

Данный сборник размещён в открытом доступе на официальном сайте ФБМСЭ по ссылке:  
[https://fbmse.ru/resources/upload/conferencies/Sbornik\\_materialov\\_konferencii.pdf](https://fbmse.ru/resources/upload/conferencies/Sbornik_materialov_konferencii.pdf)

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

**СБОРНИК**  
**материалов научно-практической конференции**  
**по актуальным проблемам медико-социальной экспертизы**

**(11 сентября 2020г.)**

**Москва, 2020**

Под общей редакцией  
доктора медицинских наук М.А. Дымочка

Редакционная коллегия  
к.м.н. С.И. Козлов, Е.В. Лесина

Сборник материалов научно-практической конференции по актуальным проблемам медико-социальной экспертизы – Москва: Минтруд России, 2020. – 234 с.

В настоящем сборнике представлены материалы научно-практической конференции по актуальным проблемам медико-социальной экспертизы включающие тезисы докладов участников.

Сборник адресован участникам конференции.

Материалы научно-практической конференции представлены в Научной электронной библиотеке и включены в базу данных РИНЦ.

## Содержание

- 1 *Козлов С.И., Мирзаян Э.И., Лесина Е.В.* 9  
Организационно-методические аспекты формирования ИПРА инвалидов с нарушениями мочевыделительной функции в части обеспечения техническими средствами реабилитации
- 2 *Козлов С.И., Яламов А.С.* 12  
Организационно-методические аспекты психологической экспертно-реабилитационной диагностики в медико-социальной экспертизе
- 3 *Запарий С.П., Шмакова Н.Н., Запарий Н.С., Осадчих А.И., Русакевич А.П.* 16  
Сравнительная характеристика контингента инвалидов вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления
- 4 *Рязанцев В.М., Лазарева О.В., Волкова Ю.В.* 27  
Изменения в обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации
- 5 *Зайцева Т.М., Мордовина Н.Э., Драгомирова Ю.В., Шиндор М.А.* 29  
Обеспечение техническими средствами реабилитации инвалидов Оренбургской области из регионального перечня
- 6 *Щербакова М.В., Миханова Н.В., Галимова И.Ф.* 32  
Паллиативная помощь в трудный жизненный период
- 7 *Запарий Н.С., Коврижных М.В., Коврижных Ю.А.* 36  
Динамика первичной и повторной инвалидности вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин среди лиц в возрасте 18-44 лет в субъектах Центрального федерального округа за 2017-2019 гг.
- 8 *Пайков А.Ю., Чикинова Л.Н., Запарий Н.С.* 45  
Дорожно –транспортные травмы и инвалидность взрослого населения в Ростовской области за 2015-2019 гг.
- 9 *Запарий С.П., Шмакова Н.Н.* 55  
Гендерно-возрастной спектр первичной инвалидности вследствие рака желудка взрослого населения в г. Москве за 2015-2019 гг.
- 10 *Дмитриев В.Н., Урусова М.А., Андреева Н.А., Пензев С.А., Соклакова Т.А.* 66  
Динамика первичной инвалидности взрослого населения белгородской области в 2010-2018 гг.

- 11 *Перминов В.А., Куликов С.К.* 77  
Опыт межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы в условиях действия ограничительных мер по предупреждению распространения коронавирусной инфекции на территории Томской области
- 12 *Аргат Ю.Н., Саликова С.И.* 81  
Первичная детская инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Омской области в 2017-2019 гг.
- 13 *Калашников А.И., Саликова С.И., Юревич Л.В., Шамшева Е.В., Аксёнова М.В.* 90  
Анализ инвалидности вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения Омской области за период 2015-2019 гг.
- 14 *Карицкая Ю.О., Шамшева Е.В., Саликова С.И.* 100  
Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований кишечника и определение потребности в технических средствах реабилитации в 2015 – 2019 годах
- 15 *Саликова С.И., Карицкая Ю.О., Шамшева Е.В.* 109  
Первичная инвалидность у женщин вследствие злокачественных новообразований молочной железы и некоторые аспекты реабилитации
- 16 *Коновалова Н.А.* 119  
Анализ показателей реабилитации детей-инвалидов Томской области за 2017-2019 гг.
- 17 *Михайлова Л.Г., Мизурова И.Л., Белогузов И.И.* 121  
Сравнительный анализ структуры инвалидности при ампутации нижних конечностей вследствие сахарного диабета за период с 2017 г. по 2019 г. среди взрослого населения Чувашской Республики
- 18 *Кароль Е.В., Абросимов А.В., Кузнецова Ю.И., Хандрикова Я.Н.* 126  
Об опыте организации проверки знаний сотрудников путём проведения тестового контроля в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России

- 19 *Кароль Е.В., Абросимов А.В., Кузнецова Ю.И., Горских О.Г., Самсоненко О.О., Якимова Е.А.* 129  
 Проблемные вопросы продления гражданам инвалидности, степени УПТ при отсутствии направления на медико-социальную экспертизу в практике работы учреждений медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга в 2020 году
- 20 *Кароль Е.В., Белавина Е.А., Кузнецова Ю.И., Поддубная Т.Б., Самсоненко О.О., Бакаева Ю.В., Меньшикова М.Б.* 133  
 Об организации в Санкт-Петербурге работы по переосвидетельствованию детей-инвалидов вследствие инсулинозависимого сахарного диабета в целях изменения срока инвалидности
- 21 *Кароль Е.В., Кузнецова Ю.И., Хандрикова Я.Н., Розанова Н.Э., Попова Е.В.* 136  
 Об отдельных аспектах заочной формы освидетельствования граждан по опыту работы учреждений медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга в 2020 году
- 22 *Усенкова И.В., Брюхова В.Р., Сидамонидзе Т.А.* 140  
 Анализ показателей первичной инвалидности у взрослого населения Красноярского края за период 2017 – 2019 гг.
- 23 *Запарий С.П., Леукая О.А., Кошелева О.В., Булкин А.А., Щеткин В.И.* 145  
 Организация работы ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России при введении на территории Москвы режима повышенной готовности
- 24 *Низамов Р.Х., Пузанова О.В., Сытова Н.Б., Лашуков А.В.* 149  
 Использование видеоконференц связи в условиях новой коронавирусной инфекции в Федеральном казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан» Минтруда России
- 25 *Рыбченко Н.В.* 151  
 Поддержка инвалидов учреждением медико-социальной экспертизы в условиях чрезвычайных ситуаций
- 26 *Петрунько И.Л., Сергеева Н.В.* 155  
 Десятилетняя динамика первичной инвалидности вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в Иркутской области

- 27 *Рыбченко Н.В., Полякова Е.М., Архинчеева Д.А.* 159  
Некоторые аспекты реабилитации инвалидов с укорочением нижней конечности и парной ампутацией верхних конечностей на различных уровнях
- 28 *Лихачева И.В., Паймулова Л.В.* 162  
Показатели первичной инвалидности взрослого населения Ярославской области
- 29 *Плотникова О.А., Мавликаева Ю.А.* 166  
Особенности работы учреждения медико-социальной экспертизы в период распространения коронавирусной инфекции (по данным ФКУ «ГБ МСЭ по Пермскому краю» Минтруда России)
- 30 *Самохина Т.Н., Любимова О.П.* 169  
Анализ первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста вследствие кардиомиопатии в Волгоградской области за 2015-2018 гг.
- 31 *Соловьева Ю.М.* 171  
Профессиональная ориентация инвалидов. Опыт Волгоградской области
- 32 *Суродина Н.Н.* 176  
Результаты первичного освидетельствования детей в возрасте до 18 лет в Волгоградской области в 2017-2019 гг.
- 33 *Гейдешман С.Ю., Шарафетдинова Ж.А.* 179  
Новое в психиатрическом освидетельствовании в рамках перехода на МКБ-11
- 34 *Гейдешман С.Ю., Стародубов Ю.Ю., Николаева И.В., Рябуха Н.А.* 183  
Обзор вопросов при назначениях и рекомендациях ТСР инвалидам
- 35 *Акопян К.С., Владимирова И.А., Колядо А.В., Гончаренко А.Г.* 186  
Динамика первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие шизофрении

- 36 *Михнюк Д.Н., Муравьев А.В., Тонких Т.Н., Занина Е.Г., Тимофеева Д.В.* 189  
 Основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие злокачественных новообразований центральной нервной системы
- 37 *Акопян Т.А., Тимошников И.В., Белоцкий А.Г.* 193  
 Инвалидность детей вследствие детского церебрального паралича в Алтайском крае
- 38 *Тимофеева Д.В.* 197  
 Анализ первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие дорсопатий в 2015-2019 гг.
- 39 *Владимирова И.А., Гончаренко А.Г., Колядо А.В., Акопян Т.А., Малетин С.И.* 200  
 Первичная инвалидность взрослого населения Алтайского края: социально-гигиенические и медико-социальные аспекты
- 40 *Войтюк Н.П., Михайлова Е.Ю., Комлик В.В.* 204  
 Анализ первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза в 2015-2019 гг.
- 41 *Низамов Р.Х., Абдразакова Р.А., Пузанова О.В.* 207  
 Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований в Республике Татарстан
- 42 *Шкаренкова Е.И., Сергеева М.А., Баранова Н.Н.* 210  
 Психические расстройства и расстройства поведения в структуре первичной детской инвалидности по Ивановской области за 2017-2019 гг.
- 43 *Баранова М.Ю., Резакова Е.Е., Цепелева Т.Г.* 213  
 Опыт работы учреждения МСЭ в условиях правоприменения временного порядка признания лица инвалидом
- 44 *Саликова С.И., Карицкая Ю.О.* 216  
 Первичный выход на инвалидность вследствие злокачественных новообразований предстательной железы в 2014-2019 гг.

- 45 *Мышенцев Е.Н., Куценко А.М., Давидян Е.А., Петрушина Н.Н., Крюкова М.Л., Викторова Н.Л.* 220  
Медико-экспертное значение экспериментального психологического исследования в оценке степени нарушения психических функций как критерия установления инвалидности при эпилепсии.
- 46 *Самосват С.М., Шупрунова О.В., Бочек Л.В.* 226  
Работа с обращениями граждан в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России в период угрозы распространения новой коронавирусной инфекции
- 47 *Рыбченко Н.В., Баранова Л.Ю., Колодежная А.Н., Полякова Е.М.* 229  
О работе ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России в условиях пандемии (COVID-19)

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ФОРМИРОВАНИЯ ИПРА ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ  
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ЧАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Козлов С.И., Мирзаян Э.И., Лесина Е.В.**

г. Москва, ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее Федеральное бюро), в соответствии с требованиями п/п «в» п. 7 Порядка организации деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н, проводит работу по проверке медико-экспертных и медицинских документов инвалидов (детей-инвалидов), у которых вследствие характера инвалидизирующей патологии имеется нарушение функции мочевого пузыря в виде задержки мочи, а также содержания индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее ИПРА), разработанных федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации, в части обоснованности внесения в ИПРА рекомендаций о нуждаемости в наборах – мочеприемниках для самокатетеризации.

При формировании рекомендаций в ИПРА о нуждаемости инвалидов (детей-инвалидов) в технических средствах реабилитации, предоставляемых в рамках федерального бюджета, специалисты федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы руководствуются Перечнем показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденным приказом Минтруда России от 28.12.2017 № 888н (далее Перечень показаний и противопоказаний).

Технические средства реабилитации, используемые при задержке мочи, в Перечне показаний и противопоказаний позиционированы под кодом 21-01 в различных формах, а именно: катетер для самокатетеризации лубрицированный; наборы – мочеприемники для самокатетеризации: мешок-мочеприемник, катетер лубрицированный для самокатетеризации; катетер уретральный длительного пользования; катетер уретральный постоянного пользования.

Предварительные итоги проведенной проверки медицинских и медико-экспертных документов 990 инвалидов (детей-инвалидов), предоставленных отдельными Учреждениями показали, что во всех случаях рекомендации в ИПРА по обеспечению техническими средствами реабилитации при нарушении функции выделения определены обоснованно, учитывая характер инвалидизирующей патологии и степень выраженности нарушенных функций, с учетом вида нарушений функций тазовых органов (задержка мочи).

В подавляющем большинстве проверенных медико-экспертных и медицинских документах у инвалидов вследствие тяжелой позвоночно-спинальной травмы имелись нарушения функции тазовых органов либо в виде задержки мочи, либо в виде сочетанных нарушений мочевыделительной функции, подтвержденные медицинскими документами, в том числе, заключением специалиста в данной области – врачом – урологом, вследствие чего в ИПРА были рекомендованы либо катетеры для самокатетеризации лубрицированные, либо наборы – мочеприемники для самокатетеризации.

В отдельных случаях, техническое средство реабилитации, используемое при задержке мочи, было рекомендовано в ИПРА инвалидам при иной патологии: рак почки с метастазированием, рак матки с метастазами в мочевой пузырь, врожденная аномалия развития поясничного и крестцового отделов позвоночника, вертеброгенно-сосудистая миелопатия на уровне поясничного утолщения, дегенеративный стеноз позвоночного канала в поясничном отделе позвоночника, рассеянный склероз церебро-спинальная форма, хронический гломерулонефрит и т.д.

Однако, учитывая идентичность медицинских показаний для определения нуждаемости в специальных средствах при нарушении функции выделения (катетер для самокатетеризации лубрицированный и набор – мочеприемник для самокатетеризации), при освидетельствовании ряда граждан, в направительных документах которых имелись рекомендация либо заключение врача-уролога – специалиста в данной области о нуждаемости в технических средствах реабилитации, используемых при задержке мочи, в различных формулировках (катетеры лубрицированные, катетеры уретральные, катетеры Нелатона или Изикет, катетеры для интермиттирующей катетеризации, одноразовые катетеры для катетеризации, катетеры для отхода мочи, постоянный уретральный катетер и т.д.), в отдельных случаях, специалисты Учреждений самостоятельно определяли в ИПРА нуждаемость именно в наборах – мочеприемниках для самокатетеризации, обосновывая экспертное решение либо медицинским аспектом (степень выраженности ограничения способности к передвижению

и/или самообслуживанию, минимальный риск возникновения уроинфекции ввиду конструктивной особенности наборов – мочеприемников), либо социальным аспектом (возраст инвалида – причем в одних случаях молодой, в других случаях – пожилой, неблагоприятные бытовые условия, удобство использования наборов – мочеприемников для самокатетеризации, в том числе, в связи с просьбами инвалидов), либо обоснование выбора технического средства реабилитации в виде наборов – мочеприемников для самокатетеризации отсутствовало.

Вместе тем, принимая во внимание тот факт, что рассматриваемые технические средства реабилитации являются сугубо медицинскими изделиями, подбор катетеров осуществляется строго индивидуально, в зависимости от характера инвалидизирующей патологии (наличие стомы, задержка мочи вследствие аденомы предстательной железы, паралича или пареза мочевого пузыря при спинальных поражениях, обтурации уретры камнем, опухолью, стриктуры мочеиспускательного канала и так далее), причем при задержке (неполном опорожнении) мочевого пузыря использование периодической катетеризации мочевого пузыря и ее кратность (регламентируется объемом остаточной мочи), использование постоянной катетеризации с соответствующим выбором того или иного вида катетера осуществляется после осмотра нейроуролога (уролога), то есть, нуждаемость в обеспечении техническими средствами реабилитации при нарушении функции выделения (задержке мочи) определяется с учетом заключения специалиста в данной области – уролога медицинской организации в направлении на медико-социальную экспертизу, либо в иных медицинских документах (выписка из стационара и/или реабилитационного центра, в виде консультативного заключения профильного врача – специалиста и т.д.).

Выявленные в ходе проверки замечания, по мнению Федерального бюро, были обусловлены отсутствием должного контроля качества медико-социальной экспертизы в Учреждениях в части содержания рекомендаций в ИПРА по обеспечению техническими средствами реабилитации при нарушении функции выделения, предоставляемых за счет федерального бюджета, а также отсутствием должного качества работы специалистов Учреждений (как Главного бюро, так и бюро-филиалов по изучению содержания информационных и методических писем (разъяснений) Федерального бюро.

Федеральным бюро было рекомендовано довести до сведения сотрудников содержание информационных и методических писем Федерального бюро для изучения и дальнейшего использования в работе,

а также обратить особое внимание на одно из направлений работы Учреждения: работу с медицинскими организациями в рамках межведомственного взаимодействия в части рекомендуемых реабилитационных мероприятий, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организацией, с целью достижения единообразия в соответствии рекомендуемых формулировок технических средств реабилитации, указанных медицинскими организациями, с формулировками, позиционированными в Перечне показаний и противопоказаний, максимально повысив качество и эффективность работы в вышеуказанном аспекте работы.

**УДК 616-036.865+15**

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**

**Козлов С.И., Яламов А.С.**

г. Москва, ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

В соответствии с требованиями п/п «в» п.7 Порядка организации деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н, на основании приказа руководителя – главного федерального эксперта по медико-социальной экспертизе, специалистами Центра методического обеспечения и контроля формирования и реализации ИПРА и ПРП Федерального бюро подведены итоги анализа медико-экспертных документов 2000 инвалидов (детей-инвалидов), предоставленных федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации (далее – Учреждений), с целью оценки качества содержания индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), а также заключений по психосоциальным и психолого-педагогическим аспектам проведенной медико-социальной экспертизы, представленных, в том числе, в протоколах проведения медико-социальной экспертизы граждан (далее – протокол проведения МСЭ).

По частоте направления на психологическую экспертно-реабилитационную диагностику:

- при освидетельствовании граждан старше 18 лет, на психологическую экспертно-реабилитационную диагностику преимущественно направлялись граждане с психическими расстройствами и расстройствами поведения (71% от общего количества патологии), последствиями сочетанных травм с наличием травм головы (68% от общего количества патологии), последствиями цереброваскулярных заболеваний (63% от общего количества патологии), ишемической болезнью сердца (34% от общего количества патологии), болезнями нервной системы (38% от общего количества патологии), в том числе энцефалопатией смешанного генеза (64% от общего количества патологии), болезнями глаза и его придаточного аппарата и болезнями уха и его придаточного аппарата (38% от общего количества патологии), злокачественными новообразованиями (21% от общего количества патологии) и др.

- при освидетельствовании граждан младше 18 лет, на психологическую экспертно-реабилитационную диагностику направлялись граждане с психическими расстройствами и расстройствами поведения (55% от общего количества патологии), в том числе органическими включая симптоматические психические расстройства (64% от общего количества патологии), расстройствами психологического развития (60% от общего количества патологии), шизофренией и шизотипическими расстройствами (55% от общего количества патологии), умственной отсталостью (54% от общего количества патологии); болезнями нервной системы (48% от общего количества патологии); болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (44%); болезнями эндокринной системы (36% от общего количества патологии), в том числе с сахарным диабетом 1 типа (45% от общего количества патологии); болезнями глаза и его придаточного аппарата и болезнями уха и его придаточного аппарата (33% от общего количества патологии); врожденными аномалиями развития (29% от общего количества патологии), в том числе: врожденными аномалиями нервной системы (71% от общего количества патологии), врожденными аномалиями развития системы кровообращения (70% от общего количества патологии), и др.

Оценка содержания заключений по результатам ЭПИ:

Таблица 1

<b>Критерии</b>	<b>% встречаемости</b>
Описание жалоб	35%
Данные анамнеза	13%
Поведенческие особенности	91%
Характеристика действий в процессе выполнения экспериментальных задач	43%
Описание операциональных и динамических характеристик психической деятельности	89%
Описаний эмоционально-волевой и личностной сферы	59%
Выводы	69%
Описание патопсихологического синдрома	51%
Иллюстрация выводов данными протокола исследования	49%
Количественные характеристики в тексте заключения	74%
Количественные характеристики в выводах заключения	67%
Общая степень нарушения (изменения) психических функций	59%

### **Выводы по результатам проверки качественных и количественных характеристик заключений по результатам ЭПИ:**

1) *Построение психологического эксперимента для целей и задач медико-социальной экспертизы:*

Формирование заключений по результатам ЭПИ осуществляется с учетом основной цели психологической экспертно-реабилитационной диагностики.

Практически все заключения содержат подробную информацию об операциональных характеристиках психической деятельности, в меньшей степени внимание уделяется описанию эмоционально-волевой и личностной сферы.

Менее половины всех проанализированных заключений содержат подробное описание и познавательной сферы освидетельствуемого, и его эмоционально-волевых и личностных особенностей.

Используемые в ходе ЭПИ методики достаточно разнообразны и подбираются, исходя из возраста освидетельствуемого, клинической картины. Преимущественно используются патопсихологические методики, имеющие психометрические свойства. Нейропсихологические методики исследования, как правило, используются при исследовании психической деятельности детей.

Следует отметить, что в значительной части заключений (50%) отсутствуют ссылки на используемые методики или приведены лишь отдельные названия.

2) *Интерпретация полученных в экспериментальном исследовании данных и полнота их описания:*

Качественный анализ результатов исследования представлен не во всех заключениях по результатам ЭПИ. Отдельные заключения фиксируют наличие отклонения и его степень, но анализ причин, приводящих к снижению показателей выполнения экспериментальных задания, не производится. В подобных случаях достоверность суждений о стойкости нарушений психической деятельности снижается.

Недостаточное внимание при формировании заключений, в отдельных случаях, уделяется таким характеристикам, как: целенаправленность, критичность, подконтрольность своего поведения, мотивационные составляющие психической деятельности; а также анализу характера допускаемых ошибок в процессе выполнения экспериментальных задач, т.е. качественных характеристик нарушений.

Характерной особенностью отдельных заключений является отсутствие данных протокола исследования, которые способны проиллюстрировать и подкрепить отдельные выводы.

3) *Полнота и точность выводов по результатам ЭПИ:*

Из общего числа заключений по результатам ЭПИ только в 40% случаев выводы содержат описание патопсихологического синдрома с указанием на общую степень нарушения психических функций. Еще в 10%, вместе описанием патопсихологического синдрома, в выводах имеется указание только на степень снижения отдельных высших психических функций или процессов.

Следует отметить, что, исходя из предоставленных в Федеральное бюро информационных справок от федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации, выявленные замечания, в отдельных случаях, обусловлены неполной укомплектованностью отдельных Учреждений специалистами психологами, что, по-видимому, ограничивает время проведения психологической экспертно-реабилитационной диагностики (в том числе, время написания заключения).

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ ПОВЫШЕНИЕМ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ

С.П. Запарий<sup>1</sup>, Н.Н. Шмакова<sup>1</sup>, Н.С. Запарий<sup>2</sup>,  
А.И. Осадчих<sup>2</sup>, А.П. Русакевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, 125040, г. Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, ул. Ивана Сусанина, д. 3, г. Москва,  
127486, Россия

**Ключевые слова:** повторная инвалидность, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, структура, инвалид, уровень, возрастные категории, группы инвалидности.

**Резюме.** В статье представлен сравнительный анализ повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления в г. Москве, Центральном ФО и Российской Федерации за 2013-2019 гг. показал, что отмечалось в динамике уменьшение численности лиц ППИ во всех территориях. Экстенсивные и интенсивные показатели в период исследования в г. Москве были выше показателей по Центральному ФО и ниже, чем в Российской Федерации. В структуре по возрасту преобладали инвалиды среднего возраста, экстенсивные и интенсивные показатели повторной инвалидности данного контингента инвалидов регистрировались на уровне показателей по Центральному ФО, но ниже показателей по Российской Федерации. Второе ранговое место в структуре ППИ занимали инвалиды старшего трудоспособного возраста. По тяжести инвалидности преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения в динамике их удельного веса.

**Key words:** repeated disability, diseases characterized by high blood pressure, structure, disabled person, level, age categories, disability groups.

**Summary.** Comparative analysis of repeated disability of the adult population due to diseases characterized by high blood pressure in Moscow, the Central Federal District and the Russian Federation for 2013-2019 showed that it was noted in the dynamics of a decrease in the number of persons with PPI in all territories. Extensive and intensive indicators during the study period in Moscow were higher than in the Central Federal District and lower than in the Russian Federation. The age structure was dominated by middle-aged people with disabilities, extensive and

*intensive indicators of repeated disability of this group of people with disabilities were recorded at the level of indicators for the Central Federal District, but lower than indicators for the Russian Federation. The second ranking place in the structure of PPI was occupied by disabled people over working age. The severity of the disability was dominated by disabled people of group III with a tendency to increase in the dynamics of their specific gravity.*

Актуальность изучения инвалидности вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления обусловлено их высокой распространенностью и касается состояния здоровья наиболее трудоспособной части населения [1,2,3,4,6,8]. Реабилитация инвалидов является одним из важнейших направлений социальной политики Российской Федерации [5,12], и учреждения МСЭ являются важным звеном в данном аспекте, поскольку с их участием разрабатываются все мероприятия медико-социальной реабилитации и осуществляется оценка результатов их исполнения [7,9,10,11].

**Цель исследования:** сравнительный анализ повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления в г. Москве, Центральном ФО и РФ за 2013-2019 гг.

**Материал и методы:** Исследование ретроспективное. Объем исследования: контингент лиц из числа взрослого населения г. Москвы повторно признанных инвалидами вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления. Источники информации: электронная база данных ЕАВИИАС МСЭ, формы государственного статистического наблюдения №7-собес – 7 единиц, статистические сборники ФГБУ ФБ МСЭ – 7 единиц. Методы исследования: документальный, выкопировка сведений, описательная статистика (абсолютные, экстенсивные, интенсивные показатели, показатели достоверности), аналитический, сравнительный анализ.

**Результаты и обсуждение:** Общее число повторно признанных инвалидами среди взрослого населения вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления в г. Москве за исследуемый период составило 10521 человек (2013-2019 гг.), в среднем 1503 человека в год, при этом удельный вес ППИ вследствие данных причин уменьшался от 3,2% до 0,3% в структуре болезней системы кровообращения, в среднем составлял 1,4% за 2013-2019 гг. Уровень повторной инвалидности также в динамике характеризовался тенденцией снижения от  $3,5 \pm 0,08$  до  $0,2 \pm 0,09$ , в среднем за период составлял  $1,4 \pm 0,09$  на 10 тыс. взрослого населения (таблица 1).

В Центральном ФО общее число ППИ вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления в динамике за 7-летний период уменьшалось от 9144 человек до 1556 человек, в целом составляло 29431 человек, в среднем за год 4204 человека. Их доля в общей структуре ППИ уменьшалась от 2,2% до 0,5%, в среднем составляла 1,1%, что ниже, чем по г. Москве ( $p < 0,01$ ). Уровень повторной инвалидности в округе характеризовался снижением от  $2,8 \pm 0,05$  до  $0,5 \pm 0,06$ , в среднем за период составлял  $1,3 \pm 0,05$  на 10 тыс. взрослого населения, что ниже интенсивного показателя по г. Москве.

В Российской Федерации отмечалась также тенденция к уменьшению общего числа ППИ от 36687 человек до 11335, в среднем составляло 22409 человек в год. Уд. вес их в структуре составлял в среднем 1,6% с тенденцией уменьшения от 2,3% до 1,1%. Уровень повторной инвалидности в динамике регистрировался со снижением от  $3,2 \pm 0,02$  до  $1,0 \pm 0,03$ , в среднем составлял  $1,9 \pm 0,03$  на 10 тыс. взрослого населения. Уровень повторной инвалидности данного контингента инвалидов по г. Москве за 7-летний период был выше показателя по Центральному ФО, но ниже, чем по РФ ( $p < 0,05$ ).

Структура повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления по возрастным категориям в г. Москве характеризовалась следующими показателями: среди лиц молодого возраста (18-44 лет) численность ППИ составляла 1258 человек с тенденцией уменьшения от 365 человек до 17 человек, в среднем 180 человек в год. Их уд. вес в структуре ППИ от этих причин составлял от 10,1% в 2013 году до 16,8% в 2017 году с последующим уменьшением до 6,5% в 2019 году, в среднем составлял за 7-летний период 12,4%. Уровень повторной инвалидности уменьшался от  $0,7 \pm 0,02$  до  $0,1 \pm 0,04$ , в среднем составлял  $0,4 \pm 0,03$  на 10 тыс. соответствующего населения. Среди населения среднего возраста (45-54 лет – ж., 45-59 лет – м.) – общее число ППИ составляло 5214 человек, в среднем 745 человек в год. Их доля в структуре ППИ имела колебания в границах 52,7%-33,2%, в среднем составляла 47,0%. Уровень повторной инвалидности среди данного контингента инвалидов имел тенденцию к снижению от  $8,4 \pm 0,09$  до  $0,4 \pm 0,21$ , в среднем за период равнялся  $3,4 \pm 0,17$  на 10 тыс. соответствующего населения. Среди лиц старше трудоспособного возраста отмечалось также уменьшение их численности от 1410 человек до 158 человек, в целом составляло 4049 человек, в среднем 578 человек в год. Их доля в структуре ППИ в динамике увеличивалась от 31,1% до 60,3%, в среднем составляла 40,6%. Уровень повторной инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста составлял  $1,9 \pm 0,16$

на 10 тыс. соответствующего населения с тенденцией его снижения от  $4,8 \pm 0,13$  до  $0,5 \pm 0,17$ .

В Центральном ФО структура ППИ по возрастным группам следующая: наибольший уд. вес также составляли инвалиды среднего возраста, но в динамике отмечалось его уменьшение от 51,5% до 40,7%, в среднем составлял 46,6%. Уровень данного контингента уменьшался от  $3,6 \pm 0,07$  до  $1,0 \pm 0,12$ , в среднем составлял  $2,9 \pm 0,10$  на 10 тыс. соответствующего населения. Абсолютное их число составляло 14188 человек, в среднем за год 2027 человек. Второе ранговое место занимали инвалиды старше трудоспособного возраста, в динамике их уд. вес увеличивался в структуре ППИ от 37,2% до 48,9%, в среднем составлял 41,2%. Уровень повторной инвалидности среди данной возрастной группы уменьшался от  $3,4 \pm 0,08$  до  $0,7 \pm 0,09$ , в среднем составлял  $1,6 \pm 0,09$  на 10 тыс. соответствующего населения (таблица 2). Наименьший уд. вес в округе в структуре ППИ составляли инвалиды молодого возраста. Их число в динамике уменьшалось от 1034 человек до 161 человека, в целом составляло 3607 человек, в среднем 515 человек в год. Их уд. вес за 7-летний период составлял 12,2%. Уровень повторной инвалидности среди лиц молодого возраста уменьшался от  $0,7 \pm 0,01$  до  $0,1 \pm 0,02$ , в среднем равнялся  $0,3 \pm 0,02$  на 10 тыс. соответствующего населения.

В Российской Федерации инвалиды молодого возраста в структуре ППИ составляли 16,6%, в динамике отмечалось их увеличение от 12,7% до 18,7%. Абсолютное их число составляло 24718 человек, в среднем за год 3531 человек. Уровень повторной инвалидности в динамике уменьшался от  $0,8 \pm 0,006$  до  $0,4 \pm 0,009$ , в среднем составлял  $0,6 \pm 0,008$ . Доля инвалидов среднего возраста уменьшалась за 2013-2019 гг. от 54,7% до 47,2%, в среднем составляла 51,0%. Абсолютное их число в динамике уменьшалось, в целом составляло 81506 человек, в среднем за год 11644 человек. Уровень повторной инвалидности данного контингента характеризовался тенденцией снижения от  $7,8 \pm 0,03$  до  $2,3 \pm 0,06$ , в среднем составлял  $4,7 \pm 0,04$  на 10 тыс. соответствующего населения. Абсолютное число ППИ старше трудоспособного возраста составляло 50639 человек, в среднем 7234 человек в год. Их уд. вес в структуре ППИ за исследуемый период составлял 32,4%. Уровень повторной инвалидности в динамике уменьшался от  $3,7 \pm 0,04$  до  $1,0 \pm 0,05$ , в среднем составлял  $2,1 \pm 0,05$  на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень повторной инвалидности в г. Москве среди всех возрастных групп выше, чем в ЦФО, но ниже, чем в РФ.

Анализ распределения данных ППИ по группам инвалидности вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления

показал, что в г. Москве в контингенте ППИ наибольший уд. вес составляли инвалиды III группы. Их уд. вес имел тенденцию к увеличению от 61,3% до 79,8%, в среднем составлял 68,5%. Уровень повторной инвалидности III группы характеризовался уменьшением от  $2,3 \pm 0,09$  до  $0,2 \pm 0,10$ , в среднем равнялся  $1,0 \pm 0,10$  на 10 тыс. взрослого населения. Абсолютное число ППИ данной группы составляло 6805 человек, в среднем 972 человека в год. В Центральном ФО численность инвалидов III группы составляла 22205 человек, в среднем 3172 человека в год. Уровень инвалидности III группы в среднем составлял  $1,0 \pm 0,05$  на 10 тыс. взрослого населения. В РФ доля инвалидов III группы в динамике также характеризовалась увеличением от 53,5 до 61,2%, в среднем составляла 56,6%, что ниже, чем по г. Москве и Центральному ФО ( $p < 0,05$ ). Уровень повторной инвалидности III группы за 2013-2019 гг. составлял  $1,1 \pm 0,03$  на 10 тыс. взрослого населения.

В контингенте ППИ II группы как в г. Москве, так и в Центральном ФО отмечался резкий спад числа инвалидов: по г. Москве от 1186 человек до 37 человек, по ЦФО от 2358 человек до 195 человек и соответственно уменьшалась их доля в структуре ППИ от этих причин. По г. Москве от 32,8% до 14,1%, по ЦФО от 25,8% до 12,5%, в среднем составляла 28,4% и 19,5% соответственно. Уровень повторной инвалидности II группы по г. Москве уменьшался от  $1,2 \pm 0,09$  до  $0,04 \pm 0,03$ , в среднем составлял  $0,3 \pm 0,02$  на 10 тыс. взрослого населения (таблица 3). В Российской Федерации уд. вес инвалидов II группы в среднем за исследуемый период составлял 4,0% с уровнем  $0,8 \pm 0,03$  на 10 тыс. взрослого населения.

В контингенте ППИ инвалиды I группы составляли наименьшую долю. Так по г. Москве их доля составляла 3,1% с уровнем  $0,05 \pm 0,03$  за 2013-2019 гг. В Центральном федеральном округе – 2,8% с интенсивным показателем равным  $0,05 \pm 0,01$  на 10 тыс. взрослого населения. Во всех изучаемых территориях отмечалось в динамике уменьшение численности ППИ I группы. Уд. вес инвалидов I группы в структуре ППИ по г. Москве выше, чем в Центральном ФО и Российской Федерации.

### Заключение.

Показатели повторной инвалидности вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления среди взрослого населения в г. Москве за 2013-2019 гг. характеризовались следующим образом: снижением общей численности ППИ, экстенсивные и интенсивные показатели были выше показателей по Центральному ФО, но ниже показателей по Российской Федерации. В возрастной структуре ППИ преобладали инвалиды среднего возраста, экстенсивные и интенсивные

показатели данного контингента инвалидов отмечались на уровне Центрального ФО, но ниже, чем в РФ. Второе ранговое место занимали инвалиды старше трудоспособного возраста, их доля в структуре ППИ выше, чем в Российской Федерации, распространенность на уровне показателей по ЦФО, уровень инвалидности данного контингента инвалидов по г. Москве в динамике выше, чем в Центральном ФО, но ниже, чем РФ. По тяжести инвалидности преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их уд. веса.

### Литература

1. Артериальная гипертензия / под. ред. В. Зидека, пер. с нем. под ред. Д. А. Аничкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 206 с.
2. Артериальная гипертензия: руководство / под ред. Р. Г. Оганова; ВНОК, Гос. НИЦ профилактич. мед. Росмедтехнологий. М.: ГЭОТАР Медиа, 2008, 192 с.
3. Бегун Д.Н., Морозова Т.А., Сурикова А. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема. //Молодой учитель. 2019. № 8(246). С. 25-28.
4. Горохова С.Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификация. М. ГЕОТАР-Медиа, 2014, 232 с.
5. Горшков В.И., Сапожникова Д.В., Никулина Е.Г. Некоторые клинические и реабилитационные аспекты артериальной гипертензии в практике медико-социальной экспертизы – современный взгляд. Ж.: Медико-социальные проблемы инвалидности. М., 2014, № 2, с. 48-53.
6. Джанашия П.Х. Артериальная гипертензия / П.Х. Джанашия, Н.Г. Потешкина, Г.Б. Селиванова. М.: Миклош, 2007, 168 с.
7. Заболотных И.И., Никитенко И.И., Разумовский М.И., Швецова В.С., Старобина Е.М., Свинцов А.А., Демина Э.Н., Кантемирова Р.К., Кривенко С.Г., Рыжков В.Д. и др. Обязательные диагностические исследования при медико-социальной экспертизе. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2013, 102 с.
8. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертензия. Ключи к диагностике и лечению / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.С. Моисеев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 864 с.
9. Пузин С.Н. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России. / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов, Е.Е. Ачкасов [и др.]. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. №2(1-2). С. 10-17.

10. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., [и др.]. Инвалидность вследствие артериальной гипертензии и алиментарные факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск. //Вопросы питания. 2019. Том 88. № 6. С. 52-60.

11. Пузин С.Н., Дымочка М.А., Бойцов С.А., [и др.]. Эпидемиологическая картина инвалидности у различных демографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. № 21(1-2). С. 50-54.

12. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н. Макаровой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, 304 с.

Контактная информация:

Запарий Наталья Сергеевна, д.м.н., зав. учебно-организационным отделом Учебно-методологического Центра ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, e-mail: zapariy\_N@fbmse.ru

Таблица 1

Структура повторно признанных инвалидами среди взрослого населения вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления в г. Москве, Центральном федеральном округе и РФ за 2013-2019 гг. (абс. число, %, на 10 тыс.,  $M \pm m$ )

Годы	Показатели								
	г. Москва			Центральный ФО			РФ		
	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень
2013	3611	3,2	3,5±0,08	9144	2,2	2,8±0,05	36687	2,3	3,2±0,02
2014	2987	2,8	2,9±0,08	6560	1,7	2,0±0,05	30098	2,0	2,6±0,02
2015	1439	1,4	1,4±0,09	4049	1,1	1,2±0,05	24693	1,7	2,1±0,02
2016	1064	1,1	1,0±0,09	3285	0,9	1,0±0,05	21107	1,5	1,8±0,03
2017	750	0,8	0,7±0,09	2799	0,8	0,9±0,05	18089	1,4	1,5±0,03
2018	408	0,5	0,4±0,09	2038	0,6	0,6±0,06	14854	1,2	1,3±0,03
2019	262	0,3	0,2±0,09	1556	0,5	0,5±0,06	11335	1,1	1,0±0,03
Среднее значение	1503	1,4	1,4±0,09	4204	1,1	1,3±0,05	22409	1,6	1,9±0,03

Таблица 2

Динамика числа лиц, повторно признанных инвалидами вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления среди взрослого населения в г. Москве, Центральном ФО и РФ с учетом возрастных групп (абс. число, %, на 10 тыс.,  $M \pm m$ )

Административная территория	Годы	Возрастные группы								
		18-44 лет			45-54 лет – ж. 45-59 лет – м.			55 лет и > ж. 60 лет и > м.		
		абс. число	уд.вес	уровень	абс. число	уд.вес	уровень	абс. число	уд.вес	уровень
г. Москва	2013	365	10,1	0,7±0,02	1836	50,8	8,4±0,09	1410	39,0	4,8±0,13
	2014	318	10,6	0,6±0,02	1424	47,7	6,6±0,12	1245	41,7	4,1±0,13
	2015	218	15,1	0,4±0,03	749	52,1	3,5±0,17	472	32,8	1,5±0,16
	2016	162	15,2	0,3±0,04	561	52,7	2,6±0,18	341	32,0	1,1±0,16
	2017	126	16,8	0,3±0,04	391	52,1	1,8±0,19	233	31,1	0,7±0,17
	2018	52	12,7	0,1±0,04	166	40,7	0,8±0,21	190	46,6	0,6±0,17
	2019	17	6,5	0,2±0,04	87	33,2	0,4±0,21	158	60,3	0,5±0,17
	Среднее значение	180	12,4	0,4±0,03	745	47,0	3,4±0,17	578	40,6	1,9±0,16
Центральный ФО	2013	1034	11,3	0,7±0,01	4711	51,5	6,6±0,07	3399	37,2	3,4±0,08
	2014	857	13,1	0,6±0,01	3123	47,6	4,5±0,09	2580	39,3	2,6±0,08
	2015	532	13,1	0,3±0,02	1966	48,6	2,9±0,10	1551	38,3	1,5±0,09
	2016	418	12,7	0,3±0,02	1572	47,9	2,3±0,11	1295	39,4	1,2±0,09
	2017	343	12,3	0,2±0,02	1322	47,2	2,0±0,11	1134	40,5	1,1±0,09
	2018	262	12,9	0,2±0,02	861	42,2	1,3±0,11	915	44,9	0,8±0,09
	2019	161	10,3	0,1±0,02	634	40,7	1,0±0,12	761	48,9	0,7±0,09
	Среднее значение	515	12,2	0,3±0,02	2027	46,6	2,9±0,10	1662	41,2	1,6±0,09

Российская Федерация	2013	4663	12,7	0,8±0,006	19940	54,4	7,8±0,03	12084	32,9	3,7±0,04
	2014	4275	14,2	0,7±0,006	16449	54,7	6,6±0,03	9374	31,1	2,8±0,04
	2015	3958	16,0	0,7±0,006	12886	52,2	5,2±0,04	7849	31,8	2,2±0,05
	2016	3676	17,4	0,6±0,008	10710	50,7	4,4±0,04	5721	31,8	1,9±0,05
	2017	3284	18,2	0,6±0,008	8998	49,7	3,7±0,05	5807	32,1	1,6±0,05
	2018	2785	18,7	0,5±0,009	7169	48,3	3,0±0,05	4900	33,0	1,3±0,05
	2019	2077	18,3	0,4±0,009	5354	47,2	2,3±0,06	3904	34,4	1,0±0,05
	Среднее значение	3531	16,6	0,6±0,008	11644	51,0	4,7±0,04	7234	32,4	2,1±0,05

Таблица 3

Структура контингента повторно признанных инвалидами взрослого населения вследствие болезней, характеризующихся повышением кровяного давления с учетом групп инвалидности в г. Москве, Центральном федеральном округе и РФ за 2013-2019 гг. (абс. число, %, на 10 тыс., М±m)

Административная территория	Годы	Группы инвалидности								
		I			II			III		
		абс. число	уд.вес	уровень	абс. число	уд.вес	уровень	абс. число	уд.вес	уровень
г. Москва	2013	121	3,4	0,1±0,03	1186	32,8	1,2±0,09	2304	63,8	2,3±0,09
	2014	107	3,6	0,1±0,03	1048	35,1	1,0±0,09	1832	61,3	1,8±0,09
	2015	30	2,1	0,03±0,02	475	33,0	0,5±0,02	934	64,9	0,9±0,09
	2016	17	1,6	0,03±0,02	329	30,9	0,3±0,02	718	67,5	0,7±0,10
	2017	14	1,5	0,02±0,01	243	32,4	0,2±0,03	496	66,1	0,5±0,10
	2018	13	3,2	0,02±0,01	83	20,3	0,1±0,03	312	76,5	0,3±0,10
	2019	16	6,1	0,02±0,01	37	14,1	0,04±0,03	209	79,8	0,2±0,10
	Среднее значение	45	3,1	0,05±0,03	486	28,4	0,5±0,02	972	68,5	1,0±0,10

	2013	175	1,9
	2014	154	2,3
	2015	88	2,2
	2016	73	2,2
Центральный ФО	2017	67	2,4
	2018	71	3,5
	2019	80	5,1
	Среднее значение	101	2,8
	2013	653	1,8
	2014	558	1,9
	2015	520	2,1
	2016	436	2,1
Российская Федерация	2017	431	2,4
	2018	407	2,7
	2019	457	4,0
	Среднее значение	495	2,4

0,1±0,02	2358	25,8	0,7±0,009	6611	72,3	2,0±0,05
0,1±0,02	1707	26,0	0,5±0,01	4699	71,6	1,4±0,05
0,03±0,01	865	21,4	0,3±0,02	3096	76,5	1,0±0,05
0,03±0,01	604	18,4	0,2±0,02	2608	79,4	0,8±0,008
0,03±0,01	488	17,4	0,2±0,02	2244	80,2	0,7±0,008
0,03±0,01	301	14,8	0,1±0,01	1666	81,7	0,5±0,01
0,03±0,01	195	12,5	0,1±0,01	1281	82,3	0,4±0,01
0,05±0,01	931	19,5	0,3±0,02	3172	77,7	1,0±0,05
0,1±0,01	15241	41,5	1,3±0,03	20793	56,7	1,8±0,03
0,1±0,01	13438	44,6	1,2±0,03	16102	53,5	1,4±0,03
0,1±0,01	10807	43,8	0,9±0,03	13366	54,1	1,1±0,03
0,1±0,01	9097	43,1	0,8±0,03	11574	54,8	1,0±0,03
0,1±0,01	7474	41,3	0,6±0,03	10184	56,3	0,9±0,05
0,1±0,01	5641	38,0	0,5±0,03	8806	59,3	1,3±0,05
0,1±0,01	3939	34,8	0,3±0,03	6939	61,2	1,0±0,05
0,1±0,01	9377	41,0	0,8±0,03	12523	56,6	2,1±0,05

## ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Рязанцев В.М. – [b2@orenmse.ru](mailto:b2@orenmse.ru), Лазарева О.В.- [b2@orenmse.ru](mailto:b2@orenmse.ru),  
Волкова Ю.В.- [b2@orenmse.ru](mailto:b2@orenmse.ru)

ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург,  
[gb56@@orenmse.ru](mailto:gb56@@orenmse.ru)

В течение последних трех лет Правительством России принято ряд законодательных актов по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации.

Постановлением Правительства РФ от 18.11.2017 № 1398 федеральный перечень реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации и услуг (ТСР) от 30.12.2005 № 2347 дополнен ТСР «Брайлевский дисплей, программное обеспечение экранного доступа». Данное ТСР предназначено для инвалидов с полной утратой зрения и слуха либо значительными нарушениями зрения в сочетании с умеренными нарушениями слуха (III, IV степени) или глухотой. Основанием для обеспечения является рекомендация в индивидуальной программе реабилитации (абилитации) инвалида. Обязательное условие для назначения – сформированные (формирующиеся) навыки владения шрифтом Брайля, что должно быть подтверждено соответствующей записью в характеристике с места учебы либо удостоверением, выданным Всероссийским обществом слепых, библиотекой для слепых или другой организацией, официально организующей обучение «Курс элементарной реабилитации». Кроме того, инвалид не должен иметь нарушений статики, координации движений, правильно оценивать собственные возможности в использовании технически сложного устройства.

Распоряжением Правительства РФ от 21.12.2019 № 3107 ТСР «Кресла-коляски с электроприводом» дополнены словами «и аккумуляторные батареи к ним», что важно для бесперебойного питания кресел-колясок. Отметка в ИПРА о нуждаемости в них делается инвалиду со стойкими значительно выраженными нарушениями статодинамических функций (при отсутствии абсолютных и относительных противопоказаний (приказ Минтруда России от 28.12.2017 № 888н с изменениями от 06.05.2019)).

Последнее изменение Перечня ТСР введены Распоряжением Правительства РФ от 03.04.2020 № 872-р. ТСР «Телефонное устройство

с текстовым выходом» дополнено «с функцией видеосвязи, навигации». Простой кнопочный телефон заменен смартфоном с функциями компьютера. Назначается он инвалиду с нарушением сенсорных функций (слуха) III, IV степени и глухотой при сформированных навыках автоматизированного чтения с пониманием смысла прочитанного. Абсолютных противопоказаний к его назначению нет. Относительными являются значительно выраженные нарушения функций зрения.

Также изменен законодательный акт, регламентировавший порядок замены ТСР.

Сроки эксплуатации ТСР до их замены определены приказом Минтруда РФ от 13.02.2018 г. № 85н. Например, срок эксплуатации трости опорной – не менее 2 лет, телевизора и телефонные устройства – 7 лет; голосообразующего аппарата – 5 лет; аппарата на кисть, тьютора на всю ногу, ортопедической обуви сложной на аппарат – 4 года и т.д.

Если ТСР входило в Федеральный Перечень приказа Минтруда России от 23.07.2019 № 521н, досрочная замена или замена по истечении установленного срока пользования осуществлялась после проведения медико-технической экспертизы (МТЭ). Порядок проведения МТЭ регламентировал приказ Минтруда России от 17.10.2017 № 733н.

Приказ Минтруда России от 29.04.2020 № 227н (вступил в силу 13 июня 2020 г.) отменил необходимость получения заключения МТЭ для ТСР, входящих в п. 7 приказа Минтруда России от 23.07.2019 № 521н (кресла-коляски ручные, малогабаритные, с электроприводом) и для ТСР позиции 8-09-43 п. 8 (аппарат на нижние конечности и туловища (ортез)). Основание – громоздкие коляски, которые инвалиды или их законные представители с серьезными трудностями доставляли на МТЭ после истечения срока эксплуатации, в 75% случаев не подлежали ремонту. В 90% случаях дорогостоящие ортезы также было невозможно вернуть для дальнейшего использования.

Остальные позиции п. 8 (протезы рук и ног с внешним источником энергии), как и другие ТСР Перечня приказа Минтруда России от 23.07.2019 № 521н по-прежнему подлежат обязательной МТЭ.

Кроме того, Минтруд России подготовил поправки, благодаря которым инвалид может получить рекомендованные в ИПРА ТСР не только по месту жительства (по месту постоянной регистрации), но и по месту пребывания. Ранее это было необходимо для исключения одновременной выдачи одного и того же ТСР в нескольких субъектах Российской Федерации. Сейчас современные информационные технологии уже ведут единую для всей страны

систему учета ТСР и, тем самым, позволяют избежать двойного финансирования.

Документ будет принят после общественного обсуждения

**УДК 364**

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ИЗ РЕГИОНАЛЬНОГО ПЕРЕЧНЯ**

Зайцева Т.М. – [b26@orenmse.ru](mailto:b26@orenmse.ru), Мордовина Н.Э.– [b26@orenmse.ru](mailto:b26@orenmse.ru),  
Драгомирова Ю.В.– [b6@orenmse.ru](mailto:b6@orenmse.ru), Шиндор М.А. – [b7@orenmse.ru](mailto:b7@orenmse.ru)  
ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург  
[gb56@@orenmse.ru](mailto:gb56@@orenmse.ru)

Государственная политика Российской Федерации гарантирует инвалидам проведение необходимых реабилитационных мероприятий, в том числе обеспечение техническими средствами реабилитации.

Регионы Российской Федерации в зависимости от финансовых возможностей местных бюджетов в пределах ассигнований, утвержденных государственной программой «Доступная среда», дополнительно создают и реализуют региональные Перечни ТСР (ТСР РП), что позволяет расширить возможности реабилитации инвалидов.

Согласно постановлению Правительства Оренбургской области от 10.07.2013 № 594-п (с изменениями от 05.03.2020) Региональный перечень включает 16 видов ТСР, которые дополнительно предоставляются на основании заключения врачебной комиссии медицинской организации (ВК МО) и указания в ИПРА на нуждаемость в данном ТСР.

Инвалиды с ограничениями способности к самообслуживанию и передвижению 3 степени (лежачие) обеспечиваются **функциональной кроватью**, а при массе тела инвалида более 90 кг – **функциональной кроватью с электроприводом**. Вместе с функциональной кроватью предоставляется **прикроватный столик**. Инвалиды с ограничениями способности к самообслуживанию и передвижению 2-3 степени, сохранившие возможность дойти до ванны и поднять ноги, обеспечиваются **подставкой к ванне и сиденьем в ванну**. Выраженные изменения позвоночника и мышечного каркаса позвоночного столба с ограничением способности

к передвижению 3 степени служат показанием для предоставления **сиденья в ванну с креплениями**.

Инвалиды с дыхательной и сердечной недостаточностью для компенсации гипоксии обеспечиваются **концентратором кислорода**.

Инвалидам вследствие болезней органов дыхания при значительном снижении скорости вдоха предоставляется **компрессорный небулайзер**. Он способен значительно повысить эффективность ингаляционной терапии, доставляя лекарственное средство до альвеолярного аппарата легких. Инвалиды с травмами шейного отдела позвоночника и спинного мозга, ДЦП и различными неврологическими нарушениями, сопровождающимися полным или частичным параличом верхних и нижних конечностей, для возможности вертикализации и передвижения (самостоятельного хождения) обеспечиваются **динамическим параподиумом**. Обязательное условие – сохранность у инвалида интеллектуально-мнестических функций, а также силы и тонуса мышц верхних конечностей не менее 4,5 – 5,0 баллов.

Инвалидам I группы по зрению с сахарным диабетом предоставляется **глюкометр с речевым выходом**. Функционал аппарата позволяет ему автоматически включаться, когда в него вставляется тест-полоска, озвучивать результаты измерений содержания глюкозы в крови, автоматически выключаться при удалении тест-полоски, а также определять средние значения уровня глюкозы в крови за несколько временных периодов.

Инвалиды I группы по зрению с нарушением слуха не выше IV степени обеспечиваются **телефонным аппаратом с определителем номера телефона и синтезатором речи**, который имеет постоянно светящийся дисплей, громкий звук и полностью проговаривает определившийся номер телефона.

Инвалиды по зрению I группы, хорошо владеющие шрифтом Брайля, обеспечиваются **грифелем, бумагой для письма по системе Брайля и прибором для письма по системе Брайля**, а инвалиды с активной жизненной позицией – **брайлевским дисплеем**.

Инвалидам I группы по зрению в возрасте от 18 до 45 лет, не имеющим нарушений слуха IV степени, выдается **цифровой диктофон** с функцией записи речи на протяжении длительного времени, например во время лекции.

В 2019 г. специалистами ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России при освидетельствовании для «установления инвалидности», «разработки ИПРА» было разработано 29 878 ИПРА, из них 1244 ИПРА содержали рекомендации по ТСР РП. Всего было назначено 2180 ТСР РП. Из ТСР РП наиболее часто рекомендовались прикроватные столики и сиденья в ванну – соответственно 54,9 и 46,1% от числа ИПРА

с рекомендациями по ТСР РП. Наименьшую долю среди ТСР РП составили рекомендации по обеспечению брайлевским дисплеем, цифровым диктофоном и динамическим параподиумом – 0,5-0,6 – 0,6% соответственно.

Наибольшая потребность у инвалидов из числа взрослого населения определялась в тех же ТСР РП, как и в общем контингенте инвалидов. Максимальной была нуждаемость в рекомендациях по использованию прикроватного столика и сиденья в ванну – соответственно 57,4 и 46,8% от числа ИПРА с рекомендациями по ТСР РП. Особенно высокая потребность в прикроватном столике наблюдалась среди инвалидов, нуждающихся в паллиативной помощи (100,0%); долгожителей (в возрасте 100 лет и старше – 100,0%; возрасте 90-99 лет – 67,0%); инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях интернатного типа (66,7%). Инвалидам старческого возраста (80-89 лет) прикроватный столик рекомендовался в 62,6% ИПРА с ТСР РП.

Потребность инвалидов в обеспечении функциональной кроватью составляла 22,3%. Самую большую нуждаемость в этом ТСР испытывали инвалиды в возрасте 100 лет и более (50,0%); инвалиды, нуждающиеся в паллиативной помощи (35,9%); инвалиды, находящиеся в стационарном учреждении интернатного типа (33,3% от числа разработанных для этой категории инвалидов ИПРА с ТСР РП).

Минимальная потребность у взрослых инвалидов отмечалась в предоставлении сиденья в ванну с креплениями – из 1287 ИПРА, содержащих рекомендации ТСР РП, нуждаемость в нем была указана только в 1 случае – 0,1%. Также лишь 1 инвалиду, масса тела которого составляла 120 кг, была рекомендована функциональная кровать с электроприводом (0,1%).

Среди детей-инвалидов большое число назначений ТСР РП содержалось в ИПРА инвалидов в возрасте старше 3 лет, а также детей, нуждающихся в паллиативной помощи – в среднем по 1,8 ТСР в 1 ИПРА с ТСР РП. Наиболее высокая потребность определялась у детей-инвалидов в обеспечении сиденьем в ванну (39,3%), сиденьем в ванну с креплениями и функциональной кроватью (по 30,4% от числа разработанных для детей-инвалидов ИПРА с ТСР РП).

Ни одному ребенку-инвалиду не был рекомендован глюкометр с речевым выходом для самоконтроля уровня глюкозы в крови, что обусловлено активным участием родителей (законных представителей) в наблюдении за состоянием детей до их совершеннолетия.

Отсутствовали также рекомендации по обеспечению детей-инвалидов динамическим параподиумом, что связано с наличием в Оренбургской

области других методов реабилитации детей-инвалидов с неврологическими нарушениями. Вертикализацию и передвижение (самостоятельное хождение) такие дети могут осуществлять в реабилитационных костюмах «Атлант» или «Адели». Указание в ИПРА на нуждаемость в этих средствах реабилитации и заключение ВК МО о возможности применения реабилитационного костюма в домашних условиях являются основанием для оказания им материальной помощи, размер которой устанавливается комиссией регионального Минсоцразвития, исходя из стоимости костюма, но не более 40 тыс. руб.

Пневмокостюм «Атлант» за 2019 г. был рекомендован 13 детям-инвалидам для освоения важного базового навыка – хождения, нейрореабилитационный костюм Адели – 21 ребенку-инвалиду для освоения двигательных навыков, присущих здоровым детям.

Дополнительное обеспечение техническими средствами реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, повышает эффективность проведения реабилитационных мероприятий, способствует максимальной реализации их реабилитационного потенциала. Инвалидам старческого возраста (80 лет и старше) и, особенно, инвалидам, нуждающимся в паллиативной помощи, дополнительное обеспечение техническими средствами реабилитации дает возможность существенно повысить качество жизни и упростить уход за ними.

**УДК 616-039.75**

## **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ТРУДНЫЙ ЖИЗНЕННЫЙ ПЕРИОД**

**Щербакова М.В. – [b5@orenmse.ru](mailto:b5@orenmse.ru), Миханова Н.В. – [b5@orenmse.ru](mailto:b5@orenmse.ru),  
Галимова И.Ф. – [b5@orenmse.ru](mailto:b5@orenmse.ru)**

**ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург,  
[gb56@@orenmse.ru](mailto:gb56@@orenmse.ru)**

Паллиативная помощь (от фр. Palliative и лат. pallium – покрывало, плащ) призвана улучшить качество жизни пациентов с тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями в конечной стадии их развития.

В России «паллиативная медицинская помощь» введена Федеральным законом № 323 ФЗ от 21.11.2011 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации». Порядок ее оказания взрослому и детскому населению

изначально был определен приказами Минздрава РФ от 14.04.2015 № 187н/№ 193н. С 2019 г. – совместными приказами Минздрава РФ/Минтруда России от 31.05.2019 № 345/372н.

Социальные услуги предоставляются в соответствии с Перечнем постановления Правительства РФ от 24.11.2014 № 1236.

В Оренбургской области для взрослых первое отделение на 30 коек создано в 2014 г. на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга. Оно оказывает помощь пациентам с тяжелыми онкологическими заболеваниями. В 2015 г. открыто отделение паллиативной помощи в областном клиническом психоневрологическом госпитале ветеранов войн. Здесь оказывают помощь пациентам гериатро-терапевтического, неврологического и психотерапевтического профилей (по 10 коек). В 2018 г. отделение расширено до 55 коек.

В 2018 г. 10 коек открыто для оказания паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам на базе областной клинической инфекционной больницы.

Сейчас паллиативную помощь взрослым оказывают еще в 3-х медицинских организациях области: городская клиническая больница № 1 г. Орска, городская больница скорой медицинской помощи г. Бузулука, районная больница г. Бугуруслан.

Все вместе они одновременно могут принять 155 взрослых пациентов.

Паллиативную помощь детям оказывают в городской клинической больнице № 6 г. Оренбурга, городской клинической больнице № 5 г. Орска, в Оренбургской городской детской клинической больнице. Всего для детей, нуждающихся в паллиативной помощи, отведено 10 коек.

Все отделения, предназначенные для оказания паллиативной помощи, оснащены современным медицинским оборудованием для ухода за тяжелыми больными: функциональными кроватями, следящей аппаратурой, противопролежневыми матрацами, креслами-туалетами. Санитарные комнаты оборудованы тревожной сигнализацией, поручнями. Имеется помывочная комната для лежачих больных. Психолог и психотерапевт на основании индивидуального подхода и с учетом личностных особенностей пациентов оказывают больным и членам их семей психологическую помощь, которая также не менее важна.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке в соответствии с показаниями (медицинские, социально-бытовые) и противопоказаниями.

*Медицинские показания* – выраженный болевой синдром, нарастание тяжелого состояния, не поддающееся адекватной терапии в домашних условиях.

*Социально-бытовые* – невозможность обеспечить надлежащий уход и лечение на дому.

Противопоказаниями являются острые инфекционные и паразитарные заболевания (до выздоровления и окончания сроков изоляции); хронические психические заболевания, сопровождающиеся асоциальным поведением; агонизирующие состояния.

В паллиативном отделении больные могут находиться не больше 30 суток. За это время организовывается уход на дому.

Тщательный круглосуточный уход требует значительных финансовых средств. Инвалиды имеют право на бесплатные лекарства и социальные услуги, медтехнику, средства гигиены. Поэтому одна из первоочередных задач родственников в отведенное время – оформление документов на инвалидность.

Административным регламентом по предоставлению государственной услуги «проведение медико-социальной экспертизы», утвержденного приказом Минтруда России от 29.01.2014 № 59н, срок предоставления государственной услуги в бюро (главном бюро, Федеральном бюро) не может превышать одного месяца от даты поступления в бюро направляемых документов. При освидетельствовании граждан, нуждаемость которых в паллиативной помощи подтверждена медицинской организацией в направляемом документе (п. 32 формы 088/у-06), срок проведения медико-социальной экспертизы совместным приказом Минздрава/Минтруда России от 31.05.2019 г. №345н/372н сокращен до 3-х дней.

В 2019 г. в Оренбургской области в трехдневный срок было освидетельствовано 267 граждан, нуждающихся в паллиативной помощи, из них 11 детей. Экспертиза проводилась очно или заочно по месту их пребывания: на дому, в стационаре, организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме, в исправительном учреждении. За первые 7 месяцев 2020 г. освидетельствовано 65 чел., из них в возрасте 70 -79 лет – 20, 80 -89 – 4. В возрасте 90 лет – 1. Детей – 16, самому младшему – 2 месяца, самому старшему – 17 лет.

Всем им была установлена инвалидность и разработана индивидуальная программа реабилитации для срочного обеспечения по нуждаемости теми или иными техническими средствами и социальными услугами.

В условиях пандемии для максимальной защищенности от инфицирования COVID-19, с 1 марта по 1 октября 2020 г. все освидетельствования переведены в заочную форму (постановления Правительства РФ от 09.04.2020 № 467/ от 15.04.2020 № 511). При этом ранее установленная инвалидность автоматически продлевается на шесть месяцев,

первичная инвалидность устанавливается на основании документов, представленных медицинской организацией.

В Оренбургской области за период с 01.03. по 31.07.2020 г. медико-социальная экспертиза дистанционно проведена 21 гражданам, нуждающимся в паллиативной помощи, из них 14 взрослым и 7 детям.

Многие принятые меры для развития паллиативной помощи в России успешно реализованы. Серьезной проблемой остается ее оказание гражданам, находящимся не по месту постоянной регистрации (граждане России, зарегистрированные в других регионах, граждане России без регистрации, без документов, иностранные граждане и т.д.). Есть и другие нерешенные вопросы. Усовершенствовать нынешнее положение вещей призван План мероприятий («Дорожная карта») «Повышение качества и доступности паллиативной помощи» до 2024 года. Документ подготовлен при участии членов Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере и Общероссийского народного фронта, утвержден 28.07.2020 г. за № 6551п-П12.

Основное направление Плана – рост удовлетворенности пациентов (их законных представителей), родственников и др., осуществляющих уход за пациентом, доступностью паллиативной медицинской помощи; медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания жизненных функций органов и систем организма тяжелобольного человека; обеспечением лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества.

«Дорожная карта» содержит ряд конкретных целевых индикаторов. В частности, в 2024 году паллиативную медицинскую помощь должны свободно получать 90% от общего числа нуждающихся в ней (текущее значение – 60%), а уже к 2021 году вдвое должно увеличиться число выездных патронажных медбригад, предоставляющих качественную паллиативную помощь на дому (текущее значение 0,33 на 100 тыс взрослых и 0,3 на 100 тыс детей).

**ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ  
ВНЕШНИХ ПРИЧИН СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 18-44 ЛЕТ  
В СУБЪЕКТАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА  
ЗА 2017-2019 ГГ.**

**Н.С. Запарий<sup>1</sup>, М.В. Коврижных<sup>2</sup>, Ю.А. Коврижных<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

<sup>2</sup> Городское бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 68 Департамента здравоохранения г. Москвы»,

г. Москва, ул. Малая Якиманка, д.22, стр.1

<sup>3</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, г. Москва

***Ключевые слова:*** первичная, повторная инвалидность, уровень, регион, травмы, отравления и другие внешние воздействия, возрастная группа.

***Резюме:*** В статье представлен анализ первичной и повторной инвалидности вследствие травм, отравлений и других внешних воздействий среди лиц в возрасте 18-44 лет в регионах Центрального федерального округа за 2017-2019 гг. В результате исследования выявлено, что число лиц молодого возраста, впервые признанных инвалидами в округе, уменьшалось, их удельный вес в общей структуре впервые признанных инвалидами составлял 42,9% с уровнем 1,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Наибольший удельный вес впервые признанных инвалидами молодого возраста отмечался в Тамбовской и Курской областях, наиболее низкие показатели в Орловской, Ярославской, Ивановской областях. Наиболее высокий уровень первичной инвалидности данного контингента инвалидов регистрировался в Тамбовской, Курской, Воронежской и Липецкой областях. Наименьший уровень первичной инвалидности отмечался в г. Москве, Ярославской и Московской областях. Число лиц, повторно признанных инвалидами в Центральном федеральном округе, имело тенденцию к уменьшению. Их доля в структуре повторно признанных инвалидами в среднем составляла 44,3%. В шести регионах экстенсивные показатели ниже показателей по округу. Наименьший удельный вес повторно признанных инвалидами отмечался в Орловской, Смоленской и Костромской областях. Уровень повторной инвалидности в округе также имел тенденцию к снижению, в среднем составлял 2,7 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие показатели уровней повторной инвалидности отмечались в Воронежской, Тамбовской,

Костромской и Липецкой областях. Минимальные показатели регистрировались в г. Москве. Лишь в трех субъектах интенсивные показатели повторной инвалидности были ниже окружных показателей, в двенадцати регионах данные показатели выше, чем в Центральном федеральном округе.

***Key words:*** *primary, repeated disability, level, region, injuries, poisoning and other external influences, age group.*

***Summary:*** The article presents an analysis of primary and repeated disability due to injuries, poisoning and other external influences among people aged 18-44 years in the regions of the Central Federal District for 2017-2019. As a result of the study, it was found that the number of young people who were first recognized as disabled in the district decreased, their share in the overall structure of the first recognized as disabled was 42.9% with a level of 1.3 per 10 thousand of the corresponding population. The largest proportion of young people recognized as disabled for the first time was noted in the Tambov and Kursk regions, the lowest rates in the Oryol, Yaroslavl and Ivanovo regions. The highest level of primary disability of this contingent of persons with disabilities was recorded in the Tambov, Kursk, Voronezh and Lipetsk regions. The lowest level of primary disability was noted in Moscow, Yaroslavl and Moscow regions. The number of persons repeatedly recognized as disabled in the Central Federal District tended to decrease. Their share in the structure of repeatedly recognized as disabled on average was 44.3%. In six regions, extensive indicators are lower than those in the district. The smallest proportion of repeatedly recognized as disabled was noted in the Oryol, Smolensk and Kostroma regions. The level of repeated disability in the okrug also tended to decrease, averaging 2.7 per 10 thousand of the corresponding population. The highest rates of repeated disability were observed in the Voronezh, Tambov, Kostroma and Lipetsk regions. Minimum indicators were recorded in Moscow. Only in three subjects the intensive indicators of re-disability were lower than district indicators, in twelve regions these indicators are higher than in the Central Federal District.

Современные проблемы охраны здоровья и социальной защиты населения ставят новые задачи перед службой медико-социальной экспертизы по изучению вопросов профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов и в их реализации важное место занимает изучение компонентов, формирующих уровни и структуру заболеваемости и инвалидности, в том числе и травматизм, который продолжает оказывать крайне неблагоприятное влияние на все показатели общественного здоровья [1-5].

**Цель исследования:** Изучение первичной, повторной инвалидности вследствие травм, отравлений и других внешних воздействий среди лиц молодого возраста 18-44 лет в регионах Центрального федерального округа за 2017-2019 гг. для оценки динамики по территориям.

**Материалы и методы:** Анализ ретроспективный, сравнительный, статистический, анализ по данным статистических сборников ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России – 6 единиц (2017-2019 гг.) о результатах освидетельствования и переосвидетельствования взрослого населения по возрастным группам. Период исследования: 2017-2019 гг.

**Результаты и обсуждения:** В Центральном федеральном округе в 2017 году впервые признано инвалидами вследствие травм, отравлений и других внешних причин 2059 чел. Их удельный вес в структуре ВПИ составлял 42,7% с уровнем первичной инвалидности 1,4 на 10 тыс. соответствующего населения (таблица 1). Наибольший удельный вес ВПИ от этих причин регистрировался в Тамбовской (51,5%), Курской (50,7%) областях. В девяти регионах их удельный вес был ниже, чем в Центральном федеральном округе, в девяти регионах экстенсивный показатель был выше, чем в ЦФО. Наиболее высокий уровень первичной инвалидности отмечался в Брянской (2,8), Тамбовской (2,7), Курской (2,6), Тульской и Смоленской (2,5), Липецкой (2,4) областях. В пяти регионах: Калужской (1,3), Тверской (1,3), Ярославской (1,2), Московской (0,9) областях, г. Москве (0,8) на 10 тыс. соответствующего населения показатели ниже, чем в ЦФО.

В 2018 г. удельный вес ВПИ от этих причин в динамике увеличился в Тамбовской области до 55,1%, в Курской области до 56,0%, в Брянской области до 50,6%, в Калужской области до 50,4%. Отмечалось уменьшение их доли в Ивановской, Костромской, Московской, Орловской, Смоленской, Тульской областях и г. Москве. В семи регионах их удельный вес был выше показателей по ЦФО, в одиннадцати регионах экстенсивный показатель был ниже, чем в Центральном ФО. Уровень первичной инвалидности в 2018 г. в ЦФО равнялся 1,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие показатели уровня первичной инвалидности с тенденцией роста отмечались в Тамбовской (3,6), Брянской (2,9) областях, в динамике отмечалось увеличение уровня первичной инвалидности в Белгородской, Владимирской, Калужской, Тверской областях, снижение в Ивановской, Костромской, Курской, Липецкой, Орловской, Рязанской, Смоленской, Тульской, Ярославской областях и г. Москве. Наиболее низкие интенсивные показатели первичной инвалидности регистрировались в г. Москве – 0,6, Ярославской и Московской областях – 0,8 на 10 тыс. соответствующего

населения. В 2018 году лишь в четырех регионах уровень первичной инвалидности был ниже, чем в Центральном ФО.

В 2019 г. число лиц в возрасте 18-44 лет ВПИ в Центральном ФО составляло 1655 чел., уменьшилось на 19,6% к 2017 г. Их удельный вес в структуре ВПИ составлял 41,6%. В динамике отмечалось увеличение удельного веса ВПИ от этих причин в Ивановской (38,3%), Костромской (45,1%), Московской (43,0%), Орловской (34,2%), Тверской (43,9%) областях и в г. Москве (44,9%). В тринадцати субъектах отмечалось уменьшение удельного веса ВПИ вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин. Уровень первичной инвалидности в ЦФО имел тенденцию к снижению от 1,3 до 1,1 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее низкий уровень первичной инвалидности регистрировался в г. Москве (0,5), Ярославской (0,6), Московской (0,9) областях. Наиболее высокие показатели, но с тенденцией к снижению, отмечались в Тамбовской (2,8), Курской (2,3), Воронежской (2,1), Брянской (1,9) на 10 тыс. соответствующего населения.

Изучение первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других внешних причин за 2017-2019 гг. в субъектах Центрального федерального округа показало, что за период изучения число ВПИ в Центральном ФО составляло 5584 чел., в среднем 1861 человек в год. Их доля в структуре ВПИ составляла 42,9% с уровнем равным 1,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокий удельный вес инвалидов молодого возраста от этих причин регистрировался в Тамбовской (51,5%), Курской (51,0%) областях, более низкие – в Орловской (35,1%), Ярославской (37,3%), Ивановской (37,6%) областях. В восьми регионах экстенсивные показатели были ниже показателей по ЦФО, в девяти регионах выше, чем в округе. По уровню первичной инвалидности в среднем за период наиболее высокие показатели отмечались в Тамбовской (3,0), Курской (2,5), Воронежской (2,2), Липецкой (2,1) областях на 10 тыс. соответствующего населения. Наименьшие уровни регистрировались в г. Москве (0,6), Ярославской и Московской областях (0,9) на 10 тыс. соответствующего населения. В тринадцати субъектах показатели выше окружного показателя, в пяти ниже интенсивного показателя по федеральному округу.

Общее число повторно признанных инвалидами вследствие травм, отравлений и других внешних причин среди лиц молодого возраста в Центральном федеральном округе в 2017 году составляло 4645 чел. Их удельный вес в структуре ППИ составлял 44,2%. Наиболее низкий удельный вес отмечался в Орловской (30,6%), Смоленской (33,4%), Костромской (36,6%) областях. Всего в шести регионах экстенсивные показатели ниже, чем в ЦФО. Уровень повторной инвалидности в округе регистрировался на уровне

3,1 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие показатели уровня повторной инвалидности отмечались в Воронежской (7,7), Тамбовской (6,7), Костромской (5,5), Брянской (5,4), Липецкой (5,1) областях на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее низкий уровень отмечался в г. Москве (1,4). Лишь в пяти регионах отмечался показатель ниже, чем в Центральном ФО. В тринадцати регионах уровень повторной инвалидности был выше интенсивных показателя по округу.

В 2018 году общее число лиц ППИ от этих причин в ЦФО уменьшилось до 4084 чел. (темп убыли – 12,1%), также отмечалось снижение уровня повторной инвалидности до 2,8 на 10 тыс. соответствующего населения (-9,7%). Удельный вес их в округе составлял 45,0%. Наиболее высокие показатели удельного веса ППИ отмечались в Курской (50,3%), Воронежской (49,6%) областях. Наименьшая их доля регистрировалась в Орловской (37,0%), Липецкой (37,3%) областях, всего в десяти регионах их доля была ниже, чем в ЦФО. Наиболее высокий уровень повторной инвалидности регистрировался в Воронежской (7,2), Тамбовской (6,9), Костромской (5,0) областях на 10 тыс. соответствующего населения. В тринадцати регионах интенсивный показатель повторной инвалидности был выше окружных показателей. Наиболее низкие показатели отмечались в г. Москве (1,2) и Московской области (1,8).

В 2019 году число лиц ППИ в Центральном ФО составляло 3286 чел. (темп убыли – 19,5%). Их доля в структуре ППИ составляла 43,8%. Уровень повторной инвалидности составлял 2,2 на 10 тыс. соответствующего населения (темп убыли – 21,4%). Наибольший удельный вес ППИ отмечался по-прежнему в Курской (50,3%), Тамбовской (52,3%), Белгородской (47,2%), Брянской (45,7%) и Владимирской (42,8%) областях. В тринадцати субъектах отмечалось уменьшение их удельного веса в структуре ППИ. По-прежнему лидирующие позиции по уровню повторной инвалидности занимали Тамбовская и Воронежская области, с интенсивными показателями (7,2 и 5,5). Наиболее низкие показатели уровней повторной инвалидности зарегистрированы в г. Москве (0,9), Московской (1,4), Ярославской (1,6), Орловской (1,7) областях на 10 тыс. соответствующего населения. В семнадцати регионах отмечалось уменьшение интенсивного показателя повторной инвалидности.

Анализ повторной инвалидности среди лиц молодого возраста вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин в субъектах ЦФО за 2017-2019 гг. показал, что за трехлетний период число лиц ППИ в округе составляло 12015 чел., в среднем 4005 чел. в год. Их доля в структуре ППИ составляла 44,3% с уровнем равным 2,7 на 10 тыс.

соответствующего населения. Во всех субъектах отмечалось стабильное уменьшение числа лиц ППИ. В восьми субъектах удельный вес ППИ за изучаемый период характеризовался уменьшением экстенсивного показателя ниже, чем по федеральному округу. Наиболее низкие показатели отмечались в Орловской и Липецкой областях. Наиболее низкие показатели уровня повторной инвалидности регистрировались в г. Москве, Московской области. Наиболее высокие показатели по-прежнему отмечались в Воронежской и Тамбовской областях.

### Заключение:

*Изучение первичной и повторной инвалидности среди лиц в возрасте 18-44 лет вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин в субъектах Центрального ФО за 2017-2019 гг. показало, что число лиц молодого возраста впервые признанных инвалидами в округе уменьшалось с темпом убыли 19,6%, их удельный вес в общей структуре впервые признанных инвалидами составлял 42,9% с уровнем 1,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Наибольший удельный вес впервые признанных инвалидами молодого возраста за период изучения отмечался в Тамбовской и Курской областях, наиболее низкие показатели в Орловской, Ярославской и Ивановской областях. Наиболее высокие уровни первичной инвалидности данного контингента инвалидов регистрировались в Тамбовской, Курской, Воронежской и Липецкой областях. Наименьший уровень первичной инвалидности отмечался в г. Москве, Ярославской и Московской областях. Число лиц, повторно признанных инвалидами в Центральном федеральном округе, имело тенденцию за период 2017-2019 гг. к уменьшению с темпом убыли -29,3%. Их доля в структуре повторно признанных инвалидами в среднем составляла 44,3%. В шести регионах экстенсивные показатели регистрировались ниже показателей по округу. Наименьший удельный вес повторно признанных инвалидами отмечался в Орловской, Смоленской и Костромской областях. Уровень повторной инвалидности в округе также имел тенденцию к снижению, темп убыли -29,0%, в среднем составлял 2,7 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие показатели повторной инвалидности отмечались в Воронежской, Тамбовской, Костромской и Липецкой областях. Минимальные показатели регистрировались в г. Москве. Лишь в трех субъектах интенсивные показатели повторной инвалидности были ниже окружных показателей, в двенадцати регионах данные показатели выше, чем в Центральном федеральном округе.*

## Литература

1. Щетинин С. А. Анализ инвалидности и смертности вследствие травм вследствие травм и разработка инновационных технологий реабилитации // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, М, 2014 – № 2, с. 61-65.

2. Андреева Т. М. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики // Социальные аспекты здоровья населения. 2010, Т. 4 (16), с. 2.

3. В. В. Беличенко Основные тенденции первичной инвалидности вследствие травм всех локализаций в Краснодарском крае и Российской Федерации в динамике за 10 лет // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 2. – С. 61-65.

4. С. М. Самосват, Е. Л. Андрейчук [и др.] Инвалидность вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин у лиц 18 лет и старше в Иркутской области за 2012-2014 гг. //Материалы НПК «Доступная среда. Аспекты второго плана», г. Новокузнецк, 2015, с. 117-118.

5. Э.В. Шурупов, М.В. Толмачева, Пономарева Л.М. Анализ первичной инвалидности вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин у взрослого населения Липецкой области за 2012-2016 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности, 2018, № 1, с. 74-83.

## Контактная информация:

Запарий Наталья Сергеевна, доктор медицинских наук, заведующая учебно-организационным отделом Учебно-методологического Центра ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России-e-mail: zapariy\_N@fbmse.ru

Таблица 1

Число впервые признанных инвалидами вследствие травм, отравлений и других внешних воздействий среди лиц 18-44 лет в субъектах Центрального федерального округа за 2017-2019 гг. (абс. ч., %, на 10 тыс.)

Регионы Центрального ФО	Годы											
	2017			2018			2019			Среднее значение		
	Абс. ч.	%	Уровень	Абс. ч.	%	Уровень	Абс. ч.	%	Уровень	Абс. ч.	%	Уровень
Центральный ФО	2059	42,7	1,4	1870	44,4	1,3	1655	41,6	1,1	1861	42,9	1,3
Белгородская	90	43,1	1,5	106	48,4	1,9	85	44,5	1,5	94	45,3	1,6
Брянская	124	43,4	2,8	128	50,6	2,9	83	38,2	1,9	112	44,1	2,5
Владимирская	83	39,3	1,6	93	48,4	1,9	62	34,4	1,3	79	40,7	1,6
Воронежская	194	43,1	2,2	193	45,1	2,2	181	42,8	2,1	189	43,7	2,2
Ивановская	56	38,9	1,5	47	35,6	1,3	44	38,3	1,2	49	37,6	1,3
Калужская	48	36,4	1,3	64	50,4	1,7	54	45,4	1,5	55	44,1	1,5
Костромская	41	46,1	1,8	31	39,7	1,4	37	45,1	1,7	36	43,6	1,6
Курская	105	50,7	2,6	98	56,0	2,5	90	46,4	2,3	98	51,0	2,5
Липецкая	99	38,8	2,4	90	40,5	2,2	72	36,7	1,8	87	38,7	2,1
Московская	270	43,5	0,9	248	42,2	0,8	267	43,0	0,9	262	43,0	0,9
Орловская	41	39,0	1,5	26	32,1	1,0	27	34,2	1,0	31	35,1	1,2
Рязанская	65	37,1	1,6	56	41,2	1,4	56	36,1	1,4	59	38,1	1,5
Смоленская	88	40,2	2,5	45	37,5	1,3	45	36,3	1,3	59	38,0	1,7
Тамбовская	101	51,5	2,7	129	55,1	3,6	97	48,0	2,8	109	51,5	3,0
Тверская	62	38,5	1,3	70	40,5	1,5	72	43,9	1,6	68	41,0	1,5
Тульская	139	48,4	2,5	126	42,4	2,3	92	36,5	1,7	119	42,4	2,2
Ярославская	55	37,9	1,2	35	38,0	0,8	28	35,9	0,6	39	37,3	0,9
г. Москва	398	43,0	0,8	285	42,8	0,6	263	44,9	0,5	315	43,6	0,9

Таблица 2

Динамика повторной инвалидности вследствие травм, отравлений и других внешних причин среди лиц в возрасте 18-44 лет в регионах Центрального федерального округа за 2017-2019 гг. (абс. ч., %, на 10 тыс.)

Регионы Центрального ФО	Годы											
	2017			2018			2019			Среднее значение		
	Абс. ч.	%	Уровень	Абс. ч.	%	Уровень	Абс. ч.	%	Уровень	Абс. ч.	%	Уровень
Центральный ФО	4645	44,2	3,1	4084	45,0	2,8	3286	43,8	2,2	4005	44,3	2,7
Белгородская	260	46,4	4,5	195	45,3	3,4	183	47,2	3,2	213	46,3	3,7
Брянская	240	45,5	5,4	181	41,9	4,2	158	45,7	3,7	193	44,4	4,4
Владимирская	217	44,1	4,3	190	41,9	3,9	171	42,8	3,5	193	42,9	3,9
Воронежская	676	47,5	7,7	626	49,6	7,2	476	48,4	5,5	593	48,5	6,8
Ивановская	95	39,6	2,5	95	41,1	2,6	76	41,1	2,1	89	40,6	2,4
Калужская	140	48,1	3,7	108	44,1	2,9	83	40,7	2,3	110	44,3	3,0
Костромская	127	36,6	5,5	113	39,0	5,0	69	36,7	3,2	103	37,4	4,6
Курская	181	43,8	4,5	177	50,3	4,5	175	50,3	4,5	178	48,1	4,5
Липецкая	212	37,6	5,1	179	37,3	4,4	158	36,9	4,0	183	37,3	4,5
Московская	607	45,7	2,0	522	46,3	1,8	431	43,9	1,4	520	45,3	1,7
Орловская	63	30,6	2,3	64	37,0	2,4	43	35,0	1,7	57	34,2	2,1
Рязанская	164	42,4	4,0	146	42,6	3,7	112	41,9	2,9	141	42,3	3,5
Смоленская	147	33,4	4,1	126	39,3	3,6	73	33,5	2,1	115	35,4	3,3
Тамбовская	248	47,8	6,7	251	47,9	6,9	250	52,3	7,2	250	49,3	6,9
Тверская	182	39,7	3,9	171	43,5	3,8	119	39,7	2,7	157	41,0	3,5
Тульская	255	45,9	4,6	229	45,0	4,2	191	41,5	3,6	225	43,8	4,1
Ярославская	129	48,0	2,8	107	48,2	2,3	71	45,5	1,6	102	47,2	2,2
г. Москва	702	47,2	1,4	604	47,1	1,2	447	42,4	0,9	584	45,2	1,2

**ДОРОЖНО – ТРАНСПОРТНЫЕ ТРАВМЫ И ИНВАЛИДНОСТЬ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
ЗА 2015-2019 ГГ.**

**Пайков А.Ю.<sup>1</sup>, Чикинова Л.Н.<sup>2</sup>, Запарий Н.С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России,  
переулок Долломановский, 60, г. Ростов-на-Дону, 344082, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, ул. Ивана Сусанина, д. 3, г. Москва,  
127486, Россия

**Ключевые слова:** инвалид, инвалидность, последствия травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий, регион, уровень, возрастные группы, тяжесть инвалидности.

**Резюме.** Анализ первичной инвалидности взрослого населения по последствиям травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий в Ростовской области за 2015-2019 гг. выявил, что в динамике уменьшалось число лиц, впервые признанных инвалидами также, как и в Южном федеральном округе и Российской Федерации. Удельный вес ВПИ в структуре вследствие травм, отравлений и других внешних причин в области на уровне РФ, но ниже чем в Южном федеральном округе. Уровень первичной инвалидности имел тенденцию к снижению, но был выше чем в РФ, но на уровне показателя по Южному федеральному округу. В структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18-44 лет), но их удельный вес и уровень инвалидности в области выше показателей по Южному федеральному округу и РФ.

Доля инвалидов среднего возраста ниже показателя по Южному федеральному округу и РФ, а уровень среди данного контингента инвалидов на уровне показателей по Южному федеральному округу, но выше чем в РФ. Удельный вес инвалидов старше трудоспособного возраста в области ниже, чем в округе и Российской Федерации.

В структуре ВПИ преобладали инвалиды III группы также, как и РФ и Южном федеральном округе, но их доля ниже. Инвалиды II группы занимали 2 ранговое место, но их удельный вес и уровень в Ростовской области выше, чем в Южном федеральном округе и РФ.

**Key words:** disabled person, disability, consequences of injuries received as a result of road traffic accidents, region, level, age groups, severity of disability.

**Summary.** Analysis of primary disability of the adult population by the consequences of injuries sustained as a result of road traffic accidents in the Rostov region in 2015-2019. revealed that in dynamics the number of persons recognized as disabled for the first time decreased as well as in the Southern Federal District and the Russian Federation. The share of VPI in the structure due to injuries, poisoning and other external causes in the region is at the level of the Russian Federation, but lower than in the Southern Federal District. The level of primary disability tended to decrease, but was higher than in the Russian Federation, but at the level of the indicator for the Southern Federal District. The structure was dominated by young people with disabilities (18-44 years old), but their share and the level of disability in the region are higher than those in the Southern Federal District and the Russian Federation.

The share of middle-aged people with disabilities is lower than the indicator in the Southern Federal District and the Russian Federation, and the level among this contingent of disabled people is at the level of indicators in the Southern Federal District, but higher than in the Russian Federation. The share of disabled people older than working age in the region is lower than in the Okrug and the Russian Federation. In the structure of the VPI, disabled persons of the III group prevailed, as well as in the Russian Federation and the Southern Federal District, but their share is lower. Disabled people of group II occupied the 2nd rank place, but their share and level in the Rostov region is higher than in the Southern Federal District and the Russian Federation.

Травматизм от внешних причин, признан во всем мире как предотвратимое состояние, продолжает оставаться в числе актуальных проблем здравоохранения [1,2,3,4]. Они характеризуются высокой распространенностью, тенденцией к росту, а также медицинской и социальной значимостью. Ежегодный рост травматизма составляет 1,5%-10% [1,2,3]. Среди причин травмы вследствие дорожно-транспортных происшествий составляли 1,5%-16%, инвалидности 28,4% – 30,0% [4,5,6,7,8].

**Цель исследования.** Изучить первичную инвалидность взрослого населения по последствиям травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий в Ростовской области за 2015-2019 гг.

**Материалы и методы.** Исследование сплошное. Изучение контингента инвалидов взрослого населения впервые признанных инвалидами по последствиям травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий.

Источник информации: формы федерального государственного статистического наблюдения 7-собес., статистические сборники ФГБУ ФБ

МСЭ Минтруда России – 5 единиц. Методы исследования: выкопировка сведений, описательная статистика (абсолютные, экстенсивные, интенсивные показатели, показатели достоверности), аналитический и сравнительный анализ.

**Результаты и обсуждения.** Согласно статистической отчетности лиц, которым впервые устанавливалась инвалидность среди взрослого населения в Ростовской области в 2015 году вследствие травм, полученных в ДТП было 208 человек, в 2016 году их число уменьшилось до 198 человек (-4,8%), в 2017 году уменьшилось до 164 человек (-17,2%), в динамике отмечалось дальнейшая тенденция к их уменьшению до 120 человек в 2019 году (средний темп убыли -42,3%). Абсолютное их число за 2015-2019 гг. составляло 814 человек, в среднем за год 183 человека. Их удельный вес в структуре ВПИ вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин в динамике характеризовался увеличением от 15,0% в 2015 году до 19,0% в 2019 году, в среднем за период составлял 16,4%. Уровень первичной инвалидности данного контингента инвалидов регистрировался со снижением от  $0,6 \pm 0,03$  до  $0,4 \pm 0,04$ , в среднем составлял за 2015-2019 гг.  $0,5 \pm 0,04$  на 10 тыс. взрослого населения.

В Южном федеральном округе абсолютное число лиц ВПИ в динамике уменьшалось от 709 человек до 462 человек (убыль в 1,5 раза) в целом составляло 2819 человек, в среднем за год 564 человека. Их доля в структуре ВПИ вследствие травм, отравлений выше, чем в регионе, в динамике регистрировалась с уменьшением от 21,6% до 18,3%, в среднем составляла 19,8%, что выше чем в Ростовской области ( $p < 0,05$ ). Интенсивный показатель первичной инвалидности составлял за исследуемый период  $0,5 \pm 0,02$ , был на уровне показателя по Ростовской области.

В Российской Федерации число лиц ВПИ составляло 18766 человек, в среднем за год 3753 человека с тенденцией в динамике их уменьшения. Их удельный вес за 2015-2019 гг. в среднем составлял 16,2%, с уровнем  $0,3 \pm 0,08$  на 10 тыс. взрослого населения (таблица 1).

Осуществлен сравнительный анализ показателей первичной инвалидности по последствиям травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий по возрастным группам взрослого населения в Ростовской области, Южном федеральном округе и Российской Федерации (таблица 2).

Анализ показал, что наибольший удельный вес в структуре ВПИ от этих причин составляли инвалиды молодого возраста (18-44 лет). Во всех изучаемых структурах отмечается тенденция уменьшения их численности. Так, в Ростовской области их численность уменьшилась от 148 человека до

77 человек (убыль в 1,9 раза), в среднем составляя 107 человек в год, в Южном федеральном округе – от 463 человек до 276 человек (убыль в 1,7 раз), в среднем за год – 346 человек. В Российской Федерации – от 2965 человек до 1882 человек (убыль в 1,6 раза), в среднем за год составляло 2298 человек. Их удельный вес в структуре ВПИ составлял за исследуемый период – 65,3%, 61,7%, 61,6% соответственно.

Уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста имел тенденцию к снижению: по Ростовской области  $0,9 \pm 0,07$  до  $0,5 \pm 0,05$ , в Южном федеральном округе – от  $0,8 \pm 0,02$  до  $0,5 \pm 0,03$  и РФ – от  $0,5 \pm 0,009$  до  $0,3 \pm 0,001$ , в среднем составлял  $0,7 \pm 0,04$ ;  $0,6 \pm 0,03$ ,  $0,4 \pm 0,01$  на 10 тыс. соответствующего населения соответственно.

Второе ранговое место в структуре ВПИ от этих причин занимали инвалиды среднего возраста (45-54 – женщины; 45-59 лет – мужчины). Абсолютное число ВПИ данного возраста в Ростовской области уменьшалось от 56 человек до 25 человек, в целом составляло 191 человек, в среднем за год 38 человек. Их доля в структуре ВПИ имела колебания от 19,7% до 28,3%, в среднем составляла 23,4%. Уровень первичной инвалидности имел колебания от  $0,8 \pm 0,05$  до  $0,4 \pm 0,09$ , в среднем равнялся  $0,6 \pm 0,08$  на 10 тыс. соответствующего населения. В Южном федеральном округе отмечалась аналогичная тенденция: уменьшение числа лиц ВПИ от 174 человек до 131 человек (убыль -9,3%), в среднем составляя 147 человек в год. Их удельный вес характеризовался увеличением от 24,5% до 28,4%, в среднем равнялся 26,5%, что выше чем в Ростовской области ( $p < 0,001$ ). Уровень первичной инвалидности варьировал от  $0,7 \pm 0,03$  до  $0,4 \pm 0,05$ , в среднем составляя  $0,6 \pm 0,04$  на 10 тыс. соответствующего населения. В Российской Федерации удельный вес инвалидов данного возраста, составлял 26,1% с уровнем равным  $0,4 \pm 0,02$  на 10 тыс. соответствующего населения.

Наименьшую долю в структуре ВПИ по последствиям травм вследствие ДТП составляли инвалиды старше трудоспособного возраста. Так, в Ростовской области их число уменьшалось от 22 человек до 14 человек, в среднем составляя за год 18 человек. Их удельный вес составлял 11,3% с уровнем равным за исследуемый период  $0,18 \pm 0,09$  на 10 тыс. соответствующего населения. Для Южного федерального округа характерна также тенденция, уменьшение численности лиц ВПИ, их доля составляла 11,8%, с уровнем равным  $0,16 \pm 0,05$ .

В Российской Федерации их удельный вес в среднем составлял 12,3%, что выше чем в Ростовской области и Южном федеральном округе ( $p < 0,001$ ). Уровень первичной инвалидности был стабилен –  $0,1 \pm 0,01$  на 10 тыс. соответствующего населения.

В результате изучения и анализа объективных данных установлено, что в структуре ВПИ Ростовской области инвалиды I группы составляли 10,6% с тенденцией их увеличения от 9,6% до 14,2%, инвалиды II группы – 34,5% за период, с тенденцией уменьшения от 49,5% до 23,3%, инвалиды III группы – 54,9%, с тенденцией увеличения их доли от 40,9% до 62,5%.

По Южному федеральному округу доля инвалидов I группы увеличивалась от 11,1% до 13,4%, в среднем составляя 12,4%, инвалиды II группы – 30,1%, с тенденцией уменьшения их удельного веса от 35,0% до 26,6% и инвалиды III группы – 57,5%, с тенденцией увеличения от 52,2% до 60,0%.

В Российской Федерации удельный вес инвалидов I группы был стабилен – 14,2%, II группы – 30,5%, с тенденцией уменьшения от 32,9% до 28,3%, III группы – 55,3% с ростом от 52,7% до 57,0%.

Таким образом удельный вес инвалидов I группы за изучаемый период в Ростовской области выше, чем в Южном федеральном округе и Российской Федерации ( $p < 0,05$ ), удельный вес инвалидов II группы выше чем в округе и Российской Федерации ( $p < 0,001$ ), удельный вес III группы ниже чем в Южном федеральном округе и Российской Федерации ( $p < 0,001$ ).

Уровень первичной инвалидности I группы во всех территориях имел тенденцию к снижению, уровень I группы в Ростовской области составлял  $0,04 \pm 0,03$  на 10 тыс. взрослого населения и был ниже за исследуемый период чем в Южном федеральном округе ( $0,07 < 0,03$ ) и Российской Федерации ( $0,06 \pm 0,01$ ) ( $p < 0,05$ ). Уровень первичной инвалидности II группы характеризовался снижением в Ростовской области и Южном федеральном округе, в РФ был стабилен. Интенсивный показатель инвалидности II группы в Ростовской области ( $0,18 \pm 0,05$ ) был выше чем в Южном федеральном округе ( $0,14 \pm 0,03$ ) и РФ ( $0,1 \pm 0,07$ ) ( $p < 0,001$ ). Уровень инвалидности III группы был стабилен (таблица 3) и регистрировался на уровне  $0,24 \pm 0,02$  в Ростовской области и Южном федеральном округе и  $0,2 \pm 0,008$  в Российской Федерации.

## Выводы

1. Анализ первичной инвалидности взрослого населения по последствиям травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий в Ростовской области за 2015-2019 гг. выявил, что в динамике уменьшалось число лиц, впервые признанных инвалидами также как и в Южном федеральном округе и Российской Федерации.

2. Удельный вес ВПИ в структуре вследствие травм, отравлений и других внешних причин в области на уровне РФ, но ниже чем в Южном федеральном округе. Уровень первичной инвалидности имел тенденцию

к снижению, но был выше, чем в РФ, но на уровне показателя по Южному федеральному округу.

3. В структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18-44 лет), но их удельный вес и уровень инвалидности в области выше показателей по Южному федеральному округу и РФ.

4. Доля инвалидов среднего возраста ниже показателя по Южному федеральному округу и РФ, уровень среди данного контингента инвалидов на уровне показателей по Южному федеральному округу, но выше чем в РФ. Доля инвалидов старше трудоспособного возраста в области ниже, чем в округе и Российской Федерации.

5. В структуре ВПИ преобладали инвалиды III группы также, как и РФ и Южном федеральном округе, но их доля ниже. Инвалиды II группы занимали 2 ранговое место, но их удельный вес и уровень в Ростовской области выше, чем в Южном федеральном округе и РФ.

## Литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.

2. Клюквин И.Ю., Мигулева И.Ю., Охотский В.П. Травмы кисти // М., ГЕОТАР-Медиа, 2009, 192 с.

3. Травматология и ортопедия.: учебник/ под ред. Н.В. Корнилова – 3-е изд, доп и перераб. – СПб.: 2011. – 592с.

4. Ондар В.С. Инвалидность вследствие болезней опорно-двигательной системы в Российской Федерации и комплексная медико-социальная реабилитация // М., 2011, 308 с.

5. Реабилитация в травматологии и ортопедии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 416 с.

6. Викторова И.А. Гришечкина И.А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике. Учебное пособие, М., «ГЕОТАР-Медиа», 2015, 143 с.

7. Пузин С.Н., Гришина Л.П., Исаенко С.И. Инвалидность вследствие военной травмы // М., Издательство «Медицина», 2005, 279 с.

8. Пузин С.Н., Чикинова Л.Н., Панасенко С.Л. Комплексная реабилитация больных и инвалидов с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы в условиях ведомственного здравоохранения // М., Монография, 2010, 200 с.

Контактная информация:

1. Пайков Андрей Юрьевич – врач по медико-социальной экспертизе, заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Министерства труда и социальной защиты РФ.

2. Чикина Лариса Николаевна – доктор медицинских наук, профессор Руководитель Учебно-методологического Центра ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты РФ

3. Запарий Наталья Сергеевна – доктор медицинских наук, заведующая учебно-организационным отделом Учебно-методологического Центра ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты РФ e-mail: [zapariy\\_N@fbmse.ru](mailto:zapariy_N@fbmse.ru)

Таблица 1

Структура впервые признанных инвалидами вследствие последствий травм, полученных в результате ДТП  
Ростовской области по классам и отдельным болезням за 2015-2019 гг. (абс.ч.; %; на 10 тыс. населения)

Годы	Ростовская область			Южный федеральный округ			Российская Федерация		
	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень
2015	208	15,0	0,6±0,03	709	21,6	0,6±0,02	4678	16,9	0,4±0,007
2016	198	15,9	0,06± 0,03	606	20,6	0,5±0,02	4159	16,3	0,04±0,007
2017	164	16,7	0,5±0,04	551	18,8	0,4±0,02	3634	15,3	0,3±0,007
2018	124	15,5	0,4±0,04	461	18,3	0,4±0,02	3214	15,9	0,3±0,008
2019	120	19,0	0,4±0,04	462	19,9	0,4±0,02	3081	16,5	0,3±0,008
Среднее значение	163	16,4	0,5±0,04	564	19,8	0,5±0,02	3753	16,2	0,3±0,008

Таблица 2

Структура впервые признанных инвалидами в связи с последствиями травм, полученных в результате ДТП с учетом возрастных групп в Ростовской области за 2015-2019гг. (абс.ч.; %; на 10 тыс. населения)

Территории	Годы	Возрастные группы								
		18-44 лет			45-54 (жен.), 45-59 (муж.)			55 лет и > жен., 60 лет и > муж.		
		абс. число	уд. вес	уровень (на 10 тыс.)	абс. число	уд. вес	уровень (на 10 тыс.)	абс. число	уд. вес	уровень (на 10 тыс.)
Ростовская область	2015	148	71,2	0,9±0,07	41	19,7	0,6±0,08	19	9,1	0,2±0,09
	2016	120	60,6	0,7±0,04	56	28,3	0,8±0,05	22	11,1	0,2±0,09
	2017	107	65,2	0,7±0,04	40	24,4	0,6±0,08	17	10,4	0,2±0,09
	2018	81	65,3	0,5±0,06	25	20,2	0,4±0,09	18	14,5	0,2±0,09
	2019	77	64,2	0,5±0,06	29	24,2	0,4±0,09	14	11,7	0,1±0,08
	среднее значение	107	65,3	0,7±0,04	38	23,4	0,6±0,08	18	11,3	0,18±0,09
Южный федеральный округ	2015	463	65,3	0,8±0,02	174	24,5	0,7±0,03	72	10,2	0,2±0,05
	2016	366	60,4	0,7±0,02	172	28,4	0,7±0,03	68	11,2	0,2±0,05
	2017	350	63,5	0,6±0,03	141	25,6	0,5±0,04	60	10,9	0,1±0,04
	2018	275	59,7	0,4±0,03	118	25,6	0,4±0,05	68	14,8	0,2±0,05
	2019	276	59,7	0,5±0,03	131	28,4	0,5±0,04	55	11,9	0,1±0,04
	среднее значение	346	61,7	0,6±0,03	147	26,5	0,6±0,04	65	11,8	0,16±0,05
Российская Федерация	2015	2965	63,4	0,5±0,009	1208	25,8	0,5±0,01	505	10,8	0,1±0,01
	2016	2579	62,0	0,5±0,009	1100	26,4	0,4±0,02	480	11,5	0,1±0,01
	2017	2226	61,3	0,04±0,01	962	26,5	0,4±0,02	446	12,3	0,1±0,01
	2018	1939	60,3	0,3±0,01	845	26,3	0,4±0,02	430	13,4	0,1±0,01
	2019	1882	61,1	0,3±0,01	790	25,6	0,3±0,02	409	13,3	0,1±0,01
	среднее значение	2298	61,6	0,4±0,01	981	26,1	0,4±0,02	454	12,3	±

Таблица 3

Структура контингента ВПИ взрослого населения вследствие травм, полученных в ДТП в Ростовской области, Южном федеральном округе и РФ с учетом групп инвалидности за 2015-2019 гг. (абс.ч.; %; на 10 тыс. населения)

Территории	Годы	Группы инвалидности								
		I			II			III		
		абс. число	уд. вес	уровень (на 10 тыс.)	абс. число	уд. вес	уровень (на 10 тыс.)	абс. число	уд. вес	уровень (на 10 тыс.)
Ростовская область	2015	20	9,6	0,1±0,07	103	49,5	0,3±0,05	85	40,9	0,2±0,04
	2016	19	9,6	0,1±0,07	59	29,5	0,2±0,05	120	60,6	0,3±0,04
	2017	14	8,5	0,04±0,03	57	34,8	0,2±0,05	93	56,7	0,3±0,05
	2018	14	11,3	0,4±0,03	43	34,7	0,1±0,04	67	54,0	0,2±0,04
	2019	17	14,2	0,4±0,03	28	23,3	0,1±0,04	75	62,5	0,2±0,04
	среднее значение	17	10,6	0,04±0,03	58	34,5	0,18±0,05	88	54,9	0,24±0,05
Южный федеральный округ	2015	91	12,8	0,1±0,03	248	35,0	0,2±0,03	370	52,2	0,3±0,02
	2016	67	11,1	0,1±0,03	180	29,7	0,2±0,03	359	59,2	0,3±0,02
	2017	64	11,6	0,05±0,02	166	30,1	0,1±0,03	321	58,3	0,2±0,02
	2018	60	13,0	0,05±0,02	133	28,9	0,1±0,03	268	58,1	0,2±0,02
	2019	62	13,4	0,05±0,02	123	26,6	0,1±0,03	277	60,0	0,2±0,02
	среднее значение	69	12,4	0,07±0,03	170	30,1	0,14±0,03	319	57,5	0,24±0,02
Российская Федерация	2015	674	14,4	0,1±0,01	1538	32,9	0,1±0,007	2466	52,7	0,2±0,008
	2016	544	13,1	0,05±0,01	1295	31,1	0,1±0,007	2320	55,8	0,2±0,008
	2017	524	14,4	0,05±0,01	1116	30,7	0,1±0,009	1994	54,9	0,2±0,009
	2018	457	14,2	0,04±0,01	947	29,5	0,1±0,007	1810	56,3	0,2±0,008
	2019	454	14,7	0,04±0,01	872	28,3	0,1±0,007	1755	57,0	0,2±0,008
	среднее значение	531	14,2	0,06±0,01	1153	30,5	0,1±0,07	2069	55,3	0,2±0,008

**ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОЙ СПЕКТР ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ  
В Г. МОСКВЕ ЗА 2015-2019 ГГ.**

**Запарий С.П., Шмакова Н.Н.**

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, 125040, г. Москва, Россия

**Ключевые слова:** *первичная инвалидность, рак желудка, структура инвалидности, уровень, удельный вес, группы инвалидности, возрастные категории, гендерные особенности.*

**Резюме.** *Анализ первичной инвалидности взрослого населения вследствие рака желудка в г. Москве за указанный период показал, что контингент лиц, впервые признанных инвалидами имел тенденцию к увеличению. В структуре рак желудка составлял 5,2% от общего числа ВПИ вследствие злокачественных новообразований. Преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста (68,2%) с тенденцией увеличения их удельного веса в структуре ВПИ от 65,4 до 69,8%. Среди лиц трудоспособного возраста преобладали инвалиды мужского пола с тенденцией уменьшения их удельного веса (38,5) с уровнем равным 0,48 на 10 тыс. соответствующего населения, доля лиц женского пола составляла 23,3% с удельным весом равным 0,22. Среди лиц старше трудоспособного возраста удельный вес лиц женского пола (76,7%) выше, чем мужского пола (61,5). Уровень первичной инвалидности среди лиц мужского пола (2,78) выше, чем среди лиц женского пола (1,16). По тяжести инвалидности преобладали инвалиды II группы как среди мужского, так и женского пола.*

**Key words:** *primary disability, stomach cancer, structure of disability, level, share, disability groups, age categories, gender characteristics.*

**Summary.** *Analysis of the primary disability of the adult population due to stomach cancer in Moscow for the specified period showed that the contingent of persons who were first recognized as disabled tended to increase. In the structure, gastric cancer accounted for 5.2% of the total number of VPIs due to malignant neoplasms. Disabled people older than working age prevailed (68.2%) with a tendency to increase their share in the structure of VPI from 65.4 to 69.8%. Disabled males prevailed among people of working age with a tendency to decrease their share (38.5) with a level equal to 0.48 per 10 thousand of the corresponding population; the share of females was 23.3% with a specific gravity equal to 0.22.*

*Among people over working age, the proportion of females (76.7%) is higher than that of males (61.5). The level of primary disability among males (2.78) is higher than among females (1.16). In terms of the severity of disability, disabled persons of the II group prevailed both among males and females.*

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности на земном шаре (1,2,5,9). Эпидемиологическая ситуация по онкологическим заболеваниям остается неблагоприятной как в России, так и во всем мире (3,9). Общая заболеваемость по злокачественным новообразованиям (С00-С96) в г. Москве в 2018 году увеличилась на 4,9% от 3089,6 случаев в 2017 году до 3189,9 случаев (на 100 тыс. населения), в том числе среди лиц старше трудоспособного возраста от 7134,9 случаев до 7269,0 случаев. Отмечался рост первичной заболеваемости: впервые зарегистрировано в 2018 году 451,8 случаев против 377,6 случаев в 2017 году (+12,5%). Отмечался рост смертности по причине ЗНО в 2018 году на 1,8%, от ЗНО органов пищеварения на 2% (3,10). В Российской Федерации заболеваемость раком желудка стоит на втором месте среди ЗНО и на первом месте среди опухолей желудочно-кишечного тракта. По частоте инвалидности рак желудка занимает второе место, а по тяжести инвалидности первое место. Среди основных локализаций ЗНО больным раком желудка в основном устанавливалась I-II группы инвалидности. Являясь одной из самых актуальных проблем современного общества, заболеваемость и инвалидность вследствие ЗНО требует комплексного подхода к изучению и решению данной проблемы. Комплексная медико-социальная реабилитация является важнейшей общей задачей здравоохранения и социальной защиты (4,6,7,8).

Цель исследования: Изучение показателей первичной инвалидности взрослого населения вследствие рака желудка в г. Москве для определения структуры контингента ВПИ с учетом гендерно-возрастных групп и тяжести инвалидности, выявление особенностей её формирования.

Материалы и методы: Использована база данных ЕВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» за 2015-2019 гг., методы исследования: выкопировка данных, аналитический, статистический, сравнительный анализ. Период исследования: 2015-2019 гг.

Результаты и обсуждение: Число ВПИ вследствие злокачественных новообразований в г. Москве за 2015-2019 гг. в динамике увеличивалось от 15123 человек до 16020 человек (+5,9%), в целом составляло 79563 человека, в среднем за год 15907 человек. Их удельный вес в структуре ВПИ от всех причин также в динамике имел тенденцию к увеличению от 15,3% в 2015 году

до 34,6% в 2019 году, в среднем составлял 29,7%. Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО среди взрослого населения варьировал в границах 14,7-16,1, в среднем составлял 15,3 на 10 тыс. взрослого населения. Число лиц ВПИ вследствие рака желудка в динамике имел тенденцию к уменьшению от 876 человек в 2015 году до 781 человек в 2018 году (-10,8%) с увеличением до 829 человек в 2019 году (+6,1%). В целом составляло 4133 человека, в среднем за год 827 человек. Их доля в структуре ВПИ вследствие злокачественных новообразований имела тенденцию к уменьшению от 5,8% до 4,9%, в среднем составляла 5,2%. Уровень первичной инвалидности вследствие рака желудка характеризовался уменьшением от 0,84 до 0,73, в среднем составлял 0,78 на 10 тыс. взрослого населения.

В структуре контингента ВПИ вследствие рака желудка преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста. Их число в динамике уменьшалось от 573 человек в 2015 году до 529 человек в 2019 году (-7,7%), в целом составляло 2760 человек, в среднем за год 552 человека. Их удельный вес в динамике имел тенденцию к увеличению от 65,4% до 69,8%, в среднем составлял 68,2%. Уровень первичной инвалидности данного контингента инвалидов в динамике характеризовался тенденцией снижения от 1,84 до 1,51, в среднем составлял 1,67 на 10 тыс. соответствующего населения (таблица 1).

Инвалидов трудоспособного возраста (ж. – 18-54 лет, м. – 18-59 лет) значительно меньше. Их численность в динамике характеризовалась уменьшением от 303 человек до 236 человек (-22,1%), в целом за период исследования составляло 1313 человек, в среднем за год 263 человека. Их доля в структуре ВПИ вследствие рака желудка уменьшалась от 34,6% до 30,2%, в среднем составляла 31,8%. Уровень первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста значительно ниже, чем среди лиц старше трудоспособного возраста, в динамике имел тенденцию к снижению от 0,41 до 0,33, в среднем составлял 0,36 на 10 тыс. соответствующего населения ( $p < 0,05$ ).

Изучение гендерно-возрастной структуры ВПИ вследствие рака желудка в г. Москве показало, что среди лиц трудоспособного возраста преобладали мужчины. Так, их число в 2015 году составляло 206 человек, в динамике отмечалось их уменьшение до 169 человек в 2019 году (-17,9%), в целом составляло 916 человек, в среднем за год 183 человека. Их доля в структуре ВПИ взрослого населения от этих причин составляла 38,5% с тенденцией уменьшения от 40,1% до 35,2%. Интенсивный показатель в среднем составлял 0,48. Число женщин в данной возрастной категории значительно ниже – 397 человек, в среднем за год 79 человек. Их доля в общей

структуре ВПИ вследствие рака желудка составляла 23,3% со среднемноголетним уровнем 0,22 на 10 тыс. соответствующего населения, что в 2 раза ниже показателя среди мужчин ( $p < 0,05$ ). В старше трудоспособном возрасте число лиц как мужчин, так и женщин ВПИ значительно больше, чем в трудоспособном возрасте, но отмечается более высокий их удельный вес среди женщин, в среднем 76,7%, среди мужчин 61,5%.

Уровень первичной инвалидности среди мужчин старше трудоспособного возраста имел тенденцию снижения от 3,2 до 2,5, в среднем составлял 2,78 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень первичной инвалидности в данной возрастной категории среди женщин уменьшался от 1,3 до 1,1, в среднем составлял 1,16 на 10 тыс. соответствующего населения, что в 2,4 раза ниже показателя среди лиц мужского пола ( $p < 0,05$ ) (таблица 2).

Изучение гендерной структуры первичной инвалидности вследствие рака желудка с учетом тяжести инвалидности в различных возрастных категориях показало, что среди мужчин наибольший удельный вес составляли инвалиды II группы старше трудоспособного возраста. Их уровень варьировал в границах 1,7-1,3, в среднем составлял 1,4 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень первичной инвалидности II группы среди мужчин трудоспособного возраста в динамике регистрировался в границах 0,3-0,2, в среднем составлял 0,24 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень первичной инвалидности II группы среди инвалидов мужского пола имел колебания от 0,5 до 0,4, в среднем за 2015-2019 гг. составлял 0,42 на 10 тыс. соответствующего населения. Второе ранговое место среди данного контингента инвалидов занимали инвалиды I группы. Из 959 человек инвалидов I группы 352 человека в трудоспособном возрасте (36,7%), в 63,3% – инвалиды старше трудоспособного возраста, их уровень первичной инвалидности регистрировался от 1,3 до 1,0, в среднем составлял 1,2 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень первичной инвалидности I группы среди лиц трудоспособного возраста среди лиц мужского пола регистрировался от 0,7 до 0,2, в среднем составлял 0,3 на 10 тыс. соответствующего населения, что в 4 раза ниже, чем среди лиц старше трудоспособного возраста ( $p < 0,05$ ). Наименьшее число ВПИ III группы – 170 человек, из них 38,8% (66 человек) в трудоспособном возрасте, 104 человека – старше трудоспособного возраста. Уровень первичной инвалидности III группы среди мужчин имел колебания от 0,05 до 0,07, в среднем за период изучения составлял 0,06 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие уровни III группы отмечались среди лиц старше трудоспособного возраста, в границах 0,15 – 0,2, в среднем составлял 0,19 на

10 тыс. соответствующего населения, что выше интенсивного показателя среди лиц трудоспособного возраста – 0,03 ( $p < 0,05$ ) (таблица 3).

Среди женщин ВПИ вследствие рака желудка преобладали инвалиды II группы. Их число варьировало от 164 человек до 191 человека за 2015-2019 гг., в целом составляло 884 человека, в среднем за год 177 человек. Уровень первичной инвалидности II группы в среднем составлял 0,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Второе ранговое место в структуре ВПИ от этих причин занимали инвалиды I группы. В динамике их численность регистрировалась от 105 человек до 136 человек, в целом составляла 636 человек, в среднем за год 127 человек. Их уровень первичной инвалидности в среднем составлял 0,2 на 10 тыс. соответствующего населения. Наименьшее число ВПИ составляли инвалиды III группы, их число в динамике варьировало от 50 до 28 человек, в целом составляло 178 человек, в среднем 36 человек в год. Уровень первичной инвалидности III группы в динамике имел тенденцию к снижению от 0,08 до 0,04, в среднем составлял 0,05 на 10 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие показатели уровня первичной инвалидности II группы среди женщин отмечались среди лиц старше трудоспособного возраста. В динамике он регистрировался от 0,71 до 0,56, в среднем составлял 0,62 на 10 тыс. соответствующего населения, в то время как среди инвалидов трудоспособного возраста он равнялся 0,12, что в 5,2 раза ниже, чем показатель инвалидов старше трудоспособного возраста ( $p < 0,05$ ). Как следует из данных таблицы 4 уровень первичной инвалидности I группы также выше среди инвалидов старше трудоспособного возраста, в динамике варьировал в границах 0,50-0,35, в среднем составлял 0,43 на 10 тыс. соответствующего населения против 0,09 среди инвалидов трудоспособного возраста ( $p < 0,05$ ). Уровень первичной инвалидности III группы также регистрировался выше среди инвалидов старше трудоспособного возраста и составлял в среднем 0,13 против 0,02 среди инвалидов трудоспособного возраста ( $p < 0,05$ ).

### Заключение.

*Анализ первичной инвалидности взрослого населения вследствие рака желудка в г. Москве за указанный период показал, что:*

*- контингент лиц, впервые признанных инвалидами за представленный период имел тенденцию к увеличению.*

*- в структуре рак желудка составлял 5,2% от общего числа ВПИ вследствие злокачественных новообразований.*

*- преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста (68,2%) с тенденцией увеличения их удельного веса в структуре ВПИ от 65,4 до 69,8%.*

- среди лиц трудоспособного возраста преобладали инвалиды мужского пола с тенденцией уменьшения их удельного веса (38,5) с уровнем равным 0,48 на 10 тыс. соответствующего населения, доля лиц женского пола составляла 23,3% с удельным весом равным 0,22.

- среди лиц старше трудоспособного возраста удельный вес лиц женского пола (76,7%) выше, чем мужского пола (61,5). Уровень первичной инвалидности среди лиц мужского пола (2,78) выше, чем среди лиц женского пола (1,16).

- по тяжести инвалидности преобладали инвалиды II группы как среди мужского, так и женского пола.

### Литература

1. Rohwerder B. Disability inclusion: Topic guide / B. Rohwerder. Birmingham: GSDRC: University of Birmingham, 2015, – 50 p.

2. World Cancer Report 2008 / ed P. Boyle, B. Levin – Lyon, 2008 – 511p.

3. Дымочка М.А. Первичная инвалидность взрослого населения в Российской Федерации за период 2012-2017 гг. / М.А. Дымочка, Н.Б. Веригина. //Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 2. – с. 8-16.

4. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России. / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов [и др.] //Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2018 –Т. 21, № 1-2. – с. 10-17.

5. Статистика смертности рака в России – Текст: Электронный // Российский онкологический портал – URL: <http://www.oncoforum.ru/orake/statistica-raka/statistica-smertnosti-of-raka-v-rossi.html>. (Дата публикации: 28.03.2016).

6. Дмитриенко Л.Б. Системный анализ современных тенденций развития и условий проведения медико-социальной экспертизы. / Л.Б. Дмитриенко, О.В. Сергеева, Т.В. Косенкова. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16, № 4. – с. 967-971.

7. Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. 2018 – New York: United Nations, 2019, 366p.

8. Disability and social protection programmes in low and middleincome countries: a systematic review / L.M. Banks, R. Mearkle // Oxford Development Studies. 2017. – Vol. 45, № 3. – p. 223-239.

9. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. /О.С. Балабуха. //Международный медицинский журнал. – 2010. – № 4. – с. 11-13.

10. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населения России в 2017 году. /А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России 2018, -235 с.

11. Сборник основных показателей здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018 году. //ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» 2019, 170 с.

Таблица 1

Структура первичной инвалидности взрослого населения вследствие рака желудка в г. Москве с учетом возрастных категорий за 2015-2019 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения)

Годы	Всего ВПИ вследствие ЗНО			Из них ЗНО желудка			Возрастные категории					
							Трудоспособный (ж.-18-54 л., м. 18-59 л.)			Старше трудоспособного (ж.-55 л. и >, м.-60 л. и >)		
	Абс. число	Уд. вес	Уровень	Абс. число	Уд. вес	Уровень	Абс. число	Уд. вес	Уровень	Абс. число	Уд. вес	Уровень
2015	15123	25,3	14,7	876	5,8	0,84	303	34,6	0,41	573	65,4	1,84
2016	16707	28,2	16,1	845	5,1	0,80	266	31,5	0,36	569	68,5	1,76
2017	15861	29,5	15,3	802	5,1	0,76	258	32,2	0,36	544	67,8	1,64
2018	15825	30,7	15,2	781	4,9	0,73	236	30,2	0,33	545	69,8	1,60
2019	16020	34,6	15,3	829	5,2	0,76	250	30,2	0,35	529	69,8	1,51
Среднее значение	15907	29,7	15,3	827	5,2	0,78	263	31,8	0,36	552	68,2	1,67

Таблица 2

Гендерно-возрастная структура первичной инвалидности взрослого населения вследствие рака желудка в г. Москве за 2015-2019 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения)

Возраст	Показатели		Годы					Среднее значение
			2015	2016	2017	2018	2019	
Трудоспособный	Абс. число	Муж.	206	192	187	162	169	183
		Жен.	97	74	71	74	81	79
	Уд. вес	Муж.	40,1	40,0	39,6	35,2	37,6	38,5
		Жен.	26,8	20,8	21,5	23,1	24,5	23,3
	Абс. число	Муж.	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,48
		Жен.	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,22
Старше трудоспособного	Уд. вес	Муж.	308	288	285	298	280	292
		Жен.	265	281	259	247	249	260
	Абс. число	Муж.	59,9	60,0	60,4	64,8	62,4	61,5
		Жен.	73,2	79,2	78,5	76,9	75,5	76,7
	Уд. вес	Муж.	3,2	2,8	2,7	2,7	2,5	2,78
		Жен.	1,2	1,3	1,1	1,1	1,1	1,16

Таблица 3

Структура первичной инвалидности среди мужчин вследствие рака желудка по группам инвалидности в г. Москве за 2015-2019 гг. (абс. число, на 10 тыс. соответствующего населения)

Годы	Показатели	Группы инвалидности					
		I		II		III	
		Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень
2015	Всего	201	0,4	285	0,5	28	0,05
	Трудоспособный возраст (18-59 лет)	76	0,2	117	0,3	13	0,03
	Старше трудоспособного возраста (60 лет и >)	125	1,3	168	1,7	15	0,15
2016	Всего	210	0,4	234	0,4	36	0,06
	Трудоспособный возраст (18-59 лет)	79	0,2	99	0,3	14	0,04
	Старше трудоспособного возраста (60 лет и >)	131	1,3	135	1,3	22	0,2
2017	Всего	191	0,8	248	0,4	33	0,06
	Трудоспособный возраст (18-59 лет)	72	0,7	103	0,3	12	0,03
	Старше трудоспособного возраста (60 лет и >)	119	1,1	145	1,4	21	0,2
2018	Всего	183	0,3	236	0,4	41	0,07
	Трудоспособный возраст (18-59 лет)	60	0,2	86	0,2	16	0,04
	Старше трудоспособного возраста (60 лет и >)	123	1,1	150	1,4	25	0,2
2019	Всего	174	0,3	243	0,4	32	0,05
	Трудоспособный возраст (18-59 лет)	65	0,2	93	0,3	11	0,03
	Старше трудоспособного возраста (60 лет и >)	109	1,0	150	1,3	21	0,2

Таблица 4

Динамика первичной инвалидности среди женщин вследствие рака желудка в г. Москве  
с учетом тяжести инвалидности за 2015-2019 гг. (абс. число, на 10 тыс. соответствующего населения)

	Годы	Группа инвалидности					
		I		II		III	
		Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень
Всего ВПИ	2015	132	0,2	180	0,3	50	0,08
	2016	136	0,2	191	0,3	28	0,04
	2017	136	0,2	164	0,2	30	0,05
	2018	105	0,16	174	0,3	42	0,06
	2019	127	0,2	175	0,3	28	0,04
В т.ч. в трудоспособном возрасте (18-54 лет)	2015	40	0,11	46	0,13	11	0,03
	2016	35	0,09	33	0,09	6	0,02
	2017	34	0,1	35	0,10	2	0,006
	2018	23	0,07	44	0,13	7	0,02
	2019	33	0,09	44	0,13	4	0,01
В т.ч. старше трудоспособного возраста (55 лет и >)	2015	92	0,43	134	0,62	39	0,20
	2016	101	0,46	158	0,71	22	0,10
	2017	102	0,50	129	0,60	28	0,10
	2018	82	0,35	130	0,56	35	0,15
	2019	94	0,40	131	0,60	24	0,10

**ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ  
В 2010-2018 ГГ.**

**Дмитриев В.Н.<sup>1</sup>, Урусова М.А.<sup>2</sup>, Андреева Н.А.<sup>2</sup>,  
Пензев С.А.<sup>2</sup>, Соклакова Т.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»),

<sup>2</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области» Минтруда России

В Белгородской области за 9-летний (2010-2018 гг.) период снизился уровень первичной инвалидности взрослого населения. В структуре первичной инвалидности лидирующие позиции занимают злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения и костно-мышечной системы. В контингенте впервые признанных инвалидами преобладают лица пенсионного и среднего возраста, инвалиды III и II групп; отмечается негативная тенденция увеличения доли инвалидов I группы во всех возрастных группах. С возрастом утяжеляется впервые устанавливаемая группа инвалидности.

**Ключевые слова:** Белгородская область, впервые признанные инвалидами.

Плохое состояние здоровья населения и инвалидность оказывают многостороннее влияние на социально-экономическое развитие общества, которое испытывает потери комплексного характера: демографические (повышенная смертность людей с плохим здоровьем), экономические (ранний выход с рынка труда, абсентеизм и пр.), социальные (социальная напряженность, депривация и пр.) [1]. Реализация эффективной политики в области социальной защиты инвалидов не может состояться без соответствующего информационно-аналитического сопровождения [2]. Изучение уровня и причин инвалидности населения, динамики тенденций и процессов является неотъемлемой частью деятельности учреждений медико-социальной экспертизы [3]. Результаты этой работы могут быть использованы при планировании организационных, управленческих, экономических мероприятий, направленных на снижение инвалидности в регионе.

Цель настоящего исследования: провести анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения, её структуры, особенностей и закономерностей по результатам освидетельствования в ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области» Минтруда России в 2010-2018 гг.

Материалы и методы. Для оценки первичной инвалидности проведен анализ уровней, структуры и тенденций инвалидности взрослого населения в Белгородской области в динамике за 9-летний (2010-2018 гг.) период по трем возрастным группам взрослого населения в соответствии с критериями формы № 7-собес:

- 1-я группа – молодой возраст – мужчины и женщины 18-44 лет;
- 2-я группа – средний возраст – мужчины 45-59 и женщины 45-54;
- 3-я группа – пенсионный возраст – мужчины от 60 и женщины от 55 лет.

Исследование проводилось сплошным методом. Обработка данных проводилась посредством методов медико-биологической статистики; значения показателей сравнивались с помощью t-критерия, различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Источники информации: база данных единой автоматизированной вертикально интегрированной информационно-аналитической системы (ЕАВИИАС) медико-социальной экспертизы по лицам, первично признанными инвалидами за 2010–2018 гг. в Белгородской области. Обработке подвергались обезличенные данные электронного контента, заполненного медицинскими работниками бюро. При работе с медицинской документацией этические и правовые принципы не были нарушены.

Результаты и обсуждение. Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) в Белгородской области уменьшилось с 8456 в 2010 г. до 6860 человек в 2018 г., темп прироста составил -18,9%. В среднем за год число ВПИ составило  $8513,8 \pm 1104,7$  человек. В структуре общей инвалидности доля ВПИ колеблется в пределах 25,8-33,1%, составив в среднем за год  $30,3\% \pm 1,9$  процентных пункта (п.п.) (по РФ –  $32,8 \pm 0,9$  п.п.). С 2010 по 2018 г. доля ВПИ увеличилась с 25,8 до 31,5% при  $p < 0,05$ , прирост составил +22,1% (по РФ +10,5%) (табл. 1).

Доля впервые признанных инвалидами  
в структуре общей инвалидности в Белгородской области  
и Российской Федерации, 2010-2018 гг.

Годы	Белгородская область			Российская Федерация
	Всего признано инвалидами	Впервые признано инвалидами	Уд. вес, %	Уд. вес, %
2010	32773	8456	25,8	31,4
2011	31671	9436	29,8	32,5
2012	32131	9561	29,8	32,3
2013	30578	9228	30,2	32,2
2014	30526	10118	33,1	32,9
2015	26500	8468	32,0	32,9
2016	24289	7319	30,1	32,8
2017	23931	7178	30,0	33,5
2018	21779	6860	31,5	34,7
M±δ	28242,0±3903,0	8513,8±1104,7	30,3±1,9	32,8±0,9
2018-2010,%	-33,5	-18,9	+22,1*	+10,5*

\* различие достоверно ( $p < 0,05$ )

Линейный тренд изменения доли ВПИ в Белгородской области недостоверен, по РФ – достоверен (коэффициент регрессии +0,30).

В 2018 г. в структуре первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней наибольший удельный вес имеют:

– Злокачественные новообразования 40,8% – 1-е ранговое место (в 2010 г. – 22,6% – 2-е ранговое место); по РФ 33,5% в 2018 г. и 20,4% в 2010 г., 1-е и 2-е ранговые места соответственно.

– Болезни системы кровообращения 27,8% – 2-е ранговое место (в 2010 г. – 41,9% – 1-е ранговое место); по РФ 30,0% в 2018 г. и 39,2% в 2010 г., 2-е и 1-е ранговые места соответственно.

– Болезни костно-мышечной системы 6,6% – 3-е ранговое место (в 2010 г. – 8,7% – 3-е ранговое место); по РФ 5,9% в 2018 г. и 9,4% в 2010 г., 3-е ранговое место.

– Психические расстройства 4,0% – 4-е ранговое место (в 2010 г. – 4,1% – 5-е ранговое место); по РФ 4,9% в 2018 г. и 4,1% в 2010 г., 4-е и 5-е ранговые места соответственно.

– Болезни нервной системы 3,7% – 5-е ранговое место (в 2010 г. – 2,5% – 6-е ранговое место); по РФ 4,0% в 2018 г. и 3,5% в 2010 г., 5-е и 6-е ранговые места соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Распределение впервые признанными инвалидами по классам болезней среди взрослого населения Белгородской области, 2010 и 2018 гг.

Классы болезней	2010			2018			2018-2010, %
	ВПИ, человек	%	Ранговое место	ВПИ, человек	%	Ранговое место	
Всего	8456	100,0	-	6860	100,0		-
Туберкулез	146	1,7	10	16	0,2	14	-88,2*
Болезнь, вызванная ВИЧ	7	0,1	14	17	0,2	14	+100,0
Злокачественные новообразования	1910	22,6	2	2797	40,8	<b>1</b>	+80,5*
Болезни эндокринной системы	206	2,4	7	109	1,6	10	-33,3*
Психические расстройства	345	4,1	5	271	4,0	<b>4</b>	-2,4
Болезни нервной системы	208	2,5	6	251	3,7	<b>5</b>	+48,0*
Болезни глаза	149	1,8	9	155	2,3	7	+27,8
Болезни уха	81	1,0	11	133	1,9	9	+90,0*
Болезни системы кровообращения	3544	41,9	1	1907	27,8	<b>2</b>	-33,7*
Болезни органов дыхания	165	2,0	8	68	1,0	12	-50,0*
Болезни органов пищеварения	147	1,7	<b>10</b>	140	2,0	<b>8</b>	+17,6
Болезни костно-мышечной системы	736	8,7	3	452	6,6	<b>3</b>	-24,1*
Болезни мочеполовой системы	59	0,7	12	79	1,2	11	+71,4*
Последствия травм, отравлений	571	6,8	4	219	3,2	6	-52,9*
Последствия производственных травм	58	0,7	12	25	0,4	13	-42,9*
Профессиональные болезни	13	0,2	13	1	0,01	15	-95,0*

\* различие достоверно ( $p < 0,05$ )

Большое значение имеет сравнительный анализ динамики инвалидности среди лиц трудоспособного (молодого и среднего) и пенсионного возраста. С 2010 по 2018 г. число ВПИ уменьшилось в молодом возрасте с 1756 до 1204 человек (темп прироста составил -31,4%) и в среднем возрасте – с 3546 до 1987 человек (темп прироста -44,0%); увеличилось в пенсионном возрасте с 3154 до 3669 человек (прирост составил +16,3%).

В структуре первичной инвалидности в среднем за год преобладают лица пенсионного (42,9%±5,8 п.п.) и среднего (36,5%±4,4 п.п.) возраста (по РФ – 52,6%±1,8 и 29,5%±2,2 п.п. соответственно), на долю лиц молодого возраста приходится 20,6%±1,8 п.п. (по РФ – 17,9%±0,6 п.п.). С 2010 по 2018 г. увеличилась доля лиц пенсионного возраста с 37,3 до 53,5% при  $p<0,05$  (прирост составил +43,4%); уменьшилась доля лиц среднего возраста с 41,9 до 29,0% при  $p<0,05$  (темп прироста составил -30,8%) и молодого возраста – с 20,8 до 17,6% при  $p<0,05$  (темп прироста составил -15,4%) (табл. 3).

Таблица 3

Распределение контингента впервые признанными инвалидами по возрастным группам в Белгородской области, 2010-2018 гг. (человек)

Годы	ВПИ	Молодой возраст		Средний возраст		Пенсионный возраст	
	Абс. число	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
2010	8456	1756	20,8	3546	41,9	3154	37,3
2011	9436	2040	21,6	3925	41,6	3471	36,8
2012	9561	1990	20,8	3919	41,0	3652	38,2
2013	9228	1986	21,5	3559	38,6	3683	39,9
2014	10118	2280	22,5	3799	37,5	4039	39,9
2015	8468	1846	21,8	2921	34,5	3701	43,7
2016	7319	1549	21,2	2397	32,8	3373	46,1
2017	7178	1238	17,2	2274	31,7	3666	51,1
2018	6860	1204	17,6	1987	29,0	3669	53,5
M±δ	8513,8±1104,7	1765,4±347,4	20,6±1,8	3147,4±720,8	36,5±4,4	3600,9±233,0	42,9±5,8
2018-2010, %	-18,9	-31,4	-15,4*	-44,0	-30,8*	+16,3	+43,4*

\* различие достоверно ( $p<0,05$ )

Линейные тренды изменения доли инвалидов вследствие всех болезней в среднем и пенсионном возрасте области статистически достоверны (коэффициент регрессии составил -1,70 и +2,12 соответственно), в молодом возрасте – недостоверен.

В 2018 по сравнению с 2010 г. уровень первичной инвалидности снизился на 18,2% с 66,55 до 54,44 при  $p < 0,05$ , составив в среднем за год  $67,05 \pm 8,54$  человека, в том числе в молодом возрасте – на 26,4% с 28,75 до 21,17 при  $p < 0,05$ , составив в среднем за год  $29,74 \pm 5,46$  человека, в среднем возрасте – на 35,7% с 119,53 до 76,86 при  $p < 0,05$ , составив в среднем  $112,12 \pm 21,66$  человека и в пенсионном возрасте – на 2,4% с 86,85 до 84,74 при  $p > 0,05$ , составив в среднем  $90,43 \pm 6,04$  человека. По РФ ситуация аналогичная. Линейные тренды изменения уровня первичной инвалидности в молодом и среднем возрасте достоверны (коэффициент регрессии -1,37 и -6,97 соответственно), в пенсионном возрасте – недостоверен (рис. 1).

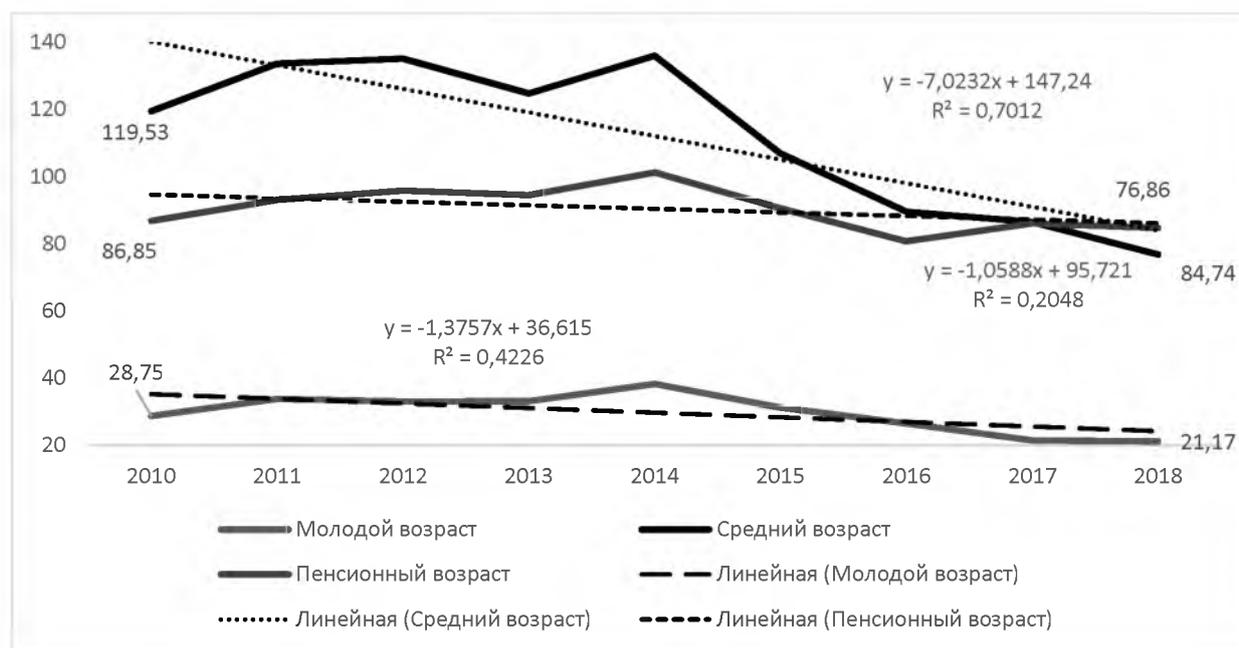


Рис. 1. Уровень первичной инвалидности с учетом возраста в Белгородской области (на 10 тыс. соответствующего населения)

В структуре первичной инвалидности преобладают инвалиды III (48,7%±2,0 п.п.) и II группы (37,7%±4,1 п.п.) (по РФ – 45,3%±5,9 и 38,4%±4,7 п.п. соответственно), на долю инвалидов I группы приходится 13,6%±2,1 п.п. (по РФ – 16,0%±2,9 п.п.). С 2010 по 2018 г. увеличилась доля инвалидов III группы с 47,6 до 51,9% при  $p < 0,05$  (прирост составил +9,0%) и инвалидов I группы – с 12,7 до 17,4% при  $p < 0,05$  (прирост составил +37,0%); уменьшилась доля инвалидов II группы с 39,6 до 30,7% при  $p < 0,05$  (темп прироста составил -22,5%). Линейные тренды изменения доли инвалидов I, II и III группы статистически достоверны (коэффициент регрессии составил +0,72, -1,31 и +0,59 соответственно) (табл. 4).

Распределение контингента впервые признанными инвалидами по группам инвалидности в Белгородской области, 2010-2018 гг. (человек)

	ВПИ	I группа		II группа		III группа	
	Абс. число	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
2010	8456	1078	12,7	3351	39,6	4027	47,6
2011	9436	1077	11,4	3824	40,5	4535	48,1
2012	9561	1102	11,5	3950	41,3	4509	47,2
2013	9228	1120	12,1	3793	41,1	4315	46,8
2014	10118	1210	12,0	4298	42,5	4610	45,6
2015	8468	1180	13,9	3054	36,1	4234	50,0
2016	7319	1078	14,7	2594	35,4	3647	49,8
2017	7178	1200	16,7	2285	31,8	3693	51,4
2018	6860	1194	17,4	2107	30,7	3559	51,9
M±δ	8513,8±1104,7	1137,7±54,2	13,6±2,1	3250,7±740,1	37,7±4,1	4125,4±386,4	48,7±2,0
2018-2010, %	-18,9	+10,8	+37,0*	-37,1	-22,5*	-11,6	+9,0*

\* различие достоверно ( $p < 0,05$ )

В молодом возрасте основная доля ВПИ приходится на III группу инвалидности – в среднем  $55,1\% \pm 4,8$  п.п., инвалиды II и I группы составляют  $38,4\% \pm 6,0$  и  $6,5\% \pm 1,4$  п.п. соответственно. По РФ в молодом возрасте основная доля ВПИ приходится на III и II группу инвалидности  $47,9\% \pm 1,3$  и  $43,5\% \pm 2,0$  п.п. соответственно, инвалиды I группы составляют  $8,6\% \pm 0,8$  п.п. За период с 2010 по 2018 г. отмечена тенденция к увеличению удельного веса инвалидов III с 51,8 до 64,6% при  $p < 0,05$  (прирост составил +24,7%) и I группы – с 7,4 до 9,1% при  $p > 0,05$  (прирост составил +23,0%); уменьшению доли инвалидов II группы с 40,8 до 26,3% при  $p < 0,05$  (темп прироста составил -35,5%) (табл. 5).

Распределение контингента первично признанными инвалидами  
в молодом возрасте по группам инвалидности в Белгородской области,  
2010-2018 гг. (человек)

Годы	ВПИ/молодой возраст	I группа		II группа		III группа	
	Абс. число	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
2010	1756	130	7,4	717	40,8	909	51,8
2011	2040	115	5,6	806	39,5	1119	54,9
2012	1990	95	4,8	853	42,9	1042	52,4
2013	1986	124	6,2	881	44,4	981	49,4
2014	2280	109	4,8	1020	44,7	1151	50,5
2015	1846	105	5,7	741	40,1	1000	54,2
2016	1549	105	6,8	572	36,9	872	56,3
2017	1238	103	8,3	374	30,2	761	61,5
2018	1204	109	9,1	317	26,3	778	64,6
M±δ	1765,4±347,4	110,6±10,2	6,5±1,4	697,9±221,4	38,4±6,0	957,0±130,6	55,1±4,8
2018- 2010, %	-31,4	-16,2	+23,0	-55,8	-35,5*	-14,4	+24,7*

\* различие достоверно ( $p < 0,05$ )

Линейные тренды изменения доли инвалидов II и III группы в молодом возрасте в структуре всех ВПИ в молодом возрасте статистически достоверны (коэффициент регрессии составил -1,70 +1,39 соответственно), инвалидов I группы – недостоверен.

В среднем возрасте основная доля ВПИ приходится на III группу инвалидности – в среднем 53,7%±3,1 п.п. (по РФ – 50,3%±1,0 п.п.), инвалиды II и I группы составляют 37,0%±4,6 и 9,4%±1,7 п.п. соответственно (по РФ – 37,9%±2,4 и 11,7%±1,5 п.п. соответственно). За период с 2010 по 2018 г. отмечена тенденция к увеличению удельного веса инвалидов I группы с 8,5 до 12,4% при  $p < 0,05$  (прирост составил +45,9%) и инвалидов III группы – с 52,7 до 59,2% при  $p < 0,05$  (прирост составил +12,3%) и к уменьшению доли инвалидов II группы – с 38,9 до 28,4% при  $p < 0,05$  (темп прироста составил -27,0%) (табл. 6).

Распределение контингента первично признанными инвалидами  
в среднем возрасте по группам инвалидности в Белгородской области,  
2010-2018 гг. (человек)

Годы	ВПИ/средний возраст	I группа		II группа		III группа	
	Абс. число	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
2010	3546	301	8,5	1378	38,9	1867	52,7
2011	3925	285	7,3	1540	39,2	2100	53,5
2012	3919	310	7,9	1620	41,3	1989	50,8
2013	3559	295	8,3	1434	40,3	1830	51,4
2014	3799	300	7,9	1612	42,4	1887	49,7
2015	2921	281	9,6	1082	37,0	1558	53,3
2016	2397	271	11,3	845	35,3	1281	53,4
2017	2274	256	11,3	679	29,9	1339	58,9
2018	1987	247	12,4	564	28,4	1176	59,2
M±δ	3147,4±720,8	282,9±20,2	9,4±1,7	1194,9±389,3	37,0±4,6	1669,7±319,0	53,7±3,1
2018- 2010, %	-44,0	-17,9	+45,9*	-59,1	-27,0*	-37,0	+12,3*

\* различие достоверно ( $p < 0,05$ )

Линейные тренды изменения доли инвалидов I, II и III группы в среднем возрасте в структуре всех ВПИ в данном возрасте статистически достоверны (коэффициент регрессии составил +0,60, -1,42 и +0,82 соответственно).

В пенсионном возрасте основная доля ВПИ приходится на II и I группу инвалидности – в среднем 37,7%±3,6 и 20,7%±1,4 п.п. соответственно, инвалиды III группы составляют 41,6%±2,5 п.п. По РФ ситуация аналогичная: доля инвалидов II и I группы составляет 38,7%±3,0 и 23,5%±1,7 п.п. соответственно, инвалидов III группы – 37,8%±1,5 п.п. За период с 2010 по 2018 г. отмечено увеличение удельного веса инвалидов III группы с 39,7 до 43,7% при  $p < 0,05$  (прирост составил +10,1%) и I группы – с 20,5 до 22,8% при  $p < 0,05$  (прирост составил +11,2%), и уменьшение доли инвалидов II группы с 39,8 до 33,4% при  $p < 0,05$  (темп прироста составил -16,1%) (табл. 7).

Распределение контингента первично признанными инвалидами  
в пенсионном возрасте по группам инвалидности в Белгородской области,  
2010-2018 гг. (человек)

Годы	ВПИ/пенсионный возраст	I группа		II группа		III группа	
	Абс. число	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
2010	3154	647	20,5	1256	39,8	1251	39,7
2011	3471	677	19,5	1478	42,6	1316	37,9
2012	3652	697	19,1	1477	40,4	1478	40,5
2013	3683	701	19,0	1478	40,1	1504	40,8
2014	4039	801	19,8	1666	41,2	1572	38,9
2015	3701	794	21,5	1231	33,3	1676	45,3
2016	3373	702	20,8	1177	34,9	1494	44,3
2017	3666	841	22,9	1232	33,6	1593	43,5
2018	3669	838	22,8	1226	33,4	1605	43,7
M±δ	3600,9±233,0	744,2±69,7	20,7±1,4	1357,9±160,0	37,7±3,6	1498,8±130,0	41,6±2,5
2018- 2010, %	+16,3	+29,5	+11,2*	-2,4	-16,1*	+28,3	+10,1*

\* различие достоверно ( $p < 0,05$ )

Линейные тренды изменения доли инвалидов I, II и III группы в пенсионном возрасте в структуре всех ВПИ в данном возрасте статистически достоверны (коэффициент регрессии составил +0,42, -1,17 и +0,75 соответственно).

Итак, с 2010 по 2018 г. в Белгородской области и по РФ уровень первичной инвалидности взрослого населения достоверно снизился. Контингент ВПИ формируется преимущественно лицами пенсионного и среднего возраста с тенденцией к увеличению доли лиц пенсионного возраста. В структуре ВПИ в регионе и по РФ преобладают инвалиды III и II группы. Отмечается негативная тенденция к увеличению удельного веса тяжелой I группы во всех возрастных группах, максимально в среднем возрасте, что обуславливает необходимость повышения качества работы специалистов лечебно-профилактических учреждений при проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения. Полученные данные об уровне инвалидности, возрастной структуре и основных тенденциях показателей инвалидности населения могут быть использованы в качестве информационной базы данных для разработки программ по

профилактике заболеваемости и инвалидизации населения Белгородского региона.

### Литература

1. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов / С.А. Васин, Ю.М. Горлин, Е.Е. Гришина [и др.]; РАНХиГС. Москва, 2014. 102 с. URL: <http://ssrn.com/abstract=2443895> (дата обращения: 14.06.2018).

2. Динамика инвалидности населения Омской области в 2014-2018 годах / А.И. Калашников, Е.В. Шамшева, С.И. Саликова [и др.] // Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика: материалы науч.-практ. конф., Новокузнецк, 3-4 октября 2019 г. / Новокузнецкий науч.-практ. центр медико-соц. экспертизы и реабилитации инвалидов М-ва труда и соц. защиты РФ. Новокузнецк, 2019. С. 52-53.

3. Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы : приказ М-ва труда и соц. защиты РФ от 11 октября 2012 г. № 310н // Российская газета. 2012. 28 декабря.

### Сведения об авторах:

1. Дмитриев Вадим Николаевич, профессор кафедры факультетской хирургии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»), д. м. н., доцент; (Белгород, Россия)

2. Урусова Марина Анатольевна, врач по МСЭ Экспертного состава № 3 ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; (Белгород, Россия)

3. Андреева Наталья Александровна, руководитель бюро № 3 смешанного профиля ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; (Белгород, Россия)

4. Пензев Сергей Алексеевич, врач по МСЭ бюро № 3 смешанного профиля ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; (Белгород, Россия)

5. Соклакова Татьяна Александровна, врач по МСЭ бюро № 10 ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; (Белгород, Россия)

**УДК 614.29+35.087.431.3+616-036.865+616-036.24**

**ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ МЕР  
ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Перминов В.А., Куликов С.К.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, г. Томск

Организация медико-социальной экспертизы граждан в условиях действия ограничительных мер по предупреждению распространения коронавирусной инфекции требует усиления межведомственного взаимодействия при оказании государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. Согласно Временного порядка признания лица инвалидом, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 467 (далее – Временный порядок), в целях обеспечения самоизоляции для граждан с инвалидностью, предусмотрено проведение медико-социальной экспертизы исключительно заочно. В ходе реализации Временного порядка признания граждан инвалидами учреждение осуществляет межведомственное взаимодействие с профильными департаментами и ведомствами, данное взаимодействие имеет ряд актуальных аспектов.

Решение о продлении инвалидности, при отсутствии направления на медико-социальную экспертизу из медицинской организации, принимается федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы согласно списку граждан, предоставляемых Пенсионным фондом Российской Федерации (далее – ПФР), размещенного на технологическом портале ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. В целях сверки актуальности предоставленных списков учреждением организовано взаимодействие с территориальным отделением ПФР по Томской области, ежемесячно проводится сверка поступающих списков. При сверке выявлено, что в предоставленных ПФР списках ошибочно включены граждане,

освидетельствованные в других субъектах Российской Федерации, в ряде случаев граждане имеют несколько СНИЛС или в списке ПФР указан не актуальный СНИЛС, что требует дополнительной работы по их объединению или актуализации.

Временный порядок полностью исключает личное присутствие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) при проведении медико-социальной экспертизы. В связи с этим, перед началом освидетельствования специалисты бюро МСЭ по телефону выясняют у граждан информацию об изменении персональных данных, а также факт оформления направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией. Данная работа требует дополнительной затраты времени, так как имеются сложности с дозвоном до граждан.

Учреждением осуществляется мониторинг поступающих направлений на медико-социальную экспертизу, организован их учёт. Решение о продлении инвалидности гражданам, при отсутствии направления на МСЭ, принимается не позднее чем за три рабочих дня до истечения ранее установленного срока инвалидности.

За период действия Временного порядка с 01.03.2020 года по состоянию на 20.08.2020 года в учреждении освидетельствовано с целью установления инвалидности 4731 чел., из них: первично – 1987 чел. повторно – 2744 чел. Все граждане освидетельствованы исключительно заочно. По сравнению с аналогичным периодом 2019 года зарегистрирован рост числа освидетельствованных на 7%, из них: количество освидетельствованных первично снизилось на 32 чел. или 1,6%, а количество освидетельствованных повторно возросло на 342 чел. или 14,2%.

Согласно Временного порядка в бюро МСЭ учреждения автоматически продлена инвалидность 1286 чел. или 46,9% от общего числа граждан, которым продлена инвалидность, в том числе 36 чел. по достижению возраста 18 лет.

Кроме продления инвалидности согласно Временного порядка, у граждан сохраняется возможность оформить направление на медико-социальную экспертизу в медицинской организации. За анализируемый период продлена инвалидность по направлению, оформленному медицинской организацией 1458 чел. или 53,1% от общего числа граждан, которым продлена инвалидность.

Также, по направлению на медико-социальную экспертизу проводится освидетельствование всех граждан первично обратившихся за предоставлением государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. В вопросах своевременного и качественного оформления

направлений на медико-социальную экспертизу учреждение тесно взаимодействуют с медицинскими организациями региона. В настоящее время данная работа осуществляется на бумажном носителе, пакет документов с реестром передается курьером медицинской организации. Переход на электронный документооборот запланирован на 2021 год.

Учреждение совместно с департаментом здравоохранения Томской области и Томским территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ТТФОМС) проводят планомерную работу по сокращению сроков оформления медицинскими организациями направлений на медико-социальную экспертизу и повышению их качества. Удельный вес граждан, направленных специалистами МСЭ на дополнительное обследование в медицинские организации снизился по сравнению с аналогичным периодом прошлого года с 12,9% до 3,3% от общего числа граждан, переосвидетельствованных по направлению медицинской организации.

Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) направляется гражданину заказным почтовым отправлением, с предварительным уведомлением по телефону. Телефонogramмы о разъяснении гражданам результатов освидетельствования вкладываются в дело МСЭ. Специалистами учреждения разработаны памятки для инвалидов, которые вкладываются вместе с сопроводительным письмом в пакет документов, направляемых гражданам по результатам медико-социальной экспертизы.

Учреждение активно взаимодействует с территориальным отделением ПФР и региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ФСС). Все сведения об установлении или продлении инвалидности, выписки из ИПРА в течение одних суток выгружаются в Федеральный реестр инвалидов и в трёхдневный срок направляются в клиентские службы территориального отделения ПФР. Выписка из индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в части обеспечения техническими средствами реабилитации направляется учреждением в ФСС в течение трёх рабочих дней в форме электронного документа.

В случае установления инвалидности впервые, специалисты учреждения, сообщают гражданину по телефону результат освидетельствования и спрашивают его разрешения на передачу контактных данных в ПФР для обращения к нему сотрудников ПФР в целях назначения ему пенсии по инвалидности. Акт о получении согласия на передачу

контактных данных в ПФР приобщается к делу гражданина, а скан-копия акта прикрепляется в документы-основания в ЕАВВИАС МСЭ.

В 2021 году планируется переход к проактивному назначению пенсий по инвалидности, таким образом гражданам с инвалидностью не нужно будет лично обращаться в отделения ПФР.

В учреждении усилены разъяснительная работа и информирование граждан и организаций о возможности заочного освидетельствования и порядке продления ранее установленной инвалидности (категории «ребенок-инвалид») в период распространения новой коронавирусной инфекции в соответствии с положениями Временного порядка:

- руководителем-главным экспертом по МСЭ ежемесячно проводится «прямая линия» с населением по вопросам организации оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы в условиях действия ограничительных мер;

- на регулярной основе руководитель-главный эксперт по МСЭ участвует в совместных «горячих линиях», проводимых Уполномоченным по правам человека в Томской области и руководством регионального департамента здравоохранения по вопросам соблюдения прав людей с инвалидностью на доступную и квалифицированную медицинскую помощь;

- организовано регулярное выступление руководителя-главным эксперта по МСЭ на радио и телевидении ГТРК «Томск»;

- информация о работе учреждения в новых условиях размещена в региональных печатных СМИ и на интернет-портале Администрации Томской области;

- о предстоящем продлении инвалидности и результатах освидетельствования граждане ежедневно информируются телефонограммами специалистами бюро МСЭ;

- разработаны памятки для инвалидов, которые вкладываются вместе с сопроводительным письмом в пакет документов, направляемых гражданам по результатам медико-социальной экспертизы;

- на официальном сайте учреждения [www.70.gbmse.ru](http://www.70.gbmse.ru) размещена информация об ограничении очного приема граждан, порядке продления ранее установленной группы инвалидности (категории ребенок-инвалид);

- на постоянной основе в рабочее время работает телефон «горячей линии» по вопросам Временного порядка признания лица инвалидом без личного присутствия 8 (3822) 401-600.

Таким образом, тесное межведомственное взаимодействие учреждения МСЭ с профильными департаментами и ведомствами региона в условиях действия ограничительных мер по предупреждению распространения

коронавирусной инфекции позволило своевременно продлить сроки инвалидности всем нуждающимся гражданам.

Сведения об авторах:

1. Перминов Вячеслав Анатольевич – руководитель – главный эксперт по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук.

Служ. адрес: 634009, г. Томск, ул. Бердская, д. 27.

Контактный телефон: (8-382-2) 403-304, e-mail: [pva@mse.tomsk.ru](mailto:pva@mse.tomsk.ru)

2. Куликов Сергей Константинович – начальник организационно-методического отдела ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России

Служ. адрес: 634009, г. Томск, ул. Бердская, 27.

Контактный телефон: (8-382-2) 404-700, E-mail: [ksk@mse.tomsk.ru](mailto:ksk@mse.tomsk.ru)

**УДК [314.44+616.89+616-036.86]-053.2**

**ПЕРВИЧНАЯ ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ  
ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
В 2017-2019 ГГ.**

**Аргат Ю.Н., Саликова С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

**Ключевые слова.** Ребенок-инвалид, умственная отсталость, органические расстройства, расстройства психологического развития, шизофрения, реабилитация и абилитация.

**Введение.** Психические расстройства и расстройства поведения у детей являются частой причиной установления им инвалидности. Психические заболевания приводят к стойким нарушениям психических функций и стойким ограничениям жизнедеятельности, социальной дезинтеграции и маргинализации. У ребенка с психическими нарушениями часто могут быть сразу несколько категорий ограничений жизнедеятельности, что существенно осложняет процесс его реабилитации и абилитации, социализации.

**Цель.** Изучить структуру первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения у детей в возрасте до 18 лет по гендерно-возрастным характеристикам, месту жительства, основным

клиническим нозологическим формам в Омской области в период 2017-2019 гг.

**Материалы и методы.** Для анализа были использованы: программа «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (далее – ЕАВИИАС МСЭ), данные формы федерального статистического наблюдения № 7-Д (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет» за 2017-2019 гг. ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России и статистический сборник «Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2018 году» ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический, статистический, сравнительный анализ.

**Результаты и обсуждение.** Проведенный анализ первичной детской инвалидности в Омской области в период 2017-2019 гг. позволил определить, что психические расстройства и расстройства поведения являются основной причиной инвалидности у детей. Среди них преобладают дети, проживающие в городской местности. Основной контингент представлен мальчиками. Наибольший удельный вес занимают дети возрастных категорий 8-14 лет и 4-7 лет. В структуре первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения первое и второе ранговые места стабильно занимают умственная отсталость и органические расстройства соответственно. Все дети, признанные инвалидами, нуждаются в комплексных реабилитационных или абилитационных мероприятиях (медицинских, психолого-педагогических и социальных).

### Заключение.

Психические расстройства и расстройства поведения, являясь частой и основной причиной инвалидности у детского населения, приводят к быстрой социальной дезинтеграции через стойкие ограничения жизнедеятельности. В связи с этим все дети-инвалиды с данными нарушениями нуждаются в комплексной и своевременной реабилитации и абилитации.

# PRIMARY CHILD DISABILITY DUE TO MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL DISORDERS IN THE OMSK REGION IN 2017-2019

Argat Yu.N., Salikova S.I.

FGI "CB MCE in the Omsk region" Ministry of Labor of Russia, the city of Omsk

***Keywords:** disabled child; mental retardation; organic disorders; psychological development disorders; schizophrenia; rehabilitation and habilitation.*

**Introduction.** Mental and behavioral disorders in children are a common cause of disability. Mental illness leads to persistent disorders of mental functions and persistent limitations of life, social disintegration and marginalization. A child with mental disorders can often have several categories of disability at once, which significantly complicates the process of rehabilitation and habilitation, socialization.

**Aim.** To study the structure of primary disability due to mental disorders and behavioral disorders in children under 18 years of age by gender and age characteristics, place of residence, the main clinical nosological forms in the Omsk region in the period 2017-2019.

**Materials and methods.** The study used the ITU EAVIASP program, as well as information on the medical and social assessment of children under the age of 18 for 2017, 2018 and 2019 on form No. 7-D (sobs) The Ministry of labor of the Russian Federation and the statistical collection "Main indicators of primary disability of the child population in the Russian Federation in 2018". Research methods: copying information, analytical, statistical, comparative analysis.

**Results and discussion.** The analysis of primary child disability due to mental disorders and behavioral disorders in the Omsk region in the period 2017-2019 allowed us to determine: mental disorders and behavioral disorders are the main cause of disability in children, among children with disabilities, children living in urban areas predominate; the main contingent is represented by boys, the largest share is occupied by children of the age categories 8-14 years and 4-7 years. In the structure of primary child disability due to mental disorders and behavioral disorders, the first and second ranks are consistently occupied by mental retardation and organic disorders, respectively. All children recognized as disabled need comprehensive rehabilitation or habilitation measures (medical, psychological, pedagogical, and social).

**Conclusion.** Mental and behavioral disorders, being a frequent and major cause of disability in the child population, lead to rapid social disintegration through

persistent disabilities. In this regard, all children with disabilities with these disorders need comprehensive and timely rehabilitation and habilitation.

**Введение.** Детская инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения (далее – психические расстройства), по-прежнему, является актуальной проблемой. В структуре болезней среди детей-инвалидов психические расстройства занимают первое ранговое место. Особенности психических расстройств у детей являются: стойкость данных нарушений, частое сочетание с соматоневрологическими расстройствами; последствиями их могут быть несколько категорий ограничений жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению, контролю за своим поведением).

**Цель.** Изучение структуры первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств по гендерно-возрастным критериям, по месту проживания, по клинике основных нозологических форм психических расстройств в период 2017-2019 гг. в Омской области.

**Материалы и методы.** Источники информации: программа ЕАВИИАС МСЭ; данные формы федерального статистического наблюдения № 7-Д (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет» за 2017-2019 гг. ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России; статистический сборник «Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2018 году» ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический, статистический, сравнительный анализ. Период исследования: 2017-2019 гг.

**Результаты и обсуждение.** В Омской области в период 2017-2019 гг. в структуре первичной детской инвалидности по классам болезней первое ранговое место стабильно занимают психические расстройства с удельным весом 35,3 – 39,8% – 42,7% случаев, что выше, чем по РФ в 2018 г. (26,3%). Абсолютное число увеличилось с 392 чел. в 2017 г. до 442 чел. в 2019 г., на 50 случаев (12,8%). Уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств так же имеет тенденция к росту: 9,5 – 10,9 – 10,6 на 10 тысяч детского населения; темп прироста на 11,6%. По РФ и СФО уровень в 2018 г. ниже – 6,5 и 7,8 на 10 тысяч детского населения соответственно.

Второе ранговое место занимают врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения со снижением удельного веса – 22,8% – 16,5% – 18,2% соответственно по годам. Их абсолютное число уменьшилось с 253 чел. в 2017 г. до 188 чел. в 2019 г., на 65 случаев (25,7%).

На третьем ранговом месте находятся болезни нервной системы с удельным весом 12,3% – 12,7% – 11,9% соответственно по годам.

Абсолютное число уменьшилось с 136 чел. в 2017 г. до 123 чел. в 2019 г., на 13 случаев (9,6%).

На четвертом ранговом месте – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с ростом их доли с 9,6% в 2017 г. до 10,9% в 2019 г. Пятое ранговое место занимают новообразования и болезни костно-мышечной системы с колебанием удельного веса в пределах 3,6% – 4,5%.

За анализируемый период среди детей, впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ) вследствие психических расстройств, удельный вес проживающих в городской местности возрастает: 55,1% – 62,0% – 63,1% случаев, в среднем составив 60,1%. Их абсолютное число увеличилось на 29,2%, с 216 чел. в 2017 г. до 279 чел. в 2019 г.

Доля детей, проживающих в сельской местности, снижается: 44,9% – 38,0% – 36,9%, в среднем – 39,9%. Абсолютное число уменьшилось на 7,4%, с 176 чел. в 2017 г. до 163 чел. в 2019 г. Это обусловлено удаленностью сельского населения от медицинских организаций, клиничко-диагностических центров, социально-реабилитационных учреждений и меньшей обращаемостью в них.

В 2017-2019 гг. в гендерной структуре детей ВПИ вследствие психических расстройств наибольший удельный вес мальчиков: 72,7% – 70,8% – 72,9% соответственно годам, в среднем – 72,1%, что выше, чем по РФ и СФО в 2018 г. – 71,0% и 71,5% соответственно. Абсолютное число мальчиков увеличилось на 13,0%, с 285 чел. в 2017 г. до 322 чел. в 2019 г.

Удельный вес девочек колеблется в пределах 27,1% – 29,2%, в среднем составив 27,9%, что меньше, чем по РФ и СФО в 2018 г. – 29,0% и 28,5% соответственно. Их абсолютное число увеличилось с 107 чел. в 2017 г. до 120 чел. в 2019 г., темп прироста на 12,1% (табл. 1).

Таблица 1

Гендерная структура детей ВПИ вследствие психических расстройств в 2017-2019 гг. в Омской области (абс. ч., %)

Год	Психические расстройства Всего детей	в т. ч. по полу			
		мальчики		девочки	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
2017	392	285	72,7	107	27,3
2018	455	322	70,8	133	29,2
2019	442	322	72,9	120	27,1
Среднее многолетнее значение	429,7	309,7	72,1	120	27,9

В возрастной структуре детей ВПИ вследствие психических расстройств преобладает возрастная категория 8-14 лет со средним удельным весом 47,1%. В динамике их удельный вес снижается: 49,2%– 48,8% – 43,4%, однако выше, чем по РФ и СФО в 2018 г. – 38,8% и 42,1% соответственно. Их абсолютное число в 2017-2018 гг. возросло с 193 чел. до 222 чел., на 15,0%; в 2019 г. отмечено снижение до 192 чел., на 13,5% случаев (табл. 2).

Удельный вес детей в возрасте 4-7 лет в среднем составил 42,0%. Удельный вес данной возрастной категории возрастает: 39,8% – 40,9% – 45,2% соответственно годам, по РФ и СФО в 2018 г. – 45,1% и 44,1% соответственно. Отмечен рост и абсолютного числа на 28,2% случаев, с 156 чел. в 2017 г. до 200 чел. в 2019 г.

Доля детей возрастной категории 15-17 лет увеличивается: 4,6% – 5,5% – 6,6%, в среднем – 5,6%, по РФ и СФО в 2018 г. – 6,8% и 6,5%. Абсолютное число возросло на 61,1% случаев, с 18 чел. в 2017 г. до 29 чел. в 2019 г.

Удельный вес детей 0-3 лет в среднем составил 5,2%. Их доля в возрастной структуре уменьшилась: 6,4%– 4,8%– 4,8%, что ниже, чем по РФ и СФО в 2018 г. – 9,2% и 7,4% соответственно. Абсолютное число уменьшилось на 16,0% случаев, с 25 чел. в 2017 г. до 21 чел. в 2019 г.

В структуре психических расстройств по нозологическим формам первое ранговое место стабильно занимает умственная отсталость со среднемноголетним удельным весом 51,5%. В динамике отмечается неустойчивая тенденция к снижению абсолютного числа детей-инвалидов – 224 – 236 – 204 ребенка соответственно по годам, с темпом убыли на 8,9%.

Уровень первичной детской инвалидности вследствие умственной отсталости составил в 2017 -2019 гг. – 5,4 – 5,7 – 4,9 на 10 тысяч детского населения соответственно годам; темп убыли – 9,3% (в 2018 г. по РФ и СФО – 2,8 и 4,2 на 10 тысяч детского населения соответственно). В структуре детей-инвалидов по гендерному признаку преобладают мальчики со средним удельным весом 69,0% (по РФ и СФО в 2018 г. – 66,4% и 68,8% соответственно), девочки составили 31,0% (по РФ и СФО в 2018 г. – 33,6% и 31,2% соответственно). Возрастная категория детей 8-14 лет лидирует со среднемноголетним удельным весом 61,4% случаев. Среди уточненных причин развития умственной отсталости у детей преобладают внутриутробные гипоксия и асфиксия, недоношенность, родовые травмы и травмы, полученные в возрасте до 3 лет, внутриутробные интоксикации (алкогольные, никотиновые) и внутриутробные инфекции (цитомегаловирусная, герпес и др.), хромосомные нарушения. Часто у детей-инвалидов с умственной отсталостью отмечаются нарушения поведения

различной степени выраженности (психопатоподобный тип олигофренического дефекта, эксплозивный и астенический варианты).

Второе ранговое место в структуре психических расстройств занимают органические расстройства различной этиологии (эпилепсия, травмы, интоксикации и инфекции, смешанные причины) со среднемноголетним удельным весом 43,2% (185,7 детей в среднем в год). В динамике отмечается рост абсолютного числа детей-инвалидов данной патологии – 140 чел. – 200 чел. – 217 чел. соответственно по годам, темп прироста – 55,0%. Уровень первичной детской инвалидности вследствие органических расстройств составляет в 2017 – 2019 гг. – 3,4 – 4,8 – 5,2 на 10 тысяч детского населения (прирост – 52,9%). Среди детей-инвалидов по гендерному признаку преобладают мальчики, в среднем – 76,3%, девочки составляют 23,7% случаев. В возрастной структуре дети 4-7 лет лидируют со среднемноголетним удельным весом 55,7% случая. Часто клиническая картина органических расстройств проявляется психоорганическим и астеническим синдромами, психопатоподобными расстройствами.

На третьем ранговом месте среди психических расстройств находится шизофрения со среднемноголетним удельным весом 3,4% случаев.

Таблица 2

Структура детей ВПИ вследствие психических расстройств по нозологическим формам  
и гендерно-возрастным критериям в Омской области в 2017-2019 гг. (абс. ч., %)

Психические расстройства и расстройства поведения	Годы	Всего	в т. ч. по возрасту и полу															
			0-3 года				4-7 лет				8-14 лет				15-17 лет			
			М		Д		М		Д		М		Д		М		Д	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего	2017	392	19	4,8	6	1,5	119	30,4	37	9,4	133	33,9	60	15,3	14	3,6	4	1,0
	2018	455	13	2,9	9	2,0	142	31,2	44	9,7	151	33,2	71	15,6	16	3,5	9	2,0
	2019	442	20	4,5	1	0,2	145	32,8	55	12,4	140	31,7	52	11,8	17	3,8	12	2,7
	среднее значение	429,7	17,3	4,0	5,3	1,2	135,3	31,5	45,3	10,5	141,3	32,9	61,0	14,2	15,7	3,7	8,3	1,9
умственная отсталость	2017	224	4	1,8	2	0,9	58	25,9	13	5,8	91	40,6	48	21,4	5	2,2	3	1,3
	2018	236	1	0,4	1	0,4	49	20,8	23	9,7	97	41,1	50	21,2	9	3,8	6	2,5
	2019	204	4	2,0	0	0,0	38	18,6	23	11,3	89	43,6	33	16,2	13	6,4	4	2,0
	среднее значение	221,3	3	1,4	1	0,5	48,3	21,8	19,7	8,9	92,3	41,7	43,7	19,7	9	4,1	4,3	1,9
органические расстройства	2017	140	13	9,3	4	2,8	52	37,1	20	14,3	36	25,7	10	7,1	5	3,6	0	0,0
	2018	200	12	6,0	7	3,5	90	45,0	19	9,5	48	24,0	19	9,5	5	2,5	0	0,0
	2019	217	16	7,4	1	0,5	99	45,6	31	14,3	47	21,6	18	8,3	2	0,9	3	1,4
	среднее значение	185,7	13,7	7,4	4	2,2	80,3	43,2	23,3	12,5	43,7	23,5	15,7	8,5	4	2,2	1	0,5
расстройства психологического развития	2017	11	2	18,2	0	0,0	6	54,5	2	18,2	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2018	6	0	0,0	1	16,7	1	16,7	2	33,3	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0
	2019	7	0	0,0	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	среднее значение	8	0,7	8,8	0,3	3,8	4,3	53,7	1,7	21,2	0,7	8,8	0,3	3,8	0	0,0	0	0,0
шизофрения	2017	17	0	0,0	0	0,0	3	17,6	2	11,8	5	29,4	2	11,8	4	23,5	1	5,9
	2018	13	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	5	38,5	1	7,7	2	15,4	3	23,1
	2019	14	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	4	28,6	1	7,1	2	14,3	5	35,7
	среднее значение	14,7	0	0,0	0	0,0	2,3	15,6	0,7	4,8	4,7	32,0	1,3	8,8	2,7	18,4	3	20,4

В динамике отмечено уменьшение количества детей с данной патологией с 17 чел. в 2017 г. до 14 чел. в 2019 г., на 17,6% случаев. Уровень колебался в пределах 0,4 – 0,3 на 10 тысяч детского населения. В гендерной структуре преобладали мальчики, в среднем в 66,0% случаев; девочки составили 34,0%. По возрастным категориям превалирует группа детей 8-14 лет со среднемноголетним удельным весом 40,8% случаев. В клинике шизофрении преобладают психопатоподобные расстройства, галлюцинаторная симптоматика и олигофреноподобная симптоматика (недоразвитие, снижение интеллекта).

Четвертое ранговое место занимают расстройства психологического развития, со средним удельным весом 1,9% случаев. Абсолютное число детей-инвалидов с данной патологией уменьшилось с 11 чел. до 7 чел., на 36,4% случаев. Уровень колеблется в диапазоне – 0,3 – 0,1 – 0,2 на 10 тысяч детского населения; по РФ и СФО в 2018 г. – 2,2 и 2,2 на 10 тысяч детского населения соответственно. Удельный вес мальчиков в среднем составил 71,3% (по РФ и СФО в 2018 г. – 76,5% и 76,4% соответственно), девочек – 28,8% (по РФ и СФО в 2018 г. – 23,5% и 23,6% соответственно). В возрастной структуре лидируют дети 4-7 лет со средним удельным весом 74,9% случаев. В клинике расстройств психологического развития преобладает атипичный и детский аутизм с недоразвитием интеллекта.

*Выводы. Таким образом, в структуре первичной детской инвалидности по классам болезней за все анализируемые годы на первом ранговом месте психические расстройства; наибольший удельный вес детей ВПИ вследствие психических расстройств составляют дети возрастных категорий 4-7 лет и 8-14 лет, лидируют мальчики. Наибольший удельный вес составляют дети-инвалиды, проживающие в городской местности. В клинике психических расстройств преобладают интеллектуальные и психопатоподобные нарушения. В связи с этим все дети-инвалиды с данными нарушениями нуждаются в комплексной и своевременной реабилитации и абилитации.*

## Литература

1. Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет за 2017, 2018 и 2019 гг. по форме № 7-Д (собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.

2. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2018 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ», 2019. – 244 с., 64 табл.

**АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ  
У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
ЗА ПЕРИОД 2015-2019 ГГ.**

**Калашников А.И., Саликова С.И., Юревич Л.В.,  
Шамшева Е.В., Аксёнова М.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

***Ключевые слова.** Индивидуальная программа реабилитации или абилитации, социальная реабилитация, социально-психологическая реабилитация, профессиональная реабилитация, группа инвалидности, технические средства реабилитации.*

**Введение.** Злокачественные новообразования (далее – ЗНО) являются второй из основных причин смерти в мире. Экономический ущерб от злокачественных новообразований значителен, и он возрастает. В Омской области, как и в целом по России, отмечается рост онкологической патологии. В регионе ЗНО, как причина смерти, заняли второе место, уступив лишь болезням системы кровообращения. Ситуация требует поиска эффективных решений, форм и методов профилактики, лечения и реабилитации, совершенствования онкологической помощи населению.

**Цель.** Изучение состояния инвалидности вследствие ЗНО, потребности инвалидов в реабилитационных мероприятиях и технических средствах реабилитации (далее – ТСР) с целью прогнозирования развития ситуации, оптимизации и повышения эффективности взаимодействия участников реабилитационного процесса в Омской области.

**Материалы и методы.** Анализ состояния инвалидности вследствие ЗНО проведен на основании статистических данных (форма 7-собес); Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы медико-социальной экспертизы, данных Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, территориального органа Росстата по Омской области. Методы описательной статистики, аналитический. Период наблюдения: 2015 – 2019 гг.

**Результаты.** За анализируемый период в Омской области отмечен рост уровня первичной инвалидности до 58,7, в том числе вследствие ЗНО до 24,5 на 10 тысяч взрослого населения. В структуре первичной инвалидности по

классам болезней среди взрослого населения Омской области ЗНО вышли на первое ранговое место (41,1%). В структуре преобладают рак кишечника, в среднем составив 14,8%, рак молочной железы – 14,2%, рак лёгких – 12,4% случаев. Отмечен рост удельного веса первой группы до 32,0%. В возрастной структуре доля инвалидов трудоспособного возраста уменьшилась до 33,5%. Во всех возрастных категориях инвалиды второй группы преобладают, в среднем 49,1%. В структуре повторной инвалидности вследствие ЗНО занимают так же первое ранговое место (39,5%). Среди них увеличилась доля лиц пенсионного возраста (66,3%) и инвалидов I и II групп (59,5%). Отмечен рост потребности инвалидов в санаторно-курортном лечении в 2,3 раза. Количество рекомендаций по социально-психологической реабилитации и социокультурной реабилитации имеет устойчивую тенденцию к росту. Желание продолжать трудовую деятельность среди впервые признанных инвалидами (ВПИ) возросло до 62,4%, среди повторно признанных (ППИ) до 92,1%. Более половины ППИ первой группы решили прекратить работу. Инвалиды третьей группы в основной массе продолжают трудовую деятельность. У лиц с ЗНО в 2019 г. наибольшая потребность в ТСР: экзопротезах молочной железы (13,7%), специальных средствах при нарушении функции выделения (9,2%).

### Заключение.

В период 2015 – 2019 гг. в Омской области первичная инвалидность возросла, с преобладанием в структуре первичной инвалидности вследствие ЗНО. Среди пациентов с ЗНО сохраняется тяжесть общей инвалидности, преобладание лиц пенсионного возраста. Отмечается рост потребности инвалидов в мероприятиях медицинской, социальной, профессиональной реабилитации, обеспечении ТСР, что требует комплексного подхода всех участников реабилитационного процесса для решения проблем по принятию организационных, нормативно-правовых решений на различных уровнях для раннего выявления заболеваний, своевременного лечения, профилактики утяжеления инвалидности, совершенствования реабилитации инвалидов вследствие ЗНО.

# ANALYSIS OF DISABILITY DUE TO MALIGNANT NEOPLASMS IN THE ADULT POPULATION OF THE OMSK REGION FOR THE PERIOD 2015-2019

**Kalashnikov A. I., Salikova S. I., Yurevich L.V.,  
Shamsheva E. V., Aksenova M. V.**

***Keywords:** individual rehabilitation or habilitation program, social rehabilitation, socio-psychological rehabilitation, professional rehabilitation, disability group, technical means of rehabilitation.*

**Introduction.** Malignant neoplasms are the second leading cause of death in the world. The economic damage caused by malignancies is significant, and it is increasing. In the Omsk region, as well as in Russia as a whole, there is an increase in cancer pathology. In the region, malignant neoplasms, as the cause of death, took second place, second only to diseases of the circulatory system. The situation requires finding effective solutions, forms and methods of prevention, treatment and rehabilitation, and improving cancer care for the population.

**Goal.** Study of the state of disability due to malignant neoplasm, the needs of disabled people in rehabilitation measures and technical means of rehabilitation in order to predict the development of the situation, optimize and improve the effectiveness of interaction between participants in the rehabilitation process in the Omsk region.

**Materials and methods.** The analysis of the state of disability due to malignant neoplasms was carried out on the basis of statistical data (form 7-Sobes); a Single vertically integrated information and analytical system of medical and social expertise, data from the Federal state statistics service of the Russian Federation, the territorial body of Rosstat for the Omsk region. Methods of descriptive statistics, analytical. Observation period: 2015-2019

**Results.** During the analyzed period, the Omsk region registered an increase in the level of primary disability to 58.7, including due to malignant neoplasms to 24.5 per 10 thousand adults. In the structure of primary disability by disease classes among the adult population of the Omsk region, malignant neoplasms took the first rank (41.1%). The structure is dominated by bowel cancer, with an average of 14.8%, breast cancer-14.2%, lung cancer-12.4% of cases. The share of the first group increased to 32.0%. In the age structure, the share of disabled people of working age has decreased to 33.5%. In all age categories, the disabled of the second group predominate, with an average of 49.1%. In the structure of repeated disability due to malignant neoplasms, they also occupy the first rank (39.5%). Among them, the share of people of retirement age (66.3%) and disabled people of groups I and II

(59.5%) has increased. There was a 2.3-fold increase in the need for Spa treatment for disabled people. The number of recommendations for socio-psychological rehabilitation and socio-cultural rehabilitation has a steady growth trend. The desire to continue working among the first-time recognized increased to 62.4%, and among the re-recognized disabled to 92.1%. More than half of the re-recognized disabled of the first group decided to stop working. Disabled people of the third group continue their work in the main mass. In people with malignant neoplasms in 2019 the greatest need for technical means of rehabilitation: exoprostheses of the breast (13.7%), special means for impaired excretory function (9.2%).

**Conclusion.** In the period 2015 – 2019 in the Omsk region, primary disability is characterized by an increasing trend, the prevalence of primary disability in the structure due to malignant neoplasms. Among patients with malignant neoplasms, the severity of General disability remains, and the predominance of persons of retirement age. There is an increase in the need for disabled people in medical, social, professional rehabilitation measures, providing TSR, which requires a comprehensive approach of all participants in the rehabilitation process to solve problems of making organizational, regulatory and legal decisions at various levels for early detection of diseases, timely treatment, prevention of disability aggravation, improving the rehabilitation of disabled people due to malignant neoplasms.

**Введение.** По прогнозам ВОЗ в предстоящем десятилетии число случаев ЗНО будет продолжать расти до 22 млн. чел. В 2018 г. на планете от этой патологии умерли 9,6 млн. чел. ЗНО являются причиной практически каждой шестой смерти в мире [1]. Экономический ущерб от ЗНО значителен, и он возрастает. В России, как и во многих странах мира, наблюдается рост заболеваемости ЗНО, что приводит к экономическим потерям за счет дорогостоящего лечения, выхода на инвалидность, во многих случаях – обеспечения ТСП и преждевременной смерти. Ситуация требует поиска эффективных решений, форм и методов профилактики, лечения и реабилитации, в целом, совершенствования онкологической помощи населению. В Омской области, как и в целом по России, отмечается рост онкологической патологии. По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Омской области в 2018 г. зарегистрировано новообразований впервые в жизни установленным диагнозом 16,6 тыс., на октябрь 2019 г. в регионе умерло от новообразований 3228 чел. или 15,6% от всего количества умерших за этот период. Как причина смерти, ЗНО заняли второе место, уступив лишь болезням системы кровообращения [2].

**Цель исследования.** Проведение анализа показателей инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований, в т. ч. тяжести инвалидности, нозологической, возрастной структур, особенностей и закономерностей. Изучение потребности инвалидов вследствие ЗНО в реабилитационных мероприятиях и ТСП с целью оптимизации и повышения эффективности взаимодействия участников реабилитационного процесса в Омской области.

**Материалы и методы.** Анализ состояния инвалидности вследствие ЗНО проведен на основании анализа статистических данных (форма 7-собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; сборников информационно-аналитических материалов ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы» по Омской области Минтруда России в период 2015–2018 гг., Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВИИАС МСЭ), данных Федеральной службы государственной статистики РФ, территориального органа Росстата по Омской области. Методы описательной статистики, аналитический. Период наблюдения – 2015 – 2019 гг.

**Результаты.** За анализируемый период в Омской области отмечен рост уровня первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения с 50,0 в 2015 г. до 58,7 в 2019 г. (2016 г. – 53,4, в 2017 г. – 54,1, в 2018 г. – 55,4). Темп прироста к 2015 г. 17,4%. В Российской Федерации уровень первичной инвалидности в 2015 – 2018 гг. снизился: 58,9 – 56,7 – 56,4 – 54,8 на 10 тысяч взрослого населения соответственно по годам.

На фоне тенденции роста уровня первичной инвалидности в Омской области отмечается и рост количества инвалидов вследствие ЗНО. В динамике по годам: 2015 г. – 7401 чел., 2016 г. – 8580 чел, 2017 г. – 8543 чел, 2018 г. – 8601 чел., 2019 г. – 9088 чел. Темп прироста – 22,8% случаев к 2015 г. Удельный вес ЗНО в нозологической структуре инвалидности несколько снизился соответственно по годам: 42,3% – 39,6% – 41,9% – 40,4% – 41,1%.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО на 10 тыс. взрослого населения вырос: в 2015 г. – 21,2, в 2016 г. – 21,1, в 2017 г. – 22,6, в 2018 г. – 22,4, в 2019 г. – 24,5. Темп прироста 15,5% к 2015 г. В Российской Федерации этот показатель в 2015 – 2018 гг. с той же тенденцией к росту: 18,1 – 18,1 – 18,3 – 18,4 на 10 тыс. взрослого населения соответственно по годам.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения Омской области по классам болезней ЗНО на первом ранговом месте с 2013 г., потеснив болезни системы кровообращения. Второе ранговое место занимали болезни системы кровообращения. На третьем ранговом месте в 2015 – 2017 гг. –

болезни костно-мышечной системы. В 2018 г. на третье место вышли болезни глаза, в 2019 г. – вновь болезни костно-мышечной системы.

В структуре первичной инвалидности вследствие ЗНО в зависимости от локализации преобладают:

- рак молочной железы: 2019 г. – 12,2% (2018 – 13,3%, 2017 г.–13,9%, 2016 г. – 11,7%, 2015 г. – 20,0%) с тенденцией к снижению;
- рак кишечника: 2019 г. – 14,1% (2018 г.– 15,6%, 2017 г.–15,5%, 2016 г.– 14,8%, 2015 г. – 14,7%) с тенденцией к снижению;
- рак лёгких: 2019 г.– 12,8% (2018 г.– 14,1%, 2017 г.–12,2%, 2016 г. – 12,1%, 2015 г. – 10,9%) с тенденцией к росту.

При анализе распределения впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО по группам инвалидности отмечена неустойчивая тенденция к росту удельного веса первой группы с 21,4% в 2015 г. до 32,0% в 2019 г. (2018 г. – 33,6%, 2017 г. – 29,2%, 2016 г. – 27,4%). Зарегистрировано снижение удельного веса второй группы с 53,3% в 2015 г. до 46,1% в 2019 г. (2018 г. – 45,9%, 2017 г. – 50,6%, 2016 г. – 49,6%) и третьей группы с 25,3% в 2015 г. до 21,8% в 2019 г. (2018 г. – 20,5%, 2017 г. – 20,3%, 2016 г. – 23,1%).

В возрастной структуре доля инвалидов трудоспособного возраста в 2019 г. составила 33,5%, что ниже, чем в предыдущие годы (2018 г. – 34,1%, 2017 г. – 37,0%, 2016 г. – 38,8%, 2015 г. – 37,9%). Из них первая возрастная категория (от 18 до 44 лет включительно) возросла до 33,4% (2018 г. – 29,6%, 2017 г. – 28,9%, 2016 г. – 30,3%, 2016 г. – 28,6%). Вторая возрастная категория (от 45 до 54 лет (ж), от 45 до 59 лет (м) включительно) преобладает, с тенденцией к снижению – 66,6% – 70,4% – 71,1% – 69,7% – 71,4%. соответственно годам.

В анализируемый период во всех возрастных категориях преобладали инвалиды второй группы с тенденцией уменьшению от 53,3% в 2015 г. до 46,1% в 2019 г. Второе место в первой возрастной категории в 2019 г. занимали инвалиды первой группы 27,5%, в 2015 – 2018 гг. инвалиды третьей группы с удельным весом в пределах 28,1% – 29,8%. Во второй и третьей возрастных категориях второе место занимали инвалиды первой группы с ростом удельного веса от 24,1% в 2016 г. до 32,5% в 2019 г., в 2015 г. – инвалиды третьей группы (24,1%).

В возрастной структуре повторной инвалидности в отмечен рост числа инвалидов пенсионного возраста с 47,0% в 2015 г. до 66,3% в 2019 г. (2018 г. – 51,7%, 2017 г. – 50,0%, 2016 г. – 50,8%). Возрос удельный вес I и II групп среди повторно признанных инвалидами с 48,6% в 2015 г. до 59,5% в 2019 г. (2018 г. – 50,0%, в 2017 г. – 50,2%, 2016 г. – 50,6%).

В нозологической структуре повторной инвалидности в 2015 г. первое ранговое место занимали болезни системы кровообращения (БСК) – 30,0%; второе место ЗНО – 24,5%; на третьем месте психические расстройства – 10,4%. В период 2016 – 2019 гг. на лидирующее место вышли ЗНО с удельным весом 29,2%, 30,4%, 33,2%, 39,5% соответственно годам. На второе место сместились БСК (28,0%, 26,6%, 26,1%, 26,4%). На третьем месте в 2016 – 2018 гг. психические расстройства – 10,2%, 9,6%, 8,0% соответственно. В 2019 г. на третьем месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,7%.

Инвалиды вследствие ЗНО нуждаются во всём комплексе реабилитационных мероприятий: в медицинской реабилитации, реконструктивной хирургии, в санаторно-курортном лечении (далее – СКЛ). В настоящее время в Омской области СКЛ проводится по нескольким программам, направленным на борьбу со стрессом, оздоровлением организма и укреплением иммунитета. Существуют программы реабилитации больных со ЗНО молочной железы, женских половых органов, бронхов и легких, органов пищеварения. В программы входят прием и наблюдение врача по медицинской реабилитации, консультации онколога и психолога, ЛФК, плавание в бассейне с минеральной водой, лечебные души: циркулярный или каскадный, вихревые ванны для рук, низкочастотная магнитотерапия, транскраниальная электроанальгезия, спелеотерапия, сенсоротерапия, фиточай, кислородный коктейль, прием минеральной воды, медикаментозное лечение, лабораторная и инструментальная диагностики. Программы варьируют в зависимости от патологии, например, для пациентов с ЗНО молочной железы применяется пневмокомпрессионный или лимфодренажный массаж руки с пораженной стороны. Количество рекомендаций СКЛ инвалидам вследствие ЗНО увеличилось в 2,3 раза (2016 г. – 238 случаев, 2017 г. – 282 случаев, 2018 г. – 347 случаев, 2019 г. – 553 случаев). Удельный вес составил 2,8%, 3,3%, 4,0%, 6,1% от числа разработанных программ реабилитации. Среди них инвалиды III группы составили 52,1%, 45,4%, 53,6%, 52,1% случаев; II группы – 46,2%, 51,8%, 46,4%, 46,6% случаев; I группы – 1,7%, 2,8%, 0%, 1,3% случаев.

Особое значение для пациентов с ЗНО имеет социальная реабилитация. В большинстве случаев установление онкологического диагноза приводит пациентов в той или иной степени к нарушениям эмоционально-волевой сферы. Нейротизм, аутоагрессия, ощущение упущенных возможностей, неопределённое отношение к будущему, влияют на уровень социальной фрустрированности, напряжённости психологических защит. Социальная депривация инвалида в условиях микросоциума семьи, дефицита общения

негативно сказывается на социализации инвалида и способствует уходу в болезнь. [3]. Для интеграции инвалида в общество важная роль принадлежит социально-психологической реабилитации, направленной на формирование психологических способностей, для реализации жизнедеятельности в социально-средовой, бытовой, социокультурной и профессиональной сферах [4]. Потребность в социально-психологической реабилитации в 2016-2019 гг. увеличилась – 5074 – 5005 – 5340 – 5486 случаев, темп прироста 8,1%. Из них, лица ВПИ вследствие ЗНО нуждались в социально-психологической реабилитации в 2261 (63,2%) – 2358 (66,7%) – 2471 (71,6%) – 2555 (66,6%) случаях. Среди лиц, повторно признанных инвалидами, потребность составила 2813 (56,2%) – 3147 (62,8%) – 2869 (55,7%) – 2931 (55,8%) случаев от всех признанных инвалидами вследствие ЗНО. Большое значение имеет социокультурная реабилитация или абилитация – мероприятия, направленные на достижение инвалидом культурной компетенции и реализации культурных потребностей и интересов. Следует подчеркнуть, что мероприятия социокультурной реабилитации рекомендуются и при сохранном социально-психологическом статусе [4]. Нуждаемость в рекомендациях социокультурной реабилитации увеличилась с 3491 случаев в 2016 г. до 5041 случаев в 2019 г. (2017 г. – 4077, 2018 г. – 4496), прирост 44,4% случаев. Среди ВПИ потребность увеличилась с 1211 (33,9%) случаев в 2016 г. до 1723 (44,9%) случаев в 2019 г. (2017 г. – 1344 (38,0%), 2018 г. – 1396 (40,4%)). Среди ППИ отмечен рост с 2280 (45,5%) случаев в 2016 г. до 3318 (63,1%) случаев в 2019 г. (2017 г. – 2733 (54,5%), 2018 г. – 3100 (60,2%)). На практике имеются определённые трудности при реализации этих мероприятий. Причинами этого являются отсутствие необходимой социальной инфраструктуры для проведения социокультурных мероприятий в удалённых районах области, отсутствие развитой дорожной сети и комфортного транспортного сообщения. Согласно информации органов исполнительной власти о реализации мероприятий ИПРА, в вышеуказанных случаях пациенты или их представители реализуют своё право на отказ от проведения мероприятий.

В трудоспособном возрасте, в случае изменения образа жизни, снижения материальных возможностей человека, признанного инвалидом, важная роль в социальной интеграции принадлежит профессиональной реабилитации. Инвалидам, нуждающимся в профессиональной реабилитации, рекомендуются мероприятия по профессиональной ориентации, содействие в трудоустройстве (в том числе создание специальных рабочих мест), производственная адаптация, сопровождение. Современная концепция профессиональной реабилитации предусматривает возможность реализации

права на труд инвалидам всех групп. На практике периодически встречаются трудности – проблематично трудоустройство инвалидов в сельской местности, где количество рабочих вакансий ограничено, преобладает физический труд. Среди работающих лиц, впервые признанных инвалидами, на момент освидетельствования в 2016 – 2019 гг. желающих продолжить трудовую деятельность увеличилось с 49,0% до 62,4% случаев. Среди работающих лиц, повторно признанных инвалидами, доля желающих продолжить трудовую деятельность так же увеличилась с 81,5% до 92,1% случаев соответственно годам. Желание продолжать трудиться зависело от тяжести группы инвалидности. Так, инвалиды первой группы решили прекратить работу в 64,7% – 67,2% – 55,4% – 53,4% случаев; второй группы – 8,8% – 8,9% – 7,0% – 6,9% случаев; третьей группы – 4,3% – 7,1% – 5,7% – 3,2% случаев соответственно годам. Во всех группах инвалидности наметилась тенденция к снижению доли лиц, желающих прекратить работу.

Полная реабилитация по ЗНО составила в 2016 г. – 6,5, в 2017 г. – 5,9, в 2018 г. – 5,3, в 2019 г. – 5,3. Из числа полностью реабилитированных граждан работали соответственно по годам 69 – 65 – 55 – 52 чел. или 21,2% – 22,1% – 20,1% – 18,8% случаев. Следует признать, что при полной реабилитации, в отсутствие трудоустройства граждан трудоспособного возраста, речь идёт только о непризнании пациента инвалидом, ввиду незначительных функциональных нарушений, а не о социальной интеграции и обретении экономической независимости, восстановлении профессионального и социального-средового статусов.

Лица, признанные инвалидами вследствие ЗНО для компенсации ограничений жизнедеятельности нуждались в ТСР. Наибольшая потребность у лиц с ЗНО отмечено в ТСР: экзопротезах молочной железы с тенденцией к уменьшению – 14,5% – 15,0% – 14,5% – 13,7%. Из них доля рекомендаций ВПИ составила 22,6% – 24,3% – 23,0% – 23,1% соответственно годам. Потребность в специальных средствах при нарушении функции выделения (моче-калоприемники) составила 9,7% – 10,0% – 10,1% – 9,2%, в тростях, костылях, ходунках – 2,6% – 2,9% – 2,6% – 2,5%, кресло-колясках – 0,7% – 1,1% – 0,9% – 1,0%, абсорбирующем белье, пеленках – 1,6% – 2,0% – 1,9% – 2,1%, кресло-стуле с санитарным оснащением – 1,5% – 1,1% – 0,9% – 1,0%.

### Заключение.

Период 2015-2019 гг. в Омской области характеризуется ростом первичной инвалидности, с преобладанием инвалидности вследствие ЗНО (41,1%). По локализации лидируют рак кишечника, рак легких, рак молочной железы. В структуре по тяжести инвалидности преобладают первая и вторая

группы как при ВПИ (78,1%), так и у ППИ (59,5%). Среди пациентов с ЗНО больше лиц пенсионного возраста (66,4%) с тенденцией к росту. Полная реабилитация по ЗНО уменьшилась с 6,5 в 2016 г до 5,3 в 2019 г. Отмечается рост потребности инвалидов с ЗНО в социально-психологической реабилитации на 8,1% случаев. Увеличился удельный вес работающих инвалидов, желающих продолжить трудовую деятельность, среди ВПИ до 62,4%, среди ППИ до 92,1% случаев. Среди рекомендованных ТСП отмечена наибольшая потребность инвалидов вследствие ЗНО в экзопротезах молочной железы, специальных средствах при нарушении функции выделения (мочекалоприемники). Таким образом, для раннего выявления заболеваний, своевременного лечения, профилактики утяжеления инвалидности, совершенствования комплексной реабилитации инвалидов вследствие ЗНО требуется принятия организационных, нормативно-правовых решений на региональном, федеральном уровнях.

#### Литература:

1. Основные сведения о раке [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>).

2. Население. Основные показатели [Электронный ресурс]: Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Омской области (<https://Omsk.gks.ru>).

3. Е.И. Морозова, А.А. Балдецкий. Характерные особенности трансформации адаптационных характеристик пациентов вследствие хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний на различных этапах инвалидности. // Вестник всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2007. – № 3-4 (14-15).

4. Приказ Минтруда России от 03.12.2018 N 765 "Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных". Доступ из справочно-информационной системы «Консультант Плюс».

**ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ  
ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ  
КИШЕЧНИКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ  
В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ  
В 2015 – 2019 ГОДАХ**

**Карицкая Ю.О., Шамшева Е.В., Саликова С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России г. Омск

*Ключевые слова.* Злокачественное новообразование, первичная инвалидность, кишечник, технические средства реабилитации.

**Введение.** Болезни толстой кишки приобретают всё большее социальное значение, так как стали частой причиной длительной нетрудоспособности и инвалидизации населения, как пожилого, так и зрелого возрастов. По данным ВОЗ рак толстой кишки занимает 1-2-е место среди злокачественных новообразований. По тяжести инвалидности рак толстой кишки лидирует среди других локализаций рака.

**Цель.** Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО кишечника, клинических аспектов, нуждаемости в технических средствах реабилитации по результатам медико-социальной экспертизы в 2015-2019 гг.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7-собес) Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (далее Бюро № 13), Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ. Методы: описательной статистики, аналитический.

**Результаты.** В период 2015 – 2019 гг. отмечен рост первичной инвалидности с темпом прироста 40,3%. В структуре отмечен рост доли впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО: 35,6% – 36,7% – 39,5% – 35,9% – 40,1% от числа всех ВПИ. Среди них преобладают злокачественные новообразования кишечника, в среднем – 21,0% случаев. В гендерной структуре ВПИ с ЗНО кишечника в период 2015 – 2018 гг. преобладали женщины, в 2019 г. – мужчины. Острая непроходимость толстой кишки являлась одним из наиболее частых и тяжелых осложнений ЗНО кишечника. Заболевание диагностировалось при поступлении по неотложной помощи в хирургические отделения в 16,1% – 27,5% случаев. По локализации преобладали ЗНО ободочной кишки с удельным весом в среднем – 55,3%

случаев. При анализе стадий ЗНО кишечника выявлено преобладание удельного веса стадии II с колебанием веса в пределах от 31,0% до 47,5% с тенденцией к увеличению, в среднем составив 42,6% случаев. Отмечено увеличение числа пациентов с аномальными отверстиями пищеварительного тракта. Их удельный вес в структуре ВПИ вследствие ЗНО кишечника составил в среднем 42,6%.

При проведении медико-социальной экспертизы у пациентов с ЗНО кишечника определялось основной вид стойких расстройств функций организма – нарушение функции иммунной системы. В структуре группы инвалидности по тяжести среди ВПИ с ЗНО кишечника преобладала вторая группа. Их удельный вес в среднем – 61,7% случаев. Доля первой группы инвалидности составила 31,9%, третьей группой – 6,4% случаев. Удельный вес тяжелых групп инвалидности (I и II) в среднем составил 93,6% случаев. Среди основных категорий жизнедеятельности у ВПИ с ЗНО кишечника преобладали ограничения – способность к самообслуживанию 2 степени. Потребность на обеспечение калоприемниками определялась в среднем в 42,6% случаев.

#### Заключение.

Проведенный анализ структуры заболеваний впервые признанных инвалидов (далее ВПИ) за период 2015-2019 гг. установил рост удельного веса инвалидов вследствие злокачественных новообразований с 35,6% до 40,1% случаев. Среди них доля пациентов с раком кишечника превалирует в течение последних 5 лет. В структуре группы инвалидности по тяжести среди ВПИ с ЗНО кишечника преобладала вторая группа. Нуждались в технических средствах реабилитации: в специальных средствах при нарушениях функций выделения (калоприемниках) в среднем – 42,6%.

## **PRIMARY DISABILITY DUE TO INTESTINAL MALIGNANCY AND DETERMINATION OF THE NEED FOR TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION IN 2015-2019**

**Shamsheva E.V., Salikova S.I., Karitskaya Y.O.**

FGI “CB MSE in the Omsk region” Ministry of Labor of Russia,  
the city of Omsk

**Keyword.** *Malignant neoplasm, primary disability, bowel, technical means of rehabilitation.*

**Introduction.** Colon diseases are becoming more and more socially important, as they have become a frequent cause of long-term disability and disability of the population, both elderly and Mature ages. According to the world health organization, colon cancer ranks 1-2 among malignant neoplasms. In terms of the severity of disability, colon cancer leads among other cancer localities.

**Goal.** Study of primary disability of patients with intestinal ESRD, clinical aspects, need for technical means of rehabilitation based on the results of medical and social expertise in 2015-2019.

**Materials and methods.** The study was conducted on the basis of statistical data analysis (7-social security) Office No. 13 – branch Federal state institution "Main Bureau of medical-social expertise across the Omsk region" the Ministry of labour of Russia (Office No. 13), vertically integrated information-analytical system of medico-social expertise. Methods: descriptive statistics, analytical.

**Results.** In the period 2015-2019, there was an increase in primary disability with a growth rate of 40.3%. The structure shows an increase in the proportion of people who were first recognized as disabled due to malignant neoplasms: 35,6% – 36,7% – 39,5% – 35,9% – 40,1% from the number of all first recognized as disabled. Among them, malignant neoplasms of the intestine prevail, with an average of 21.0% of cases per year. In the gender structure of the first recognized cases of intestinal malignancies in the period 2015-2018, women predominated, and in 2019, men. Acute colon obstruction was one of the most frequent and severe complications of malignant intestinal neoplasms. The disease was diagnosed when receiving emergency care in surgical departments in 16.1% – 27.5% of cases. In terms of localization, malignant neoplasms of the colon prevailed with an average specific weight of 55.3% of cases. The analysis of stages of intestinal malignancies revealed a predominance of the specific weight of stage II with a weight fluctuation ranging from 31.0% to 47.5% with a tendency to increase, averaging 42.6% of cases per year. There was an increase in the number of patients with abnormal openings of the digestive tract, Their share in the structure of the first recognized as a result of intestinal malignancies averaged 42.6%.

During the medical and social examination in patients with malignant neoplasms, the main type of persistent disorders of the body's functions was determined – a violation of the immune system function. In the structure of the disability group by severity, the second group prevailed among those first recognized with malignant intestinal neoplasms. Their share in the average year was 61.7% of cases. The share of the first group of disability was 31.9%, the third group- 6.4% of cases. The proportion of severe disability groups (I and II) on average is 93.6 cases.

Among the main categories of life activity, those who were first recognized as disabled due to malignant neoplasms of the intestine were dominated by restrictions – the ability to self-serve 2 degrees. The need to provide colostrums was determined on average in 42.6% of cases.

**Conclusion.** The analysis of the structure of diseases for the first time recognized disabled people for the period 2015-2019 found an increase in the proportion of disabled people due to malignant neoplasms from 35.6% to 40.1% of cases. Among them, the proportion of patients with bowel cancer prevails over the past 5 years. In the structure of the disability group by severity, the second group prevailed among the first recognized invalids due to malignant neoplasms of the intestine. The need for technical means of rehabilitation: special means for violations of the functions of allocation (colostrums) on average – 42.6%.

**Введение.** За последние десятилетия зафиксирован значительный рост распространенности заболеваний толстой кишки, особенно в индустриально развитых странах мира, в том числе и в России. По данным ВОЗ рак толстой кишки занимает 1-2-е место среди злокачественных новообразований (далее – ЗНО) пищеварительного тракта и 5-е среди опухолей других локализаций, составляя 7,7% случаев. Основной контингент – лица трудоспособного возраста, преимущественно от 40 до 60 лет. Радикальное лечение возможно почти в 90,0% случаев. Стойкое излечение повысилось с 10,0 до 50,0%, а 5-летняя выживаемость после радикального лечения составляет, по данным различных авторов, от 30,0% до 90,0% случаев. По тяжести инвалидности рак толстой кишки занимает первое место среди других локализаций рака [1,2].

**Цель работы** Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО кишечника, клинических аспектов, нуждаемости в технических средствах реабилитации по результатам освидетельствования в 2015-2019 гг.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7-собес) Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (далее – Бюро № 13), Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВИИАС МСЭ). Методы: описательная статистика, аналитический.

**Результаты.** За период 2015-2019 гг. в Бюро № 13 увеличилось число освидетельствованных граждан с 1934 до 2199 человек, темп прироста составил 13,7%. Количество первично освидетельствованных граждан возросло на 30,5%, в том числе на группу инвалидности на 30,3% случаев. Число впервые признанных инвалидами увеличилось с 481 чел. в 2015 г. до 675 чел. в 2019 г., темп прироста составил 40,3%. В структуре отмечен рост доли впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ) вследствие ЗНО:

35,6% – 36,7% – 39,5% – 35,9% – 40,1% от числа всех ВПИ соответственно годам. Абсолютное число увеличилось на 100 чел. (58,5%) с 171 чел. в 2015 г. до 271 чел. в 2019 г., в среднем составив 223 чел.

Среди ВПИ вследствие ЗНО доля пациентов с раком кишечника преобладает с ростом от 18,1% до 25,0% в 2015-2017 гг. и снижением до 18,8% в 2019 г., среднем – 21,0% случаев. Абсолютное число данной категории среднем составило 47 чел. в год. Второе ранговое место занимали ЗНО предстательной железы с ростом удельного веса от 12,3% в 2015 г. до 17,4% в 2017 г. В 2018 г. их доля снижается до 15,4%, в 2019 г. вновь возрастает до 17,0% случаев, в среднем – 15,1%. Абсолютное число данной категории среднем 34 чел. в год. Третье место в 2015 – 2017 гг. занимали ЗНО молочной железы с тенденцией их удельного веса к снижению – 19,3% – 13,9% – 11,0%. Четвертое ранговое место в 2015-2017 гг. занимали ЗНО легких с колебанием удельного веса – 9,9% – 11,1% – 8,1% случаев. В 2018 г. доли ЗНО молочной железы и ЗНО легких сравнялись (13,7% и 13,7%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение впервые признанных инвалидами в 2015 – 2019 гг.  
по локализации ЗНО (абс., %)

Наименование	Год									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%								
Всего ВПИ	481		567		598		632		675	
Всего ЗНО, из них:	171	35,6	208	36,7	236	39,5	227	35,9	271	40,1
ЗНО кишечника	31	18,1	51	24,5	59	25,0	42	18,5	51	18,8
ЗНО предстательной железы	21	12,3	25	12,0	41	17,4	35	15,4	46	17,0
ЗНО легких	17	9,9	23	11,1	19	8,1	31	13,7	42	15,5
ЗНО молочной железы	33	19,3	29	13,9	26	11,0	31	13,7	33	12,2

Стоит отметить, что в 2019 г. ЗНО легких вышло на третье ранговое место с удельным весом 15,5%; среднем в год регистрировались в 11,8% случаев. Абсолютное число данной категории среднем составило 26 чел. ЗНО молочной железы среднем в год регистрировались в 13,6% случаев. Абсолютное число данной категории среднем составило 30 чел.

В гендерной структуре пациентов ВПИ с ЗНО кишечника в период 2015-2018 гг. преобладали женщины (58,1% – 72,5% – 59,3% – 59,5%), в 2019 г. чаще признавались инвалидами мужчины (54,9% случаев).

Острая непроходимость толстой кишки является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений ЗНО кишечника. Непроходимость кишечника при раке сигмовидной или нисходящей ободочной кишки развивается в 2-3 раза чаще, чем при поражении правой половины ободочной кишки [2,3]. Заболевание диагностировалось при поступлении по неотложной помощи в хирургические отделения от 16,1% до 27,5% случаев. В остальных случаях обращения были в поликлинику с жалобами на кровотечение, затруднение при дефекации, общую слабость.

Среди ЗНО кишечника по локализации преобладают ЗНО ободочной кишки с удельным весом 54,2% – 58,1%, в среднем – 55,3% случаев (табл. 2).

Таблица 2

Распределение ВПИ в 2015-2019 гг. по локализации ЗНО кишечника (абс., %)

Наименование	Год									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%								
Всего ЗНО кишечника, из них:	31	100,0	51	100,0	59	100,0	42	100,0	51	100,0
-ободочной кишки	18	58,1	29	56,9	32	54,2	23	54,8	28	54,9
- ректосигмоидального соединения	4	12,9	5	9,8	5	8,5	4	9,5	6	11,8
-прямой кишки	9	29,0	17	33,3	22	37,3	15	35,7	17	33,3

Второе ранговое место занимают ЗНО прямой кишки с удельным весом от 29,0% до 37,3%, в среднем – 34,0% случаев.

Проведенный анализ локализации ЗНО по отделам ободочной кишки установил преобладания поражения ЗНО сигмовидной кишки с тенденцией к росту от 33,3% в 2015 г. до 50,0% в 2019 г., в среднем – 42,3% случаев. На втором месте в 2019 г. ЗНО слепой кишки – 17,9%. Их удельный вес в пределах 3,4% – 21,9%, в среднем составив 13,8%. Доля поражения ЗНО восходящего отдела ободочной кишки уменьшилась в 2019 г. до 3,6% случаев. Диапазон колебания их удельного веса от 3,6% до 22,2%, в среднем 10,8% случаев год.

При анализе стадий ЗНО кишечника выявлено преобладание удельного веса стадии II с колебанием веса в пределах от 31,0% до 47,5% с тенденцией к увеличению, в среднем составив 42,6% случаев в год (табл. 3). На втором

месте пациенты, имеющие стадию IV, с колебанием удельного веса от 13,6% до 33,3% с тенденцией к уменьшению, в среднем – 25,5% случаев. Стадия III регистрировалась в 17,6% -30,5% случаев, в среднем составив 23,4%.

Метастазирование было выявлено в 2015 году в 29,0% случаев (9 чел.), в 2016 г. – 35,3% (18 чел.), в 2017 г. – 15,3% (9 чел.), в 2018 г. – 35,7% (15 чел.), в 2019 г. – 31,4% случаев (16 чел.).

Таблица 3

Стадии ЗНО кишечника у впервые признанных инвалидами  
в 2015-2019 гг. (абс., %)

Годы	Всего	Стадии							
		St I		St II		St III		St IV	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	31	3	9,7	11	35,5	7	22,6	10	32,3
2016	51	2	3,9	23	45,1	9	17,6	17	33,3
2017	59	5	8,5	28	47,5	18	30,5	8	13,6
2018	42	5	11,9	13	31,0	11	26,2	13	31,0
2019	51	5	9,8	24	47,1	11	21,6	11	21,6
среднее	47	4	8,5	20	42,6	11	23,4	12	25,5

Отмечено увеличение числа пациентов с аномальными отверстиями пищеварительного тракта от 10 чел. в 2015 г. до 21 чел. в 2019 г., с максимальным количеством в 2016-2017 гг. по 27 чел. Их удельный вес в структуре ВПИ вследствие ЗНО кишечника составил 32,3% – 52,9% – 45,8% – 38,1% – 41,2% случаев, в среднем – 42,6%.

Таблица 4

Стадии ЗНО кишечника у впервые признанных инвалидами в 2015-2019 гг.,  
поступавших с острой кишечной непроходимостью (абс., %)

Наименование	Год									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%								
Острая кишечная непроходимость	5	100,0	14	100,0	15	100,0	9	100,0	11	100,0
Стадия I	1	20,0	0	0	0	0	0	0	1	9,0
Стадия II	3	60,0	10	71,4	12	80,0	3	33,3	4	36,4
Стадия III	0	0	0	0	3	20,0	3	33,3	2	18,2
Стадия IV	1	20,0	4	28,6	0	0	3	33,3	4	36,4

Острой кишечной непроходимостью больные поступали со стадией II в 60,0% – 71,4% – 80,0% – 33,3% – 36,4% случаев соответственно годам (табл. 4). При изучении локализаций ЗНО выявлено, что преобладала сигмовидная кишка в среднем год 33,3%, ректосигмоидальное соединение и прямая кишка по 14,8% случаев. У пациентов с острой кишечной непроходимостью аномальные отверстия пищеварительного тракта регистрировались в 60,0% – 78,6% – 66,7% – 55,6% – 72,8% соответственно годам, в среднем – 66,8%.

При проведении медико-социальной экспертизы у пациентов с ЗНО кишечника определялось как основной вид стойких расстройств функций организма – нарушение функции иммунной системы. Стойкие выраженные нарушения функции иммунной системы в анализируемый период устанавливалась в 64,5% – 54,9% – 69,5% – 47,6% – 70,6% соответственно годам, в среднем – 61,7% случаев. Стойкие значительно выраженные нарушения функций иммунной системы определялись в 25,8% – 39,2% – 23,7% – 42,9% – 25,5% соответственно годам, в среднем – 31,9% случаев. Доля стойких умеренных нарушений функции иммунной системы была меньше с тенденцией к снижению от 9,7% в 2015 г. до 3,9% в 2019 г., в среднем – 6,4%.

Таблица 5

Распределение впервые признанных инвалидами по группам инвалидности с ЗНО кишечника в 2015-2019 гг. (абс, %)

Год	Группы инвалидности					
	1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	8	25,8	20	64,5	3	9,7
2016	20	39,2	28	54,9	3	5,9
2017	14	23,7	41	69,5	4	6,8
2018	18	42,9	20	47,6	4	9,5
2019	13	25,5	36	69,2	2	3,9
среднее	15	31,9	29	61,7	3	6,4

Среди ВПИ с ЗНО кишечника преобладают инвалиды второй группы (табл. 5). Их удельный вес в среднем в год составил 61,7% случаев. Доля первой группы инвалидности в среднем в год составила 31,9%, третьей группой – 6,4% случаев. Удельный вес тяжелых групп инвалидности (I и II) составил в среднем 93,6%. Среди основных категорий жизнедеятельности у ВПИ с ЗНО кишечника преобладали ограничения – способность к самообслуживанию 2 степень (способность к самообслуживанию

с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств).

Для компенсации ограничений жизнедеятельности пациентам с ЗНО кишечника определялась потребность на обеспечение специальными средствами при нарушении функций выделения – калоприемниками. Потребность в калоприемниках составила 32,3% случаев (10 чел.) – 52,9% случаев (27 чел.) – 45,8% (27 чел.) – 38,1% (16 чел.) – 41,2% (21 чел.) соответственно годам, в среднем в год – 42,6% (20 чел.). Одновременно выписывались средства по уходу за стомой (паста, крем, защитная пленка, очиститель, пудра) с учетом состояния перистомальной области, выявленного в ходе проведения экспертно-реабилитационной диагностики, с учетом рекомендаций врачей-специалистов в данной области организации, оказывающей медицинскую помощь гражданам. У ВПИ вследствие ЗНО кишечника в 1,7% – 2,4% регистрировались одновременно колостомы и эпицистостомы. В связи с этим данной категории инвалидов рекомендовались и специальные средства при нарушениях функций мочевыделения (катетеры для эпицистостомы, мешки для сбора мочи, ремешки для крепления мочеприемников).

### Заключение.

*Проведенный анализ за период 2015-2019 гг. установил рост доли ВПИ вследствие ЗНО с 35,6% до 40,1% случаев. В их структуре удельный вес пациентов с раком кишечника преобладает, в среднем составив 21,0%. Заболевание диагностировалось при поступлении по неотложной помощи с клиникой острой кишечной непроходимости от 16,1% до 27,5% случаев. Среди ВПИ вследствие ЗНО кишечника IV стадия была диагностирована у пациентов в среднем в 25,5% случаев. В структуре групп инвалидности по тяжести преобладала вторая группа. В гендерной структуре в 2019 г. впервые лидировали мужчины (54,9%). Увеличилось число пациентов с аномальными отверстиями кишечника. Потребность в калоприемниках определена в среднем 42,6% случаев.*

### Литература

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с. – (Серия «Национальные руководства»);

2. Клиническая онкология: учебное пособие / под ред. П.Г. Брюсова, П.Н. Зубарева. — СПб.: СпецЛит, 2012.

3. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко. – Санкт\_Петербург : СпецЛит, 2015.

УДК 314.44+616-036.86+618.19-006:364

## **ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Саликова С.И., Карицкая Ю.О., Шамшева Е.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

***Ключевые слова.** Злокачественные новообразования, первичная инвалидность, молочная железа, ограничения жизнедеятельности, технические средства реабилитации.*

**Введение.** Рак молочной железы стабильно входит в число пяти наиболее распространенных злокачественных новообразований (далее – ЗНО) у женщин в Российской Федерации вместе с опухолями кожи, колоректальным раком, опухолями тела матки, опухолями желудка. В структуре смертности женщин доминировали рак молочной железы (17,3%), колоректальный рак (15,4%), рак желудка (12,3%), легкого (6,4%) [1]. Решающая роль в лечении ЗНО отводится раннему выявлению опухолей. Однако количество запущенных случаев онкологических заболеваний из года в год не уменьшается, хотя ЗНО молочной железы относятся к поверхностным локализациям [1].

**Цель.** Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО молочной железы, клинических аспектов, нуждаемости в технических средствах реабилитации (далее – ТСР).

**Материалы и методы.** Для анализа данных были использованы: данные формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; медико-экспертные дела за 2014-2019 гг. Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее – Бюро № 13).

**Результаты.** В период с 2014-2019 гг. число впервые признанных инвалидами увеличилось на 35,0%. Их удельный вес возрос с 78,9% до 91,8% от числа освидетельствованных впервые. В структуре первичной

инвалидности по классам болезней отмечено увеличение доли ЗНО с 25,2% до 40,1% от числа всех впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ) в Бюро № 13, не превысив в целом по ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (41,8%), но выше, чем по Российской Федерации в 2018 г. (33,5%).

В структуре по полу среди ВПИ вследствие ЗНО доля женщин в 2014-2019 гг. в среднем 52,2%. Однако абсолютное число ВПИ женщин вследствие ЗНО возросло в 2 раза. В возрастной структуре преобладали женщины от 60-69 лет с колебанием удельного веса в пределах 42,4% – 65,4%.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО доля ЗНО молочной железы превалирует с тенденцией к снижению с 30,7% до 26,8% соответственно годам, в среднем – 26,9%, что выше, чем по ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (12,2%).

При анализе стадий ЗНО молочной железы выявлен рост удельного веса IV стадии. Удельный вес II и III стадии в период 2014 – 2016 гг. одинаковый (47,4% и 36,4% соответственно годам). В 2017 г. преобладала III стадия, в 2018-2019 гг. – II стадия. Отмечается увеличение случаев ЗНО молочной железы с метастазированием. Наибольший прирост отмечается в 2019 г. – 50,0% к 2018 г. В анализируемый период метастазирование чаще наблюдалось у пациенток в легкие и плевру – 8,7% случаев; в кости, в том числе позвонки – 8,7%; в лимфатические узлы – 4,7%. Поражение двух молочных желез при первичном освидетельствовании наблюдалось в единичных случаях.

В структуре по группам инвалидности среди ВПИ преобладала 2 группа инвалидности со средним удельным весом 50,3%. Доля третьей группы инвалидности составила в среднем 31,6%, первой группы – 18,1% случаев.

Среди основных категорий жизнедеятельности ВПИ женщин с ЗНО молочной железы преобладали ограничения способности к самообслуживанию второй степени. У пациенток с ЗНО молочной железы наибольшая потребность в технических средствах реабилитации – в экзопротезе молочной железы – 63,2%. В единичных случаях у пациенток с метастазами в кости, и позвоночник определялось ограничение способности к передвижению от 3,0% до 9,1%. В этих случаях рекомендовались ТСП: трости опорные, ходунки, кресла-коляски, противопролежневые матрасы.

### Заключение.

Проведенный анализ структуры заболеваний ВПИ за период 2014–2019 гг. установил рост удельного веса инвалидов вследствие ЗНО с 25,2% до 40,1% случаев. Среди них доля пациенток с раком молочной железы превалирует. В возрастной структуре женщины от 60-69 лет составляли 42,4% – 65,4%. В структуре инвалидности по тяжести среди ВПИ с ЗНО

молочной железы преобладала вторая группа. Нуждались в технических средствах реабилитации – экзопротезах молочных желез, в среднем 63,2%.

## **PRIMARY DISABILITY IN WOMEN DUE TO BREAST CANCER AND SOME ASPECTS OF REHABILITATION**

Salikova S.I., Karitskaya Y.O., Shamsheva E. V.

FGI “CB MCE in the Omsk region” Ministry of Labor of Russia, the city of Omsk

### **Resume**

**Introduction.** Breast cancer is consistently one of the five most common malignancies in women in the Russian Federation, along with skin tumors, colorectal cancer, uterine body tumors, and stomach tumors. This is the third cause of death in the female population after circulatory diseases and accidents. The structure of women's mortality was dominated by breast cancer (17.3%), colorectal cancer (15.4%), stomach cancer (12.3%), lung cancer (6.4%) [1].

Early detection of tumors is crucial in the treatment of malignant neoplasms. However, the number of advanced cases of cancer does not decrease from year to year, although breast cancer is classified as a superficial localization.

**Goal.** Study of primary disability of patients with breast cancer, clinical aspects, and the need for technical means of rehabilitation.

**Materials and methods.** To analyze the data, we used: data from the Federal statistical observation form No. 7-Sobes "Information on medical and social expertise of persons aged 18 years and older"; medical expert cases for 2014-2019. Bureau No. 13-a branch of the fku "ITU GB for the Omsk region" (hereinafter-Bureau No. 13).

**Results.** Between 2014 – 2019 the number of people newly recognized as disabled increased by 35.0%. Their share with the same tendency to increase from 78.9% to 91.8% of the number of surveyed for the first time.

In the structure of primary disability by disease classes, an increase in the proportion of malignant neoplasms was noted from 25.2% to 40.1%, an average of 35.9% of the total number of people newly recognized as disabled in Bureau No. 13, which did not exceed the proportion of malignant neoplasms in general in PKU “ITU GB in the Omsk Region” of the Ministry of Labor of Russia (41.8%), but higher than in the Russian Federation (in 2018 – 33.5%).

In the gender structure, among women first recognized as disabled due to malignant neoplasms, the proportion of women in 2014 – 2019 averaging 51.9%. However, the absolute number of women recognized as disabled for the first time

due to malignant neoplasms has doubled. The age structure was dominated by women aged 60-69 years with a variation in the specific weight within 42.4% – 65.4%.

In the structure of first recognized as disabled due to malignant neoplasms, the share of breast cancer prevails with a tendency to decrease from 30.7% to 26.8%, respectively, for years, on average-26.9%, which is higher than for the Federal state institution "Main Bureau of medical and social expertise for the Omsk region" of the Ministry of labor of Russia (12.2%).

When analyzing the stages of malignant neoplasms of the mammary gland, an increase in the specific gravity of stage IV was revealed. The proportion of stage II and III in the period 2014-2016 the same (47.4% and 36.4%, respectively). In 2017, stage III prevailed, from 2018 to 2019 – II stage. An increase in cases of malignant neoplasms of the mammary gland with metastasis is noted; in 2019, the largest increase was 50.0%. More often metastasis was observed in patients during the analyzed period in the lungs and pleura – 8.7% of cases; in the bone, including the vertebrae – 8.7%; to the lymph nodes – 4.7%. The defeat of two mammary glands during the initial examination was observed in isolated cases.

In the structure by disability groups, among the first recognized as disabled, the second disability group prevailed with an average weight of 50.3%. The share of the third disability group averaged 31.6% of cases. The proportion of the first disability group averaged 18.1%.

Among the main categories of life for the first time recognized by disabled women with malignant neoplasms of the mammary gland, restrictions on the ability to self-service of the second degree prevailed. In patients with malignant neoplasms of the mammary gland, the greatest need for technical means of rehabilitation is for breast exoprosthesis, on average 63.2%. In isolated cases, in patients with bone and spine metastases, a limitation of mobility was determined from 3.0% to 9.1%; in these cases, support canes, walkers, wheelchairs, and decubitus mattresses were prescribed.

**Conclusion.** The analysis of the structure of diseases for the first time recognized disabled people for the period 2014–2019 found an increase in the proportion of disabled people due to malignant neoplasms from 25.2% to 40.1% of cases. Among them, the proportion of patients with breast cancer prevails. In the age structure of women aged 60-69 years accounted for 42.4 per cent to 65.4%. In the structure of disability by severity, the second group prevailed among those first recognized as disabled with breast cancer. They needed technical means of rehabilitation (exoprostheses of the mammary glands, covers, bras, graces) on average – 63.2%.

**Keyword.** *Malignant neoplasms, primary disability, breast, life restrictions, technical means of rehabilitation.*

**Введение.** Рак молочной железы стабильно входит в число наиболее распространенных ЗНО и занимает первое место в структуре онкозаболеваемости женщин в Российской Федерации. Это третья причина смерти женского населения после болезней системы кровообращения и несчастных случаев. Ежегодно в мире выявляют не менее 1 миллиона вновь заболевших. В общей структуре заболеваемости женского населения новообразования молочных желез составляют 30,0%.

**Цель.** Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО молочной железы, клинических аспектов, нуждаемости в технических средствах реабилитации.

**Материалы и методы.** Для анализа данных были использованы: данные формы федерального статистического наблюдения № 7-собес" Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше"; медико-экспертные дела за 2014-2019 гг. Бюро № 13 – филиале ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее – Бюро № 13).

**Результаты.** За шесть анализируемых лет в Бюро № 13 освидетельствовано 11979 чел., в среднем в год – 1997 чел. Период с 2014–2016 гг. характеризовался уменьшением числа освидетельствованных с 2272 чел. до 1769 чел., с темпом убыли 22,1%. С 2017 г. по 2019 г. отмечен рост на 21,8% случаев, с 1805 чел. до 2199 чел. в год. Число освидетельствованных впервые для установления группы инвалидности возросло: 634 – 594 – 609 – 646 – 698 – 735 соответственно по годам, с темпом прироста 15,9%. Впервые признанных граждан инвалидами в период 2014–2019 гг. увеличилось на 35,0% (500 – 481 – 567 – 598 – 632 – 675 чел.). Их удельный вес с той же тенденцией к росту – 78,9% – 81,0% – 93,1% – 84,8% – 90,5% – 91,8% от числа освидетельствованных впервые.

Отмечено, что в структуре первичной инвалидности по классам болезней число ЗНО увеличилось: 126 – 171 – 208 – 236 – 227 – 271 человек, с удельным весом 25,2% – 35,6% – 36,7% – 39,5% – 35,9% – 40,1%, в среднем 35,9% от числа всех ВПИ в Бюро № 13. В целом по ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России доля ВПИ вследствие ЗНО в 2019 г. – 41,8% (РФ в 2018 г. – 33,5%). При освидетельствовании в Бюро № 13 прирост онкологической патологии к предыдущему году в 2015 г. составил 35,7%, в 2016 г. – 21,6%, в 2017 г. – 13,5%, в 2019 г. – 19,4% случаев.

В структуре по полу среди ВПИ вследствие ЗНО отмечалось, что доля женщин имела неустойчивую тенденцию к росту в 2014–2018 гг. с 49,2% до

55,9% и снижение в 2019 г. до 45,4%, в среднем составив 52,2% (табл. 1). Число ВПИ женщин вследствие ЗНО увеличилось в 2 раза, с 62 чел. в 2014 г. до 123 чел. в 2019 г.

Таблица 1

Динамика ВПИ вследствие ЗНО у женщин в период 2014 – 2019 гг.  
(абс. число, %)

Год	Всего ВПИ	из них вследствие ЗНО		в т.ч. вследствие ЗНО у женщин	
		абс.	%	абс.	%
2014	500	126	25,2	62	49,2
2015	481	171	35,6	94	55,0
2016	567	208	36,7	120	57,7
2017	598	236	39,5	119	50,4
2018	632	227	35,9	127	55,9
2019	675	271	40,1	123	45,4
в среднем	576	207	35,9	108	52,2

Среди них увеличилось число женщин с ЗНО молочной железы с 19 чел. в 2014 г. до 33 чел. в 2019 г. (табл. 2).

Таблица 2

Динамика ВПИ у женщин вследствие отдельных локализаций ЗНО  
в период 2014 – 2019 гг. (абс. число, %)

Локализация ЗНО	2014 год		2015 год		2016 год		2017 год		2018 год		2019 год	
	абс.	%										
Всего	62	29,4	94	43,7	120	48,2	119	45,8	127	44,7	123	40,3
Из них: ЗНО молочной железы	19	30,7	33	35,1	29	24,2	26	21,8	31	24,4	33	26,8
ЗНО кишечника	12	19,4	18	19,1	37	30,8	35	29,4	25	19,7	23	18,7
ЗНО легких	2	3,2	2	2,1	5	4,2	9	7,6	9	7,1	15	12,2
ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	6	9,7	5	5,3	6	4,7	6	5,0	6	4,7	7	5,7
ЗНО яичников	5	8,1	6	6,4	3	2,5	8	6,7	7	5,5	6	4,9
меланома и другие ЗНО кожи	1	1,6	7	7,5	7	5,8	3	2,5	7	5,5	4	3,3
ЗНО тела матки	3	4,8	5	5,3	5	4,2	4	3,4	7	5,5	4	3,3

В тоже время удельный вес ЗНО молочной железы в структуре ВПИ вследствие ЗНО у женщин с тенденцией к снижению – 30,7% – 35,1% – 24,2% – 21,8% – 24,4%. – 26,8% соответственно годам; в среднем составив 26,9% случаев (по Главному бюро в 2019 г. – 12,2%). Стоит отметить, что в 2016-2017 гг. у женщин на лидирующую позицию вышли ЗНО кишечника с удельным весом 30,8% и 29,4% соответственно.

Число ВПИ женщин вследствие ЗНО кишечника в 2016 г. увеличилось в 2,1 раза в сравнении с 2015 г., в дальнейшем наметилась тенденция к снижению. Диапазон колебания их удельного веса от 19,1% до 30,8% случаев, в среднем составив 23,1% случаев. Наблюдается рост ВПИ женщин вследствие ЗНО легких с 3,2% 2015 г. до 12,2% в 2019 г., в среднем – 6,5% случаев.

В возрастной структуре ВПИ женщин с ЗНО молочной железы преобладали женщины от 60-69 лет с колебанием удельного веса в пределах 42,4% – 65,4%, в среднем 49,7% случаев. Женщины от 70 лет и старше составили 26,4%, до 59 лет – 24,0% случаев.

Стадия заболевания по системе TNM (ранняя – I-II, поздняя – III-IV) неизменно учитывается в разработке видов лечения. Так, при I стадии рецидивы РМЖ развиваются у 10,0 – 30,0% больных в течение 10 лет, при II стадии – у 40,0 – 50,0% больных в течение 5 лет (ESMO, 2006). Так же учитывается поражение метастазами регионарных лимфатических узлов, уровень поражения (I – III) и их количество (1-3, 4-9 и > 10). При отсутствии метастазов в лимфоузлах 5 – летняя выживаемость при размерах первичной опухоли 0,5 см составляет 99,0%, при 1-2 см – 90,6%, при 3-4 см — 86,2 [1].

Рассматривая стадии ЗНО молочной железы отмечено, что в период 2014-2019 гг. возрос удельный вес IV стадии ЗНО молочной железы (5,3% – 6,1% – 6,9% – 7,7% – 9,7% – 15,2%). Удельный вес II и III стадии в период 2014–2016 гг. одинаковый (47,4% и 36,4% % соответственно). В 2017 г. преобладала III стадия, с 2018 г. по 2019 г. – II стадия (48.4% – 42.4%) (табл. 3).

Прогностические факторы (стадия, прогрессирование метастазы)  
у женщин ВПИ вследствие ЗНО молочной железы в период 2014-2019 гг.  
(абс. число, %)

Наименование	Год											
	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%										
Всего	19		33		29		26		31		33	
Стадия I	-		7	21,2	-		-		-		2	6,1
Стадия II	9	47,4	12	36,4	13	44,8	11	42,3	15	48,4	14	42,4
Стадия III	9	47,4	12	36,4	14	48,3	12	46,2	13	41,9	12	36,4
Стадия IV	1	5,3	2	6,1	2	6,9	2	7,7	3	9,7	5	15,2
Неприменимо	-		-		-		1	3,8	-		-	
MTS	6	31,6	4	12,1	6	20,7	5	19,2	6	19,4	9	27,3
Прогрессирование	4	21,1	1	3,0	1	3,4	1	3,8	2	6,5	3	9,1
Поражение двух молочных желез	-	-	1	3,0	2	6,9	1	3,8	1	3,2	1	3,0

В 2014 г. удельный вес наличие метастазов и прогрессирования был выше, чем в последующие годы (31,6% с метастазированием и 21,1% с прогрессированием). С 2018 г. ЗНО молочной железы с метастазированием среди ВПИ увеличилось, в 2019 г. прирост к 2018 г. составил 50,0%.

В анализируемый период отмечено метастазирование: в легкие и плевру – 8,7% случаев; в кости, в том числе позвонки – 8,7%; в лимфатические узлы – 4,7%; в послеоперационные рубцы – 2,9%; печень – 2,3%; в мягкие ткани и кожу – 3,0%; в другую молочную железу – 0,6%; в головной мозг – 0,6% от всех случаев ВПИ вследствие ЗНО молочной железы. Поражение двух молочных желез при первичном освидетельствовании наблюдалось в единичных случаях.

Основные методы лечения, проводимые пациенткам: мастэктомия – 14 чел. (73,7%) – 20 чел. (60,6%) – 17 чел. (58,6%) – 16 чел. (61,5%) – 22 чел. (71,0%) – 19 чел. (57,6%) случаев соответственно по годам; химиотерапия – 13 чел. (68,4%) – 17 чел. (51,5%) – 18 чел. (62,1%) – 15 чел. (57,6%) – 17 чел. (54,8%) – 17 чел. (51,5%); дистанционная гамматерапия – 5 чел. (26,3%) – 7 чел. (21,2%) – 8 чел. (27,6%) – 11 чел. (42,3%) – 10 чел. (32,3%) – 13 чел. (39,4%); дистанционная лучевая терапия – 4 чел. (21,1%) – 4 чел. (12,1%) – 6 чел. (20,7%) – 7 чел. (26,9%) – 5 чел. (16,1%) – 4 чел. (12,1%); резекция молочной железы 0 – 4 чел. (12,1%) – 1 чел. (3,4%) – 2 чел. (7,7%) – 2 чел. (6,5%) – 1 чел. (3,0%). Наибольший удельный вес оперированных от всех ВПИ с ЗНО молочной железы отмечался в 2018 г. – 92,7%, наименьший в 2019 г. –

60,6%. Это объясняется увеличением числа больных с метастазированием, прогрессированием, IV стадией, а также инкурабельностью заболевания в связи со старческим возрастом (старше 90 лет) и наличием сопутствующей сосудистой патологией. Число таких пациенток возросло в 2,6 раза, с 5 чел. В 2014 г. до 13 чел. в 2019 г. Согласно представленным медицинским документам были отмечены единичные случаи отказа от оперативного лечения.

Таблица 4

Распределение по группам инвалидности женщин ВПИ вследствие ЗНО молочной железы по (абс. число,%)

Группы инвалидности	Год											
	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%										
Всего	19		33		29		26		31		33	
I группа	3	15,8	2	6,1	4	13,8	4	15,4	7	22,6	11	33,3
II группа	10	52,6	15	45,5	16	55,2	16	61,5	14	45,2	15	45,5
III группа	6	31,6	16	48,5	9	31,0	6	23,1	10	32,3	7	21,2

В структуре по группам инвалидности отмечается преобладание II группы в 2014 г. и 2016 – 2019 гг., III группы – в 2015 г. В тоже время возросла доля I группы с 15,8% до 33,0% случаев, заняв в 2019 г. впервые второе место (табл. 4).

При установлении инвалидности вследствие ЗНО чаще устанавливалось степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности – способности к самообслуживанию, способность к трудовой деятельности.

У ВПИ женщин с ЗНО молочной железы чаще ограничение способности к самообслуживанию устанавливалась второй степени (57,9% – 48,5% – 65,5% – 76,9% – 64,5% – 78,8). Третья степень устанавливалась в среднем в 2,3%.

Увеличился удельный вес пациентов с третьей степенью ограничения к трудовой деятельности от 15,8% до 33,3% случаев. Доля пациентов со второй степенью уменьшилась с 36,8% до 6,1% случаев.

В единичных случаях у пациенток с метастазами в позвоночник, ребра, в тазобедренные суставы, тело подвздошной кости, с метастазами в кожу с лимфостазом нижней конечности определялось ограничение способности к передвижению от 3,0% до 9,1%.

У пациенток с ЗНО молочной железы наибольшая потребность в ТСР – в экзопротезе молочной железы (73,7% – 60,6% – 58,6% – 61,5% – 71,0% – 57,6% случаев от числа женщин ВПИ вследствие ЗНО молочной). При метастатическом поражении костно-мышечной системы с ограничением способности к передвижению рекомендовались ТСР: кресло-коляска прогулочная -5,2%, противопролежневый матрас – 3,2%; ходунки шагающие – 3,2%, трости опорные – 9,1% случаев.

### Заключение.

*Анализ структуры заболеваний ВПИ за период 2014–2019 гг. установил рост удельного веса инвалидов вследствие ЗНО с 25,2% до 40,1% случаев. В гендерной структуре женщины в среднем составляли 52,2%. Среди них доля женщин с ЗНО молочной железы в среднем 26,9%. В возрастной структуре данной категории женщин преобладала возрастная группа 60-69 лет (42,4% – 65,4%). В структуре по тяжести инвалидности среди ВПИ с ЗНО молочной железы лидировала II группа, но наметилась тенденция к росту I группы. Удельный вес IV стадии ЗНО молочной железы увеличился с 5,3% до 15,2%. Потребность в технических средствах реабилитации: экзопротезах молочных желез в среднем составила 63,2% случаев.*

### Литература

- Клиническая онкология: учебное пособие / под ред. П.Г. Брюсова, П.Н. Зубарева. – СПб.: СпецЛит, 2012.
- Основы онкогинекологии: практическое руководство / Н.Э. Бондарев, А.А., Шмидт, Д.И. Гайворонских, Е.А. Силаева. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019.

### **Literature**

- Clinical Oncology: textbook / ed. P.G. Bryusov, P.N. Zubarev. – St. Petersburg: SpetsLit, 2012.
- Fundamentals of gynecological oncology: a practical guide / N. E. Bondarev, A.A., Schmidt, D.I. Gayvoronskikh, E.A. Silaeva. – St. Petersburg: SpecLit, 2019.

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2019 ГОДЫ

**Коновалова Н.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, г. Томск

Приоритетным направлением работы службы медико-социальной экспертизы, в соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», является определение нуждаемости освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию, которая проводится на основании оценки ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими нарушениями функций организма.

*Цель:* Анализ показателей реабилитации детского населения, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России за период 2017-2019 гг.

*Материал и методы:* база данных Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ) за период 2017-2019 гг., статистические сборники за 2017-2019 гг.

*Результаты:* За анализируемый период зарегистрировано снижение с 2369 чел. до 2276 чел. (на 3,9%) общего количества детей, освидетельствованных в бюро МСЭ учреждения. Количество первично освидетельствованных детей возросло с 511 чел. до 576 чел. (на 12,7%). Данной тенденции послужили изменения, внесенные постановлениями Правительства Российской Федерации в Правила признания лица инвалидом в отношении установления инвалидности у детей. Количество освидетельствованных повторно снизилось с 1858 чел. до 1700 чел. (на 8,5%) за счёт увеличения доли детей-инвалидов, которым инвалидность установлена на 5 лет, 14 лет и до достижения возраста 18 лет. Доля детей, которым инвалидность установлена до достижения возраста 18 лет за анализируемый период снизилась с 35,6% до 33,4% от общего количества признанных инвалидами. 2,3% детей-инвалидов признано инвалидами до достижения возраста 14 лет. Из числа повторно освидетельствованных 27% обращений связано с разработкой ИПРА ребенка-инвалида, имеющим инвалидность до достижения возраста 18 лет. Количество освидетельствованных повторно снизилось на 8,5% за счёт увеличения на 28,8% доли детей-инвалидов,

которым инвалидность установлена до достижения возраста 18 лет. В 2019 г. специалистами МСЭ разработано 1905 ИПРА детям с категорией «ребёнок-инвалид», что на 4,3% меньше, чем в 2017 г., что связано с уменьшением общего количества признанных детьми-инвалидами. ИПРА ребенка-инвалида разрабатывалась всем детям, признанным инвалидами, а также детям с инвалидностью до достижения возраста 18 лет, обратившимся за разработкой ИПРА, количество которых возросло за анализируемый период в 2 раза. При формировании ИПРА детям-инвалидам нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации за период 2017-2019 гг. составила 100% от числа разработанных ИПРА. Нуждаемость в социальной реабилитации за 2017 г.- 2323 чел. (100%); 2018 г.- 2109 чел. (100%); 2019 г. – 1905 чел. (100%). Нуждаемость в психолого-педагогической реабилитации за 2017 г.- 1702 чел. (73,3%); 2018 г.- 1479 чел. (70,1%); 2019 г.- 1291 чел. (67,8%). Нуждаемость в профессиональной реабилитации за 2017г.- 434 чел. (18,7%); 2018 г.- 870 чел. (41,2%); 2019 г.- 512 чел. (26,9%). Рекомендации по техническим средствам реабилитации получили за 2017 г.- 558 чел. (24%); 2018 г.- 611 чел. (28,9%); 2019 г.- 531 чел. (27,9%).

При анализе эффективности реализации ИПРА детей-инвалидов в Томской области за период 2017-2019 гг. установлено, что заключение о выполнении ИПРА детей-инвалидов выдано в 100% случаев, в том числе с положительными результатами за 2017 г. 717 чел. (64,8%); 2018 г. 1053 чел. (66,6%); 2019 г. 787 чел. (60,5%). Восстановление нарушенных функций, полной компенсации утраченных функций достигнуто в 0,5% за 2017 г.; 0,8% за 2018 г. 0,6% за 2019 г., частичной компенсации в 12,1% за 2017 г.; 11,8% за 2018 г.; 15,8% за 2019 г. Положительные результаты психолого-педагогической реабилитации достигнуты в 37,7% за 2017 г.; 40,1% за 2018 г., 48,7% за 2019 г. Положительные результаты социальной реабилитации достигнуты в 77,5% за 2017 г.; 50,6% за 2018 г.; 54,9% за 2019 г. Положительные результаты получения образования и профессиональной реабилитации достигнуты в 41,1% за 2017 г.; 13,6% за 2018 г.; 33,7% за 2019 г. Нуждаемость в технических средствах реабилитации у детей-инвалидов по сравнению с 2017 г. снизилось с 558 до 531 (на 4,8%), однако удельный вес данных рекомендаций от числа разработанных ИПРА возрос с 24% до 27,9%.

Показатель полной реабилитации детей-инвалидов за отчётный период не изменился и составил 0,9% (в 2017 – 0,9%).

*Заключение:* За анализируемый период произошло снижение с 64,8% до 60,5% удельного веса положительных результатов реабилитации детей-инвалидов. Доля детей-инвалидов, у которых достигнута полная компенсация утраченных функций, восстановлены нарушенные функции полностью

уменьшилось с 0,6% до 0,5%. Доля детей-инвалидов, у которых достигнута частичная компенсация утраченных функций, восстановлены нарушенные функций частично возросла с 12,1% до 15,8%. С 417 до 633 чел. увеличилось количество детей-инвалидов с достигнутыми положительными результатами психолого-педагогической реабилитации.

Увеличение количества детей-инвалидов с достигнутыми положительными результатами получения образования и профессиональной реабилитации демонстрирует тесное взаимодействие службы медико-социальной экспертизы с психолого-медико-педагогической комиссией г. Томска и центрами занятости населения Томской области.

Показатель полной реабилитации детей-инвалидов за отчётный период не изменился 0,9%. Низкий показатель реабилитации связан с существующими проблемами получения полного комплекса реабилитационных мероприятий, особенно в отдаленных районах области, недостаточно развитой сетью реабилитационных учреждений.

#### Сведения об авторах:

1. Коновалова Наталья Александровна – врач по медико-социальной экспертизе экспертного состава №2 ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России

Служ. адрес: 634009, г. Томск, ул. Бердская, 27.

Контактный телефон: (8-382-2) 406-999

E-mail: gb2-kna@mse.tomsk.ru

**УДК 314.44+616-036.86+616.379-008.64+617.58-089**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЗА ПЕРИОД С 2017 Г. ПО 2019 Г. СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Михайлова Л.Г., Мизурова И.Л., Белогузов И.И. – mse@mse21.ru**

**ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии»**

**Минтруда России, г. Чебоксары**

Сахарный диабет (СД) – заболевание, которым страдает 6% населения развитых стран. По частоте инвалидизации и смертности СД стоит на 3 месте после сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологии. Гангрена нижних

конечностей при СД встречается в 20 раз чаще, чем в общей популяции. Более 60% больных с СД – инвалиды I и II группы.

По данным Государственного регистра сахарного диабета в Российской Федерации в динамике отмечается неуклонный рост количества пациентов с СД. Если на 01.01.2012 число больных СД составляло 3,5 млн человек, то по данным на 2018г. – составляет 4,58 млн человек. Основную часть больных составляют лица с СД 2 типа, в отдельных популяциях его доля достигает 80-95%.

Помимо высокой распространенности для СД характерны тяжелые осложнения, одним из которых является поражение нижних конечностей в виде синдрома диабетической стопы. Синдром диабетической стопы поражает 8-10% больных сахарным диабетом, у лиц со 2 типом СД это осложнение возникает в 10 раз чаще и является одной из основных причин инвалидности.

Синдром диабетической стопы объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, представляющие риск развития язвенных дефектов и гангрены стопы. Различные формы синдрома диабетической стопы могут приводить к ампутации нижних конечностей на различном уровне, что приводит к глубокой инвалидизации.

**Цель работы** – изучение структуры инвалидности вследствие ампутации нижних конечностей у инвалидов с СД за период 2017-2019 гг. среди взрослого населения в Чувашской Республике.

#### **Материал и методы.**

Сплошным методом проанализированы показатели инвалидности при ампутации нижних конечностей вследствие сахарного диабета в Чувашской Республике за три года, с 2017 г. по 2019 г., с использованием Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ).

#### **Результаты и обсуждение.**

В ходе исследования проведен анализ структуры инвалидности вследствие ампутации нижних конечностей у инвалидов с СД среди взрослого населения в Чувашской Республике за 2017-2019 гг.

**Структура инвалидности при ампутации нижних конечностей вследствие сахарного диабета в Чувашской Республике за 2017-2019 гг.**

Год	Всего инвалидов (СД)		Число инвалидов с ампутацией н/к		По гендерному признаку				По возрасту			
	абс	уровень инвалидности (на 10 тыс. населения)	абс.	%	мужчины		женщины		трудоспособ		пенсионный	
					СД	ампут	СД	ампут	СД	ампут	СД	ампут
2017	<b>293</b>	<b>2,9</b>	26	9	128	17	165	11	136	5	157	21
2018	<b>261</b>	<b>2,7</b>	28	12	126	22	135	10	123	6	238	22
2019	<b>238</b>	<b>2,5</b>	30	15	112	22	126	13	116	6	122	24

В 2017 г. вследствие СД всего признано инвалидами 293 чел; в 2018 г – 261 чел; в 2019 г – 238 чел. В 2019 году в сравнении с 2017 г. количество лиц, признанных инвалидами, уменьшилось на 18,8%. Несмотря на снижение количества лиц, признанных инвалидами вследствие СД, количество инвалидов с ампутацией нижних конечностей вследствие СД растёт и в 2017 г. составило 26 чел., в 2018 г. – 28 чел., в 2019 г. – 30 чел. Таким образом, в 2019 г. по сравнению с 2017 г. количество инвалидов с ампутацией нижних конечностей вследствие СД увеличилось на 15,4%.

По гендерному признаку среди инвалидов с ампутацией нижних конечностей при СД преобладают лица мужского пола, что от общего количества лиц, признанных инвалидами, составило в 2017 г. – 61%, в 2018 – 69%, в 2019 г – 63%.

По возрастному признаку среди инвалидов с ампутацией н/к при СД преобладают лица пенсионного возраста, что от общего количества лиц, признанных инвалидами, составило в 2017 г. – 80,7%, в 2018 – 78,6%, в 2019 г. – 80%.

**Показатели первичной и повторной инвалидности при ампутации нижних конечностей вследствие сахарного диабета в Чувашской Республике за 2017-2019 гг.**

Год	ВПИ с СД		ППИ с СД		ВПИ с ампут. н/к		ППИ с ампут. н/к	
	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.
2017	78	26,6	215	73,4	10	38,5	16	61,5
2018	73	27,9	188	72,1	15	53,6	13	46,4
2019	70	29,4	213	70,6	10	33,3	20	66,7

Удельный вес ВПИ с ампутацией нижних конечностей вследствие СД в 2017 г. составил 38,5%; в 2018 г. – 53,6%; в 2019 г. – 33,3%.

В структуре первичной инвалидности среди инвалидов с ампутацией нижних конечностей при СД преобладают лица пенсионного возраста, что составило в 2017 г. – 8 чел. (80,0%), в 2018 г. – 13 чел. (86,7%), в 2019 г. – 9 чел. (90,0%).

В структуре повторной инвалидности среди инвалидов с ампутацией нижних конечностей при СД также преобладают лица пенсионного возраста, что составило в 2017 г. – 8 чел. (50,0%), в 2018 г. – 9 чел. (69,2%), в 2019 г. – 15 чел. (75,0%).

**Структура инвалидности при ампутации нижних конечностей вследствие сахарного диабета в Чувашской Республике за 2017-2019 гг. по группе инвалидности**

Год	Всего инвалидов (СД)						Число инвалидов с ампутацией н/к					
	I группа		II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.
2017	49	16,7	87	29,7	157	53,6	5	10,2	19	21,8	2	1,3
2018	43	16,5	65	24,9	153	58,6	4	9,3	15	23,1	9	5,9
2019	31	13,0	64	26,9	143	60,1	4	12,9	19	29,7	7	4,9

Если в целом среди инвалидов вследствие СД преобладают инвалиды третьей группы, то среди инвалидов с ампутацией нижних конечностей вследствие СД преобладают инвалиды второй группы, удельный вес, которых составил в 2017 г. – 21,8%, в 2018 г. – 23,1%, а 2019 г. – 29,7%. Удельный вес инвалидов второй группы с ампутацией нижних конечностей вследствие СД в динамике за три года растет, с 21,8% до 29,7%.

Также в динамике за три года отмечается увеличение удельного веса инвалидов первой и второй группы с ампутацией нижних конечностей вследствие СД.

**Структура инвалидности без указания срока переосвидетельствования при ампутации нижних конечностей вследствие сахарного диабета в Чувашской Республике за 2017-2019 гг.**

Год	Число инвалидов с ампутацией нижних конечностей – бессрочно					
	I группа		II группа		III группа	
	абс	уд.в.	абс	уд.в.	абс	уд.в.
2017	5	100%	13	68,4%	1	50%
2018	4	100%	6	40%	-	-
2019	3	75%	10	52,6%	3	42,9%

Среди инвалидов первой группы с ампутацией нижних конечностей вследствие СД инвалидность без указания срока переосвидетельствования в 2017-2018 гг. установлена в 100% случаев, в 2019 г. – в 75% случаев.

Среди инвалидов второй и третьей группы инвалидность без указания срока переосвидетельствования в 2017-2018 гг. варьирует от 40% до 68% случаев.

Установление инвалидности первой и второй группы со сроком переосвидетельствования свидетельствует о возможностях протезирования ампутированных конечностей, вследствие чего возможно уменьшение степени выраженности основных категорий ограничений жизнедеятельности.

В ходе проведенного анализа по установлению инвалидности третьей группы со сроком переосвидетельствования было установлено, что у данной категории инвалидов имеется только ампутация пальцев стопы.

Таким образом, по гендерному признаку в структуре инвалидности вследствие ампутации нижних конечностей при СД преобладают лица мужского пола. Также, как в структуре первичной, так и в структуре повторной инвалидности идет рост инвалидов пенсионного возраста с ампутированными конечностями вследствие СД.

Преобладание инвалидов мужского пола объясняется тем, что одной из причин риска развития осложнений синдрома диабетической стопы является гендерная принадлежность к мужскому полу; а также такие причины, как курение, злоупотребление алкоголем, которые чаще встречаются среди лиц мужского пола.

Рост инвалидов пенсионного возраста объясняется возникновением синдрома диабетической стопы, в развитии которого значимую роль играет СД 2 типа. СД 2 типа в основном возникает чаще у лиц старше 40 лет и зачастую протекает бессимптомно, вследствие чего пациенты своевременно не обращаются за медицинской помощью, что в свою очередь, приводит к развитию тяжелых инвалидизирующих осложнений.

### Литература

1. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2017 году, 2018 году, 2019 году. Москва, 2018, 2019, 2020.

2. Основные показатели повторной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2017 году, 2018 году, 2019 году. Москва, 2018, 2019, 2020.

3. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова. Изд. 4-е, переработанное и дополненное. Спб, 2017.

4. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017. Москва, 2018.

**УДК 614.29+331.36**

### **ОБ ОПЫТЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ СОТРУДНИКОВ ПУТЁМ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ В ФКУ «ГБ МСЭ ПО Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ» МИНТРУДА РОССИИ**

**Кароль Е.В., Абросимов А.В., Кузнецова Ю.И., Хандрикова Я.Н.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург

В условиях изменяющегося в течение последних лет нормативно-правового регулирования деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) одним из важных аспектов обеспечения качества проведения МСЭ является владение сотрудниками содержанием нормативных правовых актов в установленной сфере деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и верного применения их в практике повседневной работы. В этих целях в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России внедрена и ежегодно, начиная с 2017 года, проводится проверка знаний врачей по МСЭ, медицинских регистраторов, психологов путём проведения тестового контроля.

Безусловно, основным импульсом к внедрению и развитию данной формы работы с сотрудниками явилось проведение Федеральным бюро медико-социальной экспертизы проверки знаний руководства учреждений медико-социальной экспертизы и экспертных составов Главного бюро субъектов РФ. Все сотрудники нашего Учреждения, принявшие участие в данной проверке, единодушно пришли к выводу о целесообразности внедрения тестового контроля в практику деятельности Учреждения.

Основными принципами организации проверки знаний в Учреждении стали:

- участие крайне ограниченного круга лиц в составлении вопросов тестового контроля;

- составление разных материалов тестового контроля для врачей, медицинских регистраторов, психологов;

- дифференциация оценки результатов в зависимости от занимаемых сотрудниками должностей;

- обязательное участие всех врачей по МСЭ, медицинских регистраторов, психологов в проведении тестового контроля.

Положение о проведении проверки знаний медицинских работников ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России утверждено на собрании трудового коллектива в качестве приложения к коллективному трудовому договору. Составление отдельных вопросов для тестового контроля осуществляется уполномоченными сотрудниками по поручению Руководителя – Главного эксперта; формирование их в варианты с 2019 г. осуществляется путем использования компьютерных программ под контролем уполномоченного заместителя Руководителя Учреждения. График проведения проверки знаний утверждается Приказом Руководителя – Главного эксперта, которым определяются дата, время и место проведения проверки знаний, утверждается список сотрудников, в отношении которых проводится проверка; а также состав и председатель Комиссии по проверке и оценке полученных результатов. Не менее 1/3 членов включаются в состав Комиссии по согласованию с Советом трудового коллектива и первичной профсоюзной организацией. Подведение итогов тестового контроля осуществляется Комиссией. Решение Комиссии выносится простым большинством голосов её членов. Результаты проверки знаний оформляются Протоколом, который заверяется Руководителем – главным экспертом по МСЭ. Решение Комиссии доводится до сотрудников путем электронной рассылки. Все неудовлетворительные результаты тестового контроля по результатам проверки знаний требуют обязательной однократной дополнительной проверки. График проведения дополнительной проверки знаний утверждается Приказом по Учреждению после окончания проведения проверки знаний всех медицинских работников Учреждения. Также в график включаются сотрудники, пропустившие регулярную обязательную проверку знаний по уважительной причине. Результаты проверки знаний сотрудников учитываются при оценке эффективности их работы, в совокупности с иными показателями, предусмотренными коллективным трудовым договором. Также

результаты проверки знаний сотрудников учитываются при ходатайстве в уполномоченные организации на присвоение квалификационных категорий.

В течение трёх лет формы проведения проверки находились в развитии. С 2019 г. составляются блоки вопросов по различной тематике. В частности, темы вопросов для врачей были следующими:

- содержание Правил признания лица инвалидом в актуальной редакции;
- содержание Классификаций и критериев в актуальной редакции;
- содержание Административного регламента;
- нормативное регулирование освидетельствования пострадавших на производстве (установления УПТ, разработки ПРП);
- нормативное регулирование вопросов установления причин инвалидности;
- нормативное регулирование вопросов разработки ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);
- нормативное регулирование вопросов внесения в ИПРА рекомендаций по обеспечению ТСР;
- вопросы работы в ГИС ЕАВИИАС МСЭ;
- содержание иных нормативных правовых актов, актуальных в практике работы на момент проведения тестового контроля.

По аналогии, составляются блоки вопросов для медицинских регистраторов и психологов, в пределах их компетенции. Путём использования компьютерной программы в ходе проверки знаний из каждого блока выбирается равное количество вопросов. На проведение тестового контроля отводится определенное количество времени.

В целом, трёхлетний опыт работы по данному направлению позволил преодолеть определенные психологические барьеры, отмечавшиеся у сотрудников при первом проведении тестового контроля: выраженные эмоциональные реакции; отсутствие опыта работы с тестами, особенно у сотрудников старших возрастных групп и у медицинских регистраторов; негативное отношение части сотрудников к контролю знаний как таковому. Со становлением проверки знаний в качестве регулярного мероприятия в коллективе наступило понимание её необходимости, появилась заинтересованность большей части специалистов в достижении высоких результатов, мотивированность на успех. Проверка знаний с использованием компьютерной программы в 2019 г. была позитивно воспринята как более удобная и интересная форма.

Опыт ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России по организации контроля уровня знаний нормативно-правовых актов среди

сотрудников свидетельствует об эффективности данного направления деятельности и необходимости его дальнейшего развития.

**УДК 614.29+331.103+616-036.21**

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОДЛЕНИЯ ГРАЖДАНАМ  
ИНВАЛИДНОСТИ, СТЕПЕНИ УПТ ПРИ ОТСУТСТВИИ  
НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ  
В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2020 ГОДУ**

**Кароль Е.В.<sup>1</sup>, Абросимов А.В.<sup>1</sup>, Кузнецова Ю.И.<sup>1</sup>,  
Горских О.Г.<sup>1</sup>, Самсоненко О.О.<sup>1</sup>, Якимова Е.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург

Неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в Российской Федерации в 2020 году привела к изменениям в работе учреждений медико-социальной экспертизы. Вступление в силу Постановлений Правительства РФ от 09 апреля 2020 г. № 467 и от 15 апреля 2020 г. № 511, а также ограниченные возможности медицинских организаций для направления граждан на медико-социальную экспертизу (МСЭ) привели к необходимости адаптировать деятельность учреждений МСЭ к новым условиям. Утвержденный порядок установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ), разработки индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ИПРА), программ реабилитации пострадавших (ПРП) путем продления на 6 месяцев внес серьезные коррективы в организацию работы как учреждений МСЭ в целом, так и каждого бюро МСЭ, экспертного состава Главного бюро.

К концу августа 2020 года продление инвалидности в соответствии с пп.3-8 Временного порядка признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 09 апреля 2020 г. № 467 в учреждениях МСЭ Санкт-Петербурга осуществлено в отношении 9049 граждан старше 18 лет, 960 детей до 18 лет и 275 детей-инвалидов, достигших 18 – летнего возраста в период действия Временного порядка; продление степени УПТ и ПРП – в отношении 1296 граждан. Серьезная своевременная регулярная методическая помощь Федерального бюро медико-социальной экспертизы и адаптация ГИС ЕАВИИАС МСЭ к вопросам продления инвалидности, ИПРА, УПТ и ПРП позволили эффективно организовать реализацию Постановлений

Правительства РФ. Нашим Учреждением была проведена большая подготовительная работа по данному направлению: организованы рабочие совещания в режиме видеосвязи с ответами на возникающие у сотрудников вопросы, создан информационно-демонстрационный ролик по организации подготовительной работы со списками граждан и порядку работы в ЕАВИИАС МСЭ, ряд сотрудников дополнительно привлечен к работе по подготовке почтовых отправок. Благодаря этому в большинстве случаев удалось организовать своевременное продление инвалидности, ИПРА, УПТ и ПРП; а также направление гражданам документов по результатам МСЭ. Вместе с тем, в практике работы сотрудники Учреждения столкнулись с рядом трудностей.

К наиболее проблемным следует отнести ряд вопросов, возникших при продлении инвалидности детям-инвалидам, достигшим в данный период 18-летнего возраста:

1) В ряде случаев у Учреждения отсутствовали актуальные сведения о документах, удостоверяющих личность указанной категории граждан. Последний раз предыдущая МСЭ проводилась в возрасте детей до 14 лет, когда удостоверяющим личность документом было свидетельство о рождении; контактные данные устарели. При этом Учреждением были получены письменные отказы Отделения ПФР в предоставлении информации о документах, удостоверяющих личность, со ссылкой на законодательство РФ о персональных данных. Для решений указанных вопросов сотрудники Учреждения оперативно связывались с медицинскими организациями, органами социальной защиты, в отдельных случаях – с органами ФМС. В частности, в отношении некоторых детей-инвалидов была получена информация об их убытии на ПМЖ за рубеж, вследствие чего им не выдавались российские паспорта.

2) При продлении инвалидности гражданам, достигшим 18 лет, ранее признанным детьми-инвалидами в других регионах (сведений о которых не имелось в системе ЕАВИИАС МСЭ), встречались случаи, когда категория «ребенок-инвалид» им была установлена до дня рождения (а не до дня, следующего за наступлением 18-летия). Данная проблема обусловлена отсутствием единообразного подхода к определению даты окончания категории «ребенок-инвалид» в разные временные периоды.

3) В случаях, когда категория «ребенок-инвалид» устанавливалась до 18 лет в отдаленные временные периоды возникали затруднения при решении вопроса об определении группы инвалидности на основании степени выраженности стойких расстройств функций организма на основании сведений в протоколах проведения медико-социальной экспертизы граждан.

Во-первых, отсутствие в тот период протоколов МСЭ является определенным правовым противоречием; во-вторых, оценка степени нарушения функций организма при последнем перед продлением освидетельствовании проводилась на основании нормативных правовых актов, утративших силу, а в ряде случаев была откровенно ошибочной. Особенно затруднительными являются случаи, когда продление инвалидности должно проводиться на основании клинико-экспертных документов из других субъектов РФ.

4) Возникали трудности при решении вопросов внесения в ИПРА рекомендаций по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР), особенно в отношении которых, с учетом требований действующих нормативных правовых актов РФ, должны указываться антропометрические данные и характеристики ТСР (абсорбирующие изделия, кресла-коляски, кресла-стулья с санитарным оснащением виды протезов и др.).

5) Сложности возникали и в случаях внесения при продлении в ИПРА рекомендаций по обеспечению ТСР, которые были даны до вступления в силу Приказа Минтруда России от 28.12.2017 г. № 888н; преимущественно в отношении детей-инвалидов, достигших 18 летнего возраста в период действия Временного порядка: в данных случаях при продлении инвалидности фактически необходимо было решать экспертные вопросы в части рекомендаций по обеспечению ТСР, не располагая исчерпывающими актуальными данными о состоянии здоровья инвалида с отражением степени нарушения функций органов и систем.

Возникающие трудности, с учетом высокой социальной значимости решения экспертных вопросов в отношении указанной категории граждан, потребовали усиления контроля со стороны руководства Учреждения, экспертных составов Главного бюро, в ряде случаев – взаимодействия с медицинскими организациями, коллегами из других субъектов РФ.

Кроме того, до настоящего времени неясен порядок урегулирования вопроса о вынесение разных решений по повторному установлению инвалидности (продлению действия инвалидности, ИПРА) разными субъектами РФ. Причинами данной проблемы являются: отсутствие до 18.05.2020 г. расширенного функционала Портала МСЭ по поиску сведений, выгруженных во ФГИС ФРИ; отсутствие в портале сведений об установлении инвалидности в учреждениях МСЭ ФМБА России; а также то обстоятельство, что и в настоящее время при продлении инвалидности в течение 24 часов разными субъектами (либо продлении в одном и освидетельствовании по направлению в другом), сохраняется проблема «двойного» решения. В данных случаях к очевидно негативным для инвалидов последствиям приводит поступление в ФГИС ФРИ сведений об инвалидности с меньшим сроком

и (или) разными рекомендациями в ИПРА, что в ряде случаев может уменьшить перечень и объем социальных гарантий инвалидов (детей-инвалидов). С нашей точки зрения, необходимо решение данного вопроса путём согласованного порядка повторной «выгрузки» сведений в ФГИС ФРИ с информированием органов, осуществляющих пенсионное обеспечение, и органов исполнительной власти по месту фактического проживания инвалидов (детей-инвалидов).

Отметим также недочеты списков граждан, представляемых ПФР для продления инвалидности: указание граждан, в отношении которых решения бюро об установлении инвалидности были отменены Главным бюро (граждане инвалидами не признаны либо инвалидность была установлена бессрочно), поэтому оснований для продления инвалидности не имелось. Проблемой явилась и большая численность возвратов в Учреждение почтовых отправок с направленными гражданам документами по результатам освидетельствования и продления инвалидности, УПТ, ПРП: часть была связана с отсутствием граждан в городе в летний период, часть – с недостатками работы почтовых отделений по уведомлению получателей, а часть – с изменением места жительства инвалидов с момента предыдущего освидетельствования.

#### Выводы.

*Работа учреждений медико-социальной экспертизы в новых условиях, с учетом её высокой социальной значимости, требует оперативного решения возникающих вопросов, нестандартных подходов к организации работы, ответственного отношения сотрудников любого уровня и внимательного отношения к людям. Вместе с тем, возникающие в работе проблемы требуют единообразного урегулирования и постоянного методического сопровождения.*

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ РАБОТЫ  
ПО ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ  
ВСЛЕДСТВИЕ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА  
В ЦЕЛЯХ ИЗМЕНЕНИЯ СРОКА ИНВАЛИДНОСТИ**

**Кароль Е.В.<sup>1</sup>, Белавина Е.А.<sup>1,2</sup>, Кузнецова Ю.И.<sup>1</sup>, Поддубная Т.Б.<sup>1</sup>,  
Самсоненко О.О.<sup>1</sup>, Бакаева Ю.В.<sup>1</sup>, Меньшикова М.Б.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

**Ключевые слова:** дети-инвалиды, сахарный диабет, направление на медико-социальную экспертизу, орган социальной защиты населения.

**Резюме.** Отражен опыт работы ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России по организации переосвидетельствования детей-инвалидов вследствие инсулинозависимого сахарного диабета в целях изменения ранее установленного срока инвалидности в 2019-2020 гг.

6 июля 2019 года вступило в силу Постановление Правительства РФ от 27 июня 2019 г. № 823, которым в Правила признания лица инвалидом (далее – Правила) были внесены изменения. Новой редакцией Правил предусмотрено, что при освидетельствовании детей с инсулинозависимым сахарным диабетом категория «ребенок-инвалид» устанавливается до достижения возраста 18 лет. Соответственно, для учреждений медико-социальной экспертизы встал вопрос о необходимости проведения переосвидетельствования данной категории детей, которым инвалидность была установлена до вступления в силу новой редакции Правил.

По данным ГИС ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России было установлено, что до вступления в силу Постановления Правительства РФ от 27 июня 2019 г. № 823 в Санкт-Петербурге 488 детям с инсулинозависимым диабетом инвалидность была установлена на сроки 2 года или до 14 лет. Вместе с тем, порядок установления инвалидности, предусмотренный Правилами, не дает возможности провести повторное освидетельствование в отсутствие направления на медико-социальную экспертизу.

В течение нескольких месяцев группа родителей детей-инвалидов вследствие инсулинозависимого сахарного диабета инициировала единообразные обращения на официальный сайт Учреждения с требованием

изменения ранее установленного срока инвалидности без оформления направлений на медико-социальную экспертизу. По результатам анализа сложившейся ситуации Учреждением, во избежание роста социальной напряжённости, были предприняты меры в целях организации направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ) данной категории детей-инвалидов органами социальной защиты населения. Данный порядок проведения МСЭ, с одной стороны, не противоречит требованиям Правил признания лица инвалидом, с другой – позволяет детям-инвалидам и их родителям не обращаться по вопросу оформления направлений на МСЭ в поликлиники, так как это требует больших затрат времени и сил, в том числе и со стороны медицинских организаций.

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России была проведена серьезная совместная межведомственная работа с Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга. Инициативу Учреждения поддержал и активно принял участие в организации такого порядка переосвидетельствования детей-инвалидов Аппарат Уполномоченного по правам ребёнка в Санкт-Петербурге, руководитель социального управления которого С.И. Раковская является членом Общественной комиссии при ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России.

Нашим Учреждением были сформированы списки детей, которым инвалидность вследствие инсулинозависимого сахарного диабета ранее была установлена на срок 2 года или до 14 лет, с разбивкой по районам проживания и по ранее назначенной дате переосвидетельствования. Эта информация с разъяснениями требований к оформлению направлений на МСЭ и порядка их передачи в Учреждение, с соблюдением требований к защите персональных данных, была направлена в районные отделы социальной защиты населения, в зависимости от места жительства детей-инвалидов. В частности, Учреждением было рекомендовано в первую очередь оформлять направление на МСЭ детям-инвалидам, у которых срок инвалидности истекал в ближайшие месяцы, а затем – остальным.

Разъяснения по предложенному порядку переосвидетельствования были размещены на официальном сайте Учреждения, направлены при содействии членов Общественной комиссии при Учреждении: начальника консультативно-правового отдела Санкт-Петербургской ассоциации общественных объединений родителей детей-инвалидов ГАООРДИ (также члена Общественной комиссии при Учреждении) для размещения на сайте ассоциации, председателя Санкт-Петербургского диабетического общества для размещения в информационных ресурсах общества (сайт и газета)

и проведения разъяснительной работы в общественных и пациентских организациях.

В результате проведенной работы с ноября 2019 г. направления на МСЭ детям-инвалидам вследствие инсулинозависимого сахарного диабета оформляются районными отделами социальной защиты населения, которые передают их в Учреждение. Этот порядок не требует дополнительного обследования детей в медицинских организациях. В данном порядке к середине августа 2020 года 276 детям изменен срок ранее установленной инвалидности. Несмотря на то, что в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки весной и летом 2020 г., с учетом ограничения режима работы отделов социальной защиты населения, темпы данной работы замедлились, в настоящее время направления на МСЭ из органов социальной защиты вновь стали поступать в Учреждение еженедельно. До конца 2020 г. ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России рассчитывает завершить работу и установить категорию «ребенок-инвалид» на срок до 18 лет всем детям с инсулинозависимым сахарным диабетом, проживающим в нашем городе.

Опыт ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России в части организации работы по переосвидетельствованию детей-инвалидов показывает позитивные возможности использования в практике деятельности:

- возможностей ГИС ЕАВИИАС МСЭ,
- конструктивного взаимодействия с органами исполнительной власти, общественными и пациентскими организациями,
- ресурса Общественной комиссии.

В необходимых случаях это позволяет учреждениям медико-социальной экспертизы решать вопросы практической деятельности, возникающие с изменением нормативного правового регулирования, предотвращая возникновение социальной напряженности и формируя позитивную направленность деятельности учреждений.

**ОБ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТАХ ЗАОЧНОЙ ФОРМЫ  
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН ПО ОПЫТУ РАБОТЫ  
УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2020 ГОДУ**

**Кароль Е.В., Кузнецова Ю.И., Хандрикова Я.Н.,  
Розанова Н.Э., Попова Е.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург

Условия работы учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2020 году при неблагоприятной эпидемиологической обстановке в Российской Федерации, в том числе после вступления в силу Постановлений Правительства РФ от 09 апреля 2020 г. № 467 и от 15 апреля 2020 г. № 511 (Постановления 467, 511), явились причиной исключительно заочной формы освидетельствования граждан вне зависимости от целей МСЭ при существенном ограничении возможностей медицинских организаций для проведения диагностических мероприятий и направления граждан на МСЭ. Несмотря на то, что заочная форма проведения МСЭ в целом нашла позитивный отклик в обществе, существуют и требуют решения ряд организационных проблем, возникших в практике работы учреждений МСЭ Санкт-Петербурга (СПб) с апреля 2020 года. Представляется, что данная проблематика в той или иной степени актуальна во всех субъектах Российской Федерации.

Безусловно, одной из наиболее серьезных проблем, возникших в период действия Временного порядка признания лица инвалидом, является рост количества направлений на МСЭ, не отражающих в полной мере степень нарушения функций органов и систем организма человека, либо содержащих противоречивые сведения. В частности, при повторном направлении инвалидов в ряде случаев в направительных документах в большом количестве отмечено предоставление заключений специалиста (специалистов), содержащих диагноз, описание объективного статуса и т.д., констатированных по данным предыдущих обследований (выписка из стационаров, осмотров прошлых лет), что свидетельствует о том, что в текущем году диагностические и реабилитационные мероприятия инвалидам не проводились. Не вызывает сомнений, что данная проблема отчасти обусловлена объективными причинами в реалиях 2020 года: это и работа медицинских организаций (МО) амбулаторно-поликлинического

звена в ограниченном режиме, с выводом на период противоэпидемических мероприятий ряда профильных специалистов за штат; и отсутствие возможности проводить ряд лабораторных и инструментальных исследований; приостановление либо существенно ограниченный режим работы диагностических центров; направленность работы большей части медицинских стационаров на лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией; невозможность проведения гражданам диагностических мероприятий на дому в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Однако, нельзя не учитывать возможные риски вынесения ошибочных (необъективных) решений учреждений МСЭ с таким качеством направляющей документации: вынесенные в условиях заочного освидетельствования, они могут не соответствовать реально имеющимся у граждан нарушениям здоровья и ограничениям жизнедеятельности (ОЖД). Высоки риски проведения МСЭ по сведениям МО, «усиливающим» степень нарушения функций организма, как в целях избегания конфликтов с пациентами, так и в силу возможной личной заинтересованности отдельных специалистов МО, которая в этих условиях не может быть полностью исключена. Фактически в этих условиях МСЭ проводится исключительно по представленным медицинским документам без объективного анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

Не менее важными как для инвалидов, так и для специалистов учреждений МСЭ проблемами явились: отсутствие возможности соблюдения принципа индивидуальности при разработке Индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида) (ИПРА); затруднения в ходе индивидуального подбора реабилитационных мероприятий, показанных инвалиду, в том числе по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР), в условиях исключительно заочного порядка проведения МСЭ. Данные сложности являются следствием ряда причин. Так, специалисты бюро МСЭ и экспертных составов Главного бюро СПб систематически сталкивались с недостаточным объемом сведений, характеризующих ОЖД, а в большинстве случаев и полным их отсутствием в направлениях граждан на МСЭ. Отметим, что описание и оценка ОЖД не отнесена к компетенции специалистов здравоохранения и является прерогативой специалистов по МСЭ. В этих условиях отсутствие возможности объективного обследования инвалидов в ходе МСЭ существенно затрудняет: определение медицинских показаний (МП) и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСР с учетом требований законодательства; определение необходимых инвалиду, максимально полно компенсирующих ОЖД видов и характеристик ТСР

(кресел-колясок, кресел-стульев с санитарным оснащением, вида ходунков, костылей, тростей и т.п.); подбор другого показанного инвалиду ТСР при наличии медицинских противопоказаний к обеспечению каким-либо определенным видом ТСР по МП. При этом систематически в направительных документах либо в заключениях отдельных специалистов МО встречались рекомендации по обеспечению инвалидов ТСР при отсутствии соответствующих МП, что не могло не приводить к возникновению ситуаций конфликта. К тому же в этот период нередко увеличивались сроки предоставления сведений в рамках программ дополнительного обследования (ПДО), либо они не предоставлялись со ссылкой на трудности выполнения в период противоэпидемических мероприятий. С нашей точки зрения, данные проблемы отчасти могут быть решены нормативным актом, предусматривающим: либо разрешение проведения объективного обследования граждан специалистами МСЭ в целях оптимального подбора реабилитационных мероприятий при условиях: согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя), соответствующих возможностей в регионе с учетом текущей эпидемиологической обстановки; либо разрешение внесения изменений в ИПРА, в том числе в перечень рекомендованных ТСР (с возможностью дополнения или замены ранее рекомендованных) по окончании действия Временного порядка без составления нового направления на МСЭ (на ограниченный временной период).

Со вступлением в силу Постановлений 467 и 511 до настоящего времени в правовом поле не урегулированы некоторые организационные вопросы проведения МСЭ, что в дальнейшем может привести к оспариванию решений по так называемым «процедурным» вопросам. В частности, механизм получения согласия граждан (их представителей) на проведение МСЭ, обработку персональных данных представляется достаточно спорным. В правовом поле недостаточно урегулирован вопрос проведения МСЭ на основании справок об отказе гражданам в направлении на МСЭ: предусмотренный п. 19 Правил признания лица инвалидом порядок проведения МСЭ (осмотр гражданина и по его результатам составление ПДО гражданина и проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) не может быть реализован в условиях действия Временного порядка; при этом самим Временным порядком условия признания граждан инвалидом на основании справок об отказе в направлении на МСЭ не оговорены. Это правовое противоречие в дальнейшем может обуславливать возможность оспаривания решений учреждений МСЭ в таких случаях в судебном порядке по основанию «нарушения процедуры»: как гражданами

в случае отказа в установлении инвалидности, так и страховыми компаниями либо иными истцами в рамках гражданских дел при установления гражданам инвалидности.

Также существует проблема актуальности (достоверности) предоставляемой информации по персональным данным граждан (ФИО, дата рождения, СНИЛС, документ удостоверяющий личность, документы, дающие право на социальные льготы и гарантии, сведения о месте жительства, контактные данные и т.д.) и их представителей в направлениях на МСЭ при отсутствии легитимной возможности ознакомления с документами граждан и проверки точности указанных сведений. В сложных условиях работы МО при заполнении направлений на МСЭ допускают ошибки (описки, опечатки) при указании персональных данных; нередко неверно заполняют раздел «место жительства»; не всегда в направлениях указывают данные законного (уполномоченного) представителя. Кроме того, в форме 088/у не предусмотрено заполнение сведений об «особом» статусе гражданина. При этом у сотрудников бюро МСЭ нет возможности уточнить необходимые сведения в условиях отсутствия личного контакта с гражданами (их представителями). Как следствие, в ФГИС ФРИ поступает недостоверная информация о гражданах, признанных инвалидами. В этих условиях существуют риски задержек по обеспечению выплат и социальных гарантий в случаях, требующих внесения изменений в ИПРА в части персональных данных (в том числе с формированием изменённой справки МСЭ) в случаях неверного оформления документов по результатам МСЭ. Неправильное же заполнение протокола МСЭ в разделе «особые отметки» будет иметь следствием дальнейшие дефекты статистического учета.

#### Выводы.

*Предполагаемое расширение заочной формы проведения медико-социальной экспертизы требует тщательного нормативно-правового регулирования, определения механизмов повышения ответственности медицинских организаций, отработки гибких подходов к условиям проведения освидетельствования каждого гражданина, усиления разъяснительной работы*

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2017 – 2019 ГГ.

Усенкова И.В., Брюхова В.Р., Сидамонидзе Т.А.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России,  
г. Красноярск

***Аннотация:** в статье представлена динамика первичной инвалидности взрослого населения Красноярского края за 2017-2019г.г., структура по полу, возрастным категориям, тяжести инвалидности, нозологическим формам.*

***Ключевые слова:** первичная инвалидность, удельный вес, интенсивный показатель, группы инвалидности, нозологические формы, трудоспособный возраст, пенсионный возраст.*

Динамика инвалидности зависит от процесса совершенствования отечественного законодательства и характера экономических преобразований в стране. Материалы об инвалидности и деятельности государственной службы медико-социальной экспертизы при адекватном анализе и использовании являются действенным инструментом в работе государственных органов по организации и совершенствованию мер по профилактике и снижению инвалидности, улучшению социального положения инвалидов.

**Цель исследования:** изучение динамики показателей первичной инвалидности взрослого населения Красноярского края за период 2017-2019 гг.

**Материалы и методы:** исследование проведено на основании годовых статистических данных формы №7-собес и материалов информационно-аналитического бюллетеня ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России. Метод исследования статистический и аналитический. Период наблюдения 2017-2019г.г.

**Результаты.** Количество первичных освидетельствований взрослых (лиц 18 лет и старше) в 2019г. составило 14 810 человек, что на 1,3% ниже по сравнению с 2018г. и на 4,1% выше, чем в 2017г. Число и доля первичных освидетельствований лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 лет, мужчины 18-59 лет) за анализируемый период имеет тенденцию к снижению,

в пенсионном возрасте (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) отмечается стабильный рост (таблица 1).

Таблица 1

Результаты первичных освидетельствований взрослого населения  
Красноярского края за период 2017-2019г.г. (абс. число, %)

Годы	Первично освидетельствовано, всего		в том числе			
			лица трудоспособного возраста		лица пенсионного возраста	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
2017	14 221	100,0	6 998	49,2	7 223	50,8
2018	15 005	100,0	7 146	47,6	7 859	52,4
2019	14 810	100,0	6 817	46,0	7 993	54,0

В 2019г. с целью определения инвалидности впервые освидетельствовано 14 410 лиц старше 18 лет (97,3% от общего числа первичных освидетельствований взрослых).

Первично признано инвалидами 12 968 человек. Отмечается снижение количества признанных инвалидами впервые по отношению к 2018г. на 1,1% и увеличение по отношению к 2017г. на 2,6%.

Гендерная структура контингента впервые признанных инвалидами в 2017-2019г.г. оставалась стабильной: мужчин большинство – 54,6% – 53,7%, женщин было 45,4 – 46,3% соответственно.

Инвалидность при первичном освидетельствовании чаще устанавливалась лицам пенсионного возраста, причем за 2017–2019г.г. их доля и число увеличились от 49,1% до 52,7% или от 6 860 до 7 517 человек. Удельный вес лиц трудоспособного возраста в контингенте ВПИ был меньше и стабильно уменьшался от 41,4 до 38,2%; их абсолютное число уменьшилось от 5 784 до 5451 человека (таблица 2).

Таблица 2

Структура первичной инвалидности взрослого населения Красноярского края с учетом пола и возраста за период 2017–2019г.г. (абс. число, %)

Годы	Впервые признано инвалидами		в том числе							
			мужчины		женщины		лица трудоспособного возраста		лица пенсионного возраста	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
2017	12 644	100,0	6 903	54,6	5 741	45,4	5 784	41,4	6 860	49,1
2018	13 109	100,0	7 252	55,3	5 857	44,7	5 719	39,2	7 390	50,7
2019	12 968	100,0	6 959	53,7	6 009	46,3	5 451	38,2	7 517	52,7

Уровень первичной инвалидности среди взрослого населения края за последние три года увеличился с 59,5 до 61,4. По Красноярскому краю интенсивный показатель первичной инвалидности выше, чем по России и Сибирскому Федеральному Округу (по данным статистических сборников ФБ МСЭ за 2017-2019г.г.: в РФ в 2017г. – 56,4, в 2018г. – 54,8, в 2019г. – 54,6; в СФО в 2017г. – 58,3, в 2018г. – 58,2, в 2019г. – 57,5).

Среди городских жителей уровень первичной инвалидности остается ниже, чем среди сельских (59,1 и 69,2 соответственно). Интенсивный показатель среди сельского населения края имеет тенденцию к постоянному росту (с 62,2 до 69,2 на 10 тыс. соответствующего населения).

Среди мужского населения уровень первичной инвалидности в 1,5 раза выше, чем среди женского.

В течение 2017-2019г.г. произошло снижение интенсивного показателя в трудоспособном возрасте – на 1,9% и рост показателя в пенсионном возрасте на 11,2% (таблица 3).

Таблица 3

Уровень первичной инвалидности среди взрослого населения Красноярского края с учетом пола, возраста и места проживания за период 2017–2019г.г. (на 10 тыс. соответствующего взрослого населения)

Годы	Впервые признано инвалидами	в том числе					
		городское население	сельское население	мужчины	женщины	лица трудоспособного возраста	лица пенсионного возраста
2017	59,5	58,7	62,2	71,5	49,5	38,0	114,0
2018	61,9	60,6	66,1	75,4	50,7	38,0	120,4
2019	61,4	59,1	69,2	74,5	51,1	36,1	125,2

При анализе возрастной структуры инвалидности выявлено, что основную массу инвалидов как среди мужчин, так и среди женщин составляли лица пенсионного возраста. В 2017–2019г.г. интенсивный показатель среди женщин увеличился с 88,0 до 94,1, среди мужчин с 178,1 до 210,7.

Интенсивный показатель лиц трудоспособного возраста среди впервые признанных инвалидами женщин по сравнению с 2017г. снизился, в сравнении с 2018г. остался без изменений. Уровень инвалидности среди мужчин в течение трех лет снижается.

В пенсионном возрасте у мужчин показатель первичной инвалидности в 2,2 раза выше, чем у женщин (мужчины – 210,7, женщины – 94,1) (таблица 4).

Таблица 4

Уровень первичной инвалидности у мужчин и женщин  
из числа взрослого населения Красноярского края с учетом возраста  
за период 2017-2019 гг. (абс. число, ИП)

Годы	Мужчины						Женщины					
	всего		трудоспособный возраст		пенсионный возраст		всего		трудоспособный возраст		пенсионный возраст	
	абс. ч.	ИП	абс. ч.	ИП	абс. ч.	ИП	абс. ч.	ИП	абс. ч.	ИП	абс. ч.	ИП
2017	6 903	71,5	3 812	48,1	3 091	178,1	5 741	49,5	1 972	26,9	3 769	88,0
2018	7 252	75,4	3 872	49,4	3 380	188,7	5 857	50,7	1 847	25,6	4 010	92,2
2019	6 959	74,5	3 584	46,3	3 375	210,7	6 009	51,1	1 867	25,4	4 142	94,1

В структуре первичной инвалидности взрослого населения Красноярского края с учетом классов болезней в 2019г. на первом месте злокачественные новообразования. За 2017-2019г.г. удельный вес данной нозологии снизился незначительно – с 35,8% до 34,2%, уровень инвалидности также снижается – с 21,3 на 10 тысяч соответствующего населения в 2017г. до 21,0 в 2019г. Среди лиц пенсионного возраста интенсивный показатель почти в 5 раз выше, чем среди трудоспособных граждан.

Болезни системы кровообращения на втором месте с удельным весом 29,7%, интенсивный показатель 18,3. Уровень инвалидности среди лиц пенсионного возраста в 5 раз выше, чем среди трудоспособных граждан – 43,5 и 8,3 соответственно.

Доля психических расстройств в структуре первичной инвалидности в 2019г. составляет 4,7%, интенсивный показатель 2,9 на 10 тыс. населения. Показатели в течение 2017-2019г.г. стабильные. Среди лиц пенсионного

возраста уровень первичной инвалидности в 2,4 раза выше, чем среди трудоспособных граждан.

В данном классе болезней шизофрения занимает 21%, и 77,5% впервые признанных граждан – это лица молодого возраста (от 18 лет до 44 лет).

Большой была доля инвалидов с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,4%, а также с болезнями нервной системы – 4,1% (4-е и 5-е ранговые места соответственно). Доля инвалидов вследствие остальных классов болезней занимала менее 4,0%.

Доля инвалидов III группы является преобладающей в структуре первичной инвалидности в 2017-2019г.г. В динамике за три года наблюдается постепенное увеличение их абсолютного числа, удельного веса (с 42,5% до 44,2%) и интенсивного показателя (с до 27,2). Более 30% от всех установленных групп инвалидности при первичном освидетельствовании за исследуемый период составляла II группа. Доля инвалидов II группы снижается синхронно увеличению доли инвалидов III группы, так по сравнению с 2017г. снижение составило 1,0%.

Наименьший удельный вес составили инвалиды I группы. Их абсолютное число, доля и уровень инвалидности за 2017-2019г.г. сохраняется на одном уровне (таблица 5).

Таблица 5

Структура первичной инвалидности взрослого населения Красноярского края с учетом групп инвалидности за период 2017–2019 гг.  
(абс. число, %, уровень на 10 тыс. взрослого населения)

	Всего ВПИ (абс. число)			%			Уровень		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
1 группы	2 558	2 637	2 607	20,2	20,1	20,1	12,0	12,4	12,4
2 группы	4 717	4 787	4 624	37,3	36,5	35,7	22,2	22,6	21,9
3 группы	5 369	5 685	5 737	42,5	43,4	44,2	25,3	26,8	27,2

*Заключение.* Таким образом, в Красноярском крае число лиц 18 лет и старше с впервые установленной инвалидностью в динамике за 2017–2019 гг. оставалось примерно на одном уровне, хотя интенсивный показатель имел тенденцию к увеличению.

В структуре ВПИ за исследуемый период преобладали мужчины, инвалидность при первичном освидетельствовании чаще устанавливалась лицам пенсионного возраста, причем их доля постоянно растет. Среди мужского населения и лиц пенсионного возраста уровень инвалидности выше, чем у женщин и лиц трудоспособного возраста.

*Доля инвалидов III группы являлась преобладающей в структуре первичной инвалидности и в течение 2017-2019г.г. увеличивалась, доля инвалидов II группы снижалась синхронно увеличению доли инвалидов III группы. Доля инвалидов I группы сохранялась на одном уровне.*

*Пять первых ранговых мест в структуре первичной инвалидности взрослого населения в 2017-2019г.г. занимали злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, психические расстройства, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и нервные болезни.*

**УДК 614.29+004.773.5+616-036.21**

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ФКУ «ГБ МСЭ ПО Г. МОСКВЕ»  
МИНТРУДА РОССИИ ПРИ ВВЕДЕНИИ НА ТЕРРИТОРИИ МОСКВЫ  
РЕЖИМА ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ**

**Запарий С.П., Лецкая О.А., Кошелева О.В., Булкин А.А., Щепкин В.И.  
ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России**

В связи с Указом Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России (далее – Учреждение) введён режим повышенной готовности.

Для усиления мер по предупреждению распространения коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV, в соответствии с вышеуказанным Указом, а также указаниями Минтруда России и ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России, в Учреждении разработаны следующие нормативные правовые акты:

- разработан приказ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России от 18 марта 2020 г. № 77 «Об усилении мер по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV»;

- разработан и утвержден План мероприятий по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции среди граждан, обратившихся за предоставлением услуги по проведению медико-социальной экспертизы;

- приказом ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России от 20 марта 2020 г. № 81 создан оперативный штаб по предупреждению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19);

- разработан и утвержден План мероприятий по реализации Временного порядка признания лица инвалидом, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 467, а также мероприятий по реализации Временного порядка установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и разработки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2020 г. № 511 в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России (далее – Временные порядки);

- другие нормативные правовые документы.

Для работы оперативного штаба Учреждения по предупреждению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) выделена дополнительная телефонная точка для «Горячей линии», с размещением данной информации на официальном сайте ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

Выделена дополнительная телефонная точка для «Горячей линии», с размещением данной информации на официальном сайте ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, по Временным порядкам. Разработаны графики дежурств врачей по МСЭ экспертных составов Учреждений для работы на «Горячей линии».

В целях соблюдения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Учреждении проведены следующие меры:

- временно приостановлено очное освидетельствование граждан;
- организована работа по заочному освидетельствованию граждан;
- на информационных стендах подразделений Учреждения размещена информация по предупреждению распространения коронавирусной инфекции;

- обеспечение измерения температуры работникам Учреждения;
- соблюдение режима самоизоляции на дому;
- соблюдение масочного режима работниками Учреждения;
- приостановлены плановые проверки психоневрологических интернатов и центров содействия семейному воспитанию;

- в помещениях Учреждения проводятся мероприятия по обеззараживанию воздуха и поверхностей, осуществляется влажная уборка помещений с применением дезинфицирующих препаратов;

- другие мероприятия.

В период введения режима повышенной готовности, во исполнении Указа Мэра Москвы от 05.03.2020 № 12-УМ (с изм. от 23.03.2020 № 26-УМ) в Учреждении деятельность 9 (девяти) подразделений была временно приостановлена. Это связано, прежде всего, с соблюдением режима самоизоляции работниками Учреждения, имеющими возраст старше 65 лет и имеющие заболевания, указанные в приложении к вышеуказанному Указу Мэра Москвы.

Продление инвалидности в подразделениях Учреждения проводятся по представленным Федеральным бюро медико-социальной экспертизы сведениям о гражданах, срок переосвидетельствования которых наступает в период действия Временного порядка, не позднее 7 календарных дней до истечения установленного гражданину срока инвалидности.

Организационно-методический отдел совместно с отделом информационно-статистического обеспечения Учреждения осуществляет:

- равномерное распределение граждан, срок переосвидетельствования которых наступает в период действия Временного порядка;

- ежедневный контроль за подразделениями Учреждения осуществляющих продление инвалидности гражданам, срок переосвидетельствования которых наступает в период действия Временного порядка;

- еженедельный доклад в ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России о не продлении инвалидности гражданам.

Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) направляются гражданину заказным почтовым отправлением с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

В первом полугодии 2020 года (в период действия Временного порядка) подразделениями Учреждения продлена инвалидность 18085 гражданам, срок переосвидетельствования которых наступает в период действия Временного порядка, из них:

- гражданам в возрасте 18 лет и старше – 16338;

- гражданам в возрасте до 18 лет – 1747.

В тоже время, в период пандемии возникали следующие проблемные вопросы:

1. Большой удельный вес возврата почтовых отправлений. Причина неполучения заказных писем связана с нахождением гражданина, не по месту регистрации (на даче, у родственников, смена места жительства, отсутствие извещений с почты).

2. Уменьшение поступлений направлений на МСЭ (форма № 088/у) в подразделения Учреждения для первичного и повторного освидетельствования граждан, в связи с закрытием медицинских организаций для работы по выявлению коронавирусной инфекции.

3. Снижение качества оформления направлений на МСЭ медицинскими организациями.

В соответствии с перепрофилированием медицинских организаций по обследованию и лечению граждан с коронавирусной инфекцией обследования граждан проводились с нарушением приказа Министерства труда и социальной защиты и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2019 г. № 52н/35н "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиническо-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы", в связи с чем возникали трудности при необходимости дополнительных обследований и разработки ПДО.

4. Оформленные направления на МСЭ медицинские организации, в частности занимающиеся лечением онкологических и травматологических больных, ведомственные медицинские организации в период режима повышенной готовности и действующей самоизоляции для граждан выдавались на руки для самостоятельного предоставления их в бюро МСЭ Учреждения.

5. Получение достоверных сведений от граждан, а именно:

- телефонные номера, адрес места жительства и/или регистрации, указанные в медико-экспертных документах, часто неактуальны;

- в период самоизоляции граждане находятся за пределами города Москвы;

- гражданам, достигшим возраста 18 лет в марте-июне 2020 года и имеющие категорию «ребенок-инвалид», освидетельствованных в бюро МСЭ ранее за 5-10 лет до достижения возраста 18 лет, возникали трудности с контактом родителей (законных представителей);

- родители отказываются предоставлять сведения о ребенке сотрудникам МСЭ, в т.ч. паспортные данные для продления инвалидности при достижении возраста 18 лет.

6. В предоставленных списках присутствовали умершие граждане, а также граждане, инвалидность которым была снята в 2019 при контрольных освидетельствованиях в экспертных составах Учреждения.

7. В ситуации, когда инвалидность установлена бессрочно, а ИПРА имеет сроки из-за технических средств реабилитации, возникает вопрос по продлению ИПРА инвалида (ребенка-инвалида). Сведения о гражданах,

нуждающихся в продлении ИПРА в Учреждении, отсутствуют и выявляются только при обращении граждан или по запросам от ДТСЗН города Москвы.

УДК 614.29+004.773.5+616-036.21

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦ-СВЯЗИ  
В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
В ФЕДЕРАЛЬНОМ КАЗЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ  
«ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН» МИНТРУДА РОССИИ**

**Низамов Р.Х., Пузанова О.В., Сытова Н.Б., Лашуков А.В.,  
[gbmse16@fbmse.ru](mailto:gbmse16@fbmse.ru),  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России**

***Ключевые слова:*** видеоконференц-связь, совещания, онлайн-семинары, защищенные каналы связи, обмен информации.

***Резюме:*** Бюро медико-социальной экспертизы даже в период пандемии по новой коронавирусной инфекции должно продолжать свою работу в условиях изменения законодательной базы. В этом случае для проведения семинаров и совещаний на помощь приходит видеоконференц-связь.

**Use of videoconferencing in the context of a new coronavirus infection  
at the Federal Governmental Institution "Main Bureau of Medical  
and Social Expertise in the Republic of Tatarstan"  
of the Ministry of Labor of Russia**

***Keywords:*** video conferencing, meetings, online seminars, secure communication channels, information exchange.

***Resume:*** The Bureau of Medical and Social Expertise, even during a pandemic for a new coronavirus infection, should continue its work in the context of a change in the legislative framework. In this case, video conferencing comes to the rescue for holding seminars and meetings.

В условиях новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации, в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в целях обеспечения бесперебойной работы структурных подразделений Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-

социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России) возникла необходимость создания связи для обмена информацией, проведения совещаний, семинаров, разбора экспертных случаев без личного присутствия работников ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.

С целью создания такой возможности проводилось тестирование нескольких систем. Системы оценивались по критериям: цена, бесперебойность работы системы, качество связи и одновременное количество участников. Но самым важным было наличие защиты информации, так как предполагается, что будет вестись обмен информацией, содержащей врачебную тайну.

Учитывая все изложенные параметры, выбор пал на систему Mind (Российское решение видеоконференцсвязи для госсектора и бизнеса), которая помогает проводить вебинары и масштабные видеоконференции в HD качестве.

Mind позволяет решить широкий спектр задач:

- проведение видеоконференций между структурными подразделениями ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России (работникам не надо собираться вместе в период пандемии в актовом зале, избегается личный контакт как профилактика распространения инфекции),
- организация Online- лекций и уроков (в Online- лекциях могут принимать участие не только руководители структурных подразделений, но и большее количество работников, а это гораздо больше, чем вмещает актовый зал),
- обучающие тренинги для сотрудников можно проводить в любое время, по любым направлениям, без денежных трат на дорогу, транспорт, проживание во время командировок,
- при проведении видеоконференции происходит вербальный контакт с участниками, что увеличивает качество разбора информации в сравнении с обычным изданием информативных писем,
- возможность общения в случае невозможности личного общения (карантин, работа на «удаленке»).

Сервер видеоконференций Mind в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России развернут в защищенном сегменте компьютерной сети, при этом он не имеет выхода в сеть Интернет, что обеспечивает исключение утечки информации. Трансляция при этом идет по защищенным каналам связи между структурными подразделениями.

С использованием данного сервера транслируются презентации в удаленные структурные подразделения в режиме реального времени.

При этом система позволяет транслировать как общий «рабочий стол» докладчика, так и отдельные приложения, что позволяет проводить обучающие семинары по работе в используемых базах данных. Важным является то, что использование системы идет бесплатно.

Бесплатная лицензия в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России позволяет транслировать модератора на 99999 пользователей, при этом возможен одновременно только 1 докладчик видеоконференции что вполне удовлетворяет все запросы.

Преимуществами системы Mind, которые определили выбор данной системы, это высокое качество изображения Ultra HD – 4K, разворачивается за 1-2 часа силами специалистов отдела информационных технологий, работает в информационных системах Windows, MacOS, Unix-подобных, простой русскоязычный интерфейс, подключение через web-браузер. Содержит весь набор привычных функций: чат, опросы, быстрое приглашение в онлайн-конференцию.

Но главным преимуществом является безопасность видео- и аудиопотоков, так как серверное решение показывает стабильную работу в защищенных каналах связи и физически находится внутри защищенного сегмента сети.

Таким образом, в настоящее время проведение практических обучающих семинаров активно используется в режиме видеоконференции. Данный опыт показал себя с положительной стороны и планируется продолжение проведения видео-конференц связи в дальнейшем с целью повышения уровня квалификации работников ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России.

**УДК 364+614.8+614.29**

**ПОДДЕРЖКА ИНВАЛИДОВ  
УЧРЕЖДЕНИЕМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

**Рыбченко Н.В.**

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

Наводнение на территории Иркутской области, случившееся летом 2019 года, Указом Президента признано чрезвычайной ситуацией федерального характера. Ущерб от паводка в Иркутской области в 2019 году

правительственная комиссия оценила в 35 млрд. рублей. В зоне подтопления оказались свыше 10 тыс. домов в трех крупных районах области. С мест постоянного проживания было эвакуировано более 800 человек, создано около 2 десятков пунктов временного размещения.

Операция по спасению людей требовала предельных усилий от МЧС, федеральных и региональных органов власти, представителей госслужб в регионе и медиков.

Особый уровень реагирования был установлен и для ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России. В зону паводков попали три районных центра, где были локализованы бюро МСЭ, и приближенные к ним территории экспертного обслуживания (г. Тулун, г. Тайшет и пгт. Чунский). При этом помещения, занимаемые этими бюро, не пострадали, но несколько сотрудников не могли добраться до места работы. Особенно драматично развивались события в городе Тулуно, расположенном на расстоянии 383 км от областного центра.

Комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности Учреждения (КЧС) были определены основные задачи:

- выявление инвалидов среди пострадавших;
- восстановление утраченных документов;
- информирование населения;
- выявление граждан, нуждающихся в медико-экспертной, медицинской помощи (не в рамках функций МСЭ).

В ходе проведения опроса граждан выяснялась потребность в восстановлении документов МСЭ (справка МСЭ, ИПРА), восстановлении документов, удостоверяющих личность. Выявлялись граждане, нуждающиеся в установлении, усилении группы инвалидности, оказании медицинской помощи (госпитализации). Организовано сопровождение граждан, проходивших лечение в стационарах, имеющих признаки формирующихся ОЖД, до этапа оформления направления на МСЭ.

В областном центре с целью координации работ на каждой из пострадавших территорий из числа заместителей руководителя, начальников отделов, руководителей экспертных составов созданы рабочие группы, осуществлявшие как актуализацию баз данных о гражданах, полученных по запросам из различных инстанций – администраций муниципалитетов, органов соцзащиты и Отделения ПФР и требующих сверки, координацию работы районных бюро и бюро смешанного профиля в удаленном режиме, так и оперативный телефонный опрос граждан из числа инвалидов пострадавших территорий.

Для выполнения основных задач в районах, где отсутствуют филиалы Учреждения (г. Нижнеудинск, пос. Куйтун, г. Слюдянка), сформированы бригады из специалистов бюро, расположенных на территориях не пострадавших от паводка, направлен автомобильный транспорт для обеспечения мобильности бригад.

Организована работа по взаимодействию с администрациями пострадавших территорий (районными, поселенческими). Администрацией Учреждения инициировано включение представителей Учреждения в КЧС на пострадавших территориях для получения списков пострадавших, оперативной информации, комплексного решения выявляемых проблем жителей.

Сверка списков пострадавших граждан с базами данных Учреждения с целью выявления инвалидов велась во взаимодействии с ГУ – ИРО ФСС РФ, ГУ ОПФ РФ по ИО, Министерством социального развития, опеки и попечительства Иркутской области. На основе баз данных, имеющихся в Учреждении, проводился опрос граждан, зарегистрированных на пострадавших территориях с использованием телефонной связи, в случае отсутствия таковой информация уточнялась через администрацию населенных пунктов, ФАПы, общественные организации инвалидов.

Одновременно в ежедневном режиме, включая выходные дни, проводилась работа специалистов Учреждения в стационарах медицинских организаций, ПВР и ПДП, КДЦ, осуществлялся подворовой обход в пострадавших населенных пунктах. В г. Тулуне количество действующих ПВР и КДЦ превышало число сотрудников бюро даже с учетом их усиления специалистами из областного центра, поэтому были организованы обход и дежурство по графику, с учетом необходимости продолжения основной деятельности бюро. В г. Нижнеудинске, в связи с отсутствием бюро МСЭ, был развернут временный филиал учреждения в помещении филиала ФСС.

С министерством здравоохранения Иркутской области организовано взаимодействие по организации незамедлительного оформления направлений на медико-социальную экспертизу с максимально возможным в условиях ЧС объемом обследований инвалидов, нуждающихся в повторном освидетельствовании; пропустивших переосвидетельствование; нуждающихся в разработке или актуализации ИПРА; граждан, пострадавших в результате наводнения, имеющих признаки инвалидности, но не являющихся инвалидами (детьми-инвалидами).

Для ускорения процесса предоставления государственной услуги по проведению МСЭ, с учетом нарушенного транспортного сообщения расширено применение заочной и выездной экспертизы. Для усиления бюро,

расположенных на пострадавших территориях, командированы специалисты из бюро областного центра и приближённых к зоне бедствия городов. В связи с закрытием гостиниц (отсутствие водоснабжения и электроснабжения) выехали специалисты, имеющие возможность проживания у родственников. Для приближения специализированной экспертизы в бюро общего профиля на территориях паводка вводились необходимые специалисты из областного центра дистанционно.

Определённые трудности составляла доставка инвалидам документов по результатам МСЭ, в том числе вновь оформленных дубликатов справок МСЭ и копий ИПРА пострадавшим, утратившим документы, так как граждане покинули свои дома, переместились в пункты временного размещения, к родственникам и знакомым и даже выехали за пределы области. В некоторых случаях транспортом учреждения была организована доставка справок МСЭ по адресам. Работа в условиях паводка показала важность наличия автотранспорта в отдаленных межрайонных бюро в связи с большой протяженностью территорий районов, отдаленностью и труднодоступностью многих населенных пунктов.

В ходе проведения специалистами Учреждения работы с пострадавшими в результате чрезвычайной ситуации на территории Тулунского, Тайшетского районов выявлена потребность в проведении обследования граждан, имеющих нарушения слуха и не имеющих, в силу своего материального положения, а также состояния здоровья, возможности выехать для проведения обследования в города, где имеется возможность получения сурдологической помощи. При помощи ИРО ВОИ сформированы списки из 56 граждан и согласовано с Минздравом Иркутской области направление выездной сурдологической бригады в конце июля 2019 г.

Информирование граждан осуществлялось путем размещения листовок в КДЦ, ПВР, ПДП, МФЦ, администрациях, медицинских учреждениях и организациях, оказывающих меры социальной поддержки, организованы дополнительные «горячие» телефонные линии. На электронных информационных ресурсах, в т. ч. «Областной» газете размещается информация о деятельности Учреждения.

Итоги проведенной работы специалистов Учреждения:

- опрошено 3098 инвалидов, из них:

20 чел. – нуждались в усилении группы инвалидности или разработке/коррекции ИПРА (освидетельствование проведено, ИПРА выдана); 77 чел. – утрачена справка об установлении инвалидности (документы выданы); 56 чел. – утрачена ИПРА (документы выданы); 12 чел. – содействие в восстановлении документов, удостоверяющих личность;

58 чел. – содействие в оформлении направления на МСЭ с целью очередного переосвидетельствования.

Активно выявлено и оказано содействие в оформлении направления на МСЭ 41 граждан, имеющих признаки ОЖД и не имеющих группу инвалидности;

С учетом обобщенного опыта работы в условиях чрезвычайных ситуаций связанных с пожарами, наводнениями, а также с беженцами с территории Украины определена группа проблем при организации работы:

1. невключение в КЧС на территориях представителей МСЭ;
2. отсутствие единого или утвержденных информационных каналов для оперативного взаимодействия и обмена информацией;
3. отсутствие единого опросника (анкеты), содержащего вопросы от всех заинтересованных министерств и ведомств для исключения повторных опросов граждан сотрудниками разных организаций.

Предложения:

1. ввести представителей МСЭ в КЧС на постоянной основе в случаях крупномасштабных ЧС.

2. сформировать единый опросник для работы с пострадавшими.

**УДК 314.44+616-036.865+616.7**

## **ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Петрунько И.Л.<sup>1,2</sup>, Сергеева Н.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск

<sup>2</sup>«Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Медико-социальная проблема болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС и СТ) приобрела особую актуальность последние десятилетия. Они приводят к значительным финансовым потерям и затратам как для государства, так и для индивидуума из-за необходимости продолжительного лечения и реабилитации, частой инвалидизации.

Нами изучена структура и динамика первичной инвалидности вследствие БКМС в Иркутской области за последние 10 лет. За 2010 – 2012 гг.

анализировалась созданная электронная база данных статистических талонов лиц, впервые признанных инвалидами в Иркутской области вследствие заболеваний, включенных в МКБ-10 в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», а с 2015 г. – база данных ЕАВИАС, из которой выбирались впервые признанные инвалидами в Иркутской области вследствие этого класса заболеваний. Рассчитывались интенсивные показатели первичной инвалидности (уровень, ИППИ) на 10 тыс. взрослого населения и отдельно – для населения трудоспособного и пенсионного возраста.

В 2010 – 2012 гг. БКМС и СТ в структуре первичной инвалидности взрослого населения области занимали 3 место, уступая только болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям, опережая при этом травмы и отравления, психические, эндокринные и другие болезни.

С 2013 – 2014 гг. этот класс заболеваний оказался на 4-м месте после злокачественных новообразований (вышли на первое место), болезней системы кровообращения, травм, а в 2015 г. – на 3-ем месте перед травмами.

С 2016 г. БКМС и СТ занимают четвертое место, уступая злокачественным новообразованиям, болезням системы кровообращения и психическим расстройствам.

Доля первичной инвалидности вследствие БКМС на протяжении последних 10 лет постоянно снижалась: с 11,7% в 2010 г. до 6,0% в 2018 г. и 6,1% в 2019 г.

Уровень ее снизился за десятилетие в 2,6 раза: с 10,6 в 2010 г. (в 2011 – 2012 гг. был максимальный – 11,1 и 11,0 соответственно) до 4,0 в 2019 г. Причем снижение произошло как у лиц трудоспособного возраста (с 7,6 в 2010 г. до 3,2 в 2019 г., т.е. в 2,4 раза), так и среди граждан пенсионного возраста (с 22,1 в 2012 г. – максимальный показатель за 10 лет, до 5,8 в 2018 – 2019 гг., т.е. в 3,8 раза) (рисунок 1).

Можно было бы попытаться объяснить данное снижение уровня первичной инвалидности снижением заболеваемости, однако этого не происходит, наоборот, она возрастает. Ранним выявлением заболеваний, улучшением качества диспансерного наблюдения за больными, проведением эффективной базисной терапии также невозможно объяснить данный тренд, т.к. этого не достигнуто, бесплатными лекарственными препаратами большинство больных в ранних стадиях заболеваний не обеспечиваются, т.е. прогрессирование заболеваний не предупреждается. Хотя доступность высокотехнологических видов медицинской помощи больным, таких как эндопротезирование суставов, возросла, но снижение показателя первичной инвалидности в несколько раз она не вызвала. Доля населения пожилого

и старческого возраста, которые чаще страдают остеоартрозами, подагрой, только увеличивается, что должно было бы, напротив, приводить к росту первичной инвалидности.

Все анализируемые годы основной вклад в первичную инвалидность вследствие БКМС и СТ вносят остеоартрозы (40-43%), дорсопатии (22-30%), на третьем месте – ревматоидный артрит (10-12%).

Чем же тогда можно объяснить такую динамику первичной инвалидности. Несомненно, большой вклад в снижение уровня первичной инвалидности вследствие БКМС и СТ внесло изменение нормативных документов по установлению инвалидности. За анализируемый десятилетний период сменилось четыре министерских приказа, утверждавших классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Миндравсоцразвития России от 23 декабря 2009 г. № 1013н, приказ Минтруда России от 29 сентября 2014 г. № 664н (приказ № 664н), приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н (приказ №1024н) и, наконец, ныне действующий приказ Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н (приказ № 585н).

В приложении к приказу 664н впервые была предусмотрена количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в процентах. Была указана в процентах выраженность нарушений четырех степеней при отдельных нозологических формах: 10-30% – незначительные, 40-60% – умеренные, 70-80% – выраженные и 90-100% – значительно выраженные нарушения.

Необходимость такой оценки диктовалась внедрением в практику медико-социальной экспертизы международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (ВОЗ, 2001), без применения которой было бы невозможно реализовать Конвенцию ООН «О правах инвалидов» (2006), ратифицированную Россией в 2012 г.

Понятно, что разработка такой количественной оценки выраженности нарушений была очень сложной задачей и требовала совершенствования, в связи с чем и появлялись новые приказы.

Приведем пример из приложений к приказам № 664н и №1024н по наиболее частой причине инвалидности в классе БКМС и СТ – артрозу. Так при гонартрозе только анкилоз коленного сустава в функционально невыгодном положении оценивался в 40% и мог быть основанием для установления инвалидности третьей группы. Анкилоз же коленного сустава в функционально выгодном положении (положение сгибания от 10 до 15°)

вызывал только 30% нарушений и не мог приводить к ограничениям жизнедеятельности, т.е. к инвалидности.

С появлением приказа № 1024н стали возникать большие сложности при освидетельствовании граждан с дорсопатиями в связи с тем, что изменились критерии оценки нарушений по сравнению с ранее действующим приложением к приказу № 664н, где была четко указана выраженность ограничений подвижности в различных отделах позвоночника в сантиметрах, градусах, в том числе умеренная, которая являлась критерием для установления 3 группы инвалидности. В приложении к приказу № 1024н основанием установления 3 группы инвалидности при дорсопатии (от 40 до 60% нарушений) была патология, сопровождающаяся умеренной частотой обострений в сочетании с умеренной степенью выраженности болевого синдрома, в том числе сочетающегося с ограничением подвижности позвоночника (в различных отделах), достигающим *резко выраженного* ограничения подвижности и приводящего к нарушениям функции верхних и/или нижних конечностей до умеренной степени выраженности (парезы, атрофия, чувствительные нарушения) и/или к средней степени недержания мочи и/или кала).

Такой подход к установлению инвалидности вследствие БКМС вызывал много несогласий граждан с решениями бюро МСЭ. Возникли вопросы по оценке выраженности нарушений также и при других нозологических формах. То есть критерии вновь нуждались в совершенствовании.

Приложение №1 к ныне действующему приказу №585н в значительной мере уточняет и расширяет предыдущий подход к оценке выраженности нарушений при БКМС и СТ. Вновь приведем пример по артрозам. «Умеренное нарушение функции суставов; НФС II степени; рентгенологическая стадия II – III; наличие осложнений заболевания и/или от проводимой терапии», приводящей к умеренным нарушениям функций организма (40-60%) теперь уже являются основанием для установления 3 группы инвалидности.

Таким образом, значимое снижение уровня первичной инвалидности вследствие БКМС и СТ за последние 10 лет объясняется в значительной мере происшедшими изменениями в нормативных документах по критериям установления инвалидности. В связи с вступлением в действие в 2020 г. приказа № 585н, уточнившего количественную оценку выраженности стойких нарушений функций организма вследствие БКМС и СТ, по нашему мнению, возможен рост уровня инвалидности вследствие данной патологии.

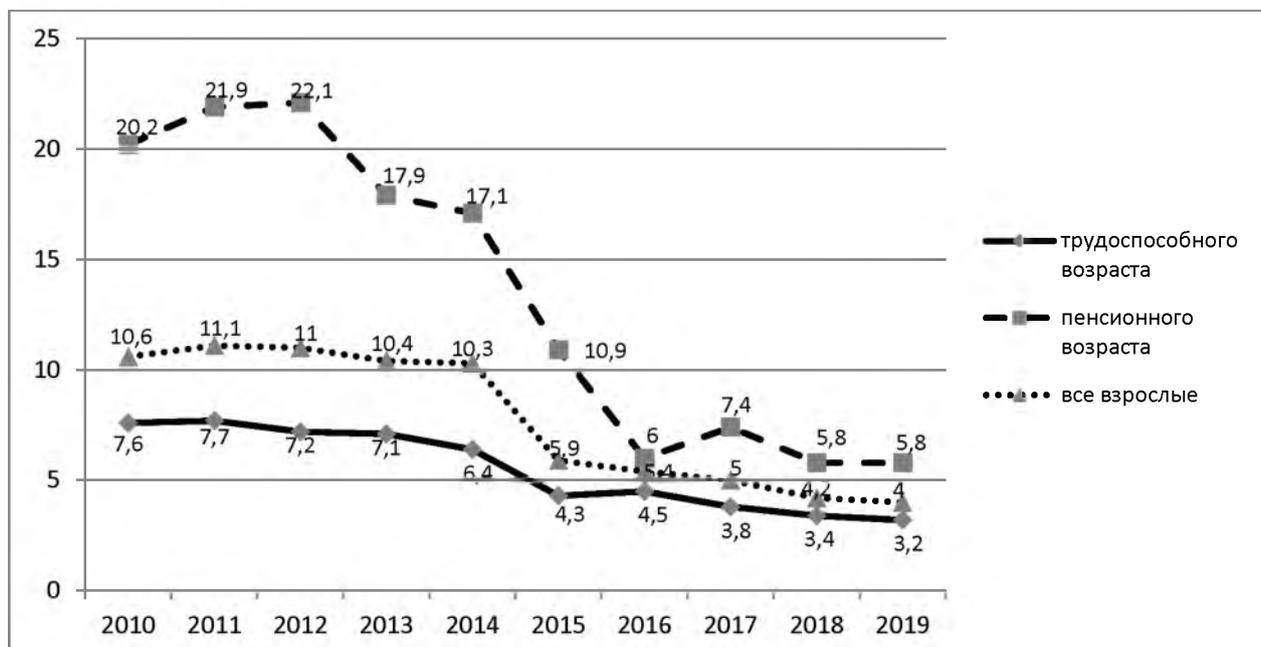


Рисунок 1. Уровень первичной инвалидности вследствие БКМС и СТ в Иркутской области в 2010 – 2019 гг. (на 10 тыс. населения)

УДК 617.57/58-089+616-036.86+364+314.44

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УКОРОЧЕНИЕМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ПАРНОЙ АМПУТАЦИЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ

Н.В. Рыбченко, Е.М. Полякова, Д.А. Архинчева

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

До марта 2018 года при определении нуждаемости инвалидов в технических средствах реабилитации применялся Перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 9.12.2014 № 998н, согласно которому в перечень показаний для обеспечения сложной ортопедической обувью было включено укорочение длины конечности свыше 30 мм.

В марте 2018 года вступил в силу приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», согласно п. 9

Приложения к которому в показаниях для обеспечения сложной ортопедической обувью отсутствует данная патология.

Однако освидетельствования таких граждан продолжаются.

Так, с 18 марта 2018 года по 31 декабря 2019 года в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России (далее – Учреждение) было освидетельствовано 21909 граждан из числа инвалидов и пострадавших в результате несчастного случая на производстве с поражением нижних конечностей и нарушением нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, в том числе в возрасте до 18 лет – 1282. Из них освидетельствовано 1478 граждан (6,7%), имеющих укорочение конечности, в том числе в возрасте до 18 лет – 82 (6,4%). Как видно из представленной ниже таблицы, в исследуемом периоде доля граждан с укорочением нижней конечности более 3 см составила около 77% от числа освидетельствованных с данной патологией.

Таблица 1

Сведения об освидетельствованиях граждан с укорочением нижних конечностей в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, 18.03.2018 – 31.12.2019 (абс., %)

Периоды Показатели	18.03.2018 – 31.12.2018						2019					
	всего		из них				всего		из них			
	абс.	%	взрослые		дети		абс.	%	взрослые		дети	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
укорочение на 1-3 см	158	22,2	155	22,8	3	9,7	177	23,1	171	23,9	6	11,8
укорочение более 3 см	554	77,8	526	77,2	28	90,3	589	76,9	544	76,1	45	88,2
всего	712	100,0	681	100,0	31	100,0	766	100,0	715	100,0	51	100,0

Ведущими нозологическими причинами, приведшими к инвалидности с укорочением нижней конечности, среди освидетельствованных в возрасте 18 лет и старше являются:

1) последствия травм нижней конечности и травм, захватывающих несколько областей тела – более 50% (в 2018 г. – 357 (52,4%), в 2019 г. – 368 (51,5%);

2) коксартрозы и полиартрозы – более 40% (в 2018 г. – 290 (42,6%), в 2019 г. – 316 (44,2%);

3) врожденные пороки развития и детский церебральный паралич – около 3% (в 2018 г. – 22 (3,2%), в 2019 г. – 20 (2,8%);

4) последствия перенесенного полиомиелита, туберкулёзного коксита и других инфекционных заболеваний, а также злокачественные новообразования – около 2% (в 2018 г. – 12 (1,8%), в 2019 г. – 11 (1,5%).

Основной причиной укорочения нижней конечности среди освидетельствованных в возрасте до 18 лет являются врожденные пороки развития и детский церебральный паралич – более 70% (в 2018 г. – 22 (71,0%), в 2019 г. – 40 (78,4%); а также:

- коксартрозы и полиартрозы в 2018 г. – 7 (22,6%), в 2019 г. – 8 (15,7%);
- последствия травм нижней конечности в 2018 г. – 2 (6,5%), в 2019 г. – 2 (3,9%).

Для таких людей использование ортопедической обуви становится жизненной необходимостью, так как рекомендованная в ИПРА инвалида (ребёнка-инвалида) ортопедическая обувь при укорочении конечности, способствует правильной установке и поддержке сводов стопы, рациональному распределению нагрузок на стопы, является высокоэффективным средством реабилитации, способствует облегчению походки, облегчению болевых ощущений, препятствует дальнейшей деформации и появлению дефектов осанки, является ступенькой к социальной адаптации, а также позволит снизить материальную нагрузку на семьи, где живет взрослый инвалид или воспитывается ребенок-инвалид.

В целях решения данной проблемы в марте 2019 года Автономной некоммерческой организацией социальной помощи, адаптации и реабилитации маломобильных групп населения при участии специалистов Учреждения подготовлено и направлено обращение в Совет при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека.

Отдельного внимания заслуживают инвалиды с парной ампутацией верхних конечностей на различных уровнях. В 2018 году с такой патологией в Учреждении было освидетельствовано 27 граждан, в 2019 г. – 22. Для них действующим законодательством не предусмотрено определение нуждаемости в ортопедической обуви. Но в связи с имеющимися ограничениями к самообслуживанию, такие люди не могут самостоятельно надевать и снимать обычную обувь, нуждаются в постоянной посторонней помощи. Специальная обувь для лиц с двухсторонней ампутацией верхних конечностей конструируется с учетом надевания и снятия без помощи рук с помощью рабочих приспособлений к протезам рук.

Для решения вышеописанных проблем считаем необходимым включить в показания для обеспечения ортопедической обувью – укорочение длины конечности свыше 30 миллиметров, а так же добавить в раздел 9

классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р, обувь для лиц с парной ампутацией верхних конечностей.

**УДК 314.44+616-036.86**

## **ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Лихачева И.В., Паймулова Л.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Ярославской области» Минтруда России, г. Ярославль.

Ярославская область является крупным промышленным регионом и развитым транспортным узлом Российской Федерации. Ярославль – центр Ярославской области, обладающий тысячелетней историей, ставший культурным центром Российской Федерации, столицей «Золотого кольца России».

На 01.01.19г. население Ярославской области составляло 1 259 612 чел. (2018г. – 1 265 684 чел., 2017г. – 1 270 736 чел., 2016г. – 1 271 912 чел.). При этом, 81,6% населения проживает в городах области, 18,4% в сельской местности. Взрослое население старше 18 лет за 2018г. уменьшилось на 8 395чел. (-0,8%) и составило 1 017 431 чел. (2018г. – 1 025 826 чел. – 81%, 2017г. – 1 034 541чел. – 81,4%, 2016г. – 1 040 904 чел. – 81,8%), из них 81,4% проживает в городах. Взрослое трудоспособное население уменьшилось на 10 992 чел. (-1,7%) и составило на 01.01.2019г. 652 903 чел., 64,2% от числа взрослого населения Ярославской области.

Основными характеристиками современной демографической ситуации в Ярославской области являются:

1. устойчивое снижение общей численности населения;
2. низкий уровень рождаемости, несмотря на незначительный прирост детского населения области за последние четыре года, составляющий чуть больше половины необходимого для прироста замещения родителей детьми;
3. высокий уровень смертности;
4. отрицательный естественный прирост населения;

5. низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении;
6. высокий коэффициент демографической нагрузки.

Число лиц, направленных на медико-социальную экспертизу с целью установления группы инвалидности в абсолютных числах за последние три года ежегодно снижается. Отмечается снижение количества впервые признанных инвалидами в 2019 году по сравнению с предыдущим годом. Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения так же снизился и составил 44,9. При этом, наметилась тенденция к снижению уровня первичной инвалидности взрослого населения Ярославской области.

Показатели первичной инвалидности по половому признаку имеют тенденцию к снижению, уровень первичной инвалидности как мужского, так и женского взрослого населения области снижается.

Уровень первичной инвалидности женщин всех возрастов снизился с 39,3 до 35,6 на 10 тыс. взрослого женского населения, так же снизился и уровень первичной инвалидности трудоспособных женщин – с 19,3 до 17,2 на 10 тыс. женского населения трудоспособного возраста. Уровень первичной инвалидности мужчин всех возрастов снизился с 59,2 до 57,2 на 10 тыс. мужского населения. Аналогично ведет себя и показатель уровня первичной инвалидности мужчин трудоспособного возраста: отмечено снижение с 39,4 до 37,2 на 10 тыс. мужского населения трудоспособного возраста.

Анализируя показатели первичной инвалидности среди возрастных групп отмечено снижение абсолютного числа впервые признанных инвалидами из числа граждан трудоспособного возраста, и снижение их доли в структуре первичной инвалидности. Снизился и уровень первичной инвалидности лиц трудоспособного с 29,7 до 27,6 на 10 тыс. трудоспособного населения за счет снижения абсолютного числа впервые признанных инвалидами и снижения численности населения трудоспособного возраста.

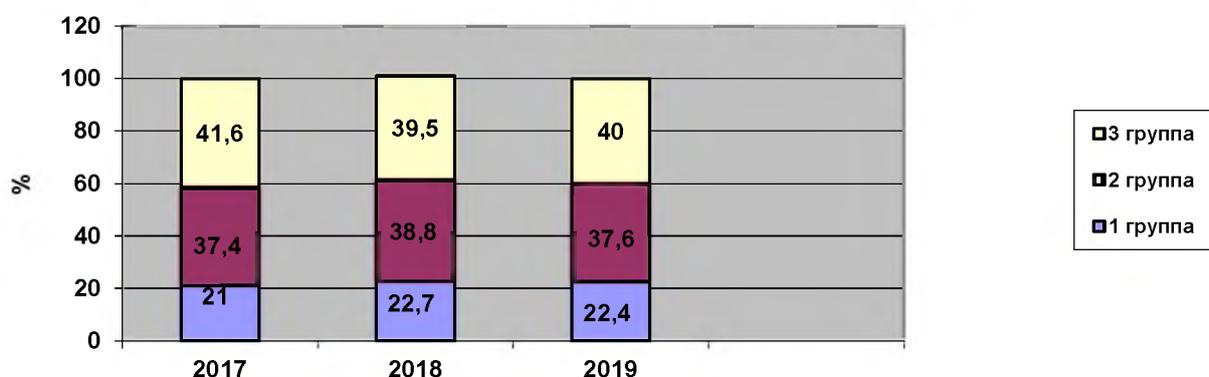
Среди впервые признанных инвалидами из числа лиц пенсионного возраста отмечено снижение абсолютного числа впервые признанных инвалидами, рост их доли в структуре первичной инвалидности и снижение уровня первичной инвалидности на 10 тыс. населения данного возраста (с 81,3 до 76,0 на 10 тыс. населения соответствующего возраста).

Все годы среди впервые признанных инвалидами преобладают лица из числа городского населения, и составляют более 80% от всех впервые признанных инвалидами с наметившейся тенденцией к снижению показателя.

Уровень первичной инвалидности городского населения снизился с 50,7 до 45,7 на 10 тысяч городского населения. Доля лиц трудоспособного возраста

среди впервые признанных инвалидами, проживающих в городах, имеет тенденцию к снижению, ИП первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста из числа городского населения снизился с 38,8 до 38,3 на 10 тыс. городского населения трудоспособного возраста. При этом, доля впервые признанных инвалидами из числа сельского населения выросла. Уровень первичной инвалидности сельского населения вырос с 36,1 до 41,7, на 10 тыс. сельского населения. Уровень первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста из числа сельского населения вырос с 28,9 до 30,0 на 10 тыс. сельского населения трудоспособного возраста и превысил уровень 2017г.

Структура впервые признанных инвалидами по группам инвалидности (в %).



Доля инвалидов первой группы в структуре первичной инвалидности с 2017г. незначительно снизилась, но остается выше показателя 2017 г. Доля инвалидов второй группы так же снизилась, но осталась выше показателя 2017г, при этом отмечен рост доли третьей группы инвалидности среди впервые признанных инвалидами, но показатель остается пока ниже уровня 2017г. Все годы преобладают тяжелые первая и вторая группы инвалидности и составляют от 58 до 60,5%.

Среди впервые признанных инвалидами из числа лиц трудоспособного возраста отмечено снижение доли первой и второй групп инвалидности и рост третьей группы инвалидности, соответственно, выросла доля инвалидов пенсионного возраста в структуре первой и второй групп инвалидности и уменьшилась в структуре третьей группы.

Уровень инвалидности первой группы инвалидности составил 10,1 на 10 тыс. взрослого населения (2018г. – 10,9, 2017г. – 10,4).

Уровень инвалидности второй группы инвалидности составил 16,9 на 10 тыс. взрослого населения (2018г. – 18, 2017г. – 18,5).

Уровень третьей группы инвалидности составил 18,0 на 10 тыс. взрослого населения (2018г. -19,8, 2017г. – 20,6).

Первая и вторая группы устанавливались в 2019г. чаще, чем при других нозологиях:

- при злокачественных новообразованиях: первая группа – 580 чел. (32,5%), вторая группа – 869 чел. (48,7%),

- при болезнях глаза: первая группа – 45 чел. (26,6%), вторая группа – 62 чел. (36,7%),

- при психических расстройствах: первая группа – 93 чел. (42,7%), вторая группа – 123 чел. (38,1%).

В структуре первичной инвалидности взрослого населения всех возрастов в 2019г.:

на 1 месте злокачественные новообразования с ростом доли в структуре первичной инвалидности: 2017г. – 37,2%, 2018г. – 37,8%, 2019г. – 39,1%. Уровень первичной инвалидности постепенно снижается: 18,5-18,1-17,6 (2019 г.) на 10 тыс. населения.

на 2 месте заболевания органов кровообращения с ростом доли в структуре: 2017г. -29,1%, 2018г. – 29,3%, 2019г. – 29,7%, из них, ИБС составляет: 2019г. – 28,2%, 2018г. -30,5%. 2017г. – 30,4%, доля ЦВБ снизилась: 2019г. – 43,1%, 2018г. – 44,6%, 2017-44,6%, доля болезней, характеризующихся повышением артериального давления, выросла и составила в 2019г. – 7,5%, 2018г. – 5,3%, 2017г. – 5,4%. Уровень первичной инвалидности при болезнях органов кровообращения имеет тенденцию к снижению: в 2019г. – 13,3, 2018г. – 14,0, 2017г. – 14,4,) на 10 тыс. взрослого населения.

на 3 месте заболевания костно-мышечной системы, с ростом доли в структуре инвалидности: 2019г. – 5,1%, 2018г. – 5,6%, 2017г. – 6,2%, уровень первичной инвалидности в 2019г. снизился: 2019г. – 2,3, 2018г. – 2,7, 2017г. – 3,1 на 10 тыс. взрослого населения.

на 4 месте психические расстройства и расстройства поведения: 2019г. – 4,8%, 2018г. -4,9%, 2017г. – 5,2% с наметившейся тенденцией к снижению показателя в структуре инвалидности, как и уровня инвалидности: 2,6-2,4-2,1 в 2019г. на 10 тыс. взрослого населения.

на 5 месте болезни нервной системы: 2017г. – 4,2%, 2018г. – 4,6%, 2019 г. – 4,3%. Доля в структуре снизилась по отношению к 2018 году, но осталась выше показателя 2017г. Уровень инвалидности при болезнях нервной системы составил: 2017г. – 2,1, 2018г. – 2,2, 2019г. – 1,9 на 10 тыс. взрослого населения.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам болезней, занимающих первые пять ранговых мест, не изменилась по сравнению с 2017 и 2018г.г. Структура первичной инвалидности взрослого населения всех возрастов и трудоспособного возраста в 2019г. по основным группам болезней аналогична по всем ранговым местам.

**УДК 614.29+616-036.865+616-036.21**

**ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ  
УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
(ПО ДАННЫМ ФКУ «ГБ МСЭ ПО ПЕРМСКОМУ КРАЮ»  
МИНТРУДА РОССИИ)**

**Плотникова О.А., Мавликаева Ю.А.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Пермскому краю» Минтруда России, г. Пермь

В связи с угрозой распространения в стране новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с целью сохранения здоровья населения и осуществления мер по реализации прав граждан на социальную защиту соответствующими Постановлениями Правительства РФ № 467 и № 511 в апреле 2020 был определен порядок организации деятельности учреждений медико-социальной экспертизы в этот период в отношении освидетельствований граждан для установления инвалидности и пострадавших для установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания. Данными документами предусмотрена исключительно заочная форма освидетельствования (без личного участия) граждан, проходящих медико-социальную экспертизу как первично, так и повторно, по направлениям на медико-социальную экспертизу. При отсутствии направления на МСЭ осуществляется продление ранее установленной группы инвалидности (категории "ребенок-инвалид") с сохранением причины инвалидности на шесть месяцев начиная с даты, до которой была установлена инвалидность при предыдущем освидетельствовании. Постановление действует до 1 октября 2020 года включительно.

Проведен анализ организации деятельности главного бюро МСЭ по Пермскому краю в период действия карантинных мероприятий, дана оценка

показателей работы за 2 квартал 2020 г. в сравнении с аналогичным периодом 2018 и 2019 гг.

Полученные материалы свидетельствуют, что во втором квартале 2020 г. отмечается снижение общего числа освидетельствованных впервые на 9,4% и 11,0%, соответственно, по сравнению с данным периодом 2018 и 2019 гг. Если в 2020 г. направления на МСЭ в 96,9% случаев были оформлены медицинскими организациями, то в предыдущие годы на их долю приходилось 91-92%. В отличие от 2020 г., заочная экспертиза в 2018-2019 гг. проводилась в 7,2-7,3% случаев от общего числа, направленных впервые из медицинских организаций. Программы дополнительного обследования разрабатывались в предыдущие годы в 3-3,5 раза чаще, чем в текущем году. На их долю в 2018-2019 гг. приходилось 8,3-9,3% против 2,9% в 2020 г. Не установлена инвалидность в отношении 7,0% лиц, освидетельствованных впервые за 2 квартал 2020 г., что в 1,8 раза меньше по сравнению с предыдущим периодом. Так, за аналогичный период 2018 и 2019 гг. данный показатель составил 11,9% и 11,7%, соответственно, при этом заочно документы были рассмотрены в 3,0% и 1,3% случаев, соответственно.

Следует отметить, что в главном бюро региона проведена значительная работа по информированию граждан, общественных организаций, заинтересованных органов исполнительной власти региона об организации деятельности учреждения в сложившихся эпидемических условиях. Были разработаны памятки для граждан, информационные материалы, опубликованные в СМИ, на электронных ресурсах в сети Интернет, печатных изданиях, организованы выступления руководителя учреждения на ТВ, проведены в онлайн-формате совещания и семинары со специалистами, организована работа телефонной «горячей линии» для граждан. Данные мониторинга обращений по вопросам деятельности учреждения по Временному порядку, а также динамика поступления направлений на МСЭ из медицинских организаций за этот период представлены на рис. 1, 2. Всего за изучаемый период поступило более 2400 обращений граждан, основная доля их приходится на телефонные звонки на «горячую линию» (91,5%). При этом наибольшее количество обращений (более 200 в неделю) поступало в апреле – мае, наименьшее их число зарегистрировано в июле (около 90 в неделю). Общее число направлений на МСЭ, поступивших из учреждений здравоохранения, составило 6200 и имеет тенденцию к снижению за изучаемый период. Если в апреле – мае в среднем поступало более 500 в неделю, то в летние месяцы их число не превышало 250 в неделю. Удельный вес первичных направлений составил 40,9%, повторных – 59,1%.

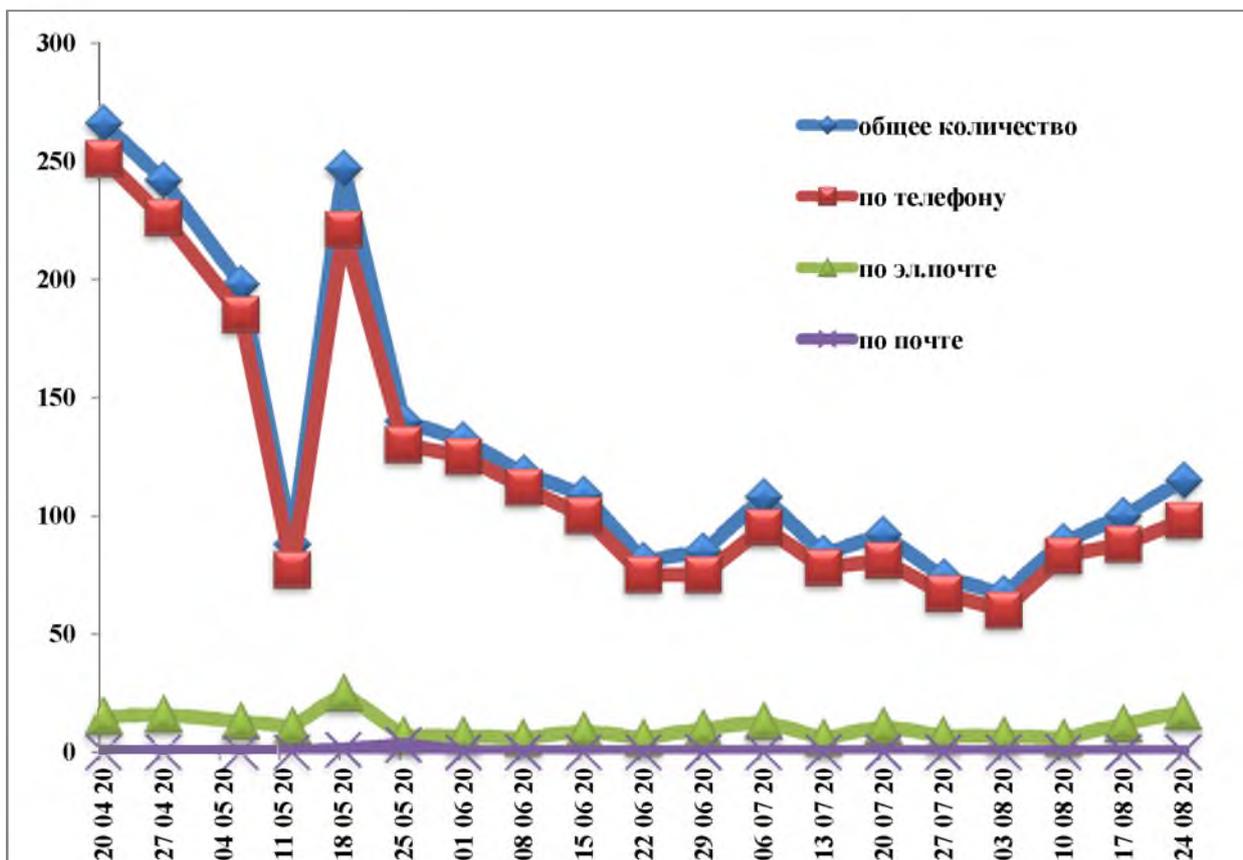


Рис. 1. Динамика числа обращений по Временному порядку, поступивших в ГБ МСЭ по Пермскому краю за период с 20 апреля по 24 августа 2020 г.

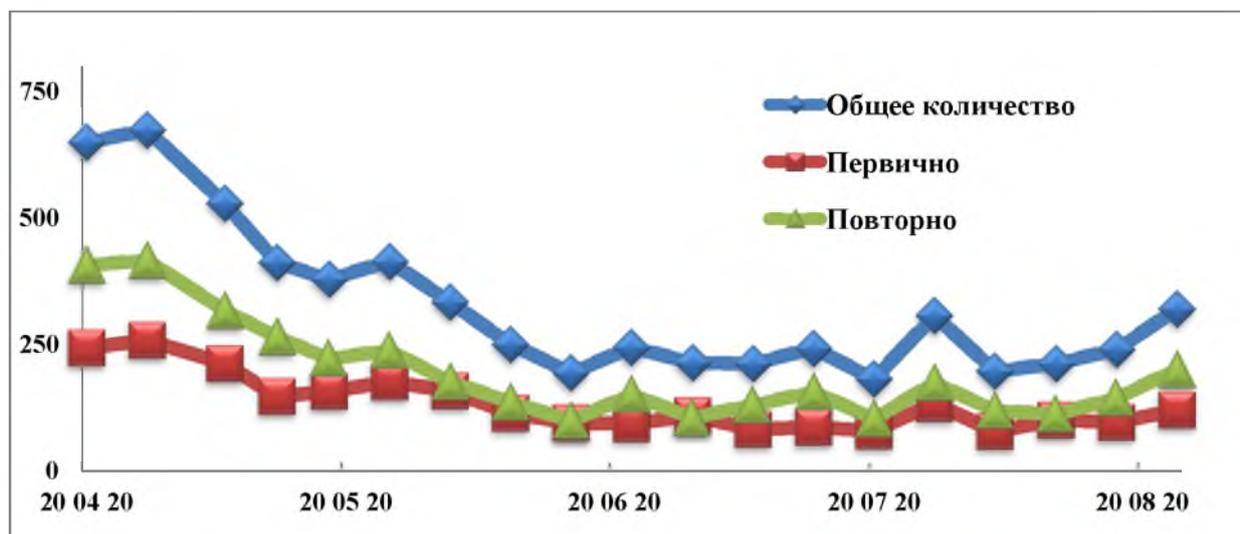


Рис. 2. Динамика числа направлений на МСЭ из медицинских организаций за период с 20 апреля по 24 августа 2020 г.

Проведенный анализ показал, что в целом все участники экспертного процесса (граждане, специалисты, заинтересованные ведомства) адаптировались к работе в условиях действия Временного порядка. Однако,

продолжает оставаться проблемным вопрос качества оформления направлений на МСЭ медицинскими организациями, что приобретает особую актуальность в настоящее время с учетом проведения экспертизы в заочном формате.

**УДК 314.44+616-036.86+616.127**

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦ  
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА  
ВСЛЕДСТВИЕ КАРДИОМИОПАТИИ  
В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015-2018 ГГ.**

**Самохина Т.Н., Любимова О.П.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России  
руководитель экспертного состава № 3

Кардиомиопатии-специфические заболевания мышцы сердца, при которых причина заболевания неизвестна, редкие, тяжелые формы поражения миокарда, сопровождающиеся кардиомегалией и нарастающей сердечной недостаточностью, характеризующиеся прогрессирующим, и неблагоприятным прогнозом.

Начиная с 2015 года, в связи с возросшим интересом к данной патологии, проводится изучение структуры первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста вследствие кардиомиопатии в Волгоградской области. Материалом послужили формы федерального статистического наблюдения №7-собес, информационная база ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России, дела освидетельствования во МСЭ. Общее количество лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (ВПИ) с основным диагнозом кардиомиопатия, составило за 4 года 276 человек. Их удельный вес в структуре первичной инвалидности трудоспособного возраста составил от 1,1 до 1,5%. Уровень первичной инвалидности регистрировался от 0,39 до 0,57 и, в среднем, составил 0,49 на 10 тысяч населения трудоспособного возраста.

Доля ВПИ вследствие кардиомиопатий среди болезней кровообращения в динамике выросла от 3,9% до 7,1%, в 1 возрастной группе наблюдается колебание доли от 4,2% до 7,2%, во 2 возрастной группе – от 3,8% до 7,2%. Все годы сохраняется значительное превалирование ВПИ среди городских жителей: 81,5% городских жителей, 18,5% сельских жителей.

В структуре первичной инвалидности вследствие кардиомиопатий по полу доля мужчин значительно больше, чем доля женщин (соотношение удельного веса мужчин и женщин, в среднем, 72% к 28%).

Отмечается преобладание лиц со средним и средне-профессиональным образованием, в сумме доля их, в среднем, составила 71,5%.

Удельный вес лиц, не вовлеченных в трудовые отношения, в два раза больше (61,6%), чем работающих (29,2%), преобладают мужчины (43,3%). Удельный вес лиц, не вовлеченных в трудовые отношения, растет с каждым годом.

Абсолютное большинство из числа впервые признанных инвалидами представители рабочих профессий, их доля составила 66%.

Распределение ВПИ вследствие кардиомиопатий по возрастным группам показало преобладание 2 возрастной группы во все годы (выше, чем в 1 возрастной группе в 2,7 раза, в среднем, 2 возрастная группа составляет 73%).

В структуре первичной инвалидности по клиническим формам значительно преобладает дилатационная кардиомиопатия как в динамике, так и, в среднем, за 4 года. В среднем, её удельный вес составил 73%. На втором месте – аритмогенная кардиомиопатия с долей 17%, далее гипертрофическая кардиомиопатия с долей, в среднем, 10,4%.

Чаще всего развитие кардиомиопатии происходило на фоне гипертонической болезни (73%) и ожирения (37%). В 15% случаев сопутствующим заболеванием являлся сахарный диабет, в 13% – хронический бронхит, в 24% – дисциркуляторная энцефалопатия.

Распределение ВПИ вследствие кардиомиопатий среди трудоспособного населения Волгоградской области в 2015- 2018 гг. по времени от начала заболевания до направления в Бюро МСЭ показало, что, в среднем, в 53% случаев признаки инвалидности сформировались в течение 1-го года после манифестации заболевания.

Абсолютное большинство ВПИ (в 97-100% случаев) перед направлением на МСЭ проходило лечение в специализированных отделениях стационара и все наблюдаются у кардиолога по месту жительства и получают лекарственную терапию. Более 70% ВПИ наблюдаются в Областном Кардиологическом Центре, из них проведено оперативное лечение в 4,3% случаев (из 12 больных 4 имплантирован кардиовертер-дефибриллятор, 4 выполнена имплантация ПЭКС, 4 – миоэктомия по Морроу, протезирование митрального клапана). Ожидают оперативное лечение 7 человек (2,7%): 4 запланирована имплантация ЭКС, трое больных включены в лист ожидания трансплантации сердца.

По степени выраженности клинических проявлений: в 62,5% случаев определяются признаки выраженной застойной ХСН, в 77,6% – нарушения ритма, в 42% – умеренная лёгочная гипертензия, в 33% – высокая лёгочная гипертензия, наблюдается дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.

До 2018 года отмечается преобладание 2 группы инвалидности: с динамикой от 56% до 78%, в 2018г. наблюдается снижение доли 2 группы до 48% и преобладание 3 группы инвалидности (52%). Инвалидность I группы не устанавливалась. В среднем, доля 2 группы инвалидности составила 63,6%.

Таким образом: кардиомиопатии – это редкие, тяжелые поражения миокарда невыясненной этиологии и патогенеза, характеризующиеся прогрессированием заболевания, неблагоприятным прогнозом и вследствие этого приводящие к тяжелой инвалидности.

Профилактика и реабилитация больных с данной патологией заключается в ранней диагностике заболевания, адекватном и своевременном лечении, диспансерном наблюдении, рациональном трудоустройстве и переобучении лиц, особенно молодого возраста, новой профессии, составление ИПРА инвалида и контроль за её выполнением.

**УДК 331.548+616-036.86**

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ОПЫТ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Соловьева Ю.М.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России

Трудовая деятельность является одной из главных сфер жизнедеятельности человека. Здоровый человек легко может приспособиться к окружающей среде. Человеку с ограниченными возможностями необходимо адаптироваться к различным сферам жизнедеятельности. В настоящее время государство и современное общество заинтересовано в адаптации людей с ограниченными возможностями. Ратификация Конвенции о правах инвалидов, создание федеральной программы «Доступная среда» позволяет реализовать приобретение профессии, которую инвалид считает наиболее подходящей.

Профориентация инвалидов – процесс сложный и комплексный, направленный на выявление склонностей и интересов, личностных особенностей, мотивации инвалида; учитывающий его индивидуальные

возможности. Итогом является достижение максимальной адаптации и достаточной эффективности труда, высокой конкурентоспособности на рынке труда при наименьшей напряженности функциональных систем организма.

В профориентации подростков и молодых инвалидов принимают участие медицинские специалисты, психологи, социальные педагоги, сам инвалид и его родители. Ребенок – инвалид, достигший возраста 15 лет, и его семья должны иметь активную позицию в процессе выбора будущей профессии. Специалистам по профориентации необходимо индивидуально и постоянно проводить коррекцию профессиональных планов ребенка-инвалида, основываясь на его возможностях, медицинских противопоказаниях.

Основные проблемы которые могут возникать у молодых людей с ОВЗ это: незнание своих возможностей; неадекватная оценка себя; отсутствие доступа к информации о реальных производствах, профессиях, котирующихся на рынке труда в регионе, где проживает инвалид; отсутствие достаточной консультативной работы в центрах занятости; плохая социальная адаптация, несформированность социальных навыков, несформированность трудовых установок; личностные особенности (инфантильность, иждивенческая позиция по отношению к обществу).

По моему мнению, наиболее благоприятным периодом для начала профориентации является период обучения в общеобразовательном учреждении общего образования. В настоящее время благодаря системе инклюзивного образования и программе «Доступная среда» подросток с ОВЗ полностью интегрирован в своей возрастной социальной группе. На данном этапе необходимо сформировать трудовые установки позитивного настроя к труду, развитие как социальных, так и общетрудовых навыков, привить базовые ценности, правила и нормы поведения, оценить уровень адекватности притязаний и самооценки подростка. В старших классах проводить оптимальный профессиональный подбор, развить мотивацию на показанные виды труда, снять рентную установку по отношению к показанным видам труда (активно привлекать к процессу родителей подростка с ОВЗ), проводить широкое профессиональное информирование с привлечением специалистов профессиональных учебных заведений, представителей предприятий региона.

Волгоградская область с 2012 года участник программы «Доступная среда», тогда и начала формироваться система инклюзивного образования, предусматривающая оптимальную профессиональную ориентацию детей с ОВЗ. В период с 2012 по 2015 годы в рамках реализации программы в 176 общеобразовательных организациях, расположенных на территории

Волгоградской области в 31 муниципальном районе (городском округе), созданы условия безбарьерной среды для маломобильных групп. В целях дальнейшей реализации с 1 сентября 2016 года в общеобразовательных организациях, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы федеральных государственных образовательных стандартов начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее ФГОС ОВЗ), разработана «Дорожная карта» по обеспечению их введения в расположенные на территории Волгоградской области общеобразовательные организации, реализующие адаптированные основные общеобразовательные программы.

На сегодняшний день успешно реализуется программа профессионального образования в трех образовательных организациях, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы, открыты классы с углубленной трудовой подготовкой (Нижнечирская школа-интернат, Волгоградские школы-интернаты № 2 и № 3).

Всего на территории Волгоградской области осуществляют свою деятельность 69 профессиональных образовательных организаций, ведущих подготовку рабочих кадров и специалистов среднего звена по программам среднего профессионального образования. Из них 59 учреждений подведомственны Комитету образования и науки Волгоградской области.

В профессиональных образовательных организациях обучается более 50 тысяч студентов, из них 804 инвалида. 639 инвалидов обучаются в профессиональных образовательных организациях, подведомственных комитету образования и науки Волгоградской области, в их числе: 1 инвалид-колясочник; 33 человека с нарушением функций опорно-двигательного аппарата; 16 человек с нарушением зрения; 62 человека с нарушением слуха; 462 человека с нарушениями умственного развития. В 16 профессиональных образовательных организациях в настоящее время осуществляется профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственного развития) по специальностям: штукатур, каменщик, маляр, портной, швея, слесарь по ремонту сельскохозяйственных машин и оборудования.

В целях реализации программы сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия трудоустройству на базе государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов» создан базовый центр содействия трудоустройству выпускников профессиональных образовательных организаций среднего профессионального образования Волгоградской области в том числе и для

лиц с ограниченными возможностями здоровья. В техникуме также создана социально-психологическая служба для поддержки и адаптации студентов и слушателей с ограниченными возможностями здоровья. Студенты с ограниченными возможностями здоровья проходят производственную практику на предприятиях города Волгограда. Социальными партнерами в работе с данной категорией студентов являются: ООО «Волгошвейпром», ООО «Сенар», ООО «Учебная мебель». После окончания учебы в техникуме студенты трудоустраиваются на вышеуказанные предприятия.

В государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Волгоградский медицинский колледж» в 2019-2020 учебном году обучается 23 студента-инвалида из них: 2 студента с нарушениями зрения, 3 студента с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, 18 студентов с соматическими нарушениями. Данная категория студентов обучается в общих студенческих группах. В медицинском колледже созданы условия для сопровождения образовательного процесса инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, в основе которых лежат здоровьесберегающие технологии, с оптимальным сочетанием индивидуальных и коллективных форм работы. Используются методы практико-ориентированного обучения, с выбором мест прохождения практики с учетом их доступности. Ведется работа по содействию трудоустройству выпускников из категории инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В Волгоградском государственном социально-педагогическом университете (ВГСПУ) создана специальная структура Центр обеспечения условий для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. В рамках оказания психолого-педагогической поддержки студентам-инвалидам при получении образования в ВГСПУ осуществляются следующие виды деятельности: разработка рекомендаций для преподавателей по адаптации учебного материала для проведения аудиторной и внеаудиторной работы со студентами, имеющими инвалидность и ограниченные возможности здоровья с учетом их нозологических особенностей; организация интеграции студентов-инвалидов в академический процесс с использованием приема и передачи информации в доступных для них формах с применением как контактных, так и дистанционных образовательных технологий; осуществление сопровождения студентов-инвалидов с помощью волонтеров, сурдопереводчика, тифлопереводчика; разработка и реализация дополнительных общеразвивающих программ для студентов-инвалидов; организация социальной среды для проведения учебно-воспитательной внеаудиторной работы; обеспечение консультационной

поддержки для студентов и абитуриентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, их родителей (лиц их заменяющих); обеспечение обратной связи с лицами с ограниченными возможностями здоровья, а также с лицами, занимающимися решением вопросов образования студентов и школьников с ограниченными возможностями здоровья через регулярное размещение информации на сайте университета; организация повышения квалификации преподавателей университета, учителей и работников образования, здравоохранения и социальной защиты в сфере инклюзивного образования, специальной педагогики, социальной педагогики и психологии; осуществление распространения передового опыта, организация исследований и проектных разработок по вопросам современных проблем инклюзивного образования, специальной педагогики, социальной педагогики и психологии; организация международных, всероссийских, региональных научно-практических и социально-культурных мероприятий по социальной адаптации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Активно развивается программа содействия трудоустройства инвалидов в Волгоградской области. За 2019 год в ЦСЗН по региону обратились 4,1 тыс. инвалидов, из них трудоустроено 2,9 тыс. По программе "Сопровождение инвалидов молодого возраста при трудоустройстве" трудоустроено 428 инвалидов молодого возраста. В целом, по состоянию на 01.01.2020 на 2,5 тыс. предприятиях Волгоградской области количество квотируемых рабочих мест для трудоустройства инвалидов составило 5,7 тыс. единиц, из них 332 специальных рабочих места. Инвалидами было занято 4,2 тыс. рабочих мест. По итогам 2019 года трудоустроено в счет установленной квоты для приема на работу 586 человек.

Таким образом, на сегодняшний день в нашем регионе созданы достойные условия для оптимальной адаптации подростков-инвалидов и молодых людей из числа инвалидов, разработаны программы профессиональной подготовки и профессиональной ориентации, расширяется перечень профессий для людей с ограниченными возможностями.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ  
ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ  
В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017-2019 ГГ.**

**Суролина Н.Н.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Волгоградской области» Минтруда России, г. Волгоград

Общая численность населения Волгоградской области на 01.01.2019 г. – 2507509 чел., (01.01.2018 г. – 2521276 чел., 01.01.2017 г. – 2535202 чел., 01.01.2016г. – 2545937 чел.), из них детей до 18 лет Волгоградской области – 478949 чел. (2018 г. – 480075 чел., 2017 г. – 478486 чел., 2016 г. – 474083 чел.). За период с 01 января 2016 г. по 01 января 2019 г. рост общей численности детского населения Волгоградской области составил 4866 человека.

В 2019 году первично освидетельствовано всего по Волгоградской области 1216 детей в возрасте до 18 лет (2018г. – 1157 чел., 2017г. – 1246 чел.), из них в сельских поселениях 264 человека (2018г. – 327 чел., 2017г. – 369 чел.)

Число детей, впервые признанных инвалидами в 2019г. – 933 человека, что составило 77% от общего числа впервые направленных для определения категории «ребенок – инвалид») (2018 г. – 851 чел. (74%), 2017 г. – 954 чел. (76,6%), из них из городских поселений – 661 чел. (71%), 272 чел. из сельских поселений (29%). Общее число впервые признанных инвалидами сроком до 18 лет в 2019г. – 193 чел. (21%), 2018г. – 86 чел. (10%), в 2017 г. – 35 чел. (3,7%). При первичном освидетельствовании не установлена категория «ребенок-инвалид» 283 чел. (23,7% от общего числа впервые направленных для определения категории «ребенок – инвалид») (2018 г. – 323 чел., 2017 г. – 288 чел). По сравнению с предыдущими годами динамика первичной инвалидности относительно стабильна.

Первые два ранговых места в структуре первичной детской инвалидности по Волгоградской области все годы с большим отрывом от остальной патологии занимают психические расстройства и врожденные аномалии. Надо так же отметить, что в 2018-2019 гг. на третье место вышли болезни эндокринной системы и метаболизма как причина первичной детской инвалидности, незначительно опережая болезни нервной системы. Обращает внимание снижение в целом абсолютного числа и удельного веса ВПИ вследствие психических расстройств в динамике трех лет. При этом имеет место незначительный рост удельного веса ВПИ вследствие аутизма (с 1,3% до 2,4%). В структуре первичной детской инвалидности в городских

поселениях в течение двух последних лет, как и по всей Волгоградской области, первые ранговые места занимают психические расстройства, врожденные аномалии и болезни эндокринной системы и метаболизма. В 2017-2019гг. в структуре первичной инвалидности в сельских поселениях, преобладают психические расстройства и составляют более 18%. В сельской местности в динамике трех лет также имеет тенденцию к снижению абсолютное число и удельный вес ВПИ вследствие психических расстройств.

Таблица 1

Динамика первичной инвалидности у детей  
с учетом пола в 2017 – 2019 гг.

всего	2019		2018		2017	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
	933	100	851	100	954	100
мальчики	537	57,6	503	59,1	560	58,7
девочки	396	42,4	348	40,9	394	41,3

Таблица 2

Динамика первичной инвалидности у детей  
с учетом возраста в 2017 – 2019г.г.

	2019		2018		2017	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
всего	933	100	851	100	954	100
0 – 3	341	36,5	311	36,5	370	38,8
4 – 7	227	24,3	248	29,2	252	26,4
8 – 14	291	31,2	235	27,6	271	28,4
15 и старше	74	7,9	57	6,7	61	6,4

В структуре первичной инвалидности лиц в возрасте до 18 лет с учетом пола и возраста в 2017-2019гг. в городских и сельских поселениях в целом преобладает инвалидность у мальчиков с учетом пола и в возрастной категории 0 – 3 года. Хотелось бы отметить, что идет рост ВПИ в возрастных категориях 8-14 лет и старше 15 лет.

Интенсивный показатель первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет в 2019г. составил 19,5 на 10 тыс. детского населения (2018 г. – 17,7, РФ 24,7, ЮФО – 23,3; 2017 г. – 19,9, РФ – 25,7, ЮФО – 21,3). В целом, показатель первичного выхода на инвалидность детского населения Волгоградской области за период 2017 – 2019г.г. остается относительно стабильным, ниже чем по РФ и ЮФО.

Интенсивные показатели по основным инвалидизирующим патологиям в динамике трех лет незначительно колеблются. Так первичный выход на инвалидность вследствие психических расстройств составил в 2019 г. – 4,2 (2018 г. – 4,4; 2017 г. – 5,3); вследствие врожденных аномалий 2019 г. – 3,0 (2018 г. – 3,2; 2017 г. – 3,4); вследствие болезней нервной системы – 2019 г. – 2,7 (2018 г. – 2,3; 2017 г. – 2,9).

Таблица 3

**Первичный выход на инвалидность**  
(интенсивный показатель на 10 тыс. населения детей до 18 лет в динамике)  
в Волгоградской области по основной инвалидизирующей патологии  
в 2017 – 2019 гг.

Всего	2019		2018		2017	
	Числ.	Показат.	Числ.	Показат.	Числ.	Показат.
	933	19,5	851	17,7	954	19,9
I Психические расстройства	202	4,2	213	4,4	254	5,3
из них умственная отсталость	69	1,4	62	1,3	90	1,9
аутизм	22	0,5	19	0,4	12	0,3
II. Врожденные аномалии	146	3,0	152	3,2	163	3,4
аномалии кровообращения	31	0,64	34	0,7	41	0,9
III. Болезни нервной системы	131	2,7	110	2,3	141	2,9
IV. Болезни эндокринной системы	155	3,2	120	2,5	116	2,4
V. Новообразования	54	1,1	45	0,9	57	1,2

Как видно из представленной таблицы, интенсивные показатели вследствие основных инвалидизирующих патологий в динамике трех лет остаются относительно стабильными, но при этом показатель первичного выхода на инвалидность вследствие болезней эндокринной системы увеличивается с 2,4 до 3,2 на 10 тыс. детского населения.

Таким образом, особенностями детской инвалидности в Волгоградской области в 2019 году являются:

- незначительное увеличение числа впервые освидетельствованных и числа впервые признанных лиц в возрасте до 18 лет по сравнению с 2018 г.;
- повышение интенсивного показателя первичной инвалидности в 2019 г. с 17,7 до 19,5;
- высокий удельный вес детей-инвалидов в возрасте 0-3 года в структуре первичной инвалидности (более 36%);
- первое место в структуре первичной детской инвалидности Волгоградской области в 2019 г. занимают психические расстройства.

**УДК 616-036.865+616.89**

## **НОВОЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ В РАМКАХ ПЕРЕХОДА НА МКБ-11**

**Гейдешман С.Ю.**

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

**Шарафетдинова Ж.А.**

ГБУЗ СО «Самарская психиатрическая больница», г. Самара

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем – нормативный документ, используемый для классификации и статистического анализа в здравоохранении, разработана с целью обеспечения единого международного методического подхода, для унификации и сопоставимости материалов. В настоящее время действует Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В России органы и учреждения здравоохранения осуществили переход статистического учёта на МКБ-10 в 1999 году. Ныне действующая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра оказалась наиболее признанной и длительно существующей в неизменном виде, на протяжении 24 лет.

В мае 2019 г. на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была утверждена МКБ-11 и рекомендована к использованию с 01.01.2022 г.

Переход на МКБ-11 несколько меняет оценку заболеваний от клинико-патологической в сторону больше статистической, что создает единообразие и возможность сопоставления предоставляемой разными странами информации по заболеваемости. Создается универсальный язык, для всех

понятный и доступный, для облегчения объективной оценки заболеваемости. Применимо и нашему государству, так как, работая в старой версии МКБ-10, теряется возможность предоставлять информацию о заболеваемости.

Ключевым принципам данного пересмотра было упрощение структуры кодов и электронного инструментария. Это облегчит специалистам здравоохранения регистрацию различных болезней. Будет изменено количество нозологий, номера кодов, кодирование классов. Например, появились новые классы: 7 – нарушение сна и бодрствования, 17 – состояния связанные с сексуальным здоровьем, 8 – инсульты (из болезней системы кровообращения перешел в болезни нервной системы).

Изменения нового пересмотра затронули и раздел психических и поведенческих расстройств. Диагноз шизофрения теперь не предусматривает формы, а делится на пять основных групп расстройств. Оценивающих их выраженности: продуктивные – резко выраженные, негативные – умеренно выраженные, моторные – выраженные и так далее. Это упрощает экспертный подход к психическим расстройствам, так как оценивается расстройство и степень его выраженности. Кататония выведена отдельно и на более высокий уровень, подобно расстройствам настроения. Биполярное расстройство разделили на тип I и тип II, что оправдано не только различиями в клинических проявлениях каждого типа, но и в положительном ответе на лечение разными группами препаратов. Дисморфофобия из группы «бредовых расстройств» была переведена в группу «обсессивно-компульсивное и близкие к нему расстройства», что позволит адекватно оценивать тяжесть расстройства. Обонятельное расстройство вошло в группу OCRD, наряду с такими, по сути, схожими состояниями как постоянная тревога и связанные с ней повторяющиеся действия. В эту же группу OCRD, из группы патологически привычных действий и импульсивных расстройств, новое классифицируемое состояние – расстройство экскорации (кожно-травматическое расстройство). Хоардинг, впервые был выделен, как отдельная нозологическая единица, а не только симптом других поведенческих и психических расстройств.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (комплексное ПТСР) заменяет устойчивые изменения личности после травматического опыта. Включение затяжной реакции горя, в новую редакцию, позволяет четче дифференцировать нормальные реакции на утрату и эпизодов депрессии. Для подбора лечения и что особенно важно в контексте экспертизы, прогноза течения этих состояний.

Компульсивное сексуальное расстройство поведения, дисфория целостности восприятия тела, расстройство избегающего или

ограничительного пищевого поведения (ARFID), компульсивное переедание, игровое расстройство, интермиттирующее взрывное расстройство, предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР), вряд ли станут предметом медико-социальной экспертизы, но отметить некоторые новоклассифицируемые заболевания и их нахождение в разделе психических и поведенческих расстройств необходимо.

Большое количество вопросов среди профессионалов породило распределение «деменций» в диагностической системе. В 2016 г. ВОЗ в МКБ-10 перенесла категории деменции F00-F03, вопреки традиционному расположению, из главы «06. Психические, поведенческие или нейроонтогенетические расстройства» в главу «08. Заболевания нервной системы» проекта МКБ-11. На этом этапе, последовавшем за предложением Консультативной группы по вопросам неврологи, протестные замечания были выдвинуты примерно двумя десятками национальных и международных медицинских ассоциаций, относящихся в основном к психиатрии, психологии, и другим службам психического здоровья. В начале 2017 г. ВОЗ внесла правки в предшествующий вариант и перенесла категории деменций в главу 06. Как было обозначено ранее, структура МКБ-11 предполагает объединение психических расстройств в рамках обширных кластеров («семейств»).

Основаниями объединения деменций, относимых к органическим (МКБ-10) или нейрокогнитивным (МКБ-11), стали: 1) эпидемиологические данные (зарегистрированная заболеваемость и болезненность), 2) объективизированное бремя болезни, 3) сходные генетические и средовые факторы риска, 4) неврологическая почва, 5) когнитивные расстройства, 6) коморбидные поведенческие, соматические, психотические, и аффективные симптомы, 7) течение деменции, 8) терапевтический ответ. Объединение в кластер означает большее сходство разнородных старческих деменций, чем межгрупповые различия. В настоящее время в МКБ-11 нейрокогнитивные расстройства представляют собой приобретенные состояния, характеризующиеся первичным дефицитом когнитивного функционирования и включают в себя большинство состояний, которые относились в МКБ-10 к органическим, в том числе к симптоматическим, психическим. Таким образом, группа включает в себя делирий, легкое нейрокогнитивное расстройство (называемое легким когнитивным расстройством в МКБ-10), амнестическое расстройство и деменцию. Деменция в новом пересмотре может быть как легкая, умеренная или тяжелая.

До настоящего времени эксперты в своей работе встречаются с формулировками диагнозов врачей – клиницистов по МКБ-9. Обеим сторонам тяжело давался переход с МКБ-9 на МКБ-10, так как привыкшие

работать в структуре этиопатогенетической классификации, с трудом принимали операционно-статические формулировки. С момента перехода на МКБ-11 грядут не столь принципиальные изменения, но тоже серьезные, и надо научиться это принимать. Только компиляцией усилий фундаментальных ученых, врачей-клиницистов и врачей медико-социальной экспертизы позволит сделать эффективным выполнение обязательств по предоставлению населению бесплатной или частично оплачиваемой медицинской и социальной помощи в настоящих реалиях.

#### Литература:

1. Reed GM, Fisk MB, Kogan CS et al. Innovation and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioral and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. Перевод Пикиреня В.И. (Минск). Редакция к.м.н. Резников М.К. (Воронеж).

2. Wolfgang Gaebel, Frank Jessen, Shigenobu Kanda «Нейрокогнитивные расстройства в МКБ-11: дебаты и их результаты. Перевод Кацубо Е.М. (Ростов на Дону) Редактура к.м.н. Федотов И.А. (Рязань). Научная статья в журнале «Всемирная психиатрия» №2 2018 г. с 225-226.

3. Альтшулер В.Б. На пути к разработке МКБ-11. О совещании экспертов в области психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (Санкт-Петербург 8-9 июня 2010 г.) // *Социальная и клиническая психиатрия* 2010 г. с 69-71.

4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление: предложения к 11 пересмотру МКБ // *Социальная и клиническая психиатрия* 2008 г. с 34-39.

5. Дж.М. Рид, В.Н. Краснов, М.А. Кольчугина. Подготовка МКБ-11: Основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств. Департамент психического здоровья и зависимостей ВОЗ, Женева, Московский НИИ психиатрии Минздрава России // «Социальная и клиническая психиатрия», 2013 г.

6. Любов Е.Б. «Старческие деменции в свете МКБ-11» НИИ психиатрии филиал ФГБУ ФМИЦПН Минздрава России // «Социальная и клиническая психиатрия» 2015 г.

## ОБЗОР ВОПРОСОВ ПРИ НАЗНАЧЕНИЯХ И РЕКОМЕНДАЦИЯХ ТСР ИНВАЛИДАМ

Гейдешман С.Ю., Стародубов Ю.Ю., Николаева И.В., Рябуха Н.А.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, г. Самара

Технические средства реабилитации (ТСР) являются одним из самых значимых моментов во всём процессе реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья и ухода за ними. Их значение особенно возрастает на этапе приспособления к сложным условиям окружающей среды при выраженных ограничениях жизнедеятельности. В настоящий момент, государства, которым не безразлична судьба своих граждан с ограниченными возможностями здоровья, разрабатывают всё новые и новые ТСР с целью устранить причину инвалидизации (например эндопротез тазобедренного сустава), компенсировать нарушенные или утраченные функции организма или улучшить качество жизни данной категории людей (например противопролежневый матрас с воздушным компрессором). Эта категория граждан обеспечивается ТСР бесплатно или за счет средств инвалида, начиная с самых простых ТСР (как, например, опорная трость) и заканчивая сложными и высокотехнологичными (как, например, протез верхней конечности с внешним источником энергии).

Несмотря на имеющиеся показания к ТСР, имеются абсолютные и относительные противопоказания к их назначению в зависимости от основной или сопутствующей патологии, соматической или психической.

Также, жизненно необходимо, чтобы врачи ЛПУ, направляющие инвалида (ребенка-инвалида) на очередное переосвидетельствование, знали и опирались на нормативно-правовую базу и рекомендовали в направительных документах только те ТСР, которые соответствуют диагнозу и степени выраженности функциональных нарушений и которые будут предоставлены государством, предотвращая, тем самым, прогнозируемые спорные вопросы с инвалидом или его представителем.

К техническим средствам реабилитации, облегчающим труд и быт инвалидов, относятся устройства, инструменты, оборудование, которые, содержат технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида: специальные средства для самообслуживания; специальные средства для ухода; специальные средства для ориентирования; специальные

средства для обучения, образования и занятий трудовой деятельностью; протезно-ортопедические изделия; специальные средства для передвижения. Технические средства реабилитации выполняют различные функции: улучшение мобильности и устойчивости, разгрузку больного органа или сустава, фиксацию, улучшение опорности, нормализацию весовых нагрузок, облегчение движений и самообслуживания, сохранение удобного положения и др.

Специальные свойства технических средств реабилитации определяются наличием в их конструкции технических решений, обеспечивающих учет специфических потребностей инвалидов. Использование инвалидом соответствующих технических средств и связанных с ними реабилитационных технологий способствует максимальной реализации реабилитационного потенциала инвалида (ребенка-инвалида).

Инвалид (ребенок-инвалид) имеет право бесплатно получить технические средства реабилитации, предусмотренные Федеральным перечнем и региональным перечнем (если таковой имеется в регионе) реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг. Так же он может получить компенсацию за самостоятельно приобретенное техническое средство реабилитации, входящее в федеральный перечень ТСР (при условии, что оно рекомендовано ему в ИПРА) от Фонда социального страхования Российской Федерации.

В психиатрии, при наличии стойких необратимых значительно выраженных психических функций в сочетании со стойкими выраженными или значительно выраженными нарушениями мочевыделительной системы, выписывается абсорбирующее белье, подгузники (в соответствии с размерами указанными в заключении врачебной комиссии). Абсолютные медицинские противопоказания: аллергическая реакция на материал, из которого изготовлены изделия. При наличии стойких необратимых выраженных или значительно выраженных нарушений психических функций, в сочетании с выраженными или значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, необходимо выписать: кресло-коляски с ручным приводом (для инвалидов и детей инвалидов) комнатные и/или прогулочные. При наличии стойких необратимых значительно выраженных психических функций, в сочетании со стойкими значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамическими) функциями, также выписывают противопролежневый матрас (в соответствии с федеральным перечнем ТСР) и изголовье регулируемое, тканевую складную

ванну-простыню, надкроватный столик (в соответствии с перечнем технических средств реабилитации, выдаваемых инвалидам Самарской области за счет средств областного бюджета).

У каждого технического средства, помимо показаний к назначению, имеются абсолютные и относительные медицинские противопоказания, которые необходимо учитывать при рекомендации их в ИПРА.

В ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России создана комиссия с целью установления обоснованности решений БМСЭ по определению медицинских показаний для обеспечения инвалидов дорогостоящими техническими средствами реабилитации и транспортными средствами. Инвалиды (дети-инвалиды), которым в ИПРА определены медицинские показания для приобретения транспортного средства, должны обращаться в Управление по делам инвалидов Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области (далее Управление) для постановки на учет. Инвалиды, которым в ПРП рекомендован спецавтотранспорт должны обращаться в Фонд Социального Страхования.

Основополагающей позицией при рекомендации инвалидам технических средств реабилитации должна быть их медико-функциональная и социальная адекватность. В зависимости от характера анатомического дефекта, органических изменений, функциональных расстройств технические средства реабилитации должны обеспечивать компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. В то же время они должны способствовать реализации социального предназначения реабилитации, восстановления способности к самообслуживанию, передвижению, получению образования, трудовой деятельности, социальной адекватности.

В заключении, стоит отметить, что при взаимодействии врачей по МСЭ с первичным звеном медицинской службы, оформляющих форму 088/у (особенно при заочном освидетельствовании), следует ориентировать врачей-клиницистов на формулирование функциональных частей диагнозов, подтвержденных клиническими заключениями узких специалистов. Это даст возможность специалистам медико-социальной экспертизы рационально подбирать соответствующие ТСР для рекомендации в ИПРА, что соответственно, приведет к улучшению качества жизни и созданию комфортной среды взаимодействия инвалидов с окружающим миром.

**ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ  
ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ**

**Акопян К.С., Владимирова И.А., Колядо А.В., Гончаренко А.Г.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, г. Барнаул

Шизофрению относят к первой десятке ведущих причин инвалидности в мире. Шизофрения неизбежно сопровождается снижением уровня социального функционирования. Страдают личностные отношения, происходит отрыв от семьи, общества в целом, утрата интересов и побуждений к выполнению привычных форм деятельности. Стойкая дезадаптация ведет к инвалидизации, а соответственно и существенным экономическим затратам государства. Социальная значимость реабилитации больных обусловлена в первую очередь тем, что более 50% лиц с данным диагнозом находятся в социально-активном возрасте [1, 2, 3, 4, 5, 10].

Цель исследования: изучить динамику показателей первичной инвалидности вследствие шизофрении среди взрослого населения Алтайского края.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались статистические данные Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Материалом исследования явились отчетные формы № 7 (собес). Период исследования составлял 2015-2019 гг. Методы исследования: статистический (рассчитывались экстенсивные, интенсивные показатели), аналитический.

Результаты исследования. В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края среди всех психических расстройств шизофрения (F20-F29) занимает ведущее место после органических психических расстройств (F00-F09). В среднем за период исследования (2015-2019 гг.) доля инвалидов вследствие шизофрении составила 22,0%. В 2015 г. всего впервые признано инвалидами граждан старше 18 лет вследствие психических расстройств в крае – 649, из них вследствие шизофрении – 162 (25,0%), в 2016 г. – 676 и 164 (24,3%), в 2017 г. – 716 и 158 (22,1%), в 2018 г. – 658 и 122 (18,5%), в 2019 г. – 691 и 139 (20,1%) соответственно. В динамике доля инвалидов вследствие шизофрении среди

граждан старше 18 лет, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, снизилась с 25,0% в 2015 г. до 20,1% в 2019 г.

Показатели уровня первичной инвалидности вследствие шизофрении среди взрослого населения в Алтайском крае за период исследования имели незначительные колебания (в 2015 г. – 0,8, в 2016 г. – 0,9, в 2017 г. – 0,8, в 2018 г. – 0,7, в 2019 г. – 0,8 на 10 тыс. соотв. населения) и в целом существенно не отличались от показателей по Российской Федерации (в 2015-2019 гг. – 0,8 на 10 тыс. соотв. населения) [6, 7, 8].

Заболеваемость взрослого населения Алтайского края психическими расстройствами в целом превышает аналогичные показатели по Российской Федерации, но имеет тенденцию к снижению [9]. Так, общая заболеваемость взрослого населения Алтайского края превышала Российские показатели более чем в 1,5 раза и составляла в 2016 г. – 7 872,41 (в РФ – 4 605,7), в 2017 г. – 7 271,4 (в РФ – 4 437,4), в 2018 г. – 6 698,4 (в РФ – *данных нет*) на 100 000 населения старше 18 лет. Общая заболеваемость шизофренией в Алтайском крае составила в 2015 г. – 309,43; в 2016 г. – 303,08; в 2017 г. – 294,71; в 2018 г. – 290,69 на 100 тыс. соотв. населения. Первичная заболеваемость взрослого населения шизофренией составила в 2015 г. – 3,67; в 2016 г. – 4,07; в 2017 г. – 3,47; в 2018 г. – 2,75 на 100 тыс. соотв. населения.

Проведенное исследование показало, что среди граждан в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, первое место стабильно занимает возрастная группа от 18 до 44 лет (в 2015 г. – 78,4%, в 2016 г. – 78,7%, в 2017 г. – 73,4%, в 2018 г. – 70,5%, в 2019 г. – 75,6%). Второе место занимает возрастная группа от 45 до 54 лет (ж), от 45 до 59 лет (м): в 2015 г. – 18,5%, в 2016 г. – 18,9%, в 2017 г. – 22,8%, в 2018 г. – 21,3%, в 2019 г. – 19,4%). Третье место занимает возрастная группа от 55 лет (ж) и 60 лет (м) и старше (в 2015 г. – 3,1%, в 2016 г. – 2,4%, в 2017 г. – 3,8%, в 2018 г. – 8,2%, в 2019 г. – 5,0%).

Среди граждан, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, в 2016-2019 гг. преобладали мужчины (57,3%, 60,1%, 54,1%, 56,8% соответственно), в 2015 г. – женщины (50,6%),

Согласно полученным данным, среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, стабильно преобладают городские жители (в 2015 г. – 68,5%, в 2016 г. – 60,4%, в 2017 г. – 59,5%, в 2018 г. – 60,7%, в 2019 г. – 69,1%).

В структуре первичной инвалидности вследствие шизофрении первое место занимают инвалиды с третьей группой инвалидности (в 2015 г. – 51,9%, в 2016 г. – 64,0%, в 2017 г. – 62,6%, в 2018 г. – 63,1%, в 2019 г. – 71,2%), второе место – инвалиды со второй группой инвалидности (в 2015 г. – 46,9%,

в 2016 г. – 36,0%, в 2017 г. – 36,1%, в 2018 г. – 36,1%, в 2019 г. – 28,8%), третье место – инвалиды с первой группой инвалидности (в 2015 г. – 1,2%, в 2016 г. – 0%, в 2017 г. – 1,3%, в 2018 г. – 0,8%, в 2019 г. – 0%). В динамике имеет место тенденция к увеличению удельного веса инвалидов с третьей группой инвалидности и снижению доли инвалидов со второй группой инвалидности.

Исследование показало, что в молодом возрасте от 18 до 44 лет чаще устанавливалась третья группа инвалидности (в 2015 г. – 52,8%, в 2016 г. – 65,1%, в 2017 г. – 65,5%, в 2018 г. – 69,8%, в 2019 г. – 72,4%).

### Заключение.

Проведенный анализ показал, что в структуре первичной инвалидности граждан в возрасте 18 лет и старше вследствие психических расстройств в Алтайском крае доля инвалидов вследствие шизофрении составляет в среднем 22,0%. Уровень первичной инвалидности граждан взрослого населения вследствие шизофрении в крае стабилен и практически не отличается от аналогичных показателей по Российской Федерации. Распределение граждан, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, по возрасту показало преобладание лиц молодого возраста – от 18 до 44 лет (более 70,0%). Среди граждан, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, преобладают городские жители (более 60,0%), по полу – мужчины. Результаты исследования показали, что гражданам с шизофренией чаще устанавливалась третья группа инвалидности.

### Литература

1. Агеев В.С. Специфика подхода к исследованию перцептивных процессов в социальной психологии / В.С. Агеев, Г.М. Андреева // Межличностное восприятие в группе. – М. – 1990. – С. 21-25.

2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов. – СПб. – 2002. – 256 с.

3. Головина А.Г. Адаптация подростков больных шизофренией, в родительской семье (на примере приступообразно-прогредиентной и вялотекущей шизофрении): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: МГУ, 2000. – С. 15-18.

4. Давлетшин И.З. Медико-социальная экспертиза при шизофрении и умственной отсталости. Медицинская практика. Информационный сайт для специалистов в области медицины. Выпуск 6/13/12.

5. Дмитриева Т.Б. Психиатрия: Национальное руководство / Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др. – М. – 2009.

6. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2016 году (статистический сборник) / под ред. д.м.н., проф. Л.П. Гришиной. – М. – 2017. – 263 с.

7. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2017 году (статистический сборник) / под ред. д.м.н., проф. Л.П. Гришиной. – М. – 2018. – 265 с.

8. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2018 году (статистический сборник) / под ред. д.м.н., проф. Л.П. Гришиной. – М. – 2019. – 244 с.

9. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2018 году: Статистический сборник. Часть 2. – Барнаул. – 2019. – 611 с.

10. Хритинин Д.Ф. Современное состояние и пути совершенствования региональной службы психического здоровья / Д.Ф. Хритинин, В.З. Кучеренко, М.А. Некрасов. – М. – 2008.

**УДК 314.44+616-036.86+616.8-006**

## **ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Михнюк Д.Н., Муравьев А.В., Тонких Т.Н., Занина Е.Г., Тимофеева Д.В.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, г. Барнаул

В течение многих лет во всем мире отмечается рост числа злокачественных новообразований (ЗНО). В России численность контингента больных злокачественными новообразованиями в расчете на 100 000 населения за 1996-2004 гг. увеличилась на 23,5% (М.И. Давыдов с соавт., 2007). Высокие темпы роста показателей заболеваемости ЗНО сохраняются и в последние годы (Г.В. Петрова с соавт., 2014 г., А.Д. Каприн с соавт., 2019 г.). Первичные опухоли центральной нервной системы (ЦНС), по данным исследований, составляют около 2% от всех случаев злокачественных новообразований у взрослых, причем заболеваемость по этой патологии постоянно увеличивается и в 2018 г. составила 6,1 случаев на 100 000 населения (А.Д. Каприн с соавт., 2019 г.).

Злокачественные новообразования ЦНС в большом числе случаев протекают с выраженными функциональными нарушениями, имеют прогрессирующий характер течения заболевания и часто приводят к тяжёлой инвалидности, что влечет необходимость реализации комплексных мер медико-социальной реабилитации, направленных как на продление жизни больных, так и повышение ее качества. Все вышесказанное, а также тот факт, что ЗНО ЦНС нередко поражают лиц трудоспособного возраста, обуславливает большую значимость анализируемой проблемы.

С целью выявления основных тенденций и структурных характеристик первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие злокачественных новообразований центральной нервной системы нами были изучены результаты первичного освидетельствования в ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России граждан в возрасте 18 лет и старше с диагнозом С70-С72 (по МКБ X) в период с 2015 г. по 2019 г.

Согласно полученным данным, количество граждан, впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО ЦНС за исследуемый период составило 377 чел. (в 2015 г. – 83 чел., в 2016 г. – 88 чел., в 2017 г. – 73 чел., в 2018 г. – 72 чел., в 2019 г. – 61 чел.).

Доля ВПИ вследствие ЗНО ЦНС в общей численности впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований всех локализаций в течение исследуемого периода варьировалась от 1,2% до 2,0% – в 2015-2016 гг. отмечен рост показателя с 1,8% до 2,0%, в последующем наблюдалось его стабильное снижение до 1,2% в 2019 г. Существенная убыль показателя в 2016-2019 гг. обусловлена уменьшением абсолютного числа ВПИ вследствие ЗНО ЦНС на фоне роста количества инвалидов вследствие ЗНО всех локализаций.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие ЗНО ЦНС в 2015 г. составил 0,4 на 10 000 соответствующего населения, в 2016 г. – 0,5<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2017 г. – 0,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2018 г. – 0,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2019 г. – 0,3<sup>0</sup>/<sub>000</sub> и в целом за пятилетний период имел тенденцию к снижению.

На протяжении всего исследуемого периода в структуре изучаемого контингента инвалидов доминировали граждане в возрасте 18-54(жен.)/59(муж.) лет (далее – трудоспособный возраст), среднемноголетний показатель их удельного веса составил 59,4%. Однако, при анализе интенсивных показателей инвалидности было установлено, что частота случаев первичной инвалидности вследствие ЗНО ЦНС на 10 000 населения в возрасте 55(жен.)/60(муж.) лет и старше (далее – пенсионный возраст) превышала аналогичные показатели по гражданам

трудоспособного возраста (среднегодовалый уровень инвалидности 0,5<sup>0</sup>/000 и 0,4<sup>0</sup>/000 соответственно).

Таблица

Динамика показателей первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие злокачественных новообразований центральной нервной системы, 2015-2019 гг.

Годы	Всего впервые признано инвалидами вследствие ЗНО ЦНС		В том числе			
			ВПИ в возрасте 18-54(жен.)/59(муж.) лет		ВПИ в возрасте 55(жен.)/60(муж.) лет и старше	
	абс.	уровень на 10 000 взрослого населения	абс.	уровень на 10 000 соответствующего населения	абс.	уровень на 10 000 соответствующего населения
2015	83	0,4	49	0,4	34	0,6
2016	88	0,5	50	0,4	38	0,6
2017	73	0,4	40	0,3	33	0,5
2018	72	0,4	43	0,4	29	0,5
2019	61	0,3	42	0,4	19	0,3

В динамике за пять лет частота инвалидности граждан трудоспособного возраста по изучаемой патологии оставалась практически без изменений, тогда как уровень инвалидности лиц пенсионного возраста имел выраженную тенденцию к снижению (с 0,6<sup>0</sup>/000 в 2015 г. до 0,3<sup>0</sup>/000, в 2019 г.).

Изучение первичной инвалидности в гендерном аспекте показало преобладание в общей численности ВПИ и среди ВПИ трудоспособного возраста лиц мужского пола, и превалирование женщин в числе ВПИ пенсионного возраста. В то же время, при анализе уровня инвалидности на 10 000 населения выявлено, что частота первичной инвалидности мужчин вследствие ЗНО ЦНС не зависимо от возраста была выше аналогичного показателя по населению женского пола (среднегодовалый уровень инвалидности лиц мужского пола трудоспособного возраста – 0,4<sup>0</sup>/000, пенсионного возраста – 0,7<sup>0</sup>/000; среднегодовалая частота инвалидности женского населения трудоспособного возраста – 0,3<sup>0</sup>/000, пенсионного возраста – 0,4<sup>0</sup>/000). Причем, как видно из приведенных данных, наиболее высокие значения уровня инвалидности зарегистрированы по населению мужского пола в возрастной группе 55(жен.)/60(муж.) лет и старше.

На протяжении всего изучаемого периода в общей численности ВПИ вследствие ЗНО ЦНС преобладали жители городских поселений края (среднепоколенийный удельный вес горожан – 57,0%, селян – 43,0%). Существенных различий динамики показателей инвалидности в зависимости от места жительства не выявлено.

В результате исследования тяжести инвалидности вследствие ЗНО ЦНС установлено, что суммарный удельный вес инвалидов первой и второй групп инвалидности среди ВПИ за пятилетний период составил 87,3%, и только в 12,7% случаев гражданам была определена третья группа инвалидности.

Таким образом, как показал проведенный анализ уровень первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие злокачественных новообразований центральной нервной системы в течение 2015-2019 гг. имел некоторую тенденцию к снижению и в 2019 г. составил 0,3<sup>0</sup>/000.

Практически на протяжении всего исследуемого периода (за исключением 2019 г.) наиболее высокая частота первичной инвалидности вследствие ЗНО ЦНС регистрировалась в возрастной группе 55(жен.)/60(муж.) лет и старше. В этой же возрастной группе отмечена наибольшая убыль показателей инвалидности за пятилетний период, тогда как уровень инвалидности граждан трудоспособного возраста по изучаемой патологии оставался относительно стабильным.

Согласно полученным данным, частота первичной инвалидности мужчин вследствие злокачественных новообразований центральной нервной системы была в течение всех пяти лет выше, в сравнении с аналогичным показателем по женскому населению. В структуре первичной инвалидности преобладали жители городских поселений.

Анализ тяжести инвалидности вследствие ЗНО ЦНС выявил значительное преобладание в общей численности ВПИ инвалидов первой и второй группы.

## ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Акопян Т.А., Тимошников И.В., Белоцкий А.Г.

ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, г. Барнаул

Детский церебральный паралич (ДЦП) является ведущей причиной детской инвалидности как в России, так и во всем мире, причем за последние двадцать лет заболеваемость ДЦП не снижается, а имеет тенденцию к росту [9]. Распространенность ДЦП составляет 1,5-2,0 на 1000 родившихся. Около 50% от всех случаев ДЦП возникают у детей, родившихся недоношенными [7]. Осложнения формируются преимущественно в позднюю резидуальную стадию ДЦП и включают, в первую очередь, ортопедическую патологию – формирование суставно-мышечных контрактур, деформаций и укорочений конечностей, подвывихов и вывихов суставов, сколиоза [3]. Причиной развития ортопедической патологии у детей с ДЦП является спастичность, встречающаяся более чем в 80% случаев [2]. У 69% больных в результате тонусных нарушений развивается нестабильность тазобедренных суставов [1]. В результате двигательные нарушения ведут к дополнительному ограничению возможности к самообслуживанию ребенка, сложностям получения образования и полноценной социализации [2, 3].

Нами проведен анализ первичной инвалидности детей вследствие ДЦП за 2016-2019 гг. по данным ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России.

Цель исследования: изучить динамику основных показателей первичной инвалидности и заболеваемости детей с ДЦП, наличие ортопедических нарушений у детей с данной патологией. Материалом для исследования явились отчетные формы № 7-Д (собес), протоколы и акты освидетельствования детей. Методы исследования: выкопировка данных, статистический, аналитический. Период исследования: 2016-2019 гг.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что подавляющую долю среди детей, впервые признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы в Алтайском крае, составляют дети с ДЦП. Так, в 2016 г. впервые категория «ребенок-инвалид» установлена 179 детям с болезнями нервной системы, из них дети с ДЦП и другими паралитическими синдромами (G80-G83) составили 124 (69,3%), в 2017 г. – 206 и 128 (62,1%),

в 2018 г. – 201 и 131 (65,2%), в 2019 г. – 170 и 116 (68,2%) соответственно. При этом, доля детей с ДЦП среди всех детей-инвалидов вследствие болезней нервной системы в крае превышает аналогичные показатели по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу. Так, в крае удельный вес детей с ДЦП среди впервые признанных инвалидами вследствие патологии нервной системы составил в 2016 г. – 69,3% (в РФ – 40,9%, в СФО – 53,1%), в 2017 г. – 62,1% (в РФ – 38,0%, в СФО – 50,1%), в 2018 г. – 65,2% (в РФ – 36,8%, в СФО – 47,1%), в 2019 г. – 68,2% (в РФ – 36,3%, в СФО – 47,9%). И если в целом показатель уровня инвалидности вследствие болезней нервной системы в крае ниже, чем по РФ (в 2016 г. – 3,7 (в РФ – 5,0), в 2017 г. – 4,2 (в РФ – 5,0), в 2018 г. – 4,1 (в РФ – 4,7) на 10 000 детского населения соответствующей территории), то уровень инвалидности вследствие ДЦП, напротив, превышает аналогичные показатели по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (в 2016 г. – 2,6 (в РФ – 2,0, в СФО – 2,3), в 2017 г. – 2,6 (в РФ – 1,9, в СФО – 2,0), в 2018 г. – 2,6 (в РФ – 1,7, в СФО – 1,9), в 2019 г. – 2,4 (в РФ – 1,7, в СФО – 1,7) на 10 000 детского населения соответствующей территории [4, 5, 6].

Изучение заболеваемости показало, что в Алтайском крае заболеваемость ДЦП одна из самых высоких в РФ и составляет 4,5 на 1 000 детей (в России распространенность ДЦП составляет 2,2-3,3 на 1 000 детей) и в динамике показатели продолжают увеличиваться. Так, в 2018 г. в крае было зарегистрировано заболеваний ДЦП и другими паралитическими синдромами детей 0-14 лет – 612,25 на 100 000 соотв. населения, в 2017 г. – 600,10, в 2016 г. – 575,06 (в РФ в 2017 г. – 397,40). Заболеваемость детей 0-14 лет с диагнозом ДЦП и другие паралитические синдромы, установленным впервые в жизни в крае, в 2018 г. составила – 40,11 на 100 000 соотв. населения, в 2017 г. – 53,93, в 2016 г. – 59,98 (в РФ в 2017 г. – 40,00) [8].

В структуре детей, впервые признанных инвалидами вследствие ДЦП по возрасту, в течение всего периода исследования значительно преобладали дети раннего возраста (0-3 года): в 2016 г. – 107 (86,3%), в 2017 г. – 116 (90,6%), в 2018 г. – 108 (82,4%), в 2019 г. – 104 (89,7%). Дети в возрасте 4-7 лет составляли в 2016 г. – 13 (10,5%), в 2017 г. – 10 (7,8%), в 2018 г. – 16 (12,2%), в 2019 г. – 7 (6,0%). Дети в возрасте 8-14 лет составили в 2016 г. – 4 (3,2%), в 2017 г. – 2 (1,6%), в 2018 г. – 5 (3,9%), в 2019 г. – 2 (1,7%). Детей в возрасте 15 лет и старше среди впервые признанных инвалидами вследствие ДЦП в 2016-2017 гг. не было, в 2018 г. – 2 (1,5%), в 2019 г. – 3 (2,6%).

Исследование показало, что у большей части детей с ДЦП при первичном освидетельствовании выявлялись выраженные нарушения функций организма (более чем у 50,0% детей). Так, среди детей, впервые признанных инвалидами вследствие ДЦП в 2016-2019 гг., дети

с выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций составили в 2016 г. – 64 (51,6%), в 2017 г. – 65 (50,8%), в 2018 г. – 67 (51,1%), в 2019 г. – 60 (51,7%); со значительно выраженными нарушениями в 2016 г. – 19 (15,3%), в 2017 г. – 16 (12,5%), в 2018 г. – 19 (14,5%), в 2019 г. – 17 (14,7%), с умеренными нарушениями в 2016 г. – 41 (33,1%), в 2017 г. – 47 (36,7%), в 2018 г. – 45 (34,4%), в 2019 г. – 39 (33,6%).

Не смотря на значительное преобладание детей раннего возраста среди впервые признанных инвалидами, у подавляющего количества детей с ДЦП выявлялась та или иная ортопедическая патология: в 2016 г. – у 107 детей, что составило 86,3%, в 2017 г. – у 110 детей (85,9%), в 2018 г. – 118 (90,1%), в 2019 г. – 104 (89,6%). Среди ортопедической патологии у детей с ДЦП значительно чаще выявлялись деформации либо патологические установки стоп: в 2016 г. – у 86 детей (80,4%), в 2017 г. – 84 (76,4%), в 2018 г. – 87 (73,7%), в 2019 г. – 78 (75,0%). Контрактуры суставов, укорочения конечностей были выявлены в 2016 г. – у 20 детей (18,7%), в 2017 г. – 24 (21,8%), в 2018 г. – 27 (23,0%), в 2019 г. – 21 (20,2%). Вывихи, подвывихи суставов и деформации позвоночника у данной категории детей выявлялись редко в связи с ранним возрастом.

Таким образом, заболеваемость детей ДЦП в крае превышает Российские показатели и имеет тенденцию к увеличению. В нозологической структуре первичной инвалидности ДЦП и составляет более 60,0%. Уровень первичной инвалидности детей вследствие ДЦП превышает показатели Российской Федерации. Более чем у 80,0% детей с ДЦП выявлялась ортопедическая патология, среди которой преобладали деформации стоп (более 70,0%). Учитывая вышесказанное, при проведении медико-социальной экспертизы детей с ДЦП следует учитывать имеющиеся ортопедические осложнения, что позволит более правильно и качественно оценить реабилитационный прогноз и порекомендовать все необходимые технические средства реабилитации с целью развития двигательных навыков у ребенка (стояния, ходьбы), профилактики более тяжелых ортопедических осложнений и возможных оперативных вмешательств.

### Литература

1. Затравкина Т.Ю. Комплексное обследование и лечение нестабильности тазобедренного сустава у детей с детским церебральным параличом / Т.Ю. Затравкина, С.А. Рубашкин / Материалы образовательного семинара с международным участием «Нейромышечные заболевания у детей» 31.08-01.09.2017 г., г. Барнаул. – С. 41-43.

2. Куренков А.Л. Лечение спастичности у детей с церебральными параличами / А.Л. Куренков, Т.Т. Батышева, С.С. Никитин и соавт. // Методические рекомендации № 15 Департамента Здравоохранения г. Москвы, 2011. – 34 с.

3. Куренков А.Л. Первый Российский консенсус по применению многоуровневых инъекций Abobotulinumtoxin A при лечении спастических форм детского церебрального паралича / А.Л. Куренков, О.А. Клочкова, В.А. Змановская, Фальковский И.В. и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016; 11 (116): С. 98-107.

4. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2016 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ», 2017. – 240 с.

5. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2017 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ», 2018. – 240 с.

6. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2018 г. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ», 2019. – 244 с.

7. Сазонова Н.В. Клинико-статистическая характеристика детей с ДЦП, обратившихся в консультативно-диагностическое отделение РНЦ «ВТО» / Н.В. Сазонова, Д.А. Попков // Вопросы детской ортопедии. – № 4. – 2014. – С. 19-24.

8. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2018 году: статистический сборник в 2 частях. – 2019. – Часть 2. – 611 с.

9. SCPE work, standardization and definition – an overview of the activities of SCPE: a collaboration of European CP registers / V. McManus, P. Guillem, G. Surman, C. Cans//Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2006. Vol. 8, No 4. P. 261-265.

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ  
ВСЛЕДСТВИЕ ДОРСОПАТИЙ В 2015-2019 ГГ.**

**Тимофеева Д.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, г. Барнаул

По материалам 8-го Всемирного конгресса, посвященного боли (Ванкувер, 1996), боль в спине является второй по частоте причиной обращения к врачу после респираторных заболеваний и третьей по частоте причиной госпитализаций (Т.Г. Вознесенская, 2001). Наиболее часто наблюдаются поясничные боли, которые на протяжении жизни возникают почти у каждого человека и являются одной из главных причин временной утраты трудоспособности в молодом возрасте (М.С. Голод с соавт., 1997, С.С. Павленко с соавт, 1997, А.Л. Чертков, 2002). Чаще всего болями в спине страдают лица трудоспособного возраста от 30 до 55 лет с максимальной распространенностью в возрасте 30-39 лет (С.С. Павленко, 2007). Хроническому течению боли в спине могут способствовать неадекватное лечение острой боли, чрезмерное ограничение физических нагрузок, «болевогой» тип личности, пониженный фон настроения, в части случаев заинтересованность пациента в длительной нетрудоспособности, аггравация имеющихся симптомов и «рентное» отношение к болезни (Е.В. Подчуфарова с соавт., 2010).

Изучение инвалидности вследствие дорсопатий взрослого населения и решение проблемы эффективной реабилитации данного контингента инвалидов является актуальной медико-социальной проблемой.

На протяжении последнего десятилетия дорсопатии входили в число ведущих патологий в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и занимали в Алтайском крае второе ранговое место после остеоартроза у взрослых в 2015-2019 гг.

Целью настоящего исследования является выявление особенностей формирования первичной инвалидности среди взрослого населения Алтайского края вследствие дорсопатий (М40-М54) за 2015-2019 гг.

Динамика показателей первичного освидетельствования граждан с дорсопатиями в службе медико-социальной экспертизы Алтайского края представлена в таблице.

Как видно из таблицы, общая численность граждан в возрасте 18 лет и старше с дорсопатиями, освидетельствованных впервые для определения группы инвалидности, а также количество впервые признанных инвалидами (ВПИ) в 2015-2019 гг. имели тенденцию к снижению. Удельный вес граждан, признанных инвалидами, от числа освидетельствованных для определения инвалидности в этот же период варьировался в пределах 43,5-56,0%. Доля граждан с дорсопатиями, направленных в службу медико-социальной экспертизы необоснованно, остается достаточно высокой (33,4,1-42,0%).

Таблица 1

Результаты первичного освидетельствования взрослого населения с дорсопатиями в Алтайском крае в 2015-2019 гг.

Годы	Освидетельствовано для определения группы инвалидности, абс.	Установлена группа инвалидности		Интенсивный показатель первичной инвалидности (на 10 000 взрослого населения)
		абс.	%	
2015	412	191	46,4	1,0
2016	305	150	49,2	0,8
2017	291	163	56,0	0,8
2018	314	144	45,9	0,7
2019	345	150	43,5	0,8

Как показал проведенный анализ, за последние пять лет произошло снижение интенсивного показателя первичной инвалидности как в Российской Федерации, так и в Алтайском крае, при этом в Алтайском крае данный показатель на протяжении всего анализируемого периода остается в целом ниже, чем по РФ (рис. 1).

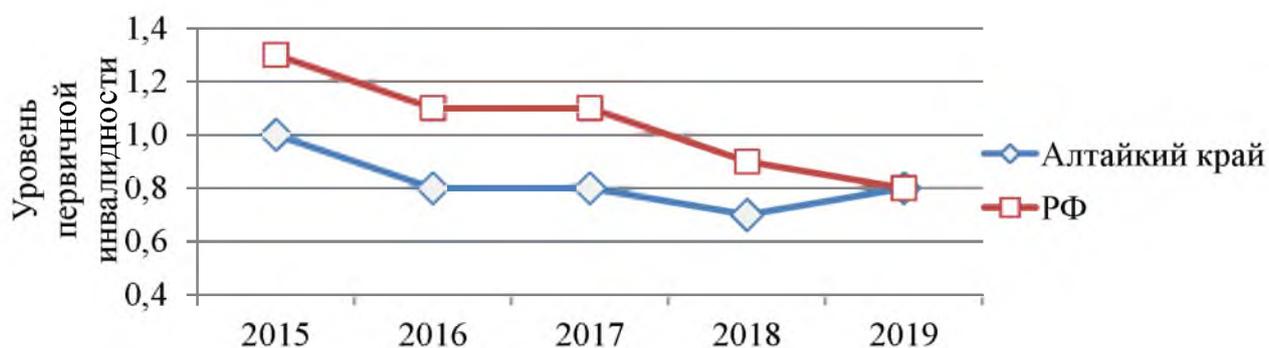


Рис. 1. Уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие дорсопатий в Алтайском крае и Российской Федерации, 2015-2019 гг.

В общей численности ВПИ вследствие дорсопатий существенно преобладали граждане трудоспособного возраста (69,6-73,7%). Уровень первичной инвалидности в этой возрастной группе в крае, так же как и частота инвалидности всего взрослого населения вследствие дорсопатий, имел некоторую тенденцию к снижению с 1,0<sup>0</sup>/<sub>000</sub> в 2015 г. до 0,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub> в 2019 г.

Анализ динамики показателей инвалидности в зависимости от места жительства выявил, что в сельской местности региона частота первичной инвалидности вследствие дорсопатий оставалась относительно стабильной (в 2019 г. – 0,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub>), в то время как в городских поселениях – снизилась с 1,1<sup>0</sup>/<sub>000</sub> в 2015 г. до 0,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub> в 2019 г. К 2019 г. различий в значениях показателей уровня инвалидности селян и горожан не наблюдалось.

Согласно полученным данным, среди ВПИ вследствие дорсопатий доминировали мужчины (среднемноголетний удельный вес составил 53,5%).

Проведенный анализ показал, что в течение анализируемого периода существенных изменений в нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие дорсопатий не произошло. Как и в прежние годы, большую часть из числа инвалидов составляют лица с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (в среднем за пять лет – 59,1%), в динамике за пять лет удельный вес этой патологии в структуре причин инвалидности вследствие дорсопатий имел незначительную тенденцию к снижению. На втором ранговом месте находятся воспалительные дорсопатии (34,3%). Наименьшую долю в структуре причин первичной инвалидности вследствие дорсопатий составляют деформирующие дорсопатии (6,5%).

По результатам анализа структуры инвалидности при дорсопатиях с учетом ее тяжести выявлено существенное преобладание среди ВПИ инвалидов третьей группы (в среднем за исследуемый период 87,8%). Доля инвалидов второй группы стабильно оставалась невысокой (9,9%), а случаи инвалидности первой группы вследствие дорсопатий были очень редкими (2,3%), что обусловлено нозологической структурой и проявлениями данной патологии.

Таким образом, в соответствии с полученными по результатам исследования данными, частота первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие дорсопатий в 2015-2019 г. имела некоторую тенденцию к снижению и не превышала аналогичный показатель по Российской Федерации.

В структуре первичной инвалидности вследствие дорсопатий существенно преобладают граждане трудоспособного возраста, инвалиды

третьей группы. Также среди ВПИ вследствие дорсопатий отмечено превалирование лиц мужского пола.

В 2015-2019 гг. отмечается тенденция к снижению уровня первичной инвалидности вследствие дорсопатий среди граждан, проживающих в городской местности, в то время как частота инвалидности сельских жителей по изучаемой патологии оставалась относительно стабильной.

При анализе нозологической структуры первичной инвалидности взрослого населения с дорсопатиями выявлено, что первое место стабильно занимают дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, второе – анкилозирующий спондилоартрит, третье – сколиотическая болезнь позвоночника.

**УДК 616-036.86+314.44**

**ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ:  
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ  
И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ**

**Владимирова И.А., Гончаренко А.Г., Колядо А.В.,  
Акопян Т.А., Малетин С.И.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, г. Барнаул

Современное видение успешности общества предлагает оценивать ее с точки зрения возрастающего уровня здоровья и благополучия граждан, качества их жизни. В этом аспекте хорошее здоровье – это общая цель для всей системы государственного управления, неотъемлемая составляющая благополучия человека, экономического и социального развития (I. Kickbusch, D. Gleicher, 2014). Приоритетность здоровья обуславливает необходимость его глубокого изучения, понимания причин и факторов его изменения. Важнейшей составляющей исследования общественного здоровья является анализ статистических данных и в качестве одного из основных маркеров рассматривается состояние инвалидности населения. В России в течение последних лет уровень впервые регистрируемой инвалидности взрослого населения имеет стабильную тенденцию к снижению. Однако, при изучении проблемы в региональном аспекте, определяются достаточно серьезные различия в динамике показателей (М.А. Дымочка с соавт., 2016; С.Н. Пузин с соавт., 2018).

Алтайский край – крупный агропромышленный регион с большим числом сельских районов, удаленных от краевого центра, низкой плотностью населения и разветвленной сетью первичной медико-санитарной помощи. В крае наблюдается негативная демографическая ситуация, отмечается постарение и убыль населения. Заболеваемость населения региона по таким классам болезней как новообразования, болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы – более чем в два раза превосходит аналогичные российские показатели.

Общая численность граждан в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (ВПИ) в службе МСЭ Алтайского края в 2017-2019 гг. имела тенденцию к росту (с 11 034 чел. в 2017 г. до 11 582 чел. в 2019 г.). Динамика показателя обусловлена увеличением количества ВПИ возрастной группы 55(жен.)/60(муж.) лет и старше (далее – пенсионный возраст) с 6 571 чел. в 2017 г. до 7 326 чел. в 2019 г. Абсолютное число ВПИ в возрасте 18-54(жен.)/59(муж.) лет (далее – трудоспособный возраст) в анализируемом периоде имело тенденцию к снижению (с 4 463 чел. в 2017 г. до 4 256 чел. в 2019 г.).

Частота первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края на 10 000 соответствующего населения в 2017-2019 гг. несколько увеличилась (среднегодовой темп прироста +3,4%) и преобладала в сравнении со средними показателями по России (по краю в 2017 г. – 58,9<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2018 г. – 59,2<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2019 г. – 62,9<sup>0</sup>/<sub>000</sub>; по РФ в 2017 г. – 56,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2018 г. – 54,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, в 2019 г. – 54,6<sup>0</sup>/<sub>000</sub>).

Анализ динамики инвалидности с учетом возраста выявил, что уровень первичной инвалидности граждан пенсионного возраста в крае был в три раза выше аналогичного показателя по населению трудоспособного возраста (в 2019 г. – 113,1<sup>0</sup>/<sub>000</sub> и 35,7<sup>0</sup>/<sub>000</sub> соответственно). Причем, если последний показатель в 2017-2019 гг. оставался относительно стабильным, то частота инвалидности населения пенсионного возраста увеличилась (+8,4%). В сравнении со средним уровнем по России, показатели инвалидности по населению трудоспособного возраста в крае были ниже, либо не имели значимых отличий, в то время как по лицам пенсионного возраста – существенно преобладали.

Частота инвалидности городского населения в течение всего анализируемого периода была несколько выше аналогичных показателей по сельской территории края (в 2019 г. – 63,1<sup>0</sup>/<sub>000</sub> и 62,7<sup>0</sup>/<sub>000</sub> соответственно). В динамике за три анализируемых года отмечен рост уровня инвалидности в обеих демографических группах.

При анализе первичной инвалидности в гендерном аспекте выявлено, что уровень инвалидности населения мужского пола как в возрастной группе 18-54(жен.)/59(муж.) лет, так и 55(жен.)/60(муж.) лет и старше был в 1,5-2,0 раза выше аналогичного показателя по женскому населению. В динамике за три года зарегистрировано увеличение уровня инвалидности в обеих гендерных группах, однако более высокие темпы прироста отмечены по показателям инвалидности женского населения края, включая женщин в возрасте 18-54 лет.

Согласно полученным данным, в 2017-2019 гг. распределение основных классов болезней и нозологий по первым четырем ранговым позициям в структуре первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края оставалось стабильным и соответствовало российскому.

Наиболее частой причиной первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края в 2017-2019 гг., как и в предыдущие годы, были злокачественные новообразования (ЗНО). Удельный вес этой патологии в структуре инвалидности в течение трех лет варьировался незначительно и составлял 40,0-42,7%. Частота инвалидности в течение анализируемого периода имела тенденцию к увеличению (в 2019 г. – 26,8<sup>0</sup>/000, по отношению к 2017 г. +13,6%). В 2017-2019 гг., как и в предыдущие годы, уровень инвалидности по ЗНО в крае превышал аналогичный средний показатель по России.

Второе ранговое место в структуре инвалидности взрослого населения занимали болезни системы кровообращения (БСК). Показатели инвалидности по этой патологии в 2017-2019 гг. варьировались незначительно (в 2019 г. – 13,6<sup>0</sup>/000). В сравнении с федеральными показателями уровень первичной инвалидности взрослого населения края вследствие БСК, как и ранее, был существенно ниже.

На третьем месте в структуре причин первичной инвалидности в 2017-2019 гг. находились болезни костно-мышечной системы. Частота первичной инвалидности взрослого населения края по этой патологии в 2019 г. (4,3<sup>0</sup>/000), в сравнении с 2017 г., увеличилась (+12,6%). В течение всего изучаемого периода анализируемые показатели в крае были выше, чем в среднем по России.

Как показало проведенное исследование, в 2019 г. в структуре первичной инвалидности всего взрослого населения (независимо от возраста), преобладали инвалиды третьей группы, наименьший удельный вес составляли инвалиды первой группы. Соотношение групп инвалидности в структуре по тяжести практически не изменилось.

Сравнительный анализ интенсивных показателей инвалидности выявил, что жителям Алтайского края существенно (в 1,5 раза) чаще, чем в среднем по Российской Федерации определялась первая группа инвалидности. Некоторое превышение средних федеральных показателей выявлено также по уровню третьей группы инвалидности. Исследование уровня инвалидности первой группы в зависимости от нозологических причин выявило, что наиболее существенные отличия данных показателей отмечались по злокачественным новообразованиям – по краю 8,9-9,7 на 10 000 соответствующего населения (2017-2019 гг.), по РФ – 5,7<sup>0</sup>/<sub>000</sub> (2019 г.). По иным классам болезней также имело место некоторое превышение краевых показателей в сравнении с российскими, но оно было далеко не столь значительным и в меньшей степени влияло на ситуацию по краю в целом.

Таким образом, как показал проведенный анализ, частота первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края в 2017-2019 гг. несколько увеличилась и преобладала в сравнении со средними показателям по России. Вышеуказанные тенденции преимущественно обусловлены высоким и растущим уровнем первичной инвалидности лиц пенсионного возраста. Показатели инвалидности населения трудоспособного возраста в регионе в течение анализируемых трех лет оставались стабильными и значимых различий с федеральными не имели.

В 2017-2019 гг. нозологическая структура первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края по ведущим ранговым местам оставалась стабильной и соответствовала российской, однако соотношение классов болезней в региональной и федеральной структуре инвалидности имело некоторые отличия в основном за счет более высокого удельного веса ЗНО и меньшей доли БСК.

Наиболее частой причиной первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края были злокачественные новообразования. Уровень инвалидности в крае по этому классу болезней имел тенденцию к росту и существенно превышал средний по России, что, в основном, обусловлено большим числом случаев первичной инвалидности по указанной патологии среди лиц пенсионного возраста. Второе место в структуре инвалидности занимали болезни системы кровообращения. Краевые показатели инвалидности по БСК в течение трех лет оставались относительно стабильными и были ниже федеральных. На третьем месте в структуре причин первичной инвалидности находились болезни костно-мышечной системы. Частота первичной инвалидности взрослого населения края по этой патологии имела тенденцию к росту и преобладала в сравнении со средней по России.

Анализ первичной инвалидности взрослого населения с учетом ее тяжести выявил, что в 2019 г., как и в предыдущие годы, в структуре первичной инвалидности взрослого населения преобладали инвалиды третьей группы, наименьший удельный вес составляли инвалиды первой группы. Как показало исследование, первая группа инвалидности в Алтайском крае определяется существенно чаще, чем в среднем по России, что преимущественно обусловлено высокой численностью случаев установления первой группы жителям края вследствие злокачественных новообразований.

**УДК 314.44+616-036.86+616.832-004.2**

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ  
ВСЛЕДСТВИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В 2015-2019 ГГ.**

**Войтюк Н.П., Михайлова Е.Ю., Комлик В.В.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, г. Барнаул

Рассеянный склероз – хроническое, прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, относящееся к группе демиелинизирующих заболеваний. В настоящее время в мире насчитывается около 3 млн больных рассеянным склерозом.

Принято выделять три зоны, различающиеся по показателю распространенности патологии: зона высокого риска (распространенность более 50 случаев на 100 000 населения) включает северную Европу, северные районы США, юг Канады, юг Австралии, Россию и Новую Зеландию; в зону среднего риска (10-50 случаев на 100 000 населения) входят южная Европа, юг США, северная Африка и остальная территория Австралии; к зоне низкого риска (менее 10 случаев на 100 000 населения) относится большинство регионов Центральной и Южной Америки, Азии, Африки, Карибского бассейна и Океании. В России наиболее высокие показатели регистрируются в северных, северо-западных и западных районах, где частота заболевания варьируется от 30 до 70 случаев на 100 000 населения.

Алтайский край – крупный регион, расположенный на юго-западе Сибири. Численность контингента больных рассеянным склерозом в 2017 г. составляла 1 322 чел., распространенность рассеянного склероза в крае в период с 2009 г. по 2017 г. возросла с 41,2 до 56,3 случая на 100 000 населения (И.В. Смагина с соавт., 2019 г.).

В таблице 1 представлена динамика показателей первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза.

Как видно из таблицы 1, общая численность жителей Алтайского края, впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие рассеянного склероза, в течение анализируемых пяти лет составила 139 чел. Наибольшее число ВПИ было зарегистрировано в 2016 г., наименьшее – в 2019 г.

Согласно полученным данным, более 95% ВПИ вследствие рассеянного склероза являлись гражданами трудоспособного возраста. Случаи впервые установленной инвалидности по изучаемой патологии среди лиц пенсионного возраста были единичными.

Среднегодовалый уровень первичной инвалидности всего взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза составил 0,15 на 10 000 соответствующего населения, частота инвалидности граждан трудоспособного возраста по анализируемой патологии была значительно выше – 0,21<sup>0/000</sup>. В 2015-2016 гг. показатели имели тенденцию к росту, в последующие годы – стабильно снижались (убыль показателя в среднем за год составила 4,7% – среди всего взрослого населения и 9,3% – среди граждан трудоспособного возраста).

Таблица 1

Динамика показателей первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза, 2015-2019 гг.

Годы	Всего ВПИ			В том числе					
				ВПИ трудоспособного возраста			ВПИ пенсионного возраста		
	абс.	%	уровень, 0/000	абс.	%	уровень, 0/000	абс.	%	уровень, 0/000
2015	27	100,0	0,14	27	100,0	0,21	0	0,0	0,00
2016	35	100,0	0,19	34	97,1	0,27	1	2,9	0,02
2017	29	100,0	0,15	29	100,0	0,23	0	0,0	0,00
2018	29	100,0	0,16	26	89,7	0,21	3	10,3	0,05
2019	19	100,0	0,10	18	94,7	0,15	1	5,3	0,02
Средне-много-летний показатель	-	100,0	0,15	-	96,4	0,21	-	3,6	0,02

В структуре первичной инвалидности вследствие рассеянного склероза среди взрослого населения Алтайского края практически на протяжении всего исследуемого периода (за исключением 2016 г.) преобладали жители города, их удельный вес в среднем за пять лет составил – 61,8%.

Соотношение лиц мужского и женского пола среди впервые признанных инвалидами вследствие рассеянного склероза характеризовалось стабильным преобладанием женщин с тенденцией к повышению их доли (в 2015 г. – 66,7%, в 2019 г. – 73,7%), тогда как удельный вес мужчин в структуре инвалидности, напротив, снижался (с 33,3% до 26,3%).

Результаты анализа первичной инвалидности вследствие рассеянного склероза взрослого населения Алтайского края с учётом тяжести инвалидности представлен в таблице 2.

Таблица 2

Структура первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза по группам инвалидности, 2015-2019 гг.

Группа инвалидности	Годы									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%								
1 группа	1	3,7	2	5,7	0	0,0	0	0,0	1	5,3
2 группа	2	7,4	1	2,9	5	17,2	6	20,7	2	10,5
3 группа	24	88,9	32	91,4	24	82,8	23	79,3	16	84,2
Всего	27	100,0	35	100,0	29	100,0	29	100,0	19	100,0

Как видно из таблицы 2, в общей численности впервые признанных инвалидами вследствие рассеянного склероза на протяжении всего исследуемого периода существенно преобладали инвалиды третьей группы (среднепоколений удельный вес – 85,6%). Доля инвалидов второй группы была значительно ниже (11,5%), а случаи определения первой группы инвалидности в течение пяти анализируемых лет были единичными.

Таким образом, как показал проведенный анализ, среднепоколений уровень первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза составил 0,15 на 10 000 соответствующего населения. В динамике за пять лет показатель имел некоторую тенденцию к снижению.

Подавляющее число ВПИ вследствие рассеянного склероза являлись гражданами трудоспособного возраста (96,4%), случаи установления первичной инвалидности лицам пенсионного возраста были единичными.

В общей численности ВПИ вследствие рассеянного склероза преобладали женщины, причем их удельный вес в структуре инвалидности в течение анализируемых пяти лет имел тенденцию к увеличению (в 2019 г. – 73,7%).

Анализ структуры первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие рассеянного склероза по тяжести выявил, что среди ВПИ существенно преобладали больные с умеренными нарушениями функций организма, которым, соответственно, была установлена третья группа инвалидности (85,6%).

УДК 314.44+616-036.86+616-006

## ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Низамов Р.Х., Абдразакова Р.А., Пузанова О.В.,

Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России,  
[gbmse16@fbmse.ru](mailto:gbmse16@fbmse.ru), +7(843) 237-95-94

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования, первичная инвалидность, группа инвалидности, COVID-19, паллиативная помощь.

**Резюме:** В структуре заболеваний, наиболее часто приводящих к первичной инвалидности в республике Татарстан, злокачественные заболевания занимают первое место. Среди них наибольшее количество случаев приходится на рак молочной железы, женских половых органов, легкого. Отмечается рост случаев определения первой группы инвалидности в том числе и среди лиц трудоспособного возраста.

## PRIMARY DISABILITY DUE TO MALIGNANT NEOPLASMS IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

**Keywords:** malignant neoplasms, primary disability, disability group, COVID-19, palliative care.

**Resume:** In the structure of diseases that most often lead to primary disability in the Republic of Tatarstan, malignant diseases occupy the first place. Among them, the largest number of cases are breast, female genital, and lung cancers. There is

*an increase in cases of determining the first disability group, including among people of working age.*

На протяжении последних 3-х лет в Республике Татарстан среди заболеваний, наиболее часто приводящих к первичной инвалидности среди взрослого населения, первое место занимают **злокачественные новообразования**. Особенностью инвалидности онкологических больных является ее тяжесть и сравнительно низкий процент реабилитации.

В 2019 году инвалидами впервые вследствие данного класса заболеваний признаны **6 тысяч 156** человек. В структуре заболеваний на долю этого класса приходится около 36,8% (2018-37,0; 2017 – 34,9).

Структурный анализ возрастного состава первично признанных инвалидами граждан указывает на тенденцию роста среди возрастной группы пенсионного возраста. В 2019 году на их долю приходится 63%. В сравнении с 2017 годом их количество выросло на 13%. При этом количество граждан, признанных инвалидами впервые, среди трудоспособного населения уменьшилось на 3%.

В структуре первичной инвалидности по локализации наибольшее количество случаев приходится на **рак молочной железы, женских половых органов, легкого**.

Количество признанных инвалидами впервые вследствие рака молочной железы выросло по сравнению с 2017 годом на 19%, рака женских половых органов на 10%, рака бронхов и легких – на 11%.

Среди признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований на органы пищеварения приходится около 30%, за последние 2 года их количество выросло на 16%. В 55% случаях установления инвалидности – это рак ободочной и прямой кишки, 24% – рак желудка. При этом отмечается снижение первичной инвалидности лишь вследствие рака пищевода.

В структуре первичной инвалидности по тяжести инвалидности растет удельный вес инвалидов I группы. При этом каждый третий из них в трудоспособном возрасте.

Среди граждан, которым установлена I группа инвалидности при первичном освидетельствовании, **1-место** по локализации занимает рак бронхов и легких, **2-е место** – рак желудка и **3-е** – рак молочной железы.

В 50% случаев они были направлены на поздних стадиях развития опухоли, при неблагоприятном прогнозе и I группа была определена бессрочно. Количество таких граждан выросло за последние 2 года на 20%.

Динамика распределения впервые признанных инвалидами  
вследствие злокачественных новообразований по группам инвалидности  
среди граждан в возрасте 18 лет и старше  
в Республике Татарстан за период 2017-2019 гг.  
(в абс.числе и %)

Признаны инвалидами (абс.)			Доля в структуре инвалидности (%)								
			I группа %			II группа %			III группа %		
2017 г.	2018 г.	2019 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
5654	6157	6156	25,2	25,7	28,0	45,9	44,3	43,8	28,9	30,0	28,2

В 2020 году по состоянию на 1.08.2020 года признаны инвалидами первично вследствие злокачественных заболеваний 3 242 гражданина. На долю граждан пенсионного возраста приходится 63,7%.

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, недопущения возникновения групповых и внутрибольничных очагов COVID-19 в медицинских организациях, снижения рисков распространения COVID-19 среди населения постановлением Главного государственного санитарного врача по Республике Татарстан от 31.03.2020 № 3 были приняты ограничительные меры на объектах здравоохранения республики, однако медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в республике продолжала оказываться в необходимом объеме, в соответствии с потребностью.

С 1 апреля по 31 июля 2020 года медицинскими организациями на медико-социальную экспертизу были направлены 3 185 граждан с нарушениями функций организма вследствие злокачественных новообразований, из них в 55% случаях – впервые (1 764 гражданина).

Сегодня на особом контроле стоит вопрос оказания паллиативной помощи гражданам со злокачественными новообразованиями. С момента введения ограничительных мер 116 граждан, нуждающихся в паллиативной помощи, были направлены в бюро МСЭ. В 2019 году экспертное решение вынесено в отношении указанных лиц в 580 случаях.

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ  
В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ПО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2019 ГГ.**

**Шкаренкова Е.И., Сергеева М.А., Баранова Н.Н.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Ивановской области» Минтруда России

По литературным данным, психические и эмоциональные расстройства встречаются у 15% детей до 18 лет, но только 40% из них получают своевременную специализированную помощь. Психические нарушения, протекающие без коррекции, чаще всего приводят к отставанию в развитии ребенка, приводя к нарушению его социализации и интеграции в общество, что влечет за собой серьезные последствия для социальной сферы и экономики в целом. В Ивановской области за последние годы отмечается рост уровня инвалидности в детском возрасте вследствие психических расстройств и расстройств поведения.

Целью нашей работы явился анализ распределения психической патологии в зависимости от нозологических форм, от пола и возраста у детей за период 2017-2019 гг.

Таблица 1

**Первичная детская инвалидность  
вследствие психических расстройств и расстройств поведения**

Показатели	2017 г		2018 г		2019 г	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего детей-инвалидов	397	100	403	100	376	100
Психические расстройства	73	18,4	73	18,1	79	21,0

Таким образом, отмечается рост психических расстройств в структуре детской инвалидности за последние годы, что, возможно, объясняется неблагоприятным течением перинатального периода на фоне высокой частоты хронической экстрагенитальной патологии у женщин, воздействия неблагоприятных экологических и социальных факторов, высокой частотой внутриутробного инфицирования, низким социальным уровнем населения,

несвоевременной обращаемостью за специализированной помощью и, как следствие, поздним началом психолого-педагогической коррекции и терапии.

В структуре первичной инвалидности детского населения психические расстройства и расстройства поведения в 2017 и 2018 годах занимали второе место после болезней нервной системы, а в 2019 году – первое место.

Ведущими нозологическими формами среди психических нарушений в детском возрасте являются умственная отсталость и расстройства психологического развития, в том числе детский аутизм.

Таблица 2

Распределение по нозологическим формам  
первично признанных детей инвалидов с психическими нарушениями

Нозологические формы	2017 г		2018 г		2019 г	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Умственная отсталость	47	64,4	53	72,6	60	75,9
в т.ч. легкая умственная отсталость	29	39,7	30	41,1	37	46,8
в т.ч. умеренная умственная отсталость	16	21,9	22	30,1	22	27,8
в т.ч. тяжелая умственная отсталость	2	2,7	1	1,4	1	1,3
Расстройства психологического развития	14	19,2	18	24,7	13	16,5
в т.ч. аутизм	12	16,4	13	17,8	12	15,2
в т.ч. расстройства развития речи	2	2,7	5	6,9	1	1,3
Шизотипические расстройства и шизофрения	2	2,7	1	1,4	4	5,1
Расстройства личности и поведения	4	5,5	0	0	1	1,3
Деменция в связи с нейроинфекциями	2	2,7	1	1,4	0	0
Всего	73	100	73	100	79	100

Инвалидность вследствие умственной отсталости различной степени выраженности в последние годы составляет от 64 до 75%. В структуре детей с умственной отсталостью преобладает легкая умственная отсталость (61,7% случаев в 2017 и 2019 годах и 56,6% случаев в 2018 году), на втором месте по частоте встречаемости находится умеренная умственная отсталость (в 1,8 раза реже в 2017 году, в 1,4 раза в 2018 году и в 1,7 раза в 2019 году).

Таблица 3

Распределение первично признанных детей-инвалидов  
с психическими расстройствами по возрастным группам

Возрастные периоды	2017 г		2018 г		2019 г	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0-3 года	1	1,4	2	2,8	1	1,3
4-7 лет	46	63,01	44	60,3	46	58,2
8-14 лет	21	28,8	22	30,1	25	31,7
15 лет и старше	5	6,9	5	6,9	7	8,9
Всего	73	100	73	100	79	100

Среди детей, первично признанных инвалидами с психическими нарушениями, преобладает возрастная группа 4-7 лет, составляя около 60% детей, вдвое меньше группа в возрасте 8-14 лет.

Таблица 4

Соотношение первично признанных детей-инвалидов  
с психическими нарушениями по полу

	2017 г		2018 г		2019 г	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики	58	79,5	50	68,5	54	68,4
Девочки	15	20,5	23	31,5	25	31,6
Всего	73	100	73	100	79	100

При анализе соотношения детей-инвалидов с психическими расстройствами по половому признаку за три года отмечается стабильная тенденция с преобладанием лиц мужского пола.

Таким образом, психические нарушения и расстройства поведения в детской популяции сохраняются на высоком уровне на протяжении последних трех лет и имеют тенденцию к росту, преобладающей нозологической формой при этом является легкая умственная отсталость. Учитывая данную тенденцию, необходимо своевременное выявление детей раннего возраста с задержками нервно-психического развития, особенно лиц мужского пола, для их реабилитации и адекватной психолого-педагогической коррекции для предотвращения инвалидизации и повышения социальной адаптации таких детей.

**ОПЫТ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЯ МСЭ  
В РАМКАХ ВРЕМЕННОГО ПОРЯДКА  
ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ  
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Баранова М.Ю., Резакова Е.Е., Цепелева Т.Г.**

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Забайкальскому краю» Минтруда России, г. Чита

В условиях текущей глобальной пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 изменения в работе по оказанию государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы затронули и учреждения медико-социальной экспертизы.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 09.04.2020 г № 467 был утвержден Временный порядок признания лица инвалидом. По новому порядку признание человека инвалидом проводится в заочной форме на основании медицинских документов, которые передаются из медицинских организаций. Гражданам, срок инвалидности которых заканчивается в период с 01.03.2020 г. до 01.10.2020 г., при отсутствии направления на медико-социальную экспертизу, проводится автоматическое продление группы инвалидности и индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (ИПРА), со всеми рекомендованными техническими средствами реабилитации (ТСР), на 6 месяцев.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Забайкальскому краю» Минтруда России за период действия Временного порядка освидетельствовало для установления группы инвалидности и разработки ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) 7964 человека, из них автоматическое продление группы инвалидности проведено в 3077 случаях (38,6%), в том числе 551 из категории «ребенок-инвалид».

В средствах массовой информации, по результатам встреч с представителями Общественных организаций, практически все граждане оценивают заочную форму освидетельствования положительно, в результате чего рассматривается возможность и в дальнейшем проводить освидетельствование без личного участия гражданина.

Несомненно, в заочном освидетельствовании имеются свои позитивные моменты, немаловажна положительная оценка граждан о работе учреждения МСЭ. Уменьшилось и количество обращений на качество оказания

государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, а также количество обжалований. Так за период с апреля по август 2020 г. количество освидетельствований в порядке обжалования несколько уменьшилось и составило 0,7% от числа освидетельствований на группу инвалидности, за аналогичный период 2019 г. количество обжалований составляло 0,8%. Кроме этого, заочная форма освидетельствования позволила перераспределить потоки граждан и выровнять нагрузку среди всех бюро в учреждении. Так при очном освидетельствовании граждане проходили МСЭ по территориальному принципу, учитывая, что за каждым бюро закреплено население определенных районов, нагрузка среди бюро была различной.

При дистанционной форме освидетельствования появилась возможность полностью автоматизировать взаимодействие между МСЭ и медицинскими организациями.

Одновременно с этим, специалисты учреждения столкнулись с рядом трудностей при заочном освидетельствовании. Основным проблемным моментом является некачественное оформление направлений на медико-социальную экспертизу граждан по форме 088/у медицинскими организациями. Малоинформативные анамнезы, скудные статусы специалистов, несоответствие степени выраженности нарушенных функций организма у разных специалистов по одному пациенту и/или с указанными в диагнозе, отсутствие необходимых обследований. Особенно сложным для специалистов МСЭ при заочной форме освидетельствования явилось вынесение экспертного решения при заболеваниях с нарушением статодинамических функций, в том числе при ревматоидном артрите, ДЦП, дорсопатиях; офтальмологической патологии, в том числе у детей до 4 лет; при рекомендации ТСР. В ряде случаев, без личного осмотра гражданина, невозможно сопоставить имеющиеся нарушения функций организма, степень их выраженности и реабилитационные мероприятия.

По мнению специалистов учреждения МСЭ, основными проблемами в здравоохранении края являются: отсутствие медицинского персонала (врачей) в районах края, недостаточность знаний по вопросам медико-социальной экспертизы, частая смена кадрового состава в Министерстве здравоохранения Забайкальского края.

При заочной форме времени на проведение освидетельствования должно уходить меньше, чем при очной. Однако на практике получается, что количество времени, затраченное на одного пациента, увеличивается. Специалистам МСЭ приходится по телефону уточнять у гражданина анамнестические данные, проводить информирование гражданина о принятом решении, актуализировать адреса, куда направить документы-результаты,

взятие согласия на передачу сведений в ПФР. Значительное количество времени тратится на общение с представителями медицинских организаций для уточнения статусов специалистов, степени выраженности нарушенных функций.

Дополнительные трудности возникают с уточнением информации или информированием граждан посредством телефонной связи, неверно указываются номера телефонов в направлениях на медико-социальную экспертизу, часто имеет место смена номеров телефонов гражданином, отсутствие связи в отдаленных селах края или плохая связь.

Более чем в 2 раза увеличилось количество почтовых отправлений, практически все документы-результаты отправляются по почте, при этом возврат документов в учреждение МСЭ составляет – 6,6%. В этом разделе работы специалисты МСЭ столкнулись со следующим проблемным моментом: в учреждение стало поступать большое количество звонков от граждан (около 50 в день) с просьбой предоставить трек-номер, так как на почте не могут найти заказное письмо. В связи с этим, возникла необходимость в пересмотре работы учреждения: медицинская сестра при подготовке заказной корреспонденции к отправке прикрепляет трек-номер письма, созванивается с гражданином, актуализирует адрес, куда направить письмо и сразу предоставляет ему трек-номер письма.

При заочном освидетельствовании из процедуры проведения медико-социальной экспертизы исключены специалисты, работающие на специальном диагностическом оборудовании, психологи и социальные работники.

#### Выводы:

*В процессе применения Временного порядка выявлены следующие положительные стороны: позитивная оценка граждан о работе учреждения МСЭ, уменьшение количества освидетельствований в порядке обжалования, равномерность нагрузки по освидетельствованию на бюро.*

*Недостатками освидетельствований без личного участия гражданина считаем: увеличение времени проведения освидетельствования одного пациента в связи с необходимостью уточнения различной информации, из процедуры освидетельствования исключено обследование граждан на специальном диагностическом оборудовании, что являлось важным при определении степени нарушенных функций, вынесении экспертного решения*

*Кроме того, при дистанционном освидетельствовании исключен личный контакт с пациентом, что не всегда является положительным*

*фактором эффективности взаимодействия врач-пациент в рамках этики и деонтологии.*

Литература:

1. Статистические данные программы ЕАВИИАС МСЭ.
2. Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 467 «О Временном порядке признания лица инвалидом».
3. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

УДК 314.44+616-036.86+616.65-002-006

**ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ  
ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В 2014-2019 ГГ.**

**Саликова С.И., Карицкая Ю.О.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

**Введение.** Рак предстательной железы во многих странах вышел на I место среди злокачественных новообразований (далее – ЗНО) у пожилых мужчин. Заболеваемость раком предстательной железы в России составила в 2007 г. 23,8 на 100 000 и за последние 10 лет увеличилась на 102,0%. В настоящее время по темпам прироста рака предстательной железы находится на II месте после рака почки, а по уровню заболеваемости — на IV месте. В структуре смертности рак предстательной железы занимает IV место среди всех онкологических заболеваний. За последние 15 лет смертность от рака предстательной железы увеличилась почти на 45,0% (1).

**Цель.** Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО предстательной железы, клинических аспектов, нуждаемости в технических средствах реабилитации (далее – ТСР).

**Материалы и методы.** Для анализа данных были использованы: данные формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; медико-экспертные дела за 2014-2019 гг. Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее – Бюро № 13).

**Результаты.** В период с 2014 – 2019 гг. в структуре первичной инвалидности по классам болезней в Бюро № 13 отмечено увеличение доли

ЗНО с 25,2% до 40,1%, в среднем 35,9% от числа всех впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ), что не превысило доли ЗНО по ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (41,8%), но выше, чем по РФ в 2019 г. – 35,0%.

В структуре по полу среди впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО доля мужчин в 2014 – 2019 гг. в среднем составила 48,1%, доля женщин – 51,9%.

Первое ранговое место в структуре по локализации ЗНО у мужчин занимает рак предстательной железы. В период 2014 – 2019 гг. его доля составила в среднем 30,5%. На втором ранговом месте колоректальный рак – 19,4%. На третьем ранговом месте ЗНО лёгких и бронхов – 18,0%. Удельный вес ЗНО желудка составил 5,6%, ЗНО почек – 4,2%, лимфоидной, кроветворной системы – 3,2%.

Абсолютное число ВПИ вследствие ЗНО предстательной железы в период 2014-2019 гг. увеличивается с 14 чел. до 46 чел.; с ростом удельного веса с 21,9% до 31,1%. Начальные формы болезни могут длительное время протекать бессимптомно, и поэтому диагностика рака предстательной железы в начальной стадии затруднительна. У больных наиболее часто возникают учащенные позывы к мочеиспусканию, ночное мочеиспускание становится более частым, чем дневное (никтурия), затрудненное мочеиспускание, иногда кратковременная задержка. Полная задержка мочи наступает в более поздних стадиях, в отличие от аденомы предстательной железы очень редко бывает первым симптомом заболевания. Гематурия, боли в костях характеризуют запущенную форму рака предстательной железы (4).

Число пациентов, поступавших в стационары по поводу острой задержки мочи (из числа ВПИ вследствие ЗНО предстательной железы), в период 2014-2019 гг. варьирует от 1 чел. до 7 чел.; удельный вес колеблется в пределах 2,4% до 28,0%, в среднем за 6 лет – 12,7%.

Проведение профилактических осмотров играет важную роль в выявлении предопухолевых заболеваний и для раннего выявления злокачественных новообразований (4). По результатам освидетельствования в Бюро № 13 отмечено, что абсолютное число ЗНО предстательной железы, выявленных при проведении профосмотров, возросло с 7 чел в 2014 г. до 34 чел. в 2019 г. Удельный вес ЗНО предстательной железы от числа ВПИ, выявленных на профосмотре, увеличился с 53,8% до 73,9% случаев. Эта тенденция оказывает влияние на структуру инвалидности пациентов.

В структуре по стадиям ЗНО предстательной железы преобладает II стадия, в среднем составив 42,0%. Число ВПИ с II стадией ЗНО

предстательной железы увеличилось с 4 чел. до 20 чел.; а их доля с 39,0% до 43,5% случаев.

На втором месте IV стадия – в среднем 30,9% случаев. Доля IV стадии возрастала в период с 2014 г по 2018 г. с 23,1% до 45,7%, в 2019 г. снизилась до 28,3% случаев.

На третьем месте III стадия, в среднем составив 27,1% случаев. Число пациентов III стадии увеличилась в 2016 г. в 2 раза, в 2019 г. – в 3 раза. Доля III стадии превалировала в 2014 г. (42,6%), затем снизилась до 26,1% случаев в 2019 г.

Абсолютное число ВПИ вследствие ЗНО предстательной железы с метастазированием возросло с 7 чел. 2014 г. до 16 чел. в 2017 г., в 2018-2019 гг. уменьшилось до 12 чел. Их удельный вес в период 2014-2017 гг. увеличился с 33,3% до 42,9% случаев, в 2019 г. снизился до 26,1% случаев.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО предстательной железы по группам инвалидности происходят изменения вследствие более раннего выявления на меньших стадиях.

По тяжести инвалидности период 2014-2019 гг. характеризовался преобладанием II группы, в среднем 38,7%; доля I группы составила 26,5%, III группы – 34,8%.

В динамике абсолютное число I группой инвалидности увеличилось в 2014 – 2017 гг. с 2 чел. до 14 чел., уменьшилось в 2019 г. до 9 чел. Удельный вес имеет ту же тенденцию: рост в 2014-2017 гг. с 15,4% до 34,3% и снижение в 2019 г. до 19,6% случаев.

Абсолютное число инвалидов II группы с 2014 г. по 2019 г. увеличилось с 10 чел. до 17 чел., однако их удельный вес уменьшился с 76,9% до 37,0%.

Абсолютное число III группы в период с 2014 – 2019 г. увеличилось с 1 чел. до 20 чел. Их доля в структуре групп инвалидности возросла с 7,7% до 43,5% случаев.

Среди категорий ограничений жизнедеятельности у ВПИ с ЗНО предстательной железы чаще всего ограничена способность к самообслуживанию, преимущественно второй степени с тенденцией к снижению – 76,9% – 52,4% – 68,0% – 65,9% – 68,6% – 54,3% и ростом первой степени – 7,7% – 47,6% – 32,0% – 31,7% – 31,4% – 43,5% соответственно годам. Третья степень ограничения способности к самообслуживанию устанавливалась редко, пациенты способны себя обслуживать с регулярной частичной помощью других лиц (2 степень ограничения способности к самообслуживанию) или с сокращением объема и при более длительном затрачивании времени (1 степень способности к самообслуживанию).

Отмечена наибольшая потребность у пациентов с ЗНО предстательной железы в обеспечении ТСП: мочеприемники ножные и прикроватные 2 чел. (15,4%) – 6 (13,0%), катетеры для эпицистостомы 2 чел. (15,4%) – 4 – 7 – 0 – 5 – 5 (10,9%), системы (с катетером) для нефростомии (2015 г. – 1 чел.(4,8%), 2018 г. – 1 чел.(2,9%), 2019 г. – 1 чел. (2,2%), уропрезервативы (2016 г. – 3 чел. (12,0%), подгузники (2016 г. – 2 чел.(8,0%), 2017 г. – 1 чел. (2,4%), 2018 г. – 2 чел. (5,7%), 2019 г. – 3 чел. (6,5%).

#### Выводы:

*В период 2014-2019 гг. возросло число инвалидов вследствие ЗНО предстательной железы и их удельный вес в структуре ВПИ. За счет более раннего выявления снижается число ВПИ с IV стадией и метастазами. Число инвалидов первой группы уменьшилось. Их удельный вес составил в среднем 26,5%. Преобладают инвалиды второй и третьей группы. Наибольшая потребность у пациентов в обеспечении ТСП: мочеприемниках, катетерах для эпицистостомы, системах для нефростомии, уропрезервативах.*

#### Литература.

- Клиническая онкология: учебное пособие / под ред. П.Г. Брюсова, П.Н. Зубарева. – СПб.: СпецЛит, 2012.
- Опухоли мочевыделительной системы и мужских половых органов. Морфологическая диагностика и генетика: Руководство для врачей/Ю.Ю.Андреева, Н.В. Данилова, Л.В. Москвина, Л.Э. Завалишина, Т.В. Кекиева, П.Г. Мальков, Г.А. Франк; под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка. – М.: Практическая медицина, 2012.
- Клинические лекции по онкологии/под ред. Проф. В.Г.Лалетина и проф. А.В. Щербатых. – Иркутск: Иркут. Гос. Мед. Ун-т, 2009.
- Онкология, Учебник 2-ое издание (дополненное и переработанное)/Доктор мед. Наук, профессор И.Н. Агаев., Спб «Золотая книга», 1999.

**МЕДИКО-ЭКСПЕРТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ  
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ  
ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ КАК КРИТЕРИЯ УСТАНОВЛЕНИЯ  
ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ**

**Мышенцев Е.Н., Куценко А.М., Давидян Е.А., Петрушина Н.Н.,  
Крюкова М.Л., Викторова Н.Л.**

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

Актуальность и социальная проблема эпилепсии определяется распространенностью 0,8-1,2%, молодым возрастом больных, потенциально тяжелыми последствиями, осложнениями и недостаточной эффективностью лечения. Заболевание существенно ограничивает жизнедеятельность, приводит к социальной недостаточности больных. Около 50% больных эпилепсией в России со временем становятся инвалидами (в 75% случаев это лица в возрасте до 30 лет).

Основными дезадаптирующими синдромами у больных эпилепсией являются пароксизмальный, психоорганический и психопатоподобный. Если на начальной стадии заболевания социальная дезадаптация обусловлена пароксизмальным синдромом, то при продолжительном течении заболевания все большую экспертно-реабилитационную значимость приобретают психические нарушения непсихотического регистра, такие как интеллектуальная недостаточность, постепенное нарастание изменений психических нарушений по органическому типу и формирующиеся расстройства личности (психопатоподобная симптоматика, которая крайне стойкая и практически не поддается редукции).(1).

Диагностика психических нарушений осуществляется врачами психиатрами лечебных учреждений при согласии больного эпилепсией на осмотр и обследование, а оценка их выраженности на основе исследования степени нарушения психических функций проводится психологами, в т.ч. в учреждениях медико-социальной экспертизы. В результате значимость заключений психологов в определении ОЖД и группы инвалидности существенно возрастает. В то же время в медико-экспертной литературе, нормативных документах недостаточно освещена экспертная значимость психологического обследования больных эпилепсией.

Нами был проведен клинико-экспертный анализ 174 протоколов освидетельствования и заключений психолога больных эпилепсией (см. таблицу). Из них у 65 больных была симптоматическая эпилепсия вследствие черепно-мозговой травмы.

Структура инвалидности больных эпилепсией, освидетельствованных в бюро МСЭ.

Таблица

Группа инвалидности	Число освидетельствованных больных эпилепсией		
	Первичное освидетельствование	Повторное освидетельствование	Всего
III	60	92	152
II	5	17	22
I	0	0	0
Итого:	65	109	174

Из представленной таблицы следует, что из общего числа исследованных протоколов впервые признаны инвалидами 65 человек. Из них III группа была установлена 60 (92,3%). Пятерым была установлена II инвалидности. При повторном освидетельствовании инвалидность III группы установлена 92 (84,4%) человек, 17-ти человек – II группа инвалидности. Из общего числа освидетельствованных и признанных инвалидами изученной группы мужчин было 128 (73,5%), женщин – 46.

Медико-социальная экспертиза больных эпилепсией осуществлялась исходя из оценки состояния здоровья и степени ОЖД на основе комплексного подхода при изучении клинических, социальных и психологических данных освидетельствуемого лица. Такой клинико-экспертный анализ включает оценку частоты и тяжести пароксизмов, оценку интеллектуального потенциала больного эпилепсией, состояния его психических процессов и личности, анализ социальных данных освидетельствуемого.

Экспертно значимыми являлись легкие пароксизмы 3-4 в день тяжелые пароксизмы с частотой 1-2 раза в месяц, выраженные дисфории, сумеречные расстройства сознания 1 раз в месяц, эпилептический статус, серийные приступы 1раз в 3 месяца и чаще в сочетании с умеренными и более выраженными изменениями личности, патопсихологической симптоматикой, снижением интеллекта (IQ=64 и меньше).

Экспертно-реабилитационная диагностика пароксизмального синдрома при освидетельствовании больных эпилепсией основывалась на клиническом описании приступов, по данным жалоб, анамнеза. При этом у большинства

освидетельствованных отсутствовала объективизация наличия, тяжести и частоты пароксизмов (сведения из стационаров, видео-регистрация приступов, нейровизуализация (МРТ по эпилептологической программе), электроэнцефалографические данные (видео-ЭЭГ мониторинг). Поэтому на первый план при определении категории и степени ОЖД выходила экспертиза психоорганического и психопатоподобного синдромов.

Диагностику данных синдромов осуществляли врачи психиатры лечебных учреждений. При этом нередко в диагнозах психиатров отсутствовало заключение о степени нарушения психических функций или оно вызывало несогласие у врачей экспертов при освидетельствовании больного. В таких случаях определяющая роль отводилась психологам бюро МСЭ или психоневрологических диспансеров, хотя заключения психологов диспансеров не всегда бывали информативны, не отражали структуры психических функций или содержали разрозненное описание без учета эмоциональных и личностных особенностей больного, что делает невозможным объективизировать степень выраженности функциональных нарушений а следовательно, и их влияние на ограничение жизнедеятельности.

Поэтому всем больным эпилепсией, изучаемой группы, проводилось обследование психологами отдела реабилитационно-экспертной диагностики Главного бюро МСЭ, которые осуществляли диагностику психологического статуса пациента, оценку познавательной, эмоциональной, личностной сфер на основе психологических принципов (комплексность, системность, динамический подход качественно-количественного анализа результатов), определение патопсихологического синдрома, определение структуры нарушенных и сохранных психических функций и степени выраженности имеющихся нарушений.

Алгоритм психодиагностического обследования включал изучение медицинских и медико-экспертных документов освидетельствуемых, проведение беседы с ними, проведение обследования, анализ полученных результатов, обобщение и написание заключения.

При изучении медицинских и медико-экспертных документов особое внимание уделялось форме эпилепсии (криптогенная или симптоматическая), причине симптоматической эпилепсии, длительности эпилепсии более 10 лет. Во время беседы оценивалось отношение к обследованию, вступлению в контакт, поддержанию беседы, характеристикам речи, ориентации во времени и пространстве, фону настроения, астенизации, темпу работы, выполнению инструкций, учитывались предъявляемые жалобы. Затем применялись психологические методики для оценки объема, концентрации и переключения внимания, работоспособности, психической истощаемости.

Анализировалась мнестическая деятельность, мыслительные операции, эмоционально-волевая и личностная сфера, трудности социальной адаптации.

В результате 152 больным эпилепсией стойкие умеренные нарушения психических функций явились основанием для определения III группы инвалидности. Из них у 50 эпилепсия была симптоматическая по последствиям ЧМТ, инсульта, опухолей головного мозга, у пациентов с ВИЧ имеющих в анамнезе жизни длительное употребление нейротоксических препаратов.

Отношение к обследованию данной группы лиц было формально положительным. В контакт вступали, понимали экспертный характер обследования, проявляли интерес к полученным данным, ориентировались в месте, времени и собственной личности. Как правило инвалиды III были астенизированы, особенно с симптоматической эпилепсией, где у 15,3% астенизация была выраженной. Темп работы у освидетельствуемых, как правило был ровный, замедленный со снижением к концу обследования. Инструкции усваивали, но более, чем в половине случаев требовалось их уточнение и повторение. Со стороны процессов восприятия особенностей не обнаруживалось. Объем внимания был умеренно сужен со значениями по пробе Шульте в диапазоне от 51 до 102 сек в сочетании с умеренным нарушением концентрации внимания. Этому соответствовало снижение работоспособности и повышение психической истощаемости.

Мнестическая деятельность снижалась умеренно, при этом объем оперативной памяти равнялся 8-6 единицам, кратковременной памяти 3-4 знакам. В ретенции при умеренном нарушении освидетельствуемые воспроизводили 6-5 слов. Мыслительные операции у них замедлены, отмечается снижение уровня обобщения и отвлечения, затруднено понимание причинно-следственных и логических связей, но переносной смысл простых пословиц и метафор большинством трактовался верно. IQ=50-64.

Эмоционально-волевая сфера у инвалидов III группы характеризовалась повышенной личностной тревожностью, неустойчивостью, раздражительностью, лабильностью, плаксивостью, обидчивостью, дисфорией, зависимостью от средовых воздействий.

В итоге в заключении указывалось, что имело место изменение психических процессов по органическому типу умеренной степени выраженности в виде умеренно выраженного снижения памяти, умеренно выраженного сужения объема и нарушения концентрации внимания, незначительного или умеренного нарушения мышления, снижения работоспособности, повышенной психической истощаемости, снижения уровня мотивации, саморегуляции и самоконтроля, затрудняющие адаптацию в основных сферах жизнедеятельности.

У 22 больных эпилепсией с выраженным нарушением психических функций была установлена II группа инвалидности. Из них у 12 имела место симптоматическая эпилепсия.

Отношение к обследованию инвалидов данной группы было формально положительным. Беседу большинство поддерживали, но на вопросы отвечали не всегда в рамках заданного, отвлекались на другие темы, чаще их интересующие. В произвольной речи больных отмечается вязкость, они чаще всего не могут отвлечься от второстепенных, мало существенных деталей, как бы «топчутся» на месте, но при этом цель высказывания больными не теряется. В месте, времени и собственной личности ориентировались, но нередко требовалось время для вспоминания точных данных. У всех присутствовала выраженная астенизация с неустойчивым и сниженным фоном настроения. Темп работы у тестируемых лиц был замедленный, с выраженным снижением к концу. Инструкции в основном усваивали, но требовалось их уточнение и повторение.

Объем внимания как произвольного, так и непроизвольного сужен выраженно или значительно выраженно со значениями по методике Шульте от 70 до 120 и более сек. При этом кривая была гипостеническая. Концентрация внимания как правило была нарушена выраженно с частыми отвлечениями на другие обстоятельства, мысли, ощущения, а также наблюдалось нарушение переключения внимания. Работоспособность у всех была снижена, психическая истощаемость повышена.

Мнестическая деятельность у всех тестируемых снижена выражено. Объем оперативной памяти равнялся 5 единицам, кратковременной 2 знака, с неустойчивой кривой запоминания. В ретенции воспроизводилось 2-3 слова. При этом при симптоматической эпилепсии наблюдалось большое количество лишних слов, говорящее о расторможенности психических процессов. Логико-смысловое запоминание как правило было снижено, прочитанные рассказы пересказывались только с помощью наводящих вопросов, а переносный смысл был недоступен.

Мыслительные операции были замедлены, со снижением уровня обобщения и отвлечения, которое производилось по формальным несущественным и конкретно-ситуативным признакам, затруднено понимание причинно-следственных и логических связей, переносного смысла пословиц и метафор, инертность протекания ассоциативных процессов характеризует их мышление как тугоподвижное, вязкое. IQ=35-49.

Эмоционально-волевая и личностная сфера характеризовалась повышенной личностной тревожностью, эмоциональной неустойчивостью в ситуациях переутомления или смены привычного жизненного стереотипа,

субдепрессивными состояниями, агрессией, направленной как на окружающих, так и на себя, недержанием аффекта. Отмечались трудности в социальной адаптации, зависимость от средовых воздействий.

В результате, в заключении указывались изменения психических процессов по органическому типу выраженной степени в виде выраженного или значительно выраженного сужения объема внимания, выраженного снижения памяти и нарушения концентрации внимания, выраженного нарушения мышления, снижения работоспособности, повышенной психической истощаемости, низкого уровня мотивации, саморегуляции и самоконтроля, приводящие к дезадаптации в основных сферах жизнедеятельности.

Таким образом, у больных эпилепсией при определении ОЖД и группы инвалидности в первую очередь следует учитывать выраженность нарушения психических функций, чем форму, тяжесть и частоту пароксизмов эпилепсии, которые зачастую не объективизированы клинико-инструментальными методами и поэтому их значение второстепенно.

Для большей достоверности и объективности оценки степени нарушения психических функций необходимы заключения психиатра для формулирования диагноза психоорганического или психопатоподобного синдрома и психолога для определения степени нарушения психических функций. При этом экспериментально-психологическое обследование должно включать изучение медицинских и медико-экспертных документов освидетельствуемых, проведение беседы с ними, проведение обследования, анализ полученных результатов, обобщение и написание заключения.

В результате такого медико-экспертного подхода при освидетельствовании 174 больных эпилепсией в 92,3% случаев при первичном освидетельствовании и в 84,4% при повторном были установлены стойкие умеренные нарушения психических функций и определена III группа инвалидности. Инвалидность II группы определялась в нашем исследовании значительно реже как правило при симптоматической эпилепсии вследствие ЧМТ, ОНМК и опухолей головного мозга.

#### Литература:

1. Помников В.Г., Крицкая Л.А., Магомедова Н.Г. Медико-социальная экспертиза при эпилепсии /В.Г.Помников//. Журнал неврологии и психиатрии – 2017,9, вып. 2;

2. Лаврова Д.И., Шабалина Н.Б., Морозова Е.В. Организационно-методическое обеспечение психологической экспертно-реабилитационной

диагностики в учреждении МСЭ. Методическое руководство. ФГБУ ФБМСЭ, 2012.

3. Торопина Г.Г., Арина Г.А., Зенкова А. Л., Миронова М.Л. Современные представления о характере и патогенезе когнитивных нарушений у больных эпилепсией. Неврологический журнал, № 3, 2014.,

4. В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. Клиническая психология. Руководство для врачей и клинических психологов. Москва-Воронеж 2002 г.

**УДК 614.29+616-036.865+616-036.21**

**РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН  
В ФКУ «ГБ МСЭ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ  
В ПЕРИОД УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Самосват С.М., Шупрунова О.В., Бочек Л.В.**

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

Обращения граждан являются индикатором информированности населения о предоставляемой государственной услуге. В период угрозы распространения новой коронавирусной инфекции обращения граждан выступают существенным источником информации, необходимой для принятия решений по вопросам снижения негативных последствий, связанных с временными изменениями предоставления государственной услуги, и снижения уровня социальной напряженности населения. Именно поэтому с марта 2020 года данному разделу работы учреждения уделено значительное внимание.

Введение на территории области в марте-апреле 2020 года противоэпидемических мер повлекло за собой рост числа обращений на телефон «горячей линии» учреждения в 5-6 раз, что потребовало добавление телефонных линий для работы с гражданами. В апреле 2020 года в учреждении был выделен дополнительный номер «горячей линии», а также к данной работе были привлечены все пять экспертных составов главного бюро. Информация о номерах телефонов распространена путем размещения на главной странице официального сайта учреждения, памятки о номерах «горячей линии» направлены во все органы исполнительной власти региона, в ленты информационных агентств, в общественные организации инвалидов.

На телефонах «горячих линий» работали исключительно специалисты учреждения (врачи, специалисты по социальной работе, психологи) для обеспечения граждан квалифицированными консультациями.

Приказом руководителя введен обязательный учет и последующий анализ обращений (два раза в месяц) для выделения наиболее актуальных проблем и их решения. Наиболее частые вопросы и ответы на них размещались на официальном сайте учреждения в рубрике «Вопрос-ответ». Подборка наиболее частых вопросов граждан с ответами разослана членам Общественного совета и председателям общественных организаций пациентов и инвалидов.

В связи с ограничением личных приемов граждан в холлах бюро медико-социальной экспертизы были размещены ящики для обращений, а также разработаны и распечатаны бланки для обращений. Ящики подлежали ежедневной ревизии с обязательной подготовкой письменных ответов специалистами бюро.

Существенное внимание уделялось электронным способам взаимодействия с гражданами. Нами отмечено значительное увеличение (2019 г. – 73 обращения, 7 мес. 2020 г. – 62) числа обращений, поступивших посредством официального сайта учреждения. Этому способствовало и удобство отправки обращений на сайте, так как данная возможность представлена одновременно на нескольких его страницах. Активизировалось поступление обращений на официальный электронный почтовый адрес учреждения.

Для более оперативной и качественной работы с обращениями родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями специалисты отдела по работе с обращениями учреждения были подключены в электронный чат регионального отделения Всероссийской организации родителей детей-инвалидов Иркутской области, где в режиме онлайн давались квалифицированные ответы на вопросы по медико-социальной экспертизе (за период с марта по август 2020 года даны ответы на 99 вопросов).

Активнее велось наполнение официального сайта: введена рубрика «Профилактические меры для недопущения распространения коронавируса», регулярно пополнялись новыми вопросами рубрики «Вопросы и ответы», «Выдача опознавательного знака инвалид», новостная лента, были обновлены бланки заявлений для граждан.

Дважды в неделю осуществлялся мониторинг обращений граждан, поступивших на «горячие линии» учреждения (анализировалось порядка

300 вопросов). Особому учету подлежали следующие проблемы (или вопросы):

- применения Временных порядков признания лица инвалидом и установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

- установления инвалидности лицам, перенесшим ампутацию (реампутацию) конечности (конечностей), нуждающимся в первичном протезировании;

- обращения родителей детей, больных инсулинзависимым сахарным диабетом;

- обращения граждан (или в отношении граждан), нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;

- правоприменения новых Классификаций и Критериев.

Отдельно учитывались вопросы, поступившие от общественных организаций инвалидов (пациентов), от специалистов медицинских организаций, от органов исполнительной власти области, уполномоченных по правам ребенка и человека в Иркутской области.

Выявляемые в ходе анализа проблемы доводились до сведения руководителя – главного эксперта по медико-социальной экспертизе и подлежали немедленному рассмотрению руководством и принятию решений. Так, в ходе данной работы выявлены проблемы в доставке заказных почтовых отправлений инвалидам ООО «НПС-Байкал» (74 обращения за 3 месяца). Директору организации было направлено письмо о дефектах в работе по доставке писем, в настоящее время ведутся служебные расследования по представленным фактам. В июне 2020 года особую актуальность приобрел вопрос выдачи опознавательного знака «Инвалид», в связи с чем в Отделении пенсионного Фонда России по Иркутской области была запрошена и размещена на официальном сайте учреждения Инструкция о порядке размещения сведений о транспортном средстве через «Личный кабинет инвалида». Работа «горячей линии» выявляла ряд проблем взаимодействия граждан с медицинскими организациями, в том числе, проблему избыточного истребования документов у граждан перед направлением на медико-социальную экспертизу (справки с места работы, справки о составе семьи, о заработной плате, заявления о проведении освидетельствования), что потребовало провести разъяснительную работу с медицинскими организациями. Не всегда вопросы, поступающие на «горячие линии» учреждения, находились в компетенции специалистов. Выявленные проблемы по своевременности выплат пенсии и получения социальных льгот доводились до соответствующих органов исполнительной власти.

Основная проблема работы с обращениями в период распространения новой коронавирусной инфекции – невозможность идентификации личности, обратившейся устно (по телефону) или путем электронного взаимодействия. В учреждении было разработано методическое письмо о порядке работы с заявлениями, поступившими по электронной почте. При подготовке ответов на электронные обращения гражданам давалась общая информация без раскрытия персональных данных и сведений о состоянии здоровья.

Работа с обращениями граждан в учреждении в сложной эпидемиологической обстановке претерпела существенные изменения в сторону преобладания электронных технологий, с отсутствием личного взаимодействия с гражданами. Отмечена важность работы на телефонах «горячей линии» не операторов, а специалистов учреждения, для обеспечения граждан полными квалифицированными консультациями. Выявлена необходимость регулярного мониторинга и анализа с выделением проблем, для последующего их оперативного решения.

**УДК 614.29+616-036.865+616-036.21**

## **О РАБОТЕ ФКУ «ГБ МСЭ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ (COVID-19)**

**Рыбченко Н.В., Баранова Л.Ю., Колодежная А.Н., Полякова Е.М.**  
ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России

Осуществление деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, как медицинских организаций особого типа, не прекращающих свою работу в условиях пандемии, потребовало организации особого режима функционирования в условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции.

С марта 2020 года в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России (далее – Учреждение) работает оперативный штаб, определивший дополнительные меры, направленные на поддержание стабильной эпидемиологической ситуации, снижения психоэмоционального напряжения населения и работников Учреждения, создания благоприятной рабочей обстановки и сохранения социальной стабильности в области. Принят ряд локальных нормативных актов, регламентирующих строгий противоэпидемиологический режим, особый формат работы с обращениями граждан, бесконтактное решение производственных вопросов. Несмотря на

территориальную отдалённость структурных подразделений и ограничения транспортных коммуникаций все 33 бюро, 5 экспертных составов и отделы администрации своевременно были обеспечены средствами индивидуальной защиты и дезосредствами. Семинары, совещания, конференции, заседания комиссий и рабочих групп, Общественного совета при Учреждении, перешли в онлайн формат. Еженедельно для сотрудников Учреждения публикуется бюллетень, который освещает не только актуальную информацию, касающуюся эпидемиологической обстановки, изменений федерального и областного законодательства, издание локальных нормативных актов, принятые оперативным штабом решения, но и кадровую обстановку. В случаях временной нетрудоспособности сотрудников (в связи с карантинными мероприятиями по контакту с больным COVID-19, возрастом 65+ или заболеванием) дистанционно в состав специалистов бюро для решения экспертных задач вводились специалисты других структурных подразделений. В администрации осуществлялся перевод контактных сотрудников на дистанционную работу. Отпуска работников были перенесены на летний период.

В рамках реализации утверждённых Правительством Российской Федерации Временных порядков (постановления от 09.04.2020 № 467 и от 15.04.2020 № 511) о переходе на заочную экспертизу и особом режиме работы Учреждения незамедлительно проинформированы все областные министерства и ведомства, осуществляющие направление граждан на МСЭ и являющиеся исполнителями реабилитационных мероприятий, медицинские организации, общественные организаций инвалидов, члены Общественного совета при Учреждении, администрации муниципальных образований. Руководитель – главный эксперт Н.В. Рыбченко дала интервью шеф-редактору Радио России Иркутск, выступила на селекторном совещании в Минздраве области. Вышел сюжет в программе новостей студии телевидения, информация опубликована в новостных лентах информационных агентств и информационных порталов (77 публикаций за весь период), на сайте Учреждения размещена 31 заметка.

Учреждение вошло в состав рабочей группы по социальной политике при оперативном штабе Правительства Иркутской области, рассматривающей вопросы по предотвращению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции на территории Иркутской области. Внесено предложение об изменениях в региональном законодательстве в части продления региональных льгот в автоматическом режиме. Организована передача сведений в территориальные органы ПФР и ФСС на бумажных носителях бесконтактно и оперативная сверка сведений о гражданах. При поддержке

Общероссийского Народного Фронта с участием ИРО ФСС РФ в рамках проекта #МЫВМЕСТЕ силами волонтеров была организована доставка памяток по вопросу продления инвалидности и ИПРА гражданам, которым была продлена инвалидность сроком на 6 месяцев.

Всего с начала действия Временных порядков по 25.08.2020 инвалидность и категория «ребенок-инвалид» были продлены 5754 гражданам, степень утраты профессиональной трудоспособности и программы реабилитации пострадавших вследствие профессионального заболевания или трудового увечья – 1124 гражданам. В этот же период осуществлено 11074 заочных экспертиз по направлениям на МСЭ. Их проведение было осложнено отсутствием возможности своевременного обследования граждан в медицинских организациях, в том числе при составлении программ дополнительного обследования с целью уточнения степени выраженности нарушенных функций и получения заключения квалифицированных специалистов о нуждаемости в мерах реабилитации, например травматологов-ортопедов и специалистов протезно-ортопедических предприятий о необходимых обеспечения граждан протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации, т.к. ПрОП и ряд медицинских организаций не всегда были доступны по причине приостановления их работы (карантинные мероприятия), ограничена возможность выезда граждан из населенных пунктов в связи со снижением количества и отменой рейсов автомобильного, железнодорожного и авиационного транспорта, а также рисками заражения во время проезда. В направлениях на медико-социальную экспертизу, поступивших в период действия Временных порядков, данные о состоянии здоровья граждан в 20-25% случаев малоинформативны, в полной мере не в полной мере обосновывают клинико-функциональный диагноз либо не соответствуют ему. В 10% случаев выявлены противоречия между данными осмотров врачей-специалистов в направлении, сведениями выписных эпикризах стационарных больных и в других медицинских документах. Отсутствие прямого контакта с гражданином в формате заочной экспертизы не дает возможности составить полное представление об имеющихся у него ограничениях и барьерах, что крайне важно для формирования комплекса оптимальных реабилитационных мероприятий, в том числе технических средств реабилитации и услуг. Особые сложности возникают при освидетельствовании граждан с пограничной степенью выраженности нарушенных функций, а также при разработке ИПРА, когда необходим обширный набор технических средств реабилитации, объем и структуру которого не всегда возможно выяснить в ходе телефонного разговора. Тесное взаимодействие Учреждения с медицинскими

организациями, органами исполнительной власти позволило нивелировать негативные последствия пандемии и сохранить качество и своевременность предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Заочная экспертиза полностью исключает возможность проведения специальных видов обследования с использованием специального диагностического оборудования, в том числе аппаратно-программных комплексов, экспериментально-психологического обследования. При заочном освидетельствовании детей отсутствует возможность применения оборудования для объективизации степени выраженности нарушенных функций с учетом возрастных особенностей, в том числе в игровой форме для проведения экспертно-реабилитационной диагностики состояния мелкой моторики, состояния двигательных функций верхних и нижних конечностей, для проведения психологической экспертно-реабилитационной диагностики, что существенно затрудняет принятие объективного экспертного решения. Кроме того, не используется функционал кабинетов социально-бытовой и социально-средовой адаптации для оценки нарушений бытовых навыков, для рационального подбора технических средств реабилитации, а также для консультирования инвалидов и членов их семей по вопросам возможности социально-бытовой адаптации.

Пандемия доказала нецелесообразность и неэффективность перехода на исключительно заочные освидетельствования, так как это приводит к отсутствию возможности получения полноценной объективной информации о характере и степени выраженности имеющихся у гражданина нарушенных функций организма, ограничении жизнедеятельности и нуждаемости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Приобретённый опыт диктует необходимость внедрения в практику медико-социальной экспертизы телекоммуникационных технологий для проведения освидетельствования граждан, проживающих в труднодоступных отдалённых территориях, с участием врачей медицинских организаций в режиме видеоконференцсвязи на базах медицинских организаций и в звене «Главное бюро МСЭ – бюро». Дистанционное взаимодействие специалистов между собой и с получателями государственной услуги позволит модернизировать медико-социальную экспертизу и исключить сложности заочной экспертизы.

Подписано в печать 00.09.2020 г.  
Формат 60×84 1/16. Гарнитура Times New Roman. Бумага офсетная.  
Усл. печ. л. 16,74. Тираж 210 экз. Заказ № 0000/00000.

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами  
в ООО «Амирит», 410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 88.

Тел.: 8-800-700-86-33 | (845-2) 24-86-33

E-mail: [zakaz@amirit.ru](mailto:zakaz@amirit.ru)

Сайт: [amirit.ru](http://amirit.ru)