

Приложение
к Приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 31.01.2007 № 77

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ
от 28.10.2009 № 853н)

Медицинская документация
Форма № 088/у-06

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ФКУЗ МСЧ МВД России по Кемеровской области, Кемерово, ул Кузбасская, 10-А
(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

Дата выдачи “ 05 ” 05 2015 г.*

1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу
(далее – гражданин): Попов Игорь Васильевич

2. Дата рождения: 04.06.1966 3. Пол: Муж.

4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя): _____

5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации):
г. Кемерово, пр. Ленина, 138 Б – 50

6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория “ребенок-инвалид”
(нужное подчеркнуть).

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____
(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть).

10. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу _____
старший специалист
(указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: “не работает”)

11. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин: _____
ГУ МВД России по Кемеровской области, ЦФО, г. Кемерово, ул. Островского, д. 17

12. Условия и характер выполняемого труда: работа в офисе, с ПЭВМ, оргтехникой, документацией

* Не позднее одного месяца со дня выдачи настоящего направление может быть представлено гражданином (его законным представителем) в филиал главного бюро медико-социальной экспертизы – бюро медико-социальной экспертизы.

13. Основная профессия (специальность): бухгалтерский учет и аудит, экономист

14. Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание): не имеет

15. Наименование и адрес образовательного учреждения:

16. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть): _____

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

18. Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с 1997 г.

19. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность): Считает себя больным с 1990г, когда появились ноющие боли и скованность в поясничном и грудном отделах позвоночника, без видимой причины. При обследовании выставлен DS: Болезнь Бехтерева, пролечен в стационаре дорожной больницы. В течение 5 лет принимал делагил, индометацин с положительным эффектом. Со слов больного – в 1997г данный диагноз был снят неврологом, прием делагила прекращен, наблюдался по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Чувствовал себя удовлетворительно до 2004г. В 2004г появились боли в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника. Принимал индометацин с незначительным положительным эффектом, рекомендована ЛФК. В 2005г госпитализация в ГКБ №3, где подтвержден диагноз Анкилозирующего спондилита, назначена базисная терапия метотрексатом 7,5мг/нед., отмечалась положительная клиничко-лабораторная динамика, уменьшился болевой синдром, нормализовались лаб.показатели, в связи с герпетическими высыпаниями на губах был отменен, назначена базисная терапия Аравой 20мг\сут.Эффекта от приема Аравы не отмечалось в течение полугода, в связи с чем госпитализирован в ЖДБ, назначен преднизолон 20мг\сут, с постепенным снижением дозы в течение 6 мес. до полной отмены. С января 2007г после отмены преднизолона вновь активность АС, госпитализация в ГКБ №3, назначена базисная терапия сульфасалазином 2,0 в сутки, преднизолон 15мг\сут с последующим переходом на поддерживающую дозу СС 1,0\сут, отменой преднизолона в течение полугода и стойкой клиничко-лабораторной ремиссией до начала 2012г (регулярные занятия ЛФК). Ухудшение с начала апреля 2012г, в виде усиления болевого с-ма и скованности в шейном, поясничном отделах позвоночника, в нижней части спины. Принимал найз 200мг\сут с временным (+) эффектом. С 23.04.2012г после осмотра ревматолога амбулаторно вновь начата базисная терапия Аравой, на фоне терапии которой эффекта не отмечено. При госпитализации в ГКБ №3 в мае-июне 2012г подобрана комбинированная базисная терапия: сульфасалазин 1,5мг\сут + Арава 10мг\сут, с последующим увеличением дозы сульфасалазина до 2г\сут и назначением преднизолона 7,5мг\сут. Доза преднизолона постепенно снижена до полной отмены к январю 2013г. При госпитализации в ГКБ №3 в феврале 2013г: с учетом длительного стажа достоверного АС с системными проявлениями (хр.рецидивирующий иридоциклит), высокой активностью согласно BASDAI , сохраняющейся лабораторной активностью при длительном лечении НПВП (прием неселективных НПВС ограничен в связи с наличием язвенного анамнеза, а также отсутствием клинического эффекта от приема индометацина), сульфасалазином, ГКС (в анамнезе также прием МТ и лефлунамида) – имеются показания для назначения ингибиторов ФНО-альфа (инфликсимаб (ремикейд), либо адалимумаб (хумира)). Выписан с рекомендациями приема: сульфасалазин 2г\сут (с постепенным увеличением дозы на 500мг\нед до дозы 3000мг\сут (=40мг\кг веса)) и Целебрекса 200мг\сут. Лефлунамид, в связи с неэффективностью отменен. После выписки в связи с улучшением самочувствия самостоятельно снизил дозу СС до 1г\сут. При госпитализации в ГКБ №3 в марте 2014г базисная терапия не менялась. Последняя госпитализация в ГКБ №3 в марте 2015г, в связи с ухудшением в виде усиления боли и скованности в нижних

отделах позвоночника, артралгий в коленных суставах, мелких суставах кистей, декомпенсации АГ, появления давящих болей в гр.клетке. По BASDAI – 6,45 баллов (что соответствует высокой степени активности заболевания). Выписан в относительно удовлетворительном состоянии с положительной динамикой (в виде уменьшения болевого вертеброгенного синдрома, уменьшения проявлений полинейропатии. В настоящее время принимает: СС 2г\сут, целекоксиб 200-400мг\сут, конкор 5мг утро, престариум 5мг вечер, омега-3 20мг\сут, аторвастатин 10мг н\ночь.

(подробно описывается при первичном направлении; при повторном направлении отражается динамика за период между освидетельствованиями, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма)

20. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением):

С 1997г – хр.рецидивирующий иридоциклит.

С 1998г – ЯБ желудка, эрадикация в 2008г.

С 2001г – НЦД по гипертоническому типу.

С 2002г – ПОХ.

В X-XI 2002г – операция – геморроидэктомия.

С 2004г – ГБ.

С IX 2005г – диагностирован анкилозирующий спондилоартрит.

2006г – герпетическая инфекция губ, носа. XI 2006г – о.гастроэнтероколит. XII 2006г – ГПОД.

2007г – анкилозирующий спондилоартрит, активность III. НТГ. Ожирение I ст, стеатогепатит.

2011г – ГЭРБ.

2012г – Ретикулярный варикоз н\конечностей. Межреберная невралгия слева.

(заполняется при первичном направлении)

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

№	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз
1	28.02.2014г	18.03.2014г	19	анкилозирующий спондилоартрит
2	20.10.2014г	22.10.2014г	4	ГБ
3	26.02.2015	05.05.2015г	69	анкилозирующий спондилоартрит

22. Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении, указываются конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют):

23. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):

Жалобы: боли в позвоночнике, больше в поясничном отделе и в тазовом поясе, постоянного ноющего хар-ра, боли в тазобедренных суставах, утренняя скованность более 5 часов, трудности при перемене положения тела.

St. preasens: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной влажности, телесного цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Границы относительной сердечной тупости сердца не расширены, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 в мин.. АД 120/80 мм рт ст.. Живот мягкий, б\болезненный, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. **St.loc:** С-образное изменение позвоночника. при пальпации болезненность по всем отделам позвоночного столба, максимально – в ПОП, в крестце, в костях таза. Ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Трудно присаживаться и встать со стула.

Ревматолог (25.03.15г): Болезненность при пальпации суставов не определяется. Болезненность при пальпации I реберно-грудиного сочленения, VII грудино-реберного сочленения, передне-верхней ости подвздошной кости, гребня подвздошной кости, задней верхней ости подвздошной кости, остистого отростка пятого поясничного позвонка, места прикрепления ахиллова сухожилия. Проба Шобера 5см. Наклон вправо 12см, влево 11см. Затылок стена 13см. Козелок стена 28см.

Окулист (04.03.15г): Жалобы: Снижение зрения на оба глаза, усталость при работе с ЭВМ.

Диагноз: Миопия ср.ст. ОД с астигматизмом. Миопия высшей степени с астигматизмом ОС. ПДС ОУ. Миелиновые волокна ДЗН ОУ. Хриридоциклит справа вне обострения.

Эндокринолог (21.11.14г): НТГ. Гипергликемия натощак. Остеопороз, Т-критерий -2,7.

24. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):

ОАК (05.05.15): лейкоц 6,2 x 10⁹/л, Нб 138 г\л, эритроц 5,05 x 10¹²/л, СОЭ 13мм\ч. Тр 236 x 10⁹/л, эоз-2%, пал-2%, сегм-51%, лимф-35%, мон-10%.

Микрореакция на сифилис, ИФА LuIs (11/03/15): отрицат.; HbsAg, ВГС – отрицат.

Проба Реберга (10.03.15): минутный диурез-0,8; креатинин крови – 0,09; креатинин мочи – 10; клиренс – 76,5; канальцевая реабсорбция – 99.

ОАМ (05.05.15): желт., проз-я, 1015, белок-0, сахар-0, лейкоц-0-1, эпителий-0-1 в п/зр, оксал-+.

БАК (05.05.15): билирубин-8,3 мкмоль/л, АСТ-2,6, АЛТ-13,4 Е/л, общий белок-70,3 г/л, фибриноген-4,0 г/л, СРБ-4+, мочевины-6,3 ммоль/л, креатинин-86,1 мкмоль/л, мочевины к-та-327,0 мкмоль/л, сахар- 8,0 ммоль/л, холестерин-5,1 ммоль/л.

б\х (17.03.15): глюкоза крови 7,8 ммоль\л, мочевины 7,1ммоль\л, креатинин 0,09мм\л, мочевины кислоты 296 мкмоль\л, холестерин общий 3,6ммоль\л, Калий 4,6мм\л, натрий 141мм\л, сыв.железо 10,4мм\л, ОЖСС 51,6мм\л, НЖСС 41,2мм\л, коэф.насыщения 20,1%, АСТ 39ед\л, АЛТ 43 ед\л, ГГТ 45 ед\л.

б\х крови (10.03.15г): билирубин 8,4мкмоль/л, билирубин связанный 2,4мкмоль/л, билирубин свободный 6 мкмоль/л, глюкоза крови 8,8 ммоль\л, мочевины 6,5 ммоль\л, креатинин 0,09мм\л, мочевины кислоты 288 мкмоль\л, холестерин общий 4,5 ммоль\л, Х-ЛПВП 0,75 мм\л, Х-ЛПНП 5,8мм\л, индекс Климиова 7,1, триглицериды 2,12мм\л, Калий 4,6мм\л, натрий 148мм\л, кальцийобщий 2,51 мм\л, кальций ионизированный 0,9мм\л, АСТ 37 ед\л, АЛТ 38ед\л, ЩФ 190 ед\л, ГГТ 49ед\л, амилаза крови 14,4 мг\мл в ч, КФК 107 ед\л.; ПТИ – 95; фибриноген – 3,6 г/л

Электрофорез фракций белка (10.03.15г): общий белок 71 г\л, альбумин 51,9%, глобулин а1 3,08%, глобулин а2 10,43%, глобулин в 16,34%, глобулин у 18,24%.

Тест на толерантность к глюкозе (12.03.15г): натощак - 5,8 ммоль\л, через 60 минут - 9,2 ммоль\л, через 120 минут – 7,1 ммоль/л.

Исследование на ревмопробы (10.03.15): СРБ (латекс-агглютинация)- 60 мг/л, от 17.03.15 – 75 мг/мл; ревматоидный фактор – отрицат. **Исследование гормонов (11.03.15):** ТТГ – 3,1 мкМЕ/мл.

Показатели гуморального иммунитета (14.03.15): ЦИК – 0,03 у.е.; Ig G – 16,6 МЕ/мл; Ig M – 2,5 МЕ/мл; Ig A – 2 МЕ/мл. **Ig G к ДНК (одноцепочечная, двухцепочечная)** от 14.03.15: dsДНК-Ig G – 17 МЕ/мл. **Кровь на HLA B-27 качеств. метод (12.05.12):** отрицательно.

R-гр. костей таза, т/бедренных суставов от 11.03.14: полный анкилоз в крестцово-подвздошных сочленениях. Умеренно сужены просветы суставных щелей в т/б суставах, субхондральный склероз замыкательных пластинок. Намечаются краевые костные разрастания у суставных впадин. 2-х ст. сакроилеит 4 ст. (по Келлгрону). Деформирующий артроз 1 ст. в т/б суставах. **R-гр подвздошных костей** от 06.05.15: четко не определяются щели крестцово-подвздошных сочленений как проявления анкилозирования.

R-гр. ПОП от 18.03.14: определяется остеопороз тел позвонков, гиперлордоз, суставные щели МПС не прослеживаются. Позвоночник в виде бамбуковой палки (б-нт Бехтерева). **R-гр ПОП от 06.05.15:** болезнь Бехтерева, остеохондроз 1-2 ст. L4-S1.

R-гр. ШОП от 16.01.13: остеохондроз, спондилез, аномалия Киммерли С1.

R-гр. ГОП от 16.01.13: признаки б-ни Бехтерева в виде выраженного кифоза, клиновидной деформации тел позвонков 6-9, «бамбуковой палочки» 8-12 позвонков.

ЭНМГ н/конечностей от 06.03.14: с-м полиневропатии н/конечностей преимущественно аксонального типа. Радикулопатия L5, S1 с обеих сторон. В сравнении с ЭМГ от 2012 года динамика отрицательная.

Денситометрия от 28.02.14: Т-критерий – 2,7 (Z – 2,9) – позвоночник; 1,3 – бедро. Закл.: остеопороз.

МСКТ ОГК 06.02.13 № 36151: справа в передне-нижних отделах определяются нежные фиброзные изменения в виде тяжелой линейной формы, вероятно за счет остаточных явлений перенесенного ранее воспалительного процесса. На остальном протяжении легкие без очагов и инфильтраций. Бронхи проходимы. Синусы свободны. Лимфоузлы корней легких и средостения не увеличены. **ФЛГ ОГК № 20 (19.02.15):** Корни уплотнены. Линейный склероз на уровне IV ребра справа. Сог – расширено за счет левого желудочка.

ЭХО-доплерокардиография от 11.03.15: ЛП – 4,3 см (N – 2,0-4,0; МЖП – 1,14 см (N- 0,6-1,1); ЗСЛЖ – 1,0 см (N-0,6-1,1); ФВ – 61% (N-60-70%). Аорта – 3,5 см (N – 2,0-3,6); ОАК – 2,06 см (N- 1,8); ПЖ – 2,3 см (N-меньше 2,5); ПП – 3,1*4,7 см (N– 3,2*4,6). Признаков легочной гипертензии нет. Дилатация ЛП, ЛЖ. МК – регургитация 0-1 ст. АК, ТК – регургитации нет. Закл.: сократительная способность миокарда удовлетворительная.

ЭКГ от 17.03.15: синусовый ритм с ЧСС 63 в мин. Блокада передней ветви левой ножки п. Гиса. Дисметаболические изменения миокарда.

СМ-ЭКГ от 11.03.15: Закл.: на фоне синусового ритма с ЧСС от 52 до 128 уд./мин., продолжавшегося в течение всего времени наблюдения, зарегистрированы следующие типы аритмий: 1) одиночные полиморфные желудочковые экстрасистолы (всего 547), III градация по Lowп; 2) одиночные предсердные экстрасистолы (всего 74); 3) пара из наджелудочковой и желудочковой экстрасистол (всего 1); 4) толерантность к нагрузке: ниже средней; 6) ишемических изменений ST-T не обнаружено.

ФГДС от 10.03.15: закл.: недостаточность кардиального жома. Признаки грыжи ПОД.

Хронический гастрит. R-гр.исследование желудка от 17.03.15: фиксированная грыжа ПОД.

УЗИ ОБП, почек от 10.03.15: диффузные изменения печени, поджелудочной железы; структурные изменения полостной системы почек, мелкая паренхиматозная киста левой почки.

25. Масса тела (кг) 92, рост (м) 168, индекс массы тела 32,8.

26. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).

27. Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

28. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

29. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

а) код основного заболевания по МКБ: M45.0

б) основное заболевание:

Анкилозирующий спондилит, HLA B-27 неассоциированный, поздняя стадия, активность высокая. Двухсторонний сакроилеит, R-стадия IV. Остеопороз (Z-критерий -2,9 (ПОП), февраль 2014г). Остеоартроз т/бедренных суставов, R-стадия I, ФНС 0-I. Полиневропатия н/конечностей. Локальный склероз правого легкого. Хр.иридоциклит справа, вне обострения.

в) сопутствующие заболевания:

Нарушенная толерантность к углеводам. Ожирение 1 ст. Стеатогепатоз.

Гипертоническая болезнь II стадии, достигнутая степень АГ 1, дислипидемия.
 Гипертриглицеридемия. ГЛЖ. МАУ. Атеросклероз экстракраниальных артерий. ЖЭС III градации по Lowp. Суправентрикулярная экстрасистолия. Риск 3.
 Язвенная болезнь желудка в анамнезе. Фиксированная грыжа ПОД. ГЭРБ. Хр.гастрит.
 Миопия ср.ст.правого глаза и высокой степени левого глаза с астигматизмом OU. ПДС OU.
 Мелкая паренхиматозная киста левой почки. ХПН 0. ХБП 0-1ст.

г) осложнения:

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

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

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

33. Цель направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть): для установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, для другого (указать):

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания: медикаментозное лечение.

(указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, заключение о санаторно-курортном лечении с предписанием профиля, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации).

Председатель врачебной комиссии:	_____	_____
	(подпись)	Рыжкова О.В. (расшифровка подписи)
Члены врачебной комиссии:	_____	_____
	(подпись)	Копачева Н.В. (расшифровка подписи)
	_____	_____
	(подпись)	Логинова Е. И. (расшифровка подписи)
	_____	_____
	(подпись)	Иванова Ю. Н. (расшифровка подписи)

М.П.

7. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:
установлена инвалидность первой, второй, третьей группы, по категории “ребенок-инвалид”
(нужное подчеркнуть);

причина инвалидности: _____

степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

дата переосвидетельствования: _____

рекомендации по медицинской реабилитации: _____

рекомендации по профессиональной, социальной, психолого-педагогической реабилитации: _____

8. Причины отказа в установлении инвалидности: _____

9. Дата отправки обратного талона: “ ___ ” _____ 20__ г.

Руководитель федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.