

## ЭКСПЕРТНЫЕ ВОПРОСЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА

## EXPERT QUESTIONS IN THE PRACTICE OF A RHEUMATOLOGIST

L. Zotova

*Summary.* Rheumatic diseases are a source of serious medical, psychological, social problems for a person and society. This pathology is characterized by a wide prevalence, often an early onset, a continuously progressive course, which initially leads to regular episodes of temporary disability, and subsequently to disability. Even timely and complete therapy cannot guarantee the absence of disease progression in all patients. A rheumatologist should be well versed not only in clinical guidelines, but also in legislative acts that regulate issues related to the establishment of disability. A feature of the medical and social examination and all processes related to the referral of a patient, examination, decision-making, is strict adherence to legislative acts, in which all these steps are spelled out in detail.

*Keywords:* rheumatic pathology, rheumatologist, clinical guidelines, professional standard, medical and social expertise, disability.

**Зотова Людмила Алексеевна**

К.м.н., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
dr.zotova@gmail.com

*Аннотация.* Ревматические заболевания являются источником серьезных медицинских, психологических, социальных проблем для человека и общества. Для данной патологии характерна широкая распространенность, часто — раннее начало, непрерывно прогрессирующее течение, которые приводят вначале к регулярным эпизодам временной нетрудоспособности, а в последующем — и к инвалидности. Даже своевременная и полноценная терапия не может гарантировать отсутствие прогрессирования заболевания у всех больных. Врач-ревматолог должен хорошо ориентироваться не только в клинических рекомендациях, но и в законодательных актах, которые регулируют вопросы, связанные с установлением инвалидности. Особенностью медико-социальной экспертизы и всех процессов, связанных с направлением пациента, освидетельствованием, принятием решения, является четкое следование законодательным актам, в которых подробно прописаны все эти шаги.

*Ключевые слова:* ревматическая патология, врач-ревматолог, клинические рекомендации, профессиональный стандарт, медико-социальная экспертиза, инвалидность.

**Р**евматическая патология предполагает в большинстве случаев хроническое течение заболевания и стойкое, необратимое нарушение функций организма, выраженное в различном объеме: от минимальных, незначимых изменений до потери способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Раннее активное фармакологическое лечение наряду с междисциплинарным реабилитационным подходом улучшает клинические результаты. Тем не менее достаточно часто у врача-ревматолога возникает вопрос о необходимости направления наблюдаемого пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для признания или непризнания его инвалидом, определения группы инвалидности и разработки программы реабилитации. Все этапы обследования, направления и проведения экспертизы регламентируются существующими в законодательстве РФ нормативно-правовыми актами. В свою очередь, обязанность врача-ревматолога ориентироваться в этих вопросах прописана в профессиональном стандарте [1].

Как врачу-ревматологу, так и пациенту, не следует совершать ошибку и считать такие характеристики, как дли-

тельность болезни, высокую активность заболевания или наличие одновременно нескольких разных диагнозов основанием для установления инвалидности. Понятие «инвалид» четко определено в различных законодательных актах. Так, Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N181-ФЗ дает определение «Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [2]. Таким образом, наличие хронического заболевания, которое привело к стойким изменениям организма, является лишь одним из условий, чтобы признать пациента инвалидом [3].

Законодательно определены функции организма, которые могут быть нарушены из-за различных заболеваний, оцениваемые при проведении МСЭ, а результат оценки играет важную роль при принятии решения, признать ли человека инвалидом и для определения группы инвалидности. Список функций, подлежащих

оценке при освидетельствовании, достаточно большой, но если мы говорим о ревматической патологии, то чаще всего нарушаются так называемые статодинамические функции: нейромышечные, скелетные и связанные с движением (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статика, координация движений) [4], поэтому их нарушения должны быть подробно описаны врачом в Форме направления на МСЭ. Иные системы тоже могут быть патологически изменены из-за осложнений основного заболевания или проводимой терапии: так, прием нестероидных противовоспалительных препаратов может стать причиной эрозивного поражения желудочно-кишечного тракта или снижения функции почек, в таком случае это должно быть исследовано и описано в Форме направления на МСЭ.

Многоуровневое устройство учреждений МСЭ с выделением трех уровней (бюро, главные бюро и Федеральное бюро) связано с их несколько различными функциями и возможностями. Единство различных уровней состоит в проведении освидетельствований, установлении факта наличия инвалидности, определения группы (если инвалидом признан гражданин в возрасте 18 лет и старше), причины (чаще всего — «общее заболевание»), срока (на какой период гражданин признается инвалидом) и времени наступления инвалидности (то есть, с какого числа наступила инвалидность), а также в разработке индивидуальных программ реабилитации или абилитации [5]. В состав бюро любого уровня входят как минимум три врача. При необходимости в состав специалистов включается психолог, реабилитолог или социальный работник. На настоящий момент единственное требование в отношении сертификации врачей, входящих в состав бюро — как минимум один из них должен иметь сертификат врача по МСЭ [6]. Следовательно, вероятность того, что в проведении процедуры будет принимать участие ревматолог, крайне низка.

Освидетельствование как очное, так и заочное, должно быть проведено в сроки, не превышающие 30 рабочих дней с даты регистрации в бюро направления на МСЭ, либо заявления пациента о проведении МСЭ [7]. Однако, существует и исключение — законодательно установлен срок проведения экспертизы не более 3 рабочих дней для пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи или находящихся на лечении в стационаре после операции по ампутации конечности или конечностей и которым необходимо протезирование (в ревматологической практике такие ситуации крайне редки).

На текущий момент получить направление на МСЭ можно в любой медицинской организации независи-

мо от ее организационно-правовой формы, в органе пенсионного обеспечения или социальной защиты населения [7]. Чаще на МСЭ направляет медицинская организация [8], при этом следует обратить внимание на значимую фразу «медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы». Под этим подразумевается, что на МСЭ направляет не только государственная поликлиника или стационар, но, если пациент наблюдается в коммерческом медицинском центре, например, в рамках ДМС или платно, то направление на МСЭ могут оформить и в этой организации при наличии лицензии, врачебной комиссии.

Следующим сложным вопросом является срок направления пациента на МСЭ. Медицинская организация направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма [7]. Перед направлением на МСЭ следует точно установить диагноз, провести обследования, назначить лечение, при неэффективности терапии её необходимо изменять, возможно, направить на стационарное лечение, так как амбулаторное лечение не помогает. Лечение ревматических заболеваний — длительный процесс, при котором необходимо в течение нескольких месяцев ждать эффект от проводимой базисной терапии — в этом случае врач должен оценивать динамику состояния, так как следует убедиться в появлении стойких расстройств функций организма, прежде чем направить пациента на МСЭ. Не стоит забывать, что необходимость в получении дорогостоящего лечения (биологическими генно-инженерными препаратами, ингибиторами малых молекул) не является поводом для направления на МСЭ и установления инвалидности. Кроме того, принимать решение по вопросам инвалидности могут только сотрудники бюро МСЭ при проведении освидетельствования, а в обязанности врача-ревматолога входит лишь корректно провести процесс направления, поэтому при общении с пациентом не следует применять нередко используемые фразы «Вам положена инвалидность» или «Вам должны дать 2 группу инвалидности».

Какие же обследования и консультации должны быть сделаны перед направлением на МСЭ пациента с ревматической патологией. Список обследований является законодательно установленным, врач не самостоятельно выбирает, какие консультанты должны оставить свои записи в Форме направления на МСЭ и какие анализы или инструментальные исследования следует провести заранее. Ранее, до августа 2021 г., не было единого предписанного стандарта обследований при направлении на МСЭ пациентов с ревматологической патологией 18 лет и старше, следовательно, могла возникать необходимость в дополнительных обследованиях по решению

бюро МСЭ, затягивался процесс процедуры освидетельствования. Сейчас данный список и сроки валидности тех или иных обследований четко установлен [9]. Если какое-то исследование не будет выполнено или устарело — бюро МСЭ имеет право отказать в проведении МСЭ и вернуть Форму направления в поликлинику для дообследования пациента и исправления документа. Например, у пациентов 18 лет и старше с абсолютно любой ревматической патологией обязательными являются: консультация врача-ревматолога — для определения степени нарушения функции суставов, общий анализ крови, мочи и анализ крови биохимический, рентгенография пораженной части костного скелета. Затем открываем раздел обследований, предписанных для конкретного диагноза. Так, если мы направляем пациента с ревматоидным артритом (РА), обязательными в дополнение в вышеуказанным исследованиям будут: осмотр врача-ревматолога с указанием индексов активности (DAS28, SDAI, CDAI) и функционального состояния (HAQ), определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови, С-реактивный белок [9]. Список дополнительных исследований является более широким, в частности: эзофагогастродуоденоскопия — если у пациента есть эрозии или язвы в желудочно-кишечном тракте как осложнение от проводимой терапии, компьютерная томография органов грудной полости — при патологических изменениях, выявленных по результатам рентгенографии органов грудной клетки или при системных проявлениях артрита (интерстициальное заболевание легких, ревматоидные узлы), рентгенография кистей, стоп, определение количества белка в суточной моче, оценка клиренса креатинина (проба Реберга) — если у пациента диагностирован амилоидоз, консультация врача-офтальмолога при склерите и/или эписклерите, консультация невролога при тоннельных синдромах и нейропатии, УЗИ сердца — при наличии его поражении [9]. Таким образом, если у пациента выявляются осложнения РА или вследствие проводимой терапии, то необходимо убедиться, что данная информация перенесена в Форму направления и проведены исследования, которые их подтверждают.

Далее, после подписания врачебной комиссией направления на МСЭ, оно в течение 3 рабочих дней передается медицинской организацией в бюро МСЭ, где представленные документы подлежат первичному изучению. Если направление оформлено некорректно, не включает описание всех обязательных по закону обследований, бюро в течение 3 рабочих дней после регистрации этого направления возвращает его в медицинскую организацию с письменным обоснованием, что следует исправить, какие обследования провести. Медицинская организация на исправление замечаний имеет 14 рабочих дней со дня возврата, в случае необходимости проводит необходимые медицинские об-

следования и осуществляет обратную передачу скорректированного направления в бюро [5].

Во время освидетельствования специалисты бюро изучают представленные документы, проводят анализ клиничко-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных и на основе полученных документов, сведений, данных обследования принимают решение об установлении инвалидности. Освидетельствование может проходить очно, либо заочно. Решение принимается простым большинством голосов специалистов бюро, проводивших освидетельствование [5].

Если гражданин признается инвалидом, в зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма ему устанавливается I, II или III группа инвалидности, если же экспертизу проходил пациент моложе 18 лет — то категория «ребенок-инвалид» (у лиц до 18 лет нет групп инвалидности). Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп — на 1 год. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается сроком на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения возраста 14 лет либо 18 лет [7]. В последующем пациент несколько раз проходит повторные освидетельствования, группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования устанавливается не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом, если нет улучшения функций. Однако есть исключения, при которых группа инвалидности (или категория «ребенок-инвалид») устанавливается без срока переосвидетельствования (до достижения возраста 18 лет) при первичном освидетельствовании. Например, ювенильный артрит с выраженными и значительно выраженными нарушениями статодинамических функций, системы крови и иммунной системы; системная красная волчанка тяжелого течения с высокой степенью активности, быстрым прогрессированием, склонностью к генерализации и вовлечением в процесс внутренних органов со стойкими выраженными, значительно выраженными нарушениями функций организма, без эффекта от лечения с применением современных методов и др. [7]. То есть, уже при первичном направлении пациентам с такими диагнозами следует особо внимательно и подробно заполнять Форму направления на МСЭ, чтобы при проведении экспертизы было принято корректное решение.

Принятие решения о признании пациента инвалидом и определение группы инвалидности осуществляется следующим образом. При проведении экспертизы обязательно проводится оценка выраженности стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, вызванных ими. Ревматическая патология в основном приводит к стойкому нарушению статодинамической функции. Выделяются 4 степени выражен-

ности стойких нарушений функций организма человека: I степень — незначительные нарушения в диапазоне 10–30%; II степень — умеренные нарушения в диапазоне 40–60%; III степень — выраженные нарушения в диапазоне 70–80%; IV степень — значительно выраженные нарушения в диапазоне 90–100% [4]. Рассмотрим пример с ревматоидным артритом у пациента старше 18 лет. Находим раздел 13.1.1. в Приложении № 1 [4]:

- ◆ Отсутствие или незначительное нарушение функции организма: функциональный класс (ФК) I, рентгенологическая стадия I, отсутствие или I степень активности заболевания, отсутствие системных проявлений и осложнений заболевания и/или проводимой терапии оценивается как нарушение статодинамической функции в диапазоне 10–30%;
- ◆ умеренное нарушение функции организма: ФК II, рентгенологическая стадия II, II степень активности, отсутствие системных проявлений, наличие осложнений заболевания и/или терапии, соответствует умеренно выраженным нарушениям функций организма — 40–60%;
- ◆ выраженное нарушение функции организма: ФК II — III, рентгенологическая стадия II — IV, II — III степень активности заболевания, наличие системных проявлений и осложнений заболевания и/или терапии, приводит к выраженным нарушениям функций организма — 70–80%;
- ◆ значительно выраженные нарушения функции организма: ФК IV (обоих тазобедренных, или более двух крупных суставов в функционально невыгодном состоянии), рентгенологическая стадия III — IV, вне зависимости от активности заболевания на фоне терапии, наличие системных проявлений, осложнений заболевания и/или терапии, приводит к значительно выраженным нарушениям функций организма — 90–100%.

Таким образом, для корректной оценки выраженности нарушений функций важно, чтобы диагноз в форме направления на МСЭ был сформулирован полноценно, с указанием стадий, степеней активности, ФК и т.д.

Далее при проведении экспертизы оцениваются, какие категории жизнедеятельности нарушены вследствие имеющейся патологии. К основным категориям жизнедеятельности человека относятся: способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению, трудовой деятельности [2]. Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека. Оценить наличие ограничений категорий жизнедеятельности и их выраженность можно в первую очередь на основании опроса, изучении жалоб.

Итак, врачи эксперты при освидетельствовании определяют, на сколько процентов нарушены функции, какие категории жизнедеятельности ограничены и какова степень ограничения этих категорий. Это нужно для того, чтобы решить, будет ли пациент признан инвалидом. Если пациенту 18 лет и старше, необходимо, чтобы нарушение функций было в диапазоне 40–100% плюс должно быть ограничение а) одной категории жизнедеятельности 2, либо 3 степени или б) нескольких категорий жизнедеятельности в любой степени. Более мягкие критерии применяются при освидетельствовании лиц моложе 18 лет. При этом случае необходимо, чтобы нарушение функций было также в диапазоне 40–100% плюс должно быть хотя бы одно ограничение жизнедеятельности в любой степени. После того, как человек признается инвалидом, лицам 18 лет и старше определяется группа инвалидности (у лиц до 18 лет групп нет). Определяется это также исходя из процента нарушений функций: стойкое нарушение функций в диапазоне 90–100% является основанием для определения 1 группы инвалидности, 70–80% — 2 группы и 40–60% — 3 группы инвалидности [4].

Таким образом, ориентируясь в основных законодательных актах, описывающих этапы направления на МСЭ и проведения экспертизы, врач-ревматолог выполняет обязанности, предписанные профессиональным стандартом, и соблюдает права пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 января 2019 г. N50н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-ревматолог». <https://base.garant.ru/72185032/>
2. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». <https://base.garant.ru/10164504/>
3. Быковская Т.Ю., Шаркунов Н.П., Макаренко А.С. и др. Актуальные вопросы направления граждан на медико-социальную экспертизу. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021; 2: 7–13. DOI 10.17238/issn1999-2351.2021.2.7-13.
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. N585н «Об классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/>

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 декабря 2020 г. № 979н "Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы" <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400751882/>
6. Пузин С.Н., Дмитриева Н.В., Пайков А.Ю. и др. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020; 23 (1): 29–37. DOI 10.17816/MSER34613.
7. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N95 (ред. от 26.11.2020) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_58610/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/)
8. Пузин С.Н., Быковская Т.Ю., Меметов С.С. и др. Медико-социальная экспертиза на современном этапе: проблемы, пути решения. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2018; 1: 7–14.
9. Приказ Минтруда России N402н, Минздрава России N631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы». <https://base.garant.ru/401556536/>

© Зотова Людмила Алексеевна ( dr.zotova@gmail.com ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова