцы гипертрофированы, СХР симметрично снижены с н\к; тугоподвижность в ГСС
- Клинико-функциональный диагноз ГБ МСЭ: Мышечная дистрофия Дюшенна. Гормонотерапия. Стойкие незначительные нарушения нейромышечных, скелетных, связанных с движением статодинамических функций (п.6.3.1.1 -20%)

- п.6.3.1.1: мышечная слабость, незначительная (снижение мышечной силы до 4 баллов, гипотрофия мышц на 1,5-2,0 см, с сохранением активных движений в суставах верхних и нижних конечностей в полном объеме и основной функции кисти - схватывания и удержания предметов), приводящая к незначительному нарушению статодинамической функции (10-20%)

- ОЧНО ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В ФБ:

Ходит самостоятельно. Походка с широкой базой, неустойчивая. С пола встает с опорой на руки. Неловкость моторная. Гипертрофия мышц икроножных. Контрактура умеренной степени ГСС с обеих сторон. Сложные виды движений выполнил не все (затруднения при ходьбе на пятках, «гусиным шагом»). Дистально сила мышц 4 балла в н\к, СХР низкие с н\к.

В лечении преднизолон 10 мг\с длительно



- п. 38 Постановления 339н от 29.03.2019
- Наследственные прогрессирующие нервно-мышечные заболевания
(псевдогипертрофическая миодистрофия
Дюшенна, спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана) и другие формы наследственных
быстро прогрессирующих нервно-мышечных
заболеваний



- Клинико-функциональный диагноз:
- Прогрессирующая наследственная миодистрофия Дюшенна со стойкими умеренными нарушениями нейромышечных, скелетных (статодинамических) функций
- Р.2.п.4 – 40%
- ОДЖ 1 ст в категории способность к передвижению
- 1 степень - способность к самостоятельному передвижению **при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения** и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств



НЕВЕРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

п.4.9 Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов (Е25)

- Учитывается форма заболевания, риск развития жизнеугрожающих состояний
- 10-30% вирильная форма
- Сольтеряющая форма при отсутствии кризового течения на фоне постоянной заместительной терапии
- 40-60% сольтеряющая форма при наличии жизнеугрожающих состояний, верифицированных в условиях медицинской организации на фоне постоянной заместительной терапии

п. 16г. постановления 339н от 239.03.2019

Категория "ребенок-инвалид" сроком на 5 лет устанавливается:

- г) **при повторном** освидетельствовании детей-инвалидов с адреногенитальным синдромом (сольтеряющая форма) с высоким риском жизнеугрожающих состояний



По представленным медицинским, медико-экспертным документам, данным личного осмотра выявлено следующее.

Ребенок 8 лет направлен на МСЭ с диагнозом: ЮХА полиартритический вариант.

Дебют заболевания с февраля 2018 с высокой степенью активности. Обращает на себя внимание, что отчетливой картины артрита не отмечено, при обследовании выявлено ограничение движения в тазобедренных суставах, из-за болевого синдрома в мышцах бедра, что указано в выписном эпикризе (ИБ № 4893518, 3793519) ОБУЗ кардиоревматологического отделения.

Патологический процесс с высокой степенью активности сопровождался повышением выраженными миалгиями и повышением КФК 2720 Ед (18 норм) с улучшением состояния и гематологических показателей на фоне приема НПВП.



- С весны 2019 года отмечена отрицательная динамика - прогрессирующее снижение мышечной массы у ребенка, сопровождающееся миалгиями, повышением уровня КФК до 3460 Ед, АЛТ, АСТ (152,), повышением уровня ЛДГ 360 ЕД при нормальных показателях белков острой фазы. По данным ЭНМГ от 23.03.2018, 05.08.2019 - признаки первично-мышечного процесса.

Отмечается отрицательная динамика в состоянии ребенка за период 1,5 г. наблюдения. Степень нарушения функций соответствует умеренным стойким нарушениям нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, умеренные нарушения функции иммунной системы, которые приводят к ОЖД способности к самообслуживанию 1 степени, передвижению 1 степени.

Степень выраженности стойких нарушений функций в соответствии с количественной системой оценки, предусмотренной приложением к действующим классификациям и критериям соответствует 40%, согласно р.2 п.4.

Имеются основания для установления категории «ребенок инвалид» в соответствии с действующими нормативными правовыми документами сроком на 1 год («Правила признания лица инвалидом», утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95; «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденными приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н).

Решение принято специалистами, принимающими участие в проведении медико-социальной экспертизы единогласно.



***БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!***



- П.7 Болезни глаза и его придаточного аппарата (последствия травм с необратимыми изменениями Т90.4; ВПР Q10-Q17):
- Для детей 0-3 года наличие предметного зрения – 10-30%
- П.8 Болезни уха
- С учетом нарушений речи, психических функций., в условиях КИ односторонней\двусторонней.
- П.8.2 комбинированное нарушение зрения, слуха , речи



- П.4.1.4.2 Орфанные заболевания, обусловленные врожденным дефектом обмена аминокислот (лейциноз, ацидемии, цистиноз, цистинурия, см Фанкони, болезнь Хартнупа, см Лоу, гомоцистинурия болезнь), углеводов (галактоземия, фруктоземия и др), нарушение обмена сфинголипидов (болезнь Фабри, см Лоу, Ниманна Пика), микроэлементов...
- Критерии: степень нарушения психического, физического, речевого развития, форма\течение заболевание (прогрессирующее), возможность достижения компенсации патогенетическим лечением. Прогноз.
- !!! Возможность самоконтроля за течением заболевания (прием питания специфического, расчет питания, контроль показателей метаболизма аминокислот и т.д. на допустимом безопасном уровне)
- Постановление 339н от 29.03.2019 - установление категории ребенок-инвалид до 18 лет: **п. 21.** Наследственные нарушения обмена веществ, не компенсируемые патогенетическим лечением, имеющие прогрессирующее тяжелое течение, приводящие к выраженным и значительно выраженным нарушениям функций организма (муковисцидоз, тяжелые формы ацидемии или ацидурии, глютарикацидурии, галактоземии, лейциноз, болезнь Фабри, болезнь Гоше, болезнь Ниманна-Пика, мукополисахаридоз, кофакторная форма фенилкетонурии у детей (фенилкетонурия II и III типов) и прочие).
- **П. 22.** Наследственные нарушения обмена веществ, имеющие прогрессирующее тяжелое течение, приводящие к выраженным и значительно выраженным нарушениям функций организма (болезнь Тея-Сакса, болезнь Краббе и прочие).



- П.5.1 Нарушение психологического развития (F80-F89)
- П.5.1.1 Специфические расстройства речи и языка
- !!! Примечание количественная оценка языковых и речевых функций организма осуществляется у детей в возрасте **3х лет и старше с учетом возраста начала проведения мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации и их эффективности!**



- П.5.1.2.1 Детский аутизм

- УО 3-7 лет

