

# VI ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АЛЬЯНС. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ» 4 июня 2021 года



СПб ГБУЗ ПТД №5

Санкт-Петербургское  
государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения  
"Противотуберкулезный диспансер №5"



КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ  
НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ  
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА



**Рябоконе Анна  
Григорьевна**

к.м.н., руководитель —  
Главный эксперт по  
медико-социальной  
экспертизе ФКУ «Главное  
бюро МСЭ по  
Ленинградской области»  
Минтруда России, доцент  
ФГБУ ДПО "Санкт-  
Петербургский институт  
усовершенствования  
врачей-экспертов"  
Минтруда России;



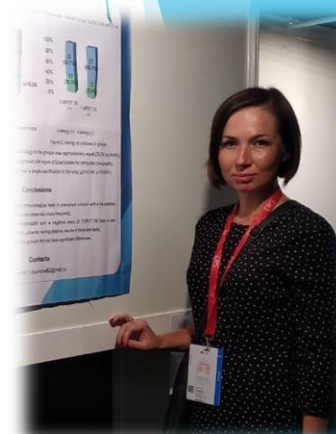
**Божков Игорь  
Александрович**

д.м.н., профессор кафедры общей  
врачебной практики ПСПбГМУ им.  
И.П. Павлова Минздрава России,  
профессор кафедры семейной  
медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им.  
И.И. Мечникова,  
главный врач СПб ГБУЗ  
«Противотуберкулезный диспансер  
№5», член исполнительного  
комитета Координационного совета  
Национальной медицинской палаты  
по СЗФО



**Владимирова  
Оксана Николаевна**

д.м.н., доцент, и.о. ректора,  
профессор кафедры медико-  
социальной и  
психологической помощи  
ФГБУ ДПО «Санкт-  
Петербургский институт  
усовершенствования врачей-  
экспертов» Минтруда  
России;



**Корнева Наталья  
Вячеславовна**

к.м.н., заведующий  
отделением медико-  
социальной помощи и  
реабилитации СПб ГБУЗ «ПТД  
№ 5»,  
ассистент кафедры  
фтизиопульмонологии и  
торакальной хирургии СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова

# **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СОЦИАЛЬНО-ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: COVID-19, ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ**

**НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)**

**ТУБЕРКУЛЕЗ**

**ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ**

**Основные показатели**

**Заболеваемость**

**Распространенность**

**Смертность**

**Первичная инвалидность**

В последние годы Российская Федерация продемонстрировала один из самых впечатляющих темпов снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза в мире, что является результатом приоритетного отношения государства к проблеме туберкулеза и фактом, признанным ВОЗ.

По данным Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ

**За период с 2000 по 2019 год снижение**

**числа заболевших туберкулезом более, чем в 2 раза**

(с 133 229 человек в 2000 году до 60 531 человек в 2019 году)

**умерших от туберкулеза более, чем в 4 раза**

(с 29 966 человек в 2000 году до 7 264 человек в 2019 году)

**За период с 2016 по 2020 год**

в пятилетней динамике в РФ показатель заболеваемости туберкулезом снизился с **53,3** в 2016 г. до 48,3 в 2017 г., 44,4 в 2018 г., 41,2 в 2019 г. и к 2020 г. достиг **32,0** на 100 тыс. населения

В Ленинградской области по данным Ленинградского областного противотуберкулезного диспансера показатели заболеваемости туберкулезом и смертности существенно ниже, чем в РФ.

### За период с 2016 по 2020 год

стабилизация показателей заболеваемости по туберкулезу с тенденцией к их снижению:

с **45,3** в 2016 г., до 37,4 в 2017 г., 30,1 в 2018 г., 26,8 в 2019 г., и до **21,6** на 100 тыс. населения в 2020 г. (снижение в среднем на 16-19%).

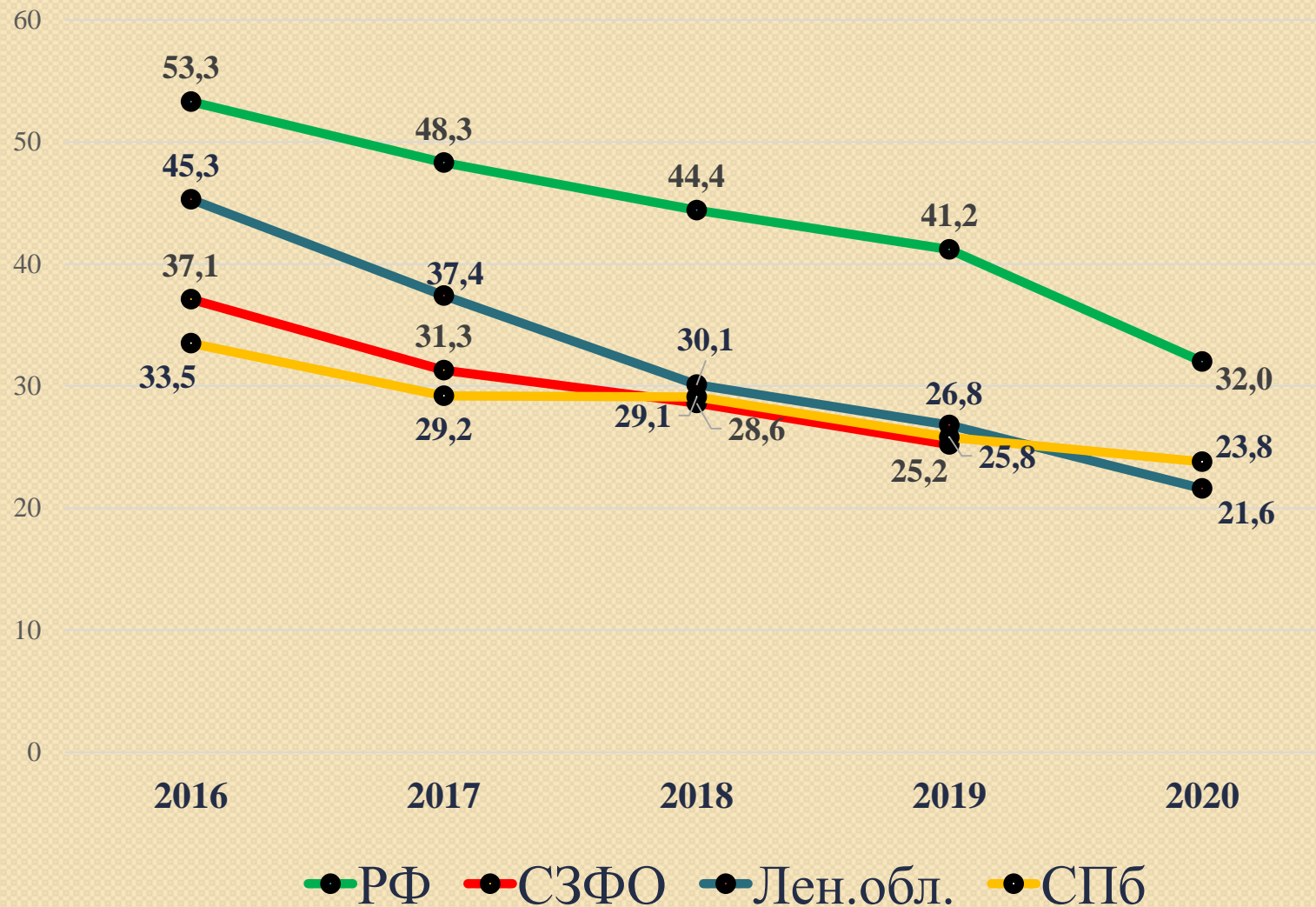
Заболеваемость туберкулезом постоянного населения еще ниже и составила **39,8** в 2016 г., 32,9 в 2017 г., 27,0 в 2018 г., 22,8 в 2019 г. и **18,6** на 100 тыс. населения в 2020 г.

## Уровень заболеваемости вследствие туберкулеза на 100 тыс. взрослого населения за период с 2016 по 2020 год

- В РФ **53,3 – 48,3 – 44,4 - 41,2 – 32,0** на 100 тыс. населения
- В СЗФО **37,1 – 31,3 - 28,6 – 25,2** на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.
- В Санкт-Петербурге **33,5 – 29,2 – 29,1 – 25,8 – 23,8** на 100 тыс. населения
- В Ленинградской области **45,3 – 37,4 – 30,1 – 26,8 – 21,6** на 100 тыс. населения:
  - показатель ниже, чем в РФ
  - отмечается снижение более чем в два раза



## Уровень заболеваемости вследствие туберкулеза на 100 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.



**Показатель заболеваемости туберкулезом,  
ассоциированным с ВИЧ-инфекцией,  
за период с 2016 по 2020 год**

В РФ существенно не менялся:

**8,4 - 8,3 - 8,5 – 8,6 - 8,4** на 100 тыс. населения

В Санкт-Петербурге уровень заболеваемости стабильно на низком уровне

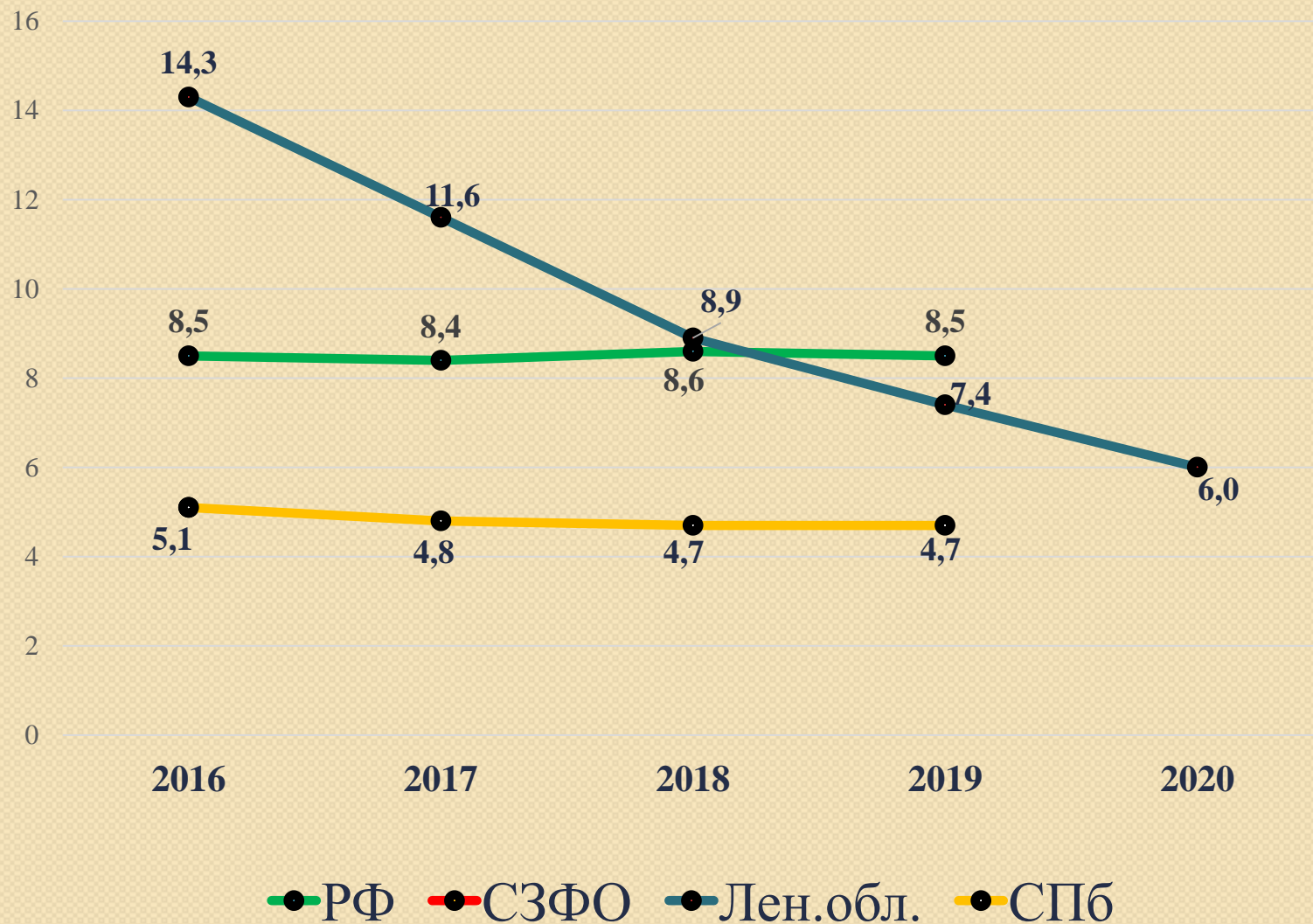
**5,1 – 4,8 - 4,7 – 4,7** на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.

В Ленинградской области заболеваемость больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с высокого уровня в 2016 г. постепенно снизилась к 2020 г. и составила

**14,7 - 11,6 - 7,4 - 8,9 - 6,0** на 100 тыс. населения



## Уровень заболеваемости вследствие туберкулез + ВИЧ на 100 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.



## Показатель заболеваемости при ВИЧ-инфекции за период с 2016 по 2020 год

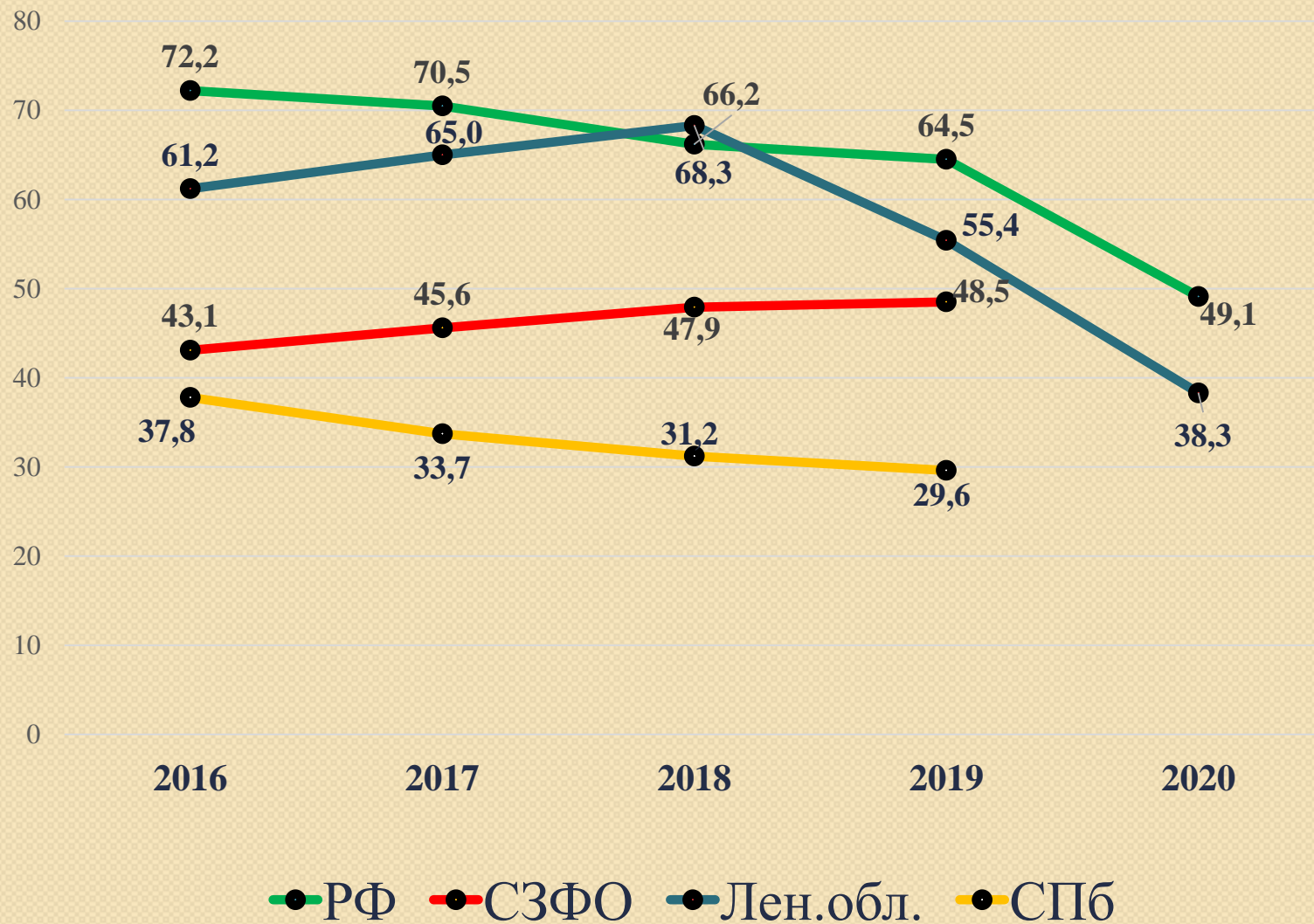
- В РФ **72,2 – 70,5 – 66,2 – 64,5 – 49,1** на 100 тыс. населения
- В СЗФО **43,1 – 45,6 – 47,9 – 48,5** на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.
- В Санкт-Петербурге **37,8 – 33,7 – 31,2 – 29,6** на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.
- В Ленинградской области **61,2 – 65,0 -68,3 – 55,4 – 38,3** на 100 тыс. населения:

- показатель ниже, чем в РФ

- значимое снижение за 5 лет

Ленинградская область входит в регионы РФ с высоким уровнем заражения ВИЧ (12 место)

## Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.



## Показатель смертности от туберкулеза за период с 2016 по 2020 год

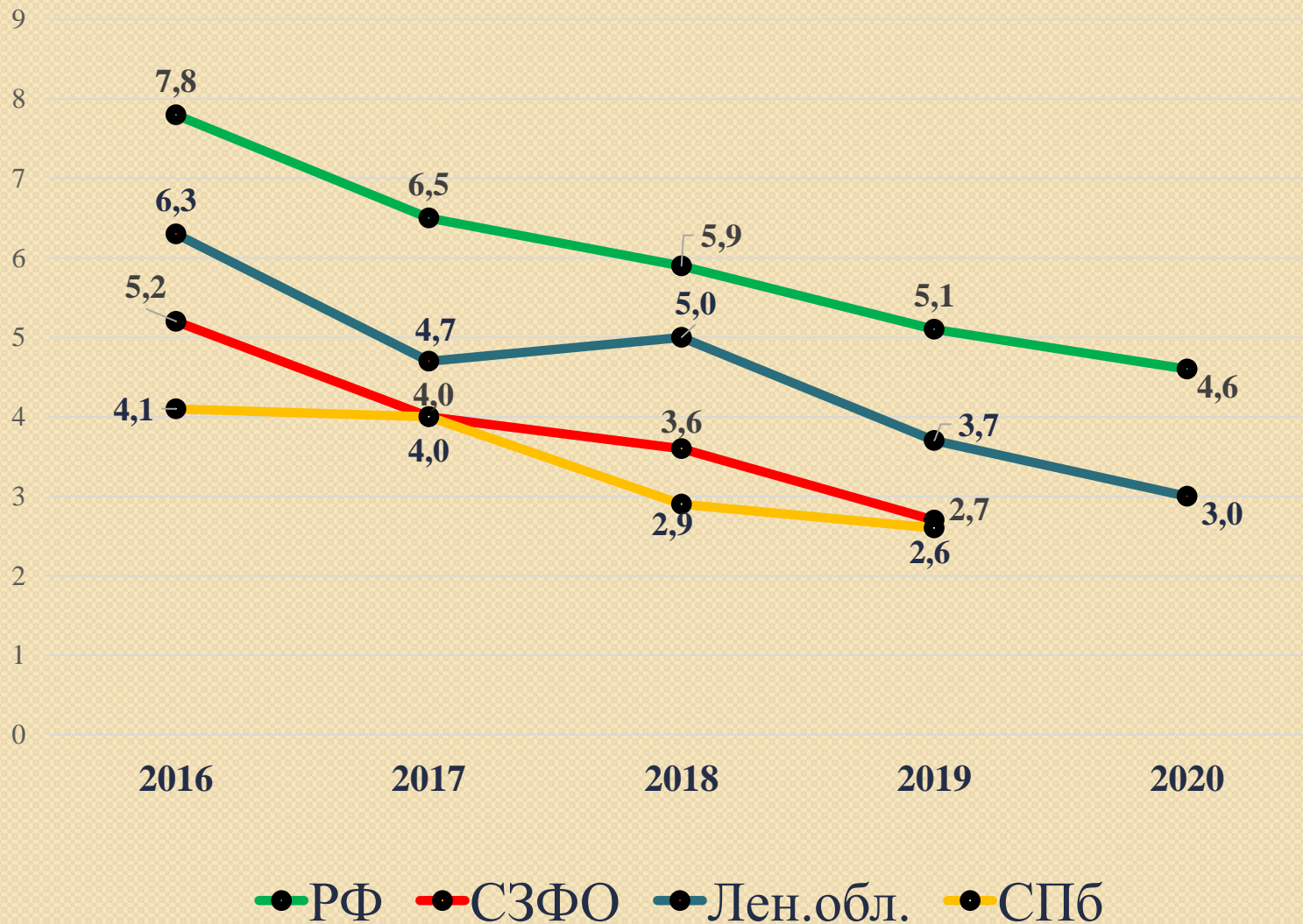
- В РФ 7,5 - 6,2 - 5,9 - 5,2 - 4,6 на 100 тыс. населения
- В СЗФО 5,2 - 4,0 - 3,6 – 2,7 на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.
- В Санкт-Петербурге 4,1 - 4,0 - 2,9 – 2,6 на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.
- В Ленинградской области 6,6 – 4,7 -5,0 – 3,7 – 3,0 на 100 тыс. населения:

- показатель ниже, чем в РФ

- отмечается снижение более чем в два раза

Показатель смертности от туберкулеза сейчас практически не включает умерших от туберкулеза инфицированных ВИЧ и частично снижение может быть обусловлено этой причиной.

## Уровень смертности вследствие туберкулеза на 100 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.

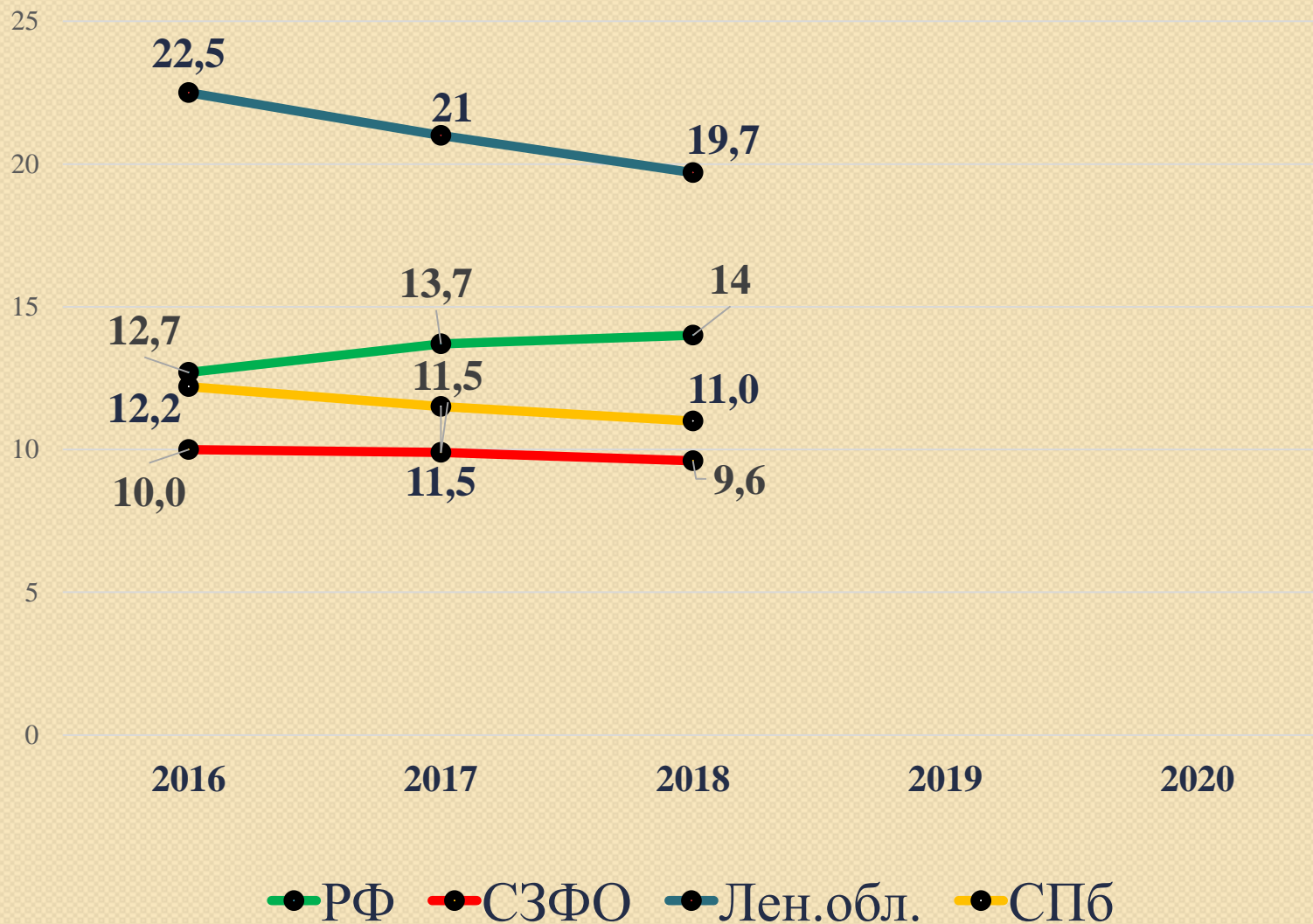


## Показатель смертности при ВИЧ-инфекции за период с 2016 по 2018 год

- В РФ 12,7 - 13,7 - 14,0 на 100 тыс. населения
- В СЗФО 10,0 - 9,9 - 9,6 на 100 тыс. населения
- В Санкт-Петербурге 12,2 - 11,5 - 11,0 - на 100 тыс. населения с 2016 по 2019 гг.
- В Ленинградской области 22,5 - 21,0 - 19,7 - на 100 тыс. населения:
  - показатель выше, чем в РФ почти в два раза



## Уровень смертности вследствие ВИЧ-инфекции на 100 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.



## НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)

На 31.05.2021 г. зарегистрировано всего случаев:

РФ - 5 081 417

Санкт-Петербург - 440 506

Ленинградская область - 45 328

Умерло:

РФ - 121 873

Санкт-Петербург - 14384

Ленинградская область – 1 445

Всего случаев в Ленинградской области (Роспотребнадзор по ЛО)

2020 г. - **23 832, из них бессимптомные - 6 133**

на 25.05.2021 г. - **20 854, из них бессимптомные - 2 804**

**коэффициент распространенности – 1,32 и 1,15**

**показатель заболеваемости 1318,0 и 1153,3 на 100 тыс. населения**

**показатель смертности 0,014 и 0,067 на 100 тыс. населения**

## НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)

Специалисты здравоохранения и медико-социальной экспертизы используют систему кодирования статистической информации диагноза COVID-19 по МКБ-10:

- U07.1–Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)
- U07.2–Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны)
- Z03.8–Наблюдение при подозрении на коронавирусную инфекцию
- Z22.8–Носительство возбудителя коронавирусной инфекции
- Z20.8–Контакт с больным коронавирусной инфекцией
- Z11.5–Скрининговое обследование с целью выявления коронавирусной инфекции
- B34.2–Коронавирусная инфекция неуточненная (кроме COVID-19)
- B33.8–Коронавирусная инфекция уточненная (кроме COVID-19)
- Z29.0–Изоляция
- При наличии пневмонии, вызванной COVID-19, рубрики J12-J18 используются в качестве дополнительных кодов.

**Информация ФСС ЛО со дня вступления в силу Указа Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 г. № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» о страховых случаях на 25.05.2021 год**

**Количество медицинских работников, о которых поступили сведения в ФСС ЛО о заболевании COVID-19 (2020 -2021 гг.)**

<b>Временная нетрудоспособность п.2 б)</b>	<b>3813 человек</b>
<b>Стойкая утрата трудоспособности п.2 в)</b>	<b>0</b>
<b>Смерть медицинского работника</b>	<b>35 человек, из них</b>
<b>п.2 а) – при исполнении им трудовых обязанностей</b>	<b>15 человек</b>
<b>не связаны с профессией</b>	<b>20 человек</b>

**Приказ Минтруда России от 02 ноября 2020 № 767**  
**«Об организации работы федеральных учреждений медико- социальной экспертизы**  
**по исполнению Указа Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 г. № 313 «О**  
**предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям**  
**медицинских работников»**

Главные бюро МСЭ по субъектам РФ при поступлении направлений на МСЭ граждан, поименованных в Указе в целях установления инвалидности и (или) степени утраты профессиональной трудоспособности:

- а) обеспечивают учет сведений о проведении МСЭ вышеуказанным гражданам по последствиям осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией;
- б) осуществляют проведение МСЭ в порядке контроля за решениями, вынесенными бюро МСЭ в течение **5 рабочих дней**;
- в) информируют отделение ФСС об установлении гражданину степени утраты профессиональной трудоспособности и ПРП, если ему была установлена инвалидность.

Главные бюро МСЭ по субъектам РФ при поступлении направлений на МСЭ проводят медико-социальную экспертизу гражданам, в том числе поименованных в Указе Президента,

*в целях:*

*установления группы инвалидности*

*установления причины инвалидности*

*определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах*

*установления причины смерти*



**Приказ Минтруда России от 17.11.2020 г. № 788н**  
**«О внесении изменения в пункт 23 Порядка установления причин**  
**инвалидности, утвержденного приказом Министерства труда и социальной**  
**защиты Российской Федерации от 28.11.2019 г. № 742н»**

Пункт 23 Порядка установления причин инвалидности подпунктом «в» следующего содержания:

«в) дополнительная запись **«вследствие развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией COVID-19»** – врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций, водителям автомобилей скорой медицинской помощи, непосредственно работающим с пациентами с подозрением на эту инфекцию (далее медицинские работники), ставшие инвалидами в результате развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтвержденной лабораторными методами исследования (а при отсутствии возможности проведения лабораторных исследований – решением врачебной комиссии, принятым на основании результатов компьютерной томографии легких), если заболевание возникло при исполнении ими трудовых обязанностей.

**Приказ Минтруда России от 17.11.2020 г. № 788н**  
**«О внесении изменения в пункт 23 Порядка установления причин**  
**инвалидности, утвержденного приказом Министерства труда и социальной**  
**защиты Российской Федерации от 28.11.2019 г. № 742н»**

Указанная дополнительная запись вносится если в акте о случае профессионального заболевания, оформленном медицинскому работнику в порядке, предусмотренном Положением о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. № 967, либо в решении суда об установлении факта профессионального заболевания будет указано, что перенесенное им **заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**, подтвержденной лабораторными методами исследования (а при отсутствии возможности проведения лабораторных исследований — решением врачебной комиссии, принятым на основании результатов компьютерной томографии легких), является **профессиональным заболеванием**.».

**Вступил в силу 27.12.2020 года**

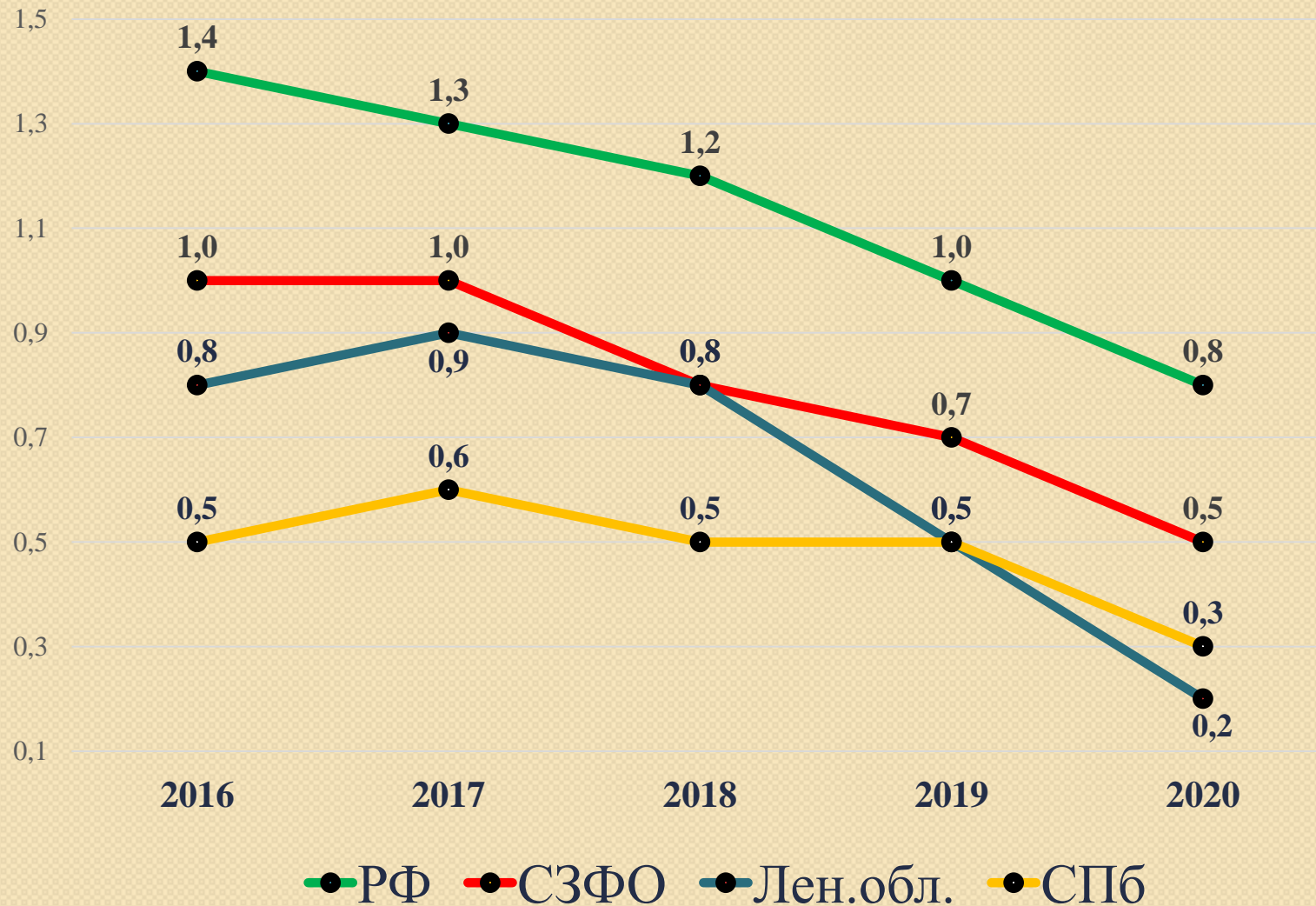
## Первичная инвалидность вследствие туберкулеза в Ленинградской области

- Впервые признано инвалидами вследствие туберкулеза всех локализаций среди взрослого населения за 5 лет (2016-2020 гг.) **481** человек, из них в 2016 г. – **118**, в 2017 г. – **129**, в 2018 г. – **122**, в 2019 г. – **78** чел., в 2020 г. лишь **34** человека
- Удельный вес впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие туберкулеза в структуре первичной инвалидности менялся с тенденцией к снижению, в 2016 г. он составил **1,6%**, в 2017 и 2018 гг. - **1,7%** , в 2019 г.- **1,2%** и в 2020 г - **0,6%**
- Доля ВПИ изучаемого контингента, проживающего в городских поселениях, существенно выше, чем в сельских, и в период 2016 – 2020 гг. составила **88% - 70,5% - 82,8 – 66,6% - 85,3%**
- Среди ВПИ вследствие туберкулеза преобладали мужчины - **70,6% - 76,7% - 74,6% - 71,8% - 73,5%**

## Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза за период с 2016 по 2020 год

- В РФ уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза постепенно снижался и находился в пределах **1,4 - 1,3 – 1,2 – 1,0 – 0,8** на 10 тыс. взрослого населения
- В Ленинградской области уровень первичной инвалидности значительно ниже, чем в РФ и в среднем был равен 0,65 на 10 тыс. взрослого населения. В 2020 г. он самый низкий и составил **0,2** на 10 тыс. взрослого населения, в 2019 г. - **0,5**, в 2018 г. – **0,8**, в 2017 г. – **0,9** и в 2016 г. – **0,8**
- В СЗФО - **1,0 - 1,0 - 0,8 – 0,7 - 0,5** на 10 тыс. взрослого населения
- В Санкт-Петербурге - **0,5 - 0,6 - 0,5 - 0,5 - 0,3** на 10 тыс. взрослого населения

## Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.

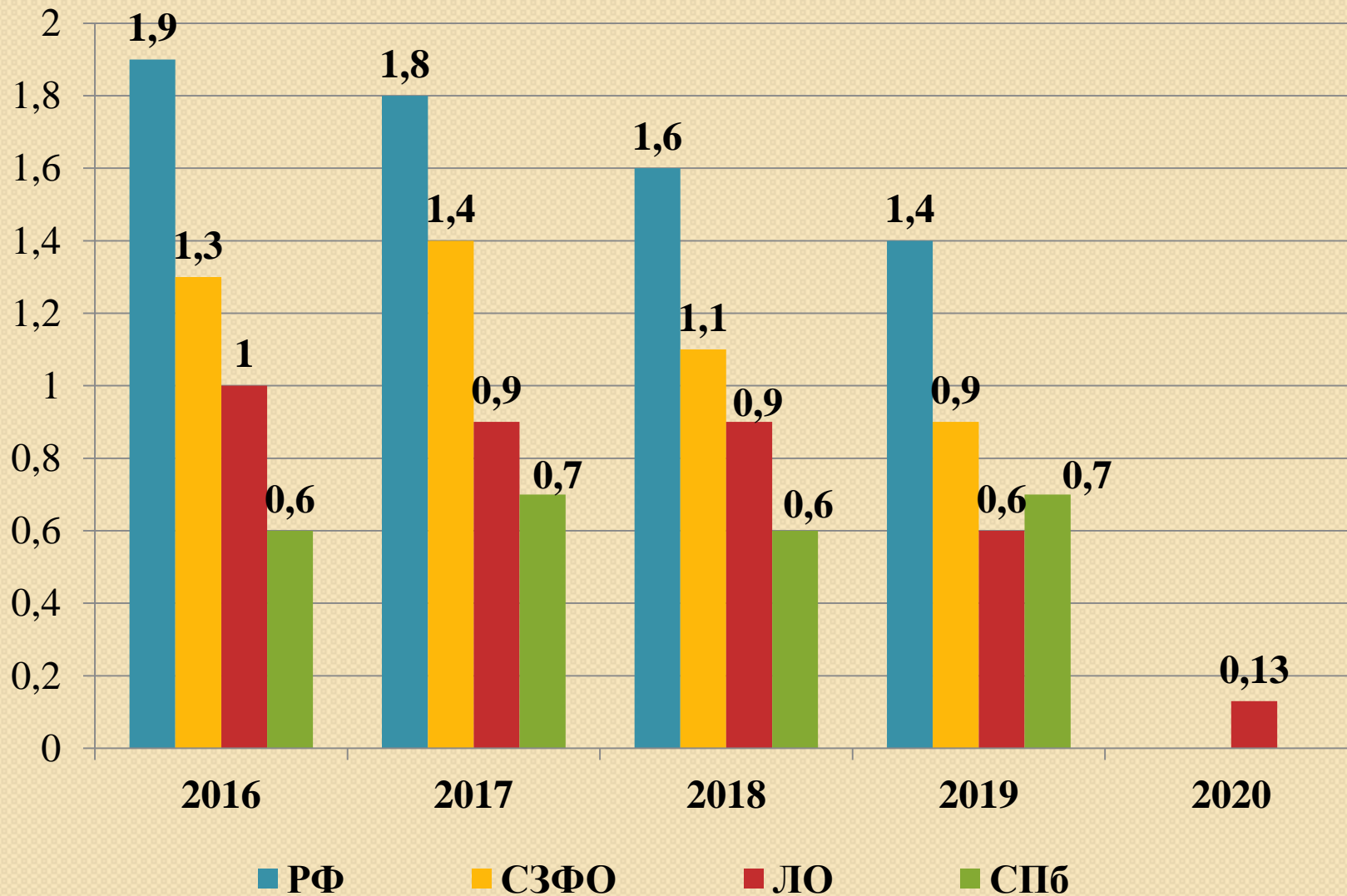


## Возрастная структура первичной инвалидности вследствие туберкулеза

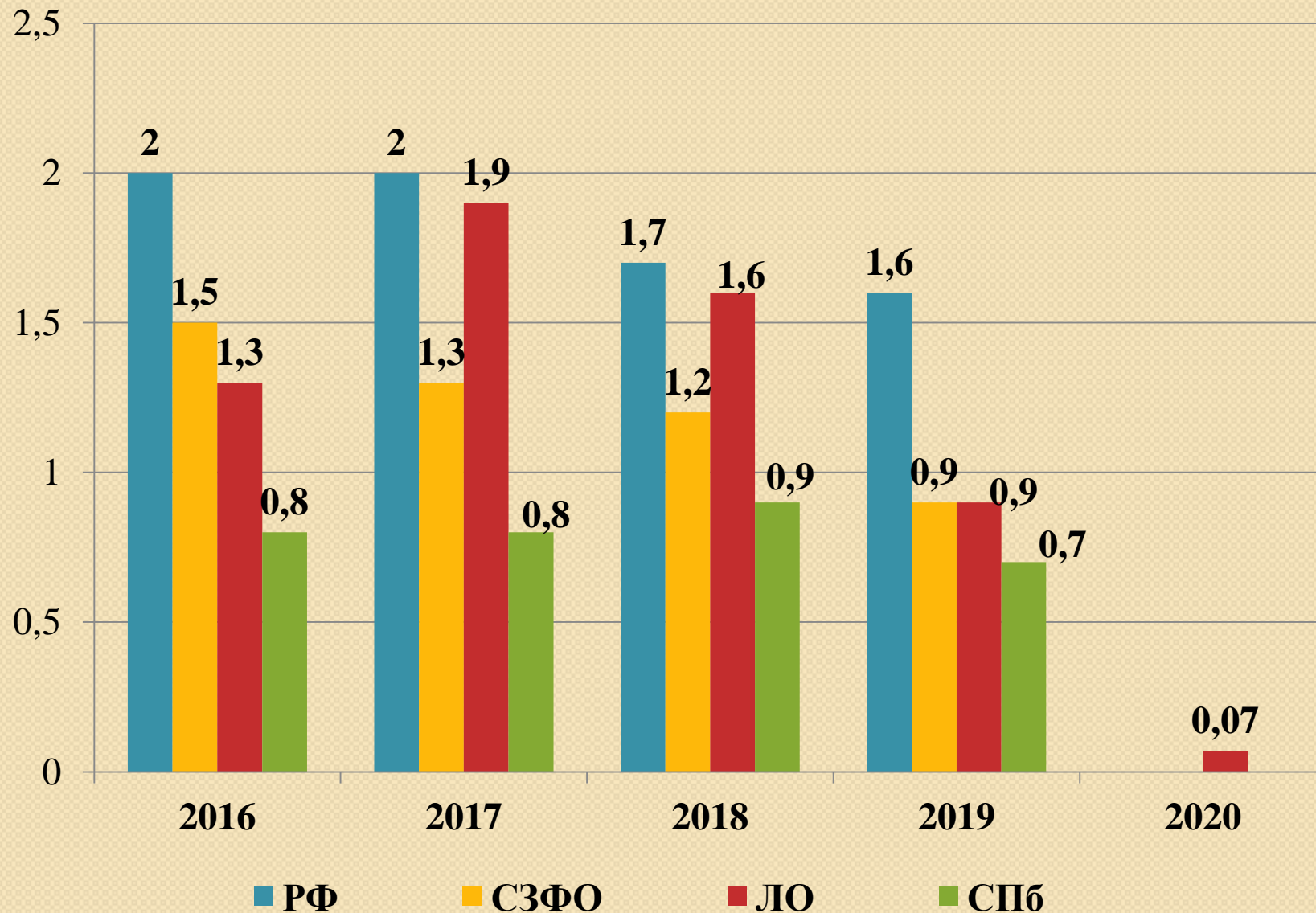
- Наибольший удельный вес приходился на инвалидов **трудоспособного возраста** (в 2016 г. – 94,1 %, в 2017 г. – 94,6%, в 2018 г. – 92,6%, в 2019 г. - 88,5%, в 2020 г. – 91,2%), среди которых преобладали инвалиды **молодого возраста** (18-44 года) - 61%, 50,4%, 53,3%, 53,9% и 58,8%
- Удельный вес инвалидов **старшего возраста** (55 лет и старше женщины, 60 лет и старше мужчины) равен 5,9% - 5,4% - 7,4% - 11,5% - 8,8%
- Самый высокий уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза отмечался среди инвалидов среднего возраста (45-54 лет женщины, 45-59 лет мужчины) с колебаниями показателей **1,3 - 1,9 - 1,6 – 0,9 – 0,07** на 10 тыс. взрослого населения. Далее следуют инвалиды молодого возраста с интенсивным показателем первичной инвалидности на уровне **1,0 – 0,9 – 0,9 – 0,6 – 0,1**. Уровень первичной инвалидности в группе старшего возраста не превышал **0,1** в 2016 и 2017 гг., **0,2** - в 2018 и 2019 гг., а в 2020 году он равен **0**.



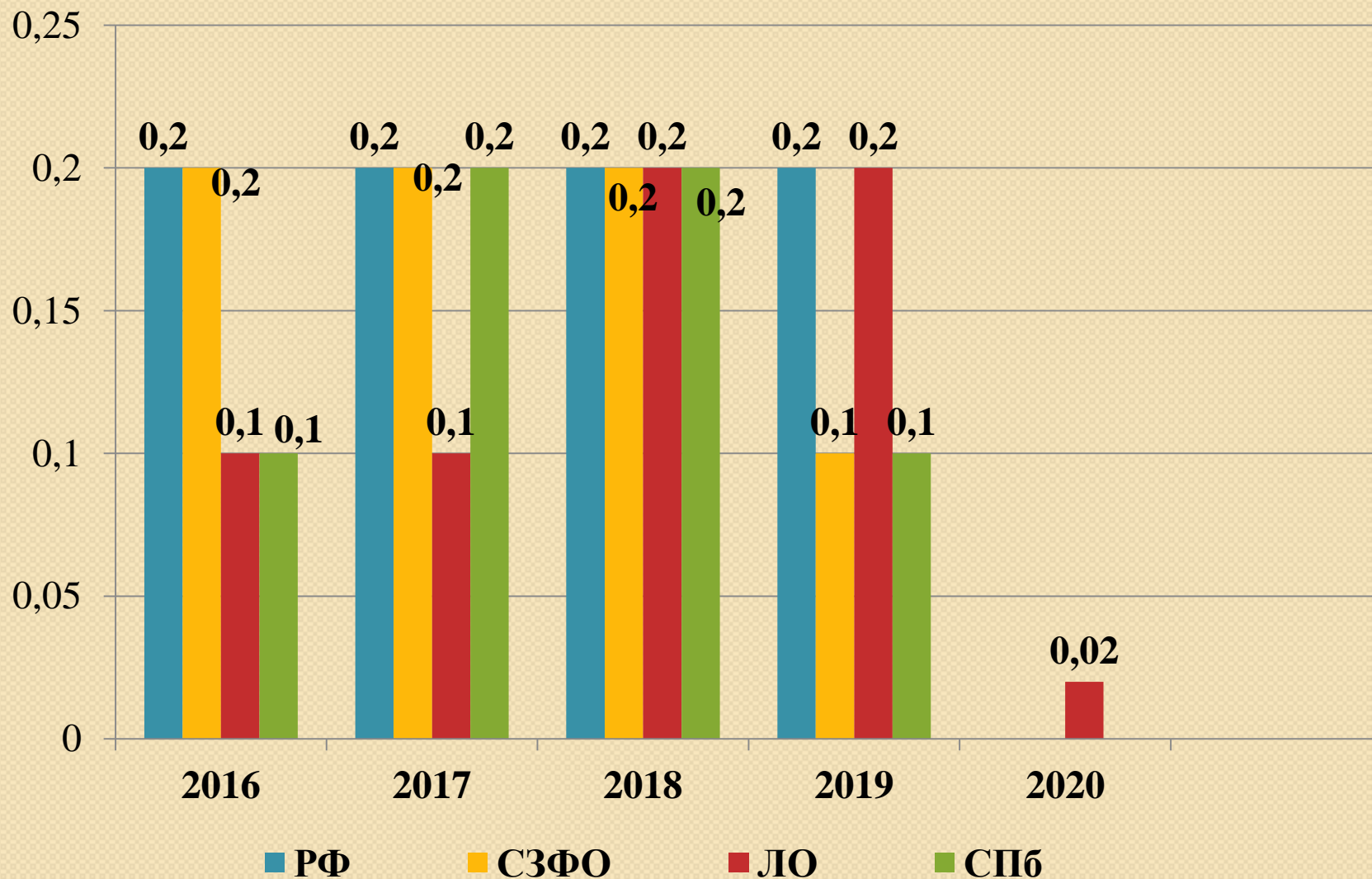
**Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза в молодом возрасте (18-44 лет) на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.**



**Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза в среднем  
возрасте на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.**



**Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза в старшем  
возрасте на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.**



## Структура первичной инвалидности вследствие туберкулеза по группам инвалидности в 2016 -2020 гг.

- Уровень II группы инвалидности наиболее высокий в РФ - **1,2- 1,1 - 0,9 - 0,8** на 10 тыс. взрослого населения

В СЗФО - **0,8 – 0,8 - 0,8 – 0,7 - 0,5** на 10 тыс. взрослого населения

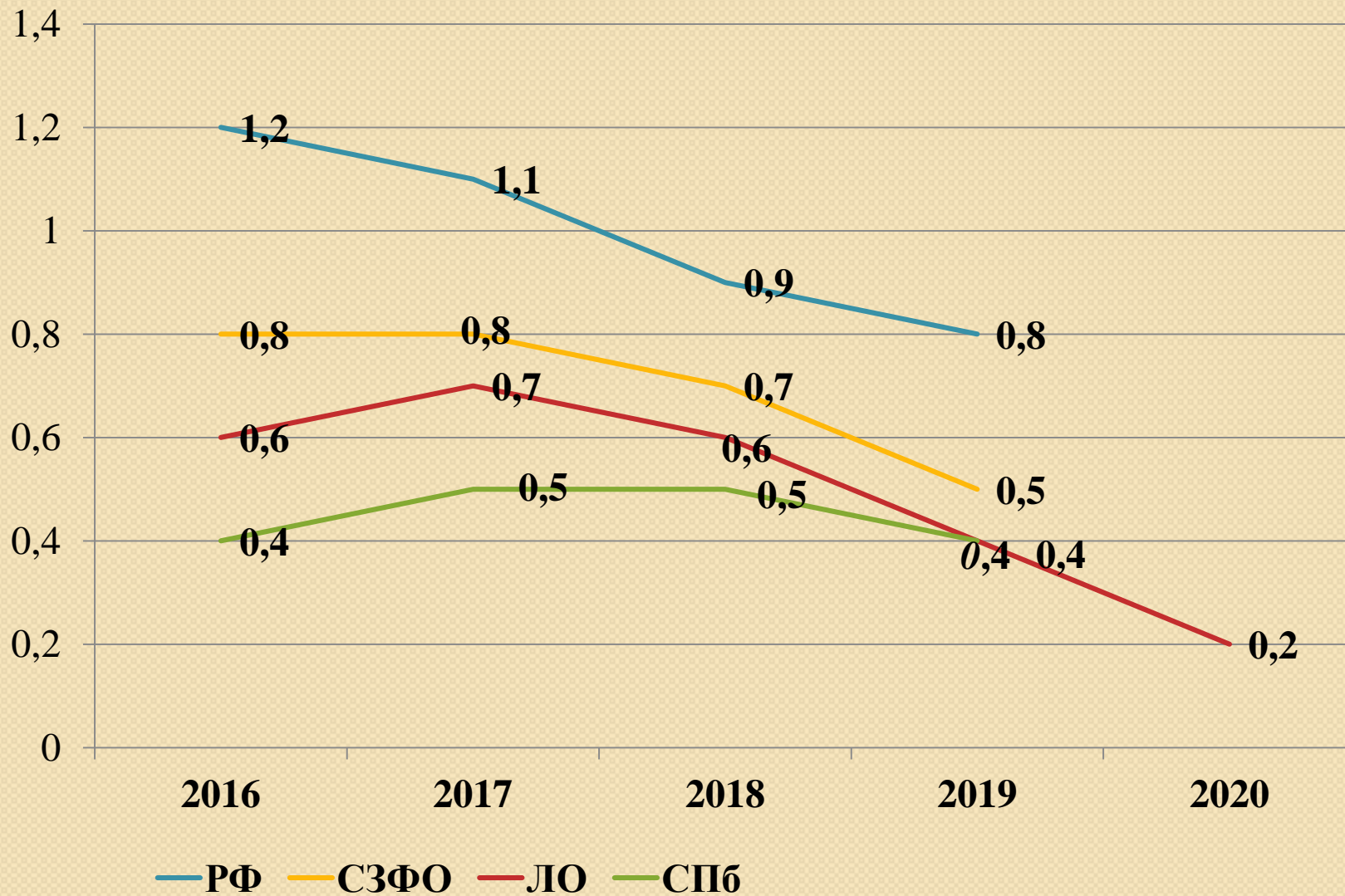
В Ленинградской области составлял **0,6 – 0,7 – 0,6 – 0,4 – 0,2** на 10 тыс. взрослого населения

В Санкт-Петербурге – **0,4 – 0,5 - 0,5 - 0,5 -0,4** на 10 тыс. взрослого населения

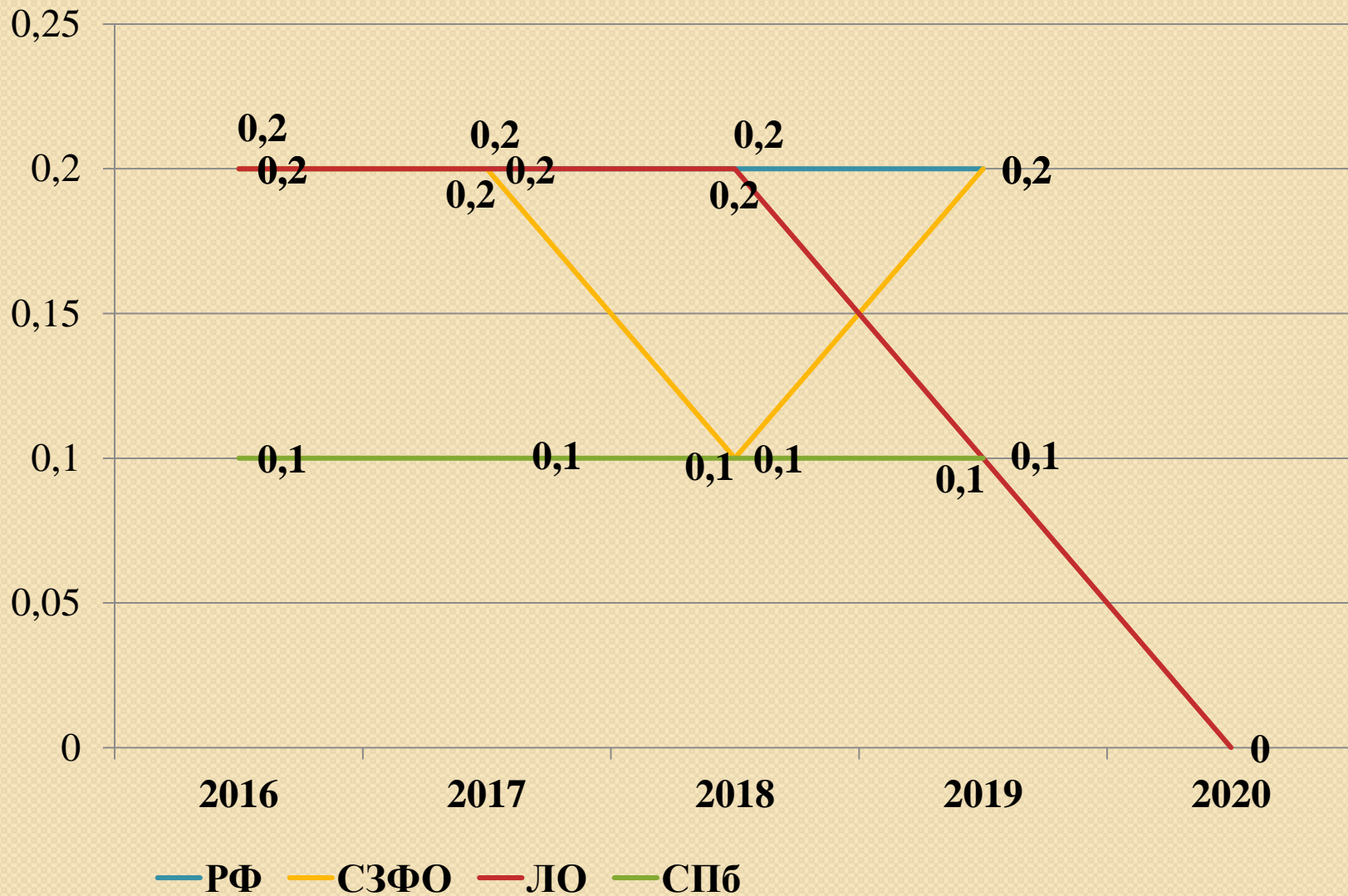
- Уровень III группы инвалидности низкий на уровне значений **0,2 – 0** как в РФ, так и в СПб и Ленинградской области (**0,2 – 0,2 – 0,2 – 0,1 – 0**)

- При I группе подтверждены нулевые интенсивные показатели (**0**)

**Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза при второй  
группе на 10 тыс. взрослого населения  
в 2016-2020 гг.**



**Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза  
при третьей группе на 10 тыс. взрослого населения  
в 2016-2020 гг.**



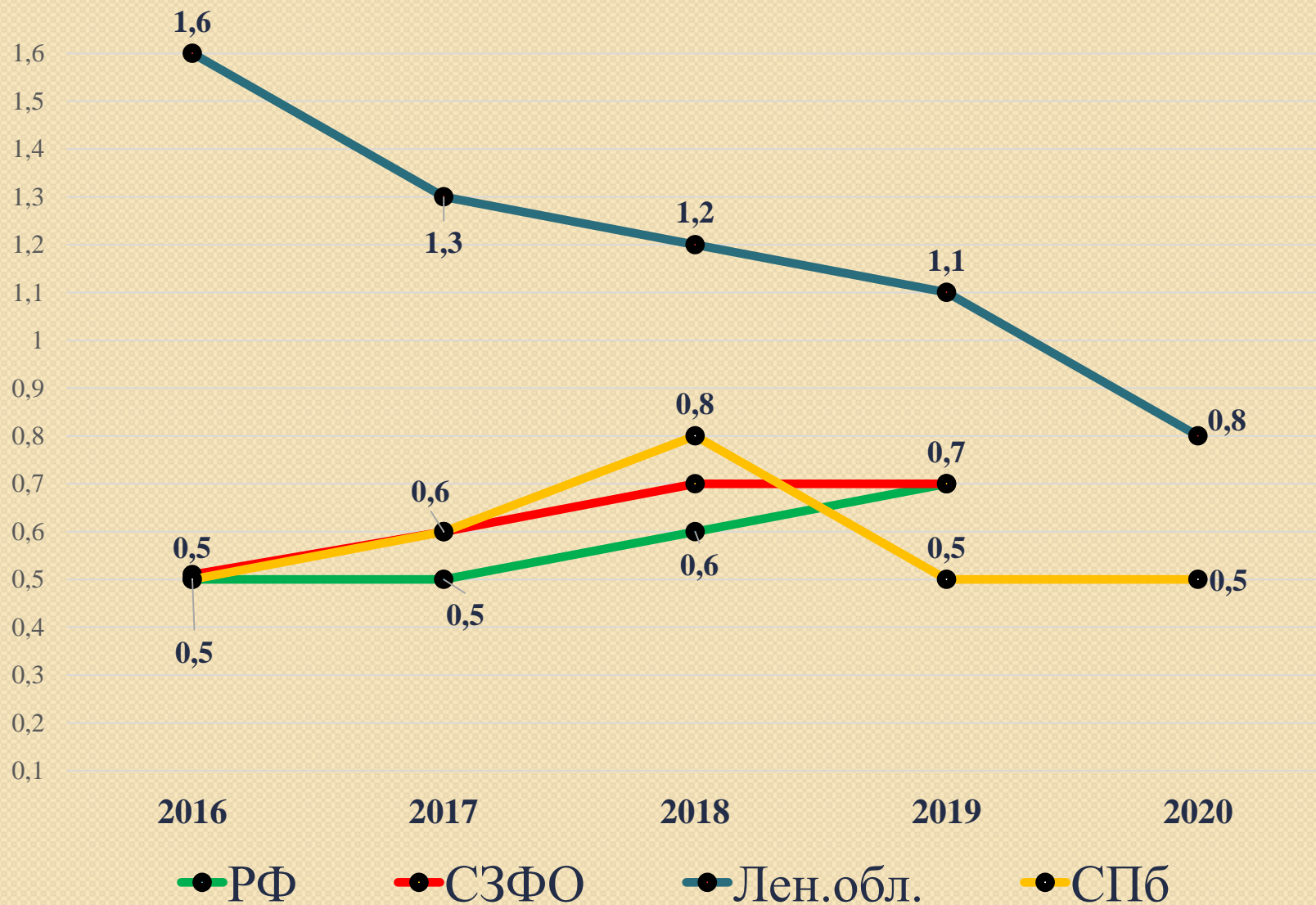


- Среди граждан, впервые направленных на медико-социальную экспертизу с туберкулезом всех локализаций в Ленинградской области, около 50% были с листком временной нетрудоспособности.
- Отмечается высокий удельный вес непризнанных инвалидами вследствие туберкулеза при первичном освидетельствовании с одновременным ростом показателя в 5-летней динамике, так в 2016 и 2017 гг. он равен 20% , в 2018 г. – 25% , а в 2019 и 2020 гг. – 31% и 36%.
- Основными причинами преждевременного (необоснованного) направления больных с туберкулезом на медико-социальную экспертизу, и соответственно непризнание их инвалидами, явились незавершенные лечебные и реабилитационные мероприятия, неверная оценка степени нарушенных функций.

## Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ

- В РФ уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ, в 4-летней динамике находился в пределах **0,5 – 0,5 – 0,6 – 0,7** на 10 тыс. взрослого населения
- В Ленинградской области уровень первичной инвалидности значительно выше, чем в РФ и составил **1,6 – 1,3 – 1,2 – 1,1 - 0,8**, снижение наблюдалось только к 2020 году
- В СЗФО стабильно на уровне - **0,5 – 0,6 - 0,7 – 0,7** на 10 тыс. взрослого населения
- В Санкт-Петербурге - **0,5 - 0,6 -0,8 - 0,5 -0,5** на 10 тыс. взрослого населения

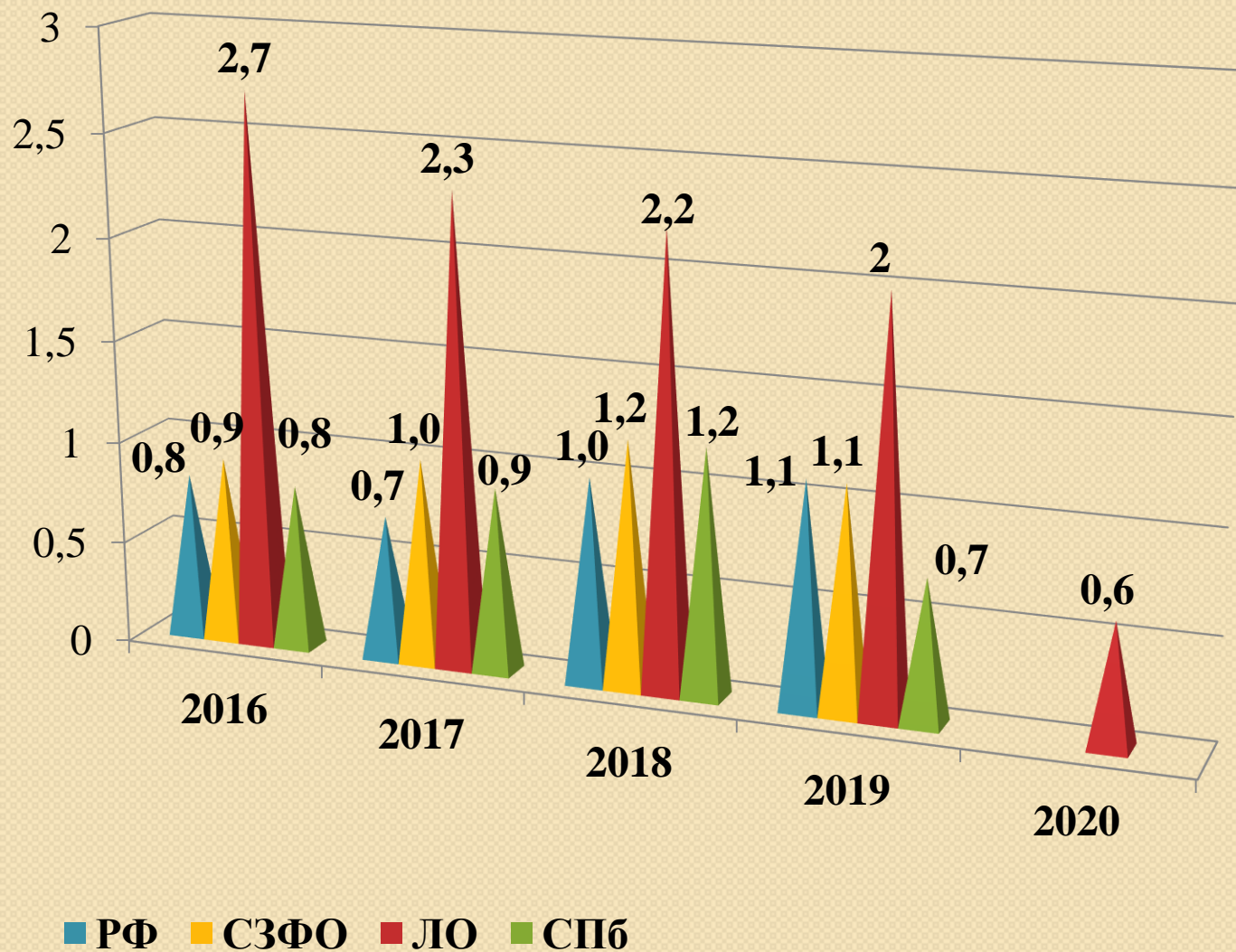
## Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ, на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.



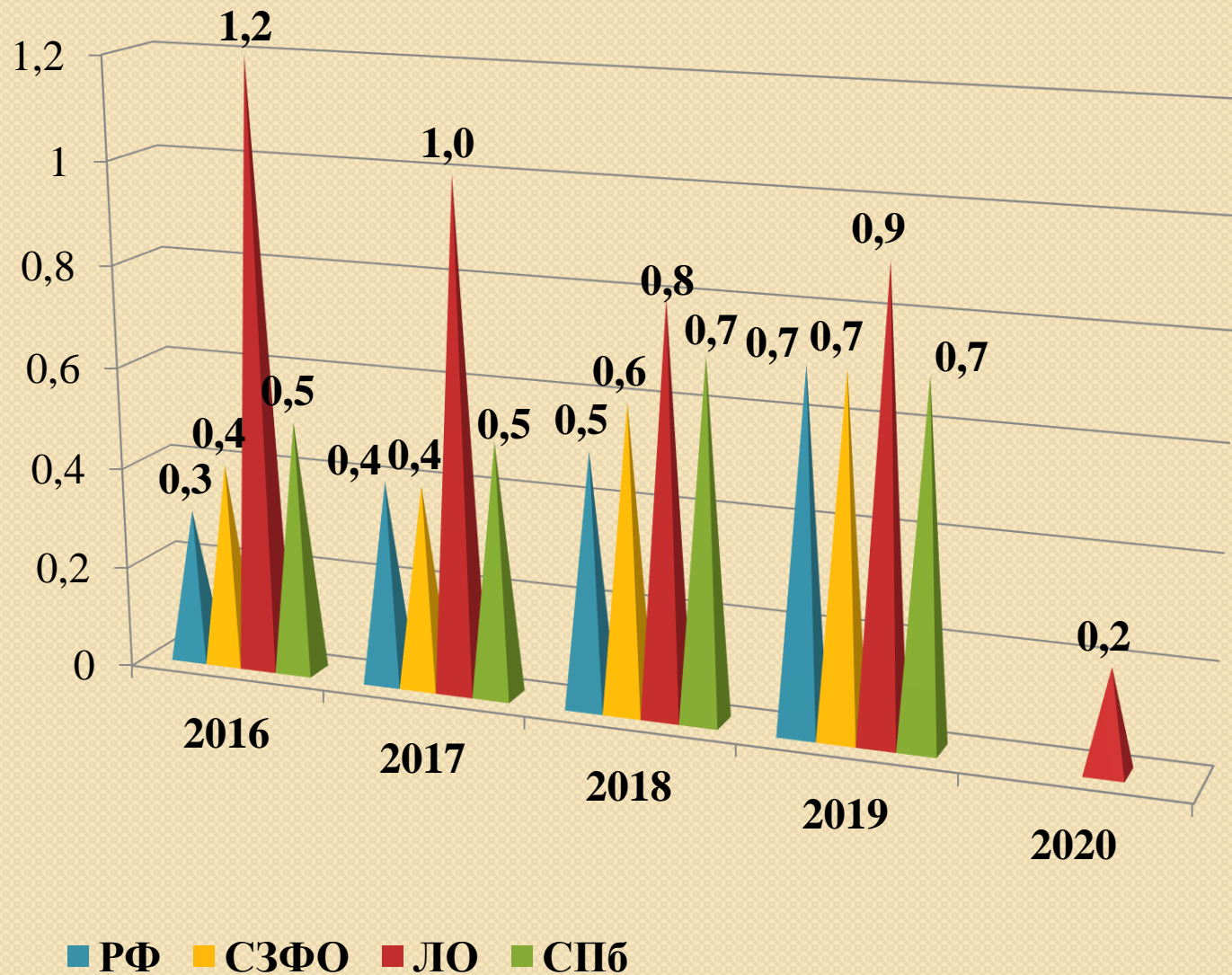
## Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ в возрастных группах в 2016 -2020 гг.

- В Ленинградской области самый высокий уровень первичной инвалидности приходился на молодой возраст, в отличие от инвалидности при туберкулезе, и который составил **2,7 - 2,3 - 2,2 - 2,0 - 0,6** на 10 тыс. взрослого населения. Среди инвалидов среднего возраста (45-54 лет женщины, 45-59 лет мужчины) показатели колебались в пределах **1,2 – 1,0 – 0,8 – 0,9 – 0,2** на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности в группе старшего возраста не превышал **0,1** в 2017 – 2019 гг., в 2016 и в 2020 г. он равен **0**.
- В РФ, СЗФО и СПб более высокие показатели наблюдались в молодом возрасте (максимальные значения - **1,2**, минимальные – **0,7**), в среднем возрасте уровень первичной инвалидности колебался от **0,7** до **0,3**, интенсивный показатель первичной инвалидности в старшем возрасте на нулевых значениях.

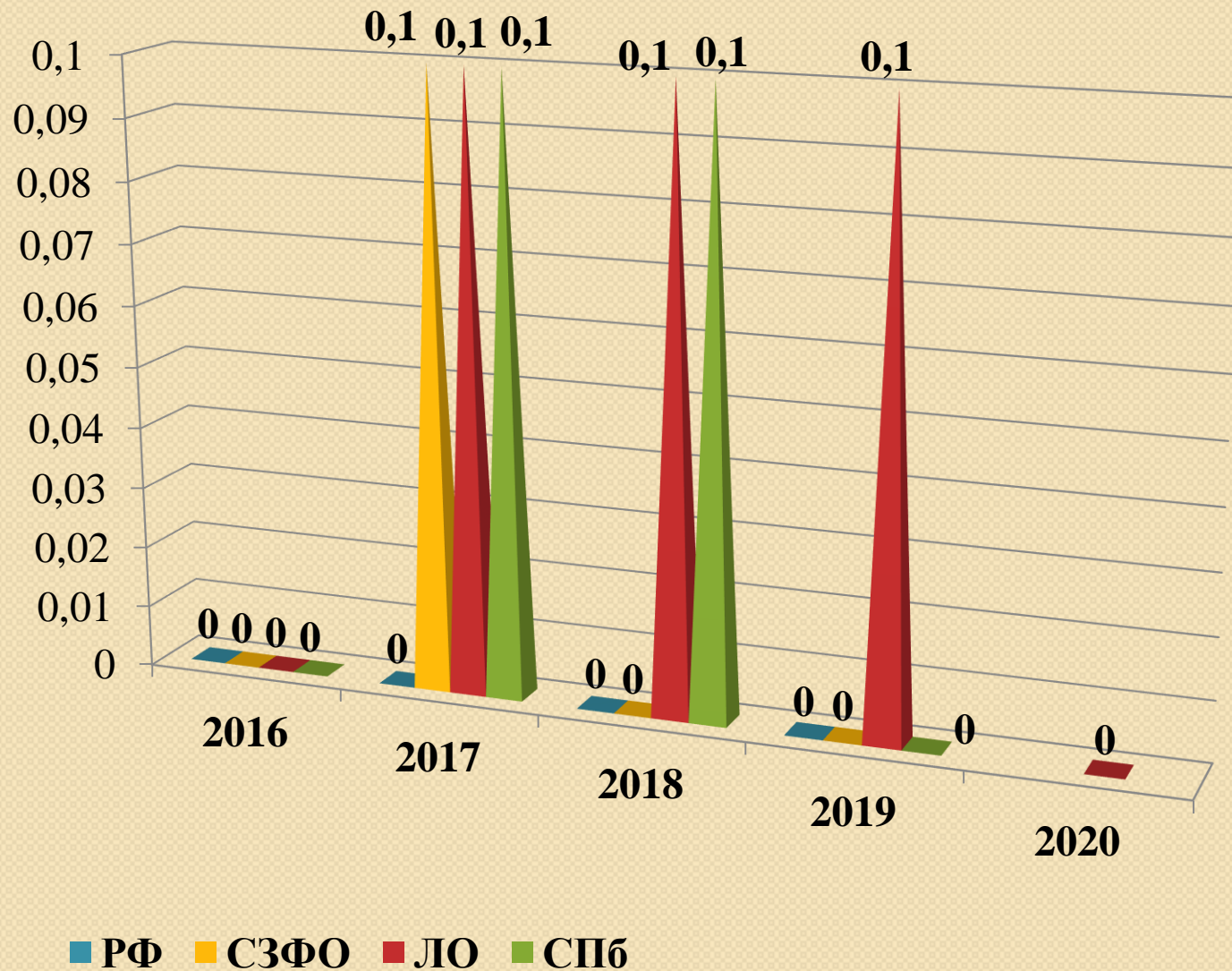
**Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ, в молодом возрасте (18-44 лет) на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.**



**Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных  
ВИЧ, в среднем возрасте на 10 тыс. взрослого населения  
в 2016-2020 гг.**



**Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ, в старшем возрасте на 10 тыс. взрослого населения в 2016-2020 гг.**

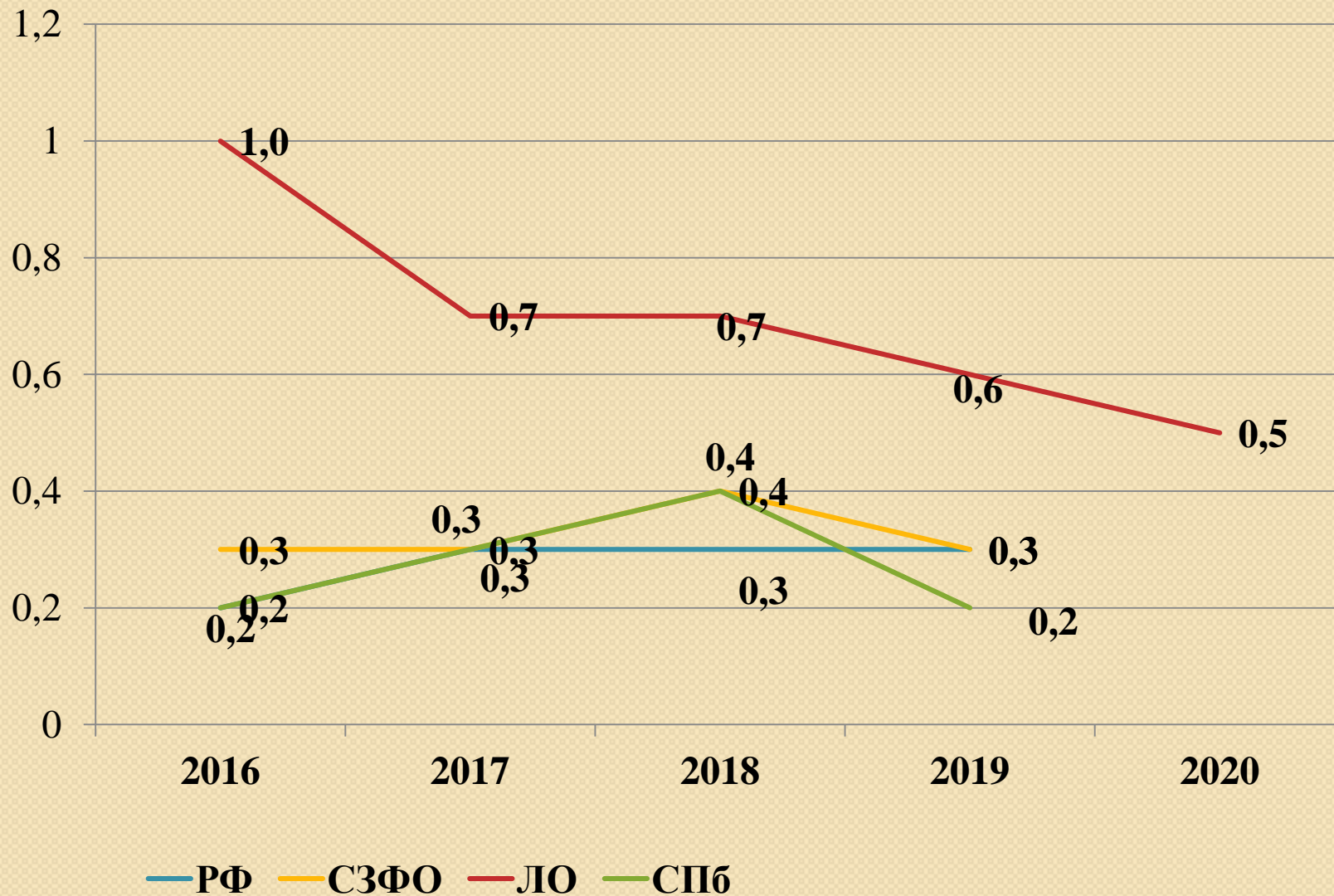




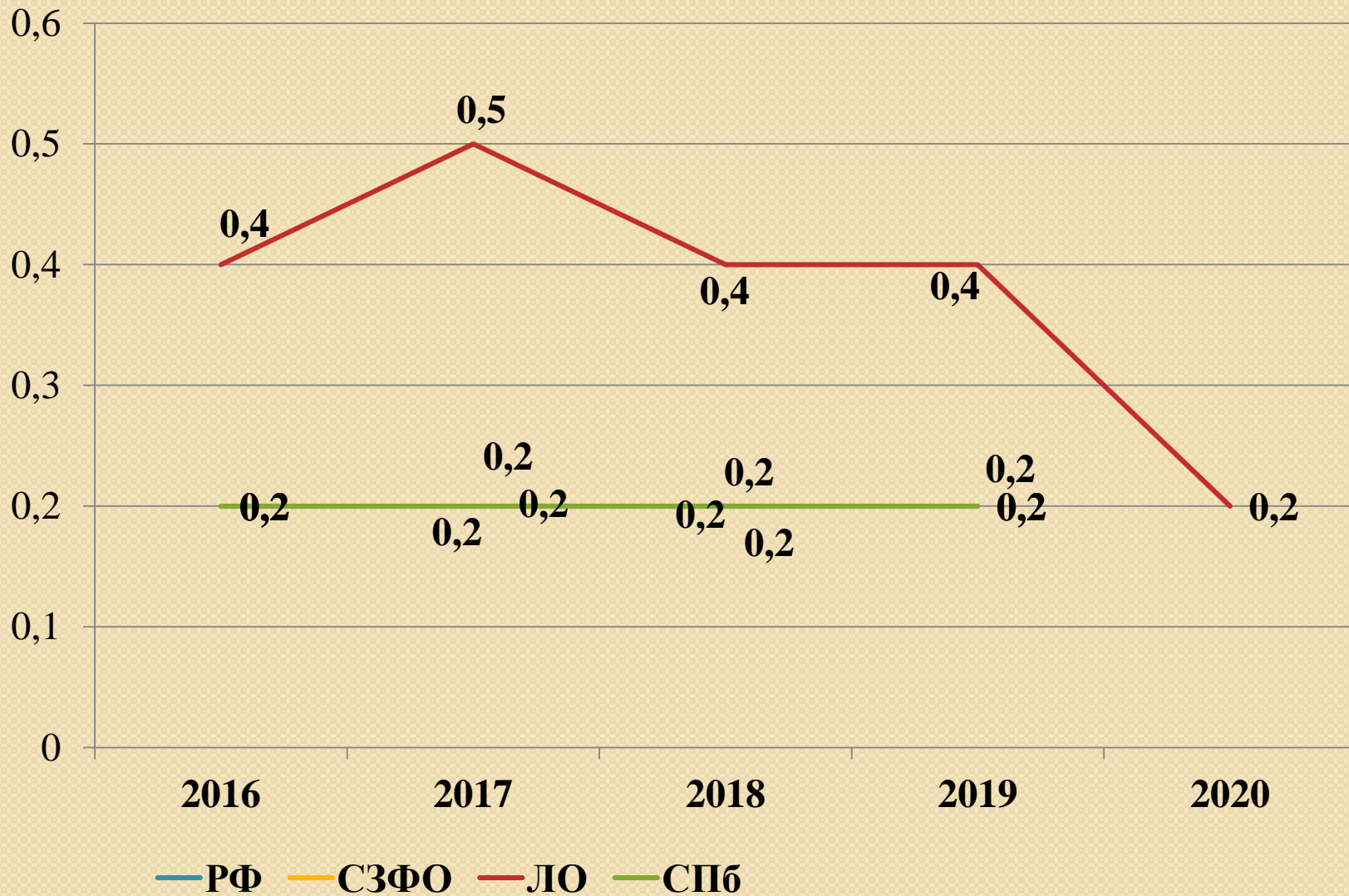
**Структура первичной инвалидности вследствие болезней,  
вызванных ВИЧ , по группам инвалидности  
в 2016 -2020 гг.**

- Уровень II группы инвалидности в Ленинградской области самый высокий – **1,0 – 0,7 – 0,7 – 0,6 – 0,5** на 10 тыс. взрослого населения  
В РФ, СЗФО и в Санкт-Петербурге - колебания составляли **0,2 – 0,3 – 0,4** на 10 тыс. взрослого населения
- Уровень III группы инвалидности в РФ, СЗФО и в Санкт-Петербурге также низкий со стабильным значением **0,2**, в отличие от Ленинградской области (**0,4 – 0,5 – 0,4 – 0,4 – 0,2**)
- При I группе подтверждены минимальные (**0,1**) и нулевые значения (**0**)

**Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных  
ВИЧ , при второй группе на 10 тыс. взрослого населения  
в 2016-2020 гг.**



**Уровень первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных  
ВИЧ , при третьей группе на 10 тыс. взрослого населения  
в 2016-2020 гг.**



# НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)

**Медико-социальная экспертиза в Ленинградской области  
проведена:**

**По установлению причины смерти** в 10 случаях, из них:

6 - в 2020 году

4 - в 2021 году

**По установлению инвалидности:**

1 - в 2020 году, инвалидность не установлена

1 – в 2021 году, первая группа инвалидности

# Приказ Министерства труда и социального развития РФ

от 27 августа 2019 г. № 585н

## «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

- *Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека*
- *Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий*
- *Критерий для установления инвалидности*
- *Критерии для установления групп инвалидности*
- *Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинко-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека) Приложение к приказу*

**При количественной оценке степени нарушений функции  
при туберкулезе различной локализации учитываются:**

- *клиническая форма заболевания*
- *рентгенологическая стадия*
- *период и фазы процесса*
- *наличие (отсутствия) выделения микобактерии туберкулеза (МБТ+ или МБТ-)*
- *течения заболевания (осложненного и неосложненного)*
- *характер и вид осложнений (в том числе от проводимой химиотерапии)*
- *эффективность проводимого лечения и формирование резистентности к нему (наличие множественной или широкой лекарственной устойчивости)*

Туберкулез органов дыхания, **подтвержденный** бактериологически и гистологически А15

Туберкулез органов дыхания, **не подтвержденный** бактериологически или гистологически А16

## Количественная оценка степени нарушений функции при туберкулезе различной локализации A15 - A19:

- **10-30% Незначительные нарушения функций организма, в том числе дыхательной системы** при эффективном окончании основного курса лечения, в периоде потери активности (рубцевание, обызвествление) без признаков бактериовыделения (МБТ-). Отсутствие ДН или наличие ДН 1 степени
- **40-60% Умеренные нарушения функций организма, в том числе дыхательной системы** при отсутствии положительной клинико-рентгенологической динамики на фоне химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза органов дыхания (локальный пневмофиброз, фиброзно-очаговые изменения) с ДН II степени, преобладающей или постоянной легочной гипертензией (ХСН 0 или ХСН I стадии). Наличие МБТ+ 6 и более месяцев



## Количественная оценка степени нарушений функции при туберкулезе различной локализации A15 - A19:

- **70-80%** *Выраженные нарушения функций организма, в том числе дыхательной системы* при неэффективности химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза (пневмосклероз, цирроз, бронхоэктазы). Наличие ДН II, III степени и ХСН IIА стадии
- **90-100%** *Значительно выраженные нарушения функций организма* вследствие наличия тяжелых полиорганных осложнений (амилоидоз, декомпенсированное хроническое легочное сердце, полисерозиты, кахексия и так далее). Наличие ДН III степени и ХСН IIБ или III стадии

**Количественная оценка степени нарушений функции  
(психических, сенсорных, статодинамических, сердечно-сосудистой  
системы, пищеварительной, мочевыделительной и др. )  
при последствиях туберкулеза В90:**

- **10-30% *Незначительные нарушения функций организма*** вследствие отдаленных проявлений последствий излеченного туберкулеза различной локализации и неуточненного туберкулеза. При отсутствии дыхательной недостаточности либо наличии ДН 1 степени
- **40-60% *Умеренные нарушения функций функций организма*** вследствие отдаленных проявлений последствий излеченного туберкулеза различной локализации и неуточненного туберкулеза. Наличие ДН II степени, преходящая или постоянная легочная гипертензия (ХСН 0 или ХСН 1 стадии)

**Количественная оценка степени нарушений функции  
(психических, сенсорных, статодинамических, сердечно-сосудистой  
системы, пищеварительной, мочевыделительной и др. )  
при последствиях туберкулеза В90:**

- **70-80%** *Выраженные нарушения функций организма* вследствие отдаленных проявлений последствий излеченного туберкулеза различной локализации и неуточненного туберкулеза. Наличие ДН II III степени, ХСН IIА стадии
- **90-100%** *Значительно выраженные нарушения функций организма* вследствие отдаленных проявлений последствий излеченного туберкулеза различной локализации и неуточненного туберкулеза. Наличие ДН III степени, ХСН IIБ или III стадии

**При количественной оценке степени нарушений функции  
при ВИЧ-ИНФЕКЦИИ учитываются:**

- *Стадия заболевания*
- *фаза процесса на фоне АРТ (ремиссия, прогрессирование)*
- *уровень CD4+*
- *характер и вид осложнений*
- *эффективность проводимого лечения*

## Количественная оценка степени нарушений функции при ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В20-В24:

- **10-30%** *Отсутствие или незначительные нарушения функций организма* Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека.

Стадия 3 (субклиническая стадия).

Стадия 4А (вторичных заболеваний), фаза ремиссии (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ). Количество CD4+ - 350 и более клеток/мкл.

- **40-60%** *Умеренные нарушения функции функций организма* Стадия 4А, фаза прогрессирования на фоне АРТ и уровень CD4+ от 200 до 350 клеток/мкл.

Стадия 4Б, фаза ремиссии на фоне АРТ (не менее 6 месяцев) и уровень CD4+ от 200 до 350 клеток/мкл.

Стадия 4В, фаза ремиссии на фоне АРТ (не менее 6 месяцев) и уровень CD4+ более 200 клеток/мкл

## Количественная оценка степени нарушений функции при ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В20-В24:

- **70-80% *Выраженные нарушения функций организма***

Стадия 4Б, фаза прогрессирования на фоне АРТ и уровень CD4+ от 100 до 200 клеток/мкл.

Стадия 4В, фаза ремиссии на фоне АРТ (не менее 6 месяцев) и уровень CD4+ от 100 до 200 клеток/мкл

- **90-100% *Значительно выраженные нарушения функций организма***

Стадия 4В (вторичных заболеваний), фаза прогрессирования на фоне АРТ и уровень CD4+ менее 100 клеток/мкл.

Стадия 5 (терминальная).

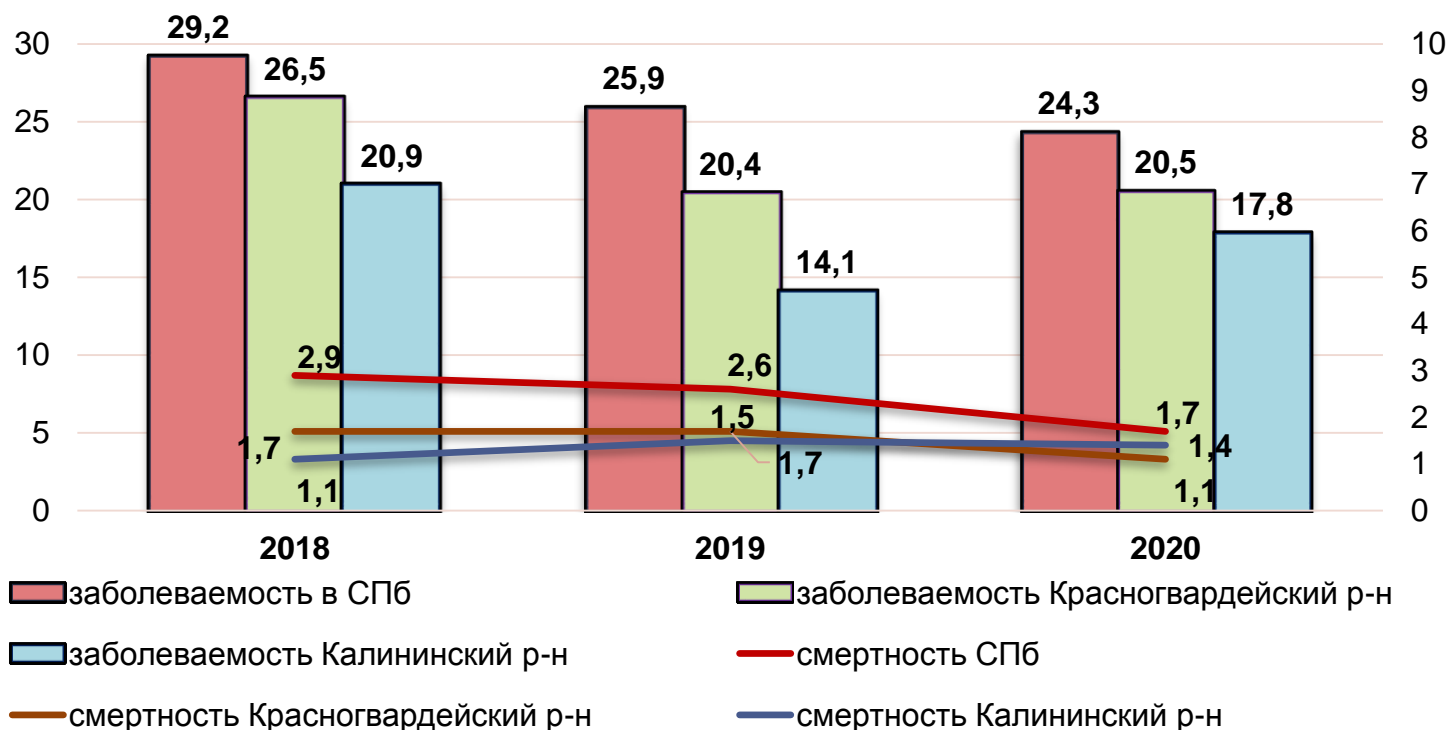
# САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР №5"



Диспансер обслуживает 3,1 млн. взрослых и детей  
Санкт - Петербурга, из них:

- ✓ **≈ 900 тыс.** населения **прикрепленных районов,**
- ✓ **по городской маршрутизации:** межрайонная центральная клиничко-диагностическая лаборатория ≈1,8 млн, МСКТ ≈ 1,2 млн, АКО и ДС ≈ 1,1 млн.

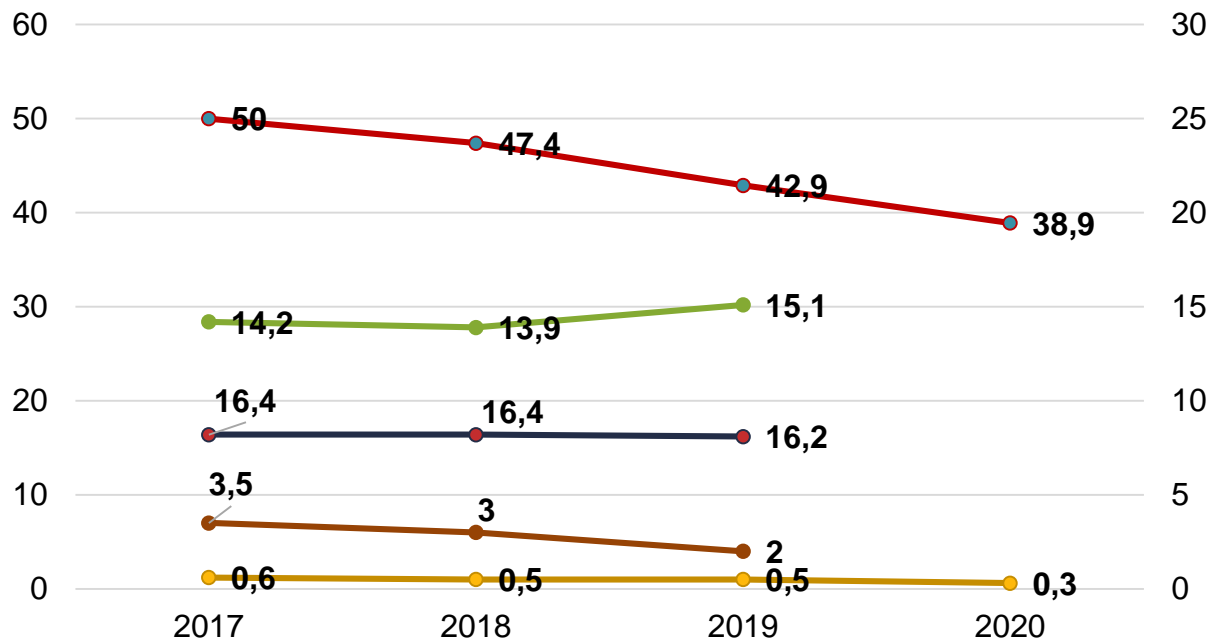
**Заболеваемость и смертность от туберкулеза в СПб и районах обслуживания ПТД№5 (ф-8) в 2018-2020 гг (на 100 тыс. населения)**



# Показатели инвалидности в районах, курируемых СПб ГБУЗ «ПТД №5» в сравнении с СПб

Численность лиц 18 лет и старше, впервые  
признанных инвалидами  
в 2017-2019 гг (на 10 тыс. населения)

Показатель  
общий,  
на 10 тыс.  
населения



Показатель по  
отдельным  
заболеваниям,  
на 10 тыс.  
населения

- общая
- б-ни ССС
- по туберулезу
- ЗНО
- б-ни опорно-двигательной системы

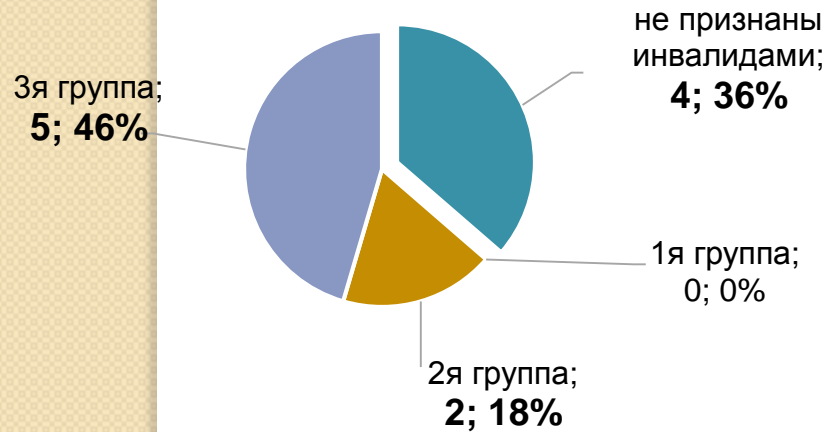
Показатель обслуживаемым районам  
(на 10 тыс. населения):

2017 – 0,20  
2018 – 0,21  
2019 – 0,19  
2020 – **0,07**

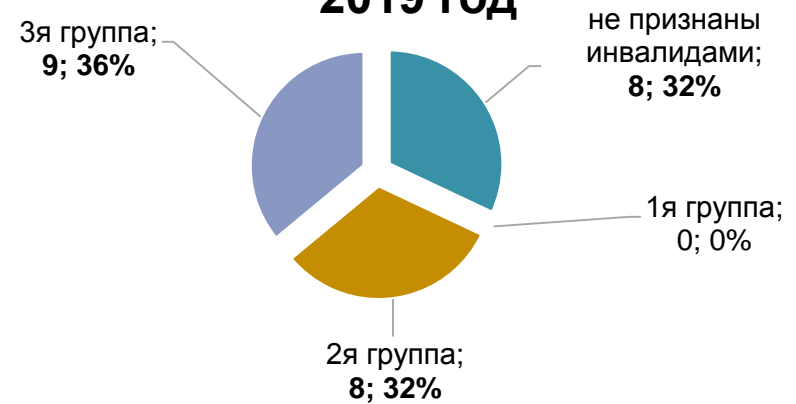


# Результаты первичного направления в бюро МСЭ пациентов ПТД №5

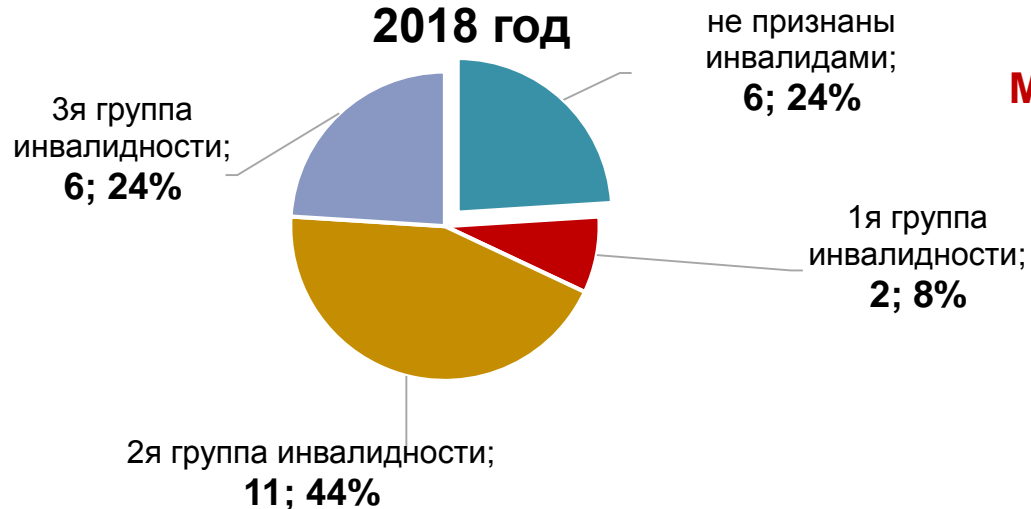
## 2020 год



## 2019 год



## 2018 год



**Ежегодно треть  
пациентов,  
направляемых на  
МСЭ получают отказ**

## Заболеваемость туберкулезом с бактериовыделением, в том числе с МЛУ в 2018-2020 гг. в районах обслуживания ПТД №5



Лечение по 4-5 режимам ХТ  
(МЛУ/ШЛУ)  
**не менее 20 месяцев**  
(приказ МЗ РФ от 29.12.14 №951)

ЛН выдается на срок  
**не более 12 месяцев** при лечении  
туберкулеза  
(приказ МЗ РФ от 01.09.20 №925)



**МСЭ**

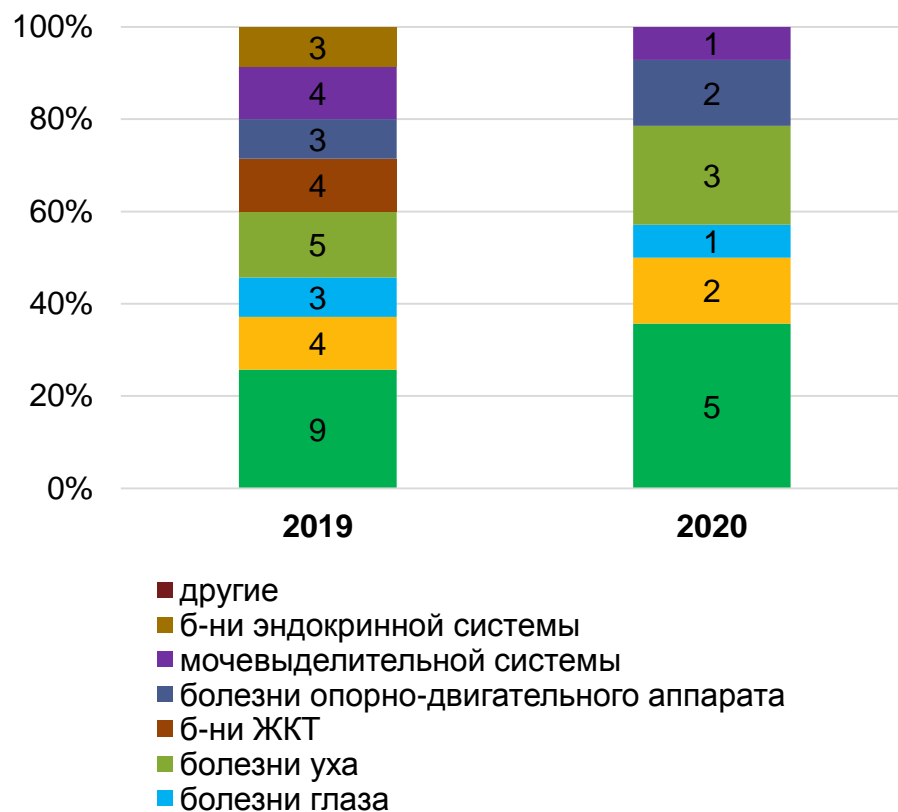
вне зависимости от  
наличия стойких  
нарушений

# Структура заболеваний у пациентов ПТД №5, впервые признанных инвалидами в 2019-2020 гг

Основное заболевание (абс.)



Сопутствующая патология (абс.)



**Необходимость обследования у широкого спектра узких специалистов**

# Перечень социально значимых заболеваний

(утв. постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715)

## ИНФЕКЦИОННЫЕ

### Наименование заболеваний

туберкулез

инфекции, передающиеся преимущественно половым путем

гепатит В

гепатит С

болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

**злокачественные новообразования**

**сахарный диабет**

**психические расстройства и расстройства поведения**

**болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением**

## НЕИНФЕКЦИОННЫЕ

**Структура смертности в мире (ВОЗ, 2020) от НИЗ:**

1. Сердечно-сосудистые заболевания - **17,9 миллионов человек ежегодно;**
2. раковые заболевания (**9 млн. случаев**),
3. респираторные заболевания (**3,9 млн. случаев**)
4. диабет (**1,6 млн. случаев**).

ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ -  
СОЧЕТАНИЕ НЕСКОЛЬКИХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

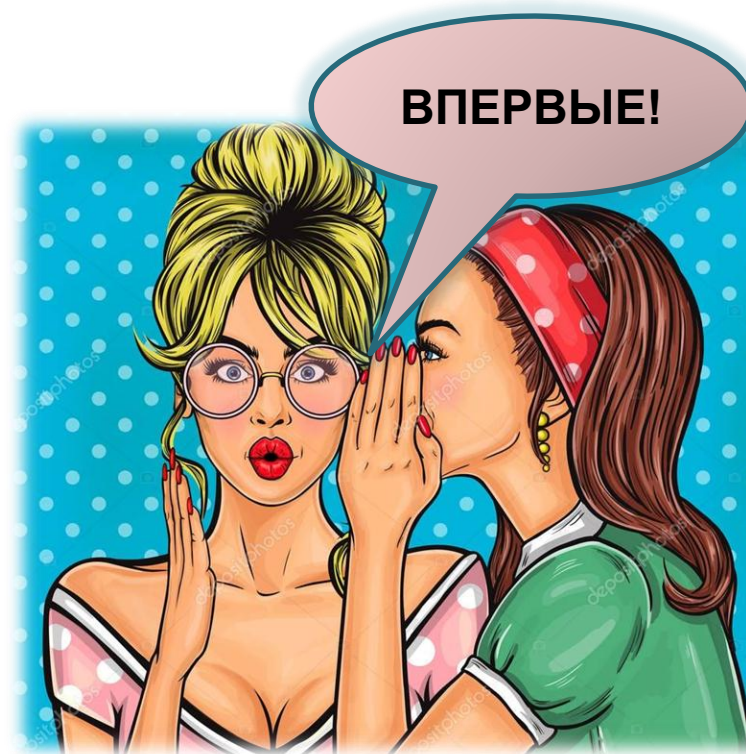
# ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ

## КАБИНЕТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ



09.01.2020

## ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ



# МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДИСПАНСЕРА

**ФТИЗИАТРИЧЕСКИЕ  
ОТДЕЛЕНИЯ**

ВРАЧИ-ФТИЗИАТРЫ



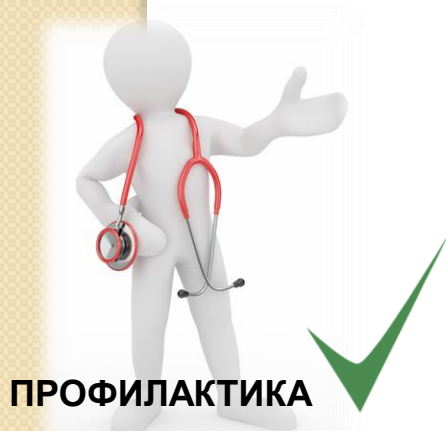
**АМБУЛАТОРНО-  
КОНСУЛЬТАТИВНОЕ  
ОТДЕЛЕНИЕ**



**ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНОЙ  
ПОМОЩИ И  
РЕАБИЛИТАЦИИ**

ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ  
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ  
ВРАЧ-ОНКОЛОГ  
ВРАЧ-НЕВРОЛОГ  
ВРАЧ ЛФК  
ВРАЧ-РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТ  
ПСИХОЛОГ  
СПЕЦ. ПО СОЦ.РАБОТЕ

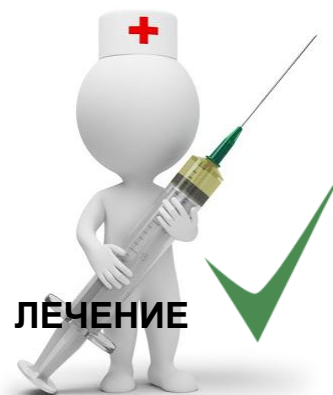
ВРАЧ-ПУЛЬМОНОЛОГ  
ВРАЧ-ОФТАЛЬМОЛОГ  
ВРАЧ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ  
ВРАЧ-ХИРУРГ  
ВРАЧ-УРОЛОГ  
ВРАЧ-ИНФЕКЦИОНИСТ  
ВРАЧ ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД



**ПРОФИЛАКТИКА**



**ДИАГНОСТИКА**



**ЛЕЧЕНИЕ**



**РЕАБИЛИТАЦИЯ**



**КОМОРБИДНОЙ И ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ**



# ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ



# МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ



Центр помощи семье и  
детям Калининского района



Центр помощи семье и  
детям Красногвардейского  
района



Некоммерческие организации

Отделы опеки и  
попечительства Калининского  
и Красногвардейского района



Комплексный центр социального  
обслуживания населения  
Красногвардейского района



Центр  
организации  
социального  
обслуживания



# ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ

ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ



Врач-фтизиатр  
Врач-хирург  
врач ЛОР  
врач-офтальмолог  
**врач-терапевт/врач общей практики**  
**врач-невролог**  
Гастроэнтеролог, эндокринолог, онколог, а также другие врачи-узкие специалисты по необходимости

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА



Специалист по социальной работе

ОФОРМЛЕНИЕ ФОРМЫ 088/У



Лечащий врач (врач-фтизиатр)

ПРОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ПОДКОМИССИИ ПО ЭВН



Лечащий врач (врач-фтизиатр)  
Заместитель гл.врача по КЭР

- ✓ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ В БЮРО МСЭ
- ✓ ПОЛУЧЕНИЕ ИПРА
- ✓ СОДЕЙСТВИЕ ПАЦИЕНТУ В ПОЛУЧЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ



Специалист по социальной работе  
(по доверенности от пациента)

ПРОВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ



МДРК

# Структура системы централизованного контроля внутри противотуберкулезного диспансера

## Врачебная комиссия

Врачебная подкомиссия по диспансерному наблюдению  
Врачебная подкомиссия по лечению и реабилитации  
Врачебная подкомиссия по санаторно-курортному лечению  
**Врачебная подкомиссия по экспертизе временной нетрудоспособности**  
Врачебная подкомиссия по разбору летальных исходов

Протоколы с решением врачебной комиссии

Заместитель главного врача

Анализ диспансерного наблюдения  
Анализ заболеваемости  
Анализ временной нетрудоспособности  
Анализ летальности

Должностные инструкции  
Коллективный договор  
Эффективный контракт

## Федеральный реестр лиц, больных туберкулезом

## Комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 785н  
«Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

### Три уровня

Лечащий врач

Заведующий отделением

Врач, ответственный за ВКК

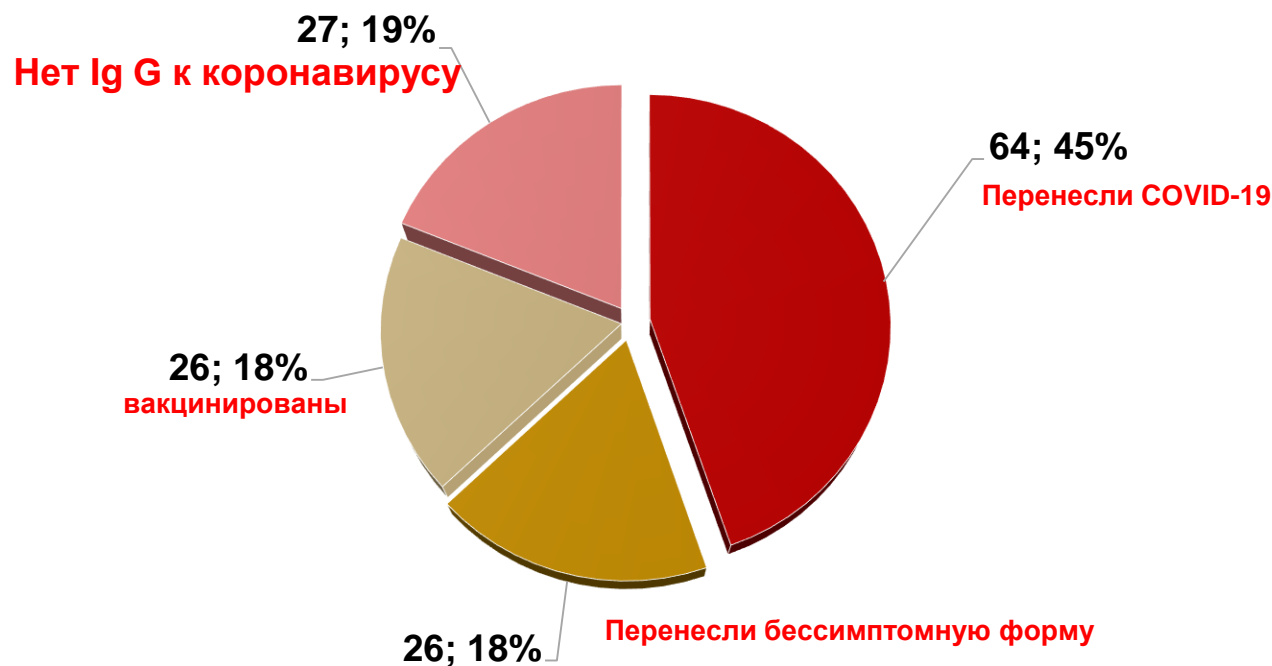
Карты контроля качества специализированной медицинской помощи

При сравнении результатов проверки карт за 2019 и 2020 гг достоверно снизилось число дефектов оформления медицинской документации – с 40% в декабре 2019 года до 15% в декабре 2020 года ( $\chi^2 = 78.252, p < 0,001$ )

**Дефекты при направлении на МСЭ в 2019-2020 гг отсутствуют**

# Новая коронавирусная инфекция среди сотрудников СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5»

Обследовано 143 сотрудника в марте 2021 года



- Есть IgG к SARS-CoV-2 (болели)
- Есть IgG к SARS-CoV-2 (перенесли бессимптомно)
- Есть IgG к SARS-CoV-2 (вакцинированы Спутник V)
- Нет IgG к SARS-CoV-2 (не вакцинированы)

**КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ – 81%**

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

1. Необходимость направления на МСЭ пациентов без стойких нарушений функций в связи с длительными сроками лечения (более 12 месяцев) с последующим отказом в установлении инвалидности;
2. Отсутствие социальных льгот у длительно нетрудоспособных пациентов без инвалидности (проезд в общественном транспорте, проезд к месту санаторно-курортного лечения, оплата коммунальных услуг и т.д.);
3. Ограничение возможности получения амбулаторной медицинской помощи для больных активным туберкулезом (стоматологическая помощь, помощь узких специалистов, реабилитационные мероприятия);
4. Отсутствие стандартов и рекомендаций по реабилитации больных туберкулезом;
5. Отсутствие регламентации деятельности, профессиональных стандартов и возможности профессионального усовершенствования специалистов по социальной работе в медицинских организациях.

# ВЫВОДЫ

- В период 2016-2020 гг. наблюдалась положительная динамика основных показателей при туберкулезе и ВИЧ-инфекции – снижение уровня заболеваемости, смертности и первичной инвалидности как в РФ, так и в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.
- Уровень заболеваемости, смертности и первичной инвалидности при ВИЧ-инфекции выше, чем при туберкулезе.
- Меняется структура первичной инвалидности и в ней лидирует ВИЧ-инфекция.
- В структуре первичной инвалидности вследствие туберкулеза преобладали мужчины со второй группой трудоспособного возраста (среднего возраста), в отличие от ВИЧ-инфекции, при которой высокий процент инвалидов молодого возраста.
- Специфичность ведения и лечения туберкулеза (длительность, эпидемическая опасность) необходимо учитывать при разработке нормативно-правовой документации как по МСЭ, так и по социальному обеспечению.
- Возможности отделения медико-социальной помощи и реабилитации оптимизируют ведение сопутствующей патологии у больных туберкулезом, а также проведение реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.
- Необходима разработка стандартов и рекомендаций по реабилитационной помощи больным туберкулезом.