

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.2:616-036.865

Гусева Н.К.¹, Бердугин В.А.², Зубеев П.С.^{1,3}, Баранова С.В.³

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ КРУПНОГО БОЛЬНИЧНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

¹ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород, Россия;

²ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, 603001, г. Нижний Новгород, Россия;

³ГБУЗ Нижегородской области «Городская больница №33 Ленинского района города Нижнего Новгорода», 603076, г. Нижний Новгород, Россия

На современном этапе развития медико-социальной экспертизы (МСЭ) большую роль сыграла ратификация конвенции о правах инвалидов в РФ. Попытка обеспечить гражданам с ограничениями жизнедеятельности участие в гражданской, политической, социальной и культурной жизни общества потребовала внесения существенных изменений и дополнений в нормативно-законодательную базу РФ, регулируемую различными сторонами жизни российских граждан. Изменения, произошедшие в нормативно-законодательных актах, повышают значение медицинских организаций в МСЭ в плане установления и формулирования медицинского диагноза пациента, определения характера и стойкости нарушений функций организма, разработки и реализации внутриучрежденческих программ реабилитации инвалидов. В связи с этим важно учитывать готовность медицинских организаций оперативно реагировать на изменения экспертного законодательства и вносить свою лепту в обеспечение непрерывности, последовательности, преемственности и комплексности экспертно-реабилитационного процесса. Целью настоящего исследования было выявить основные тенденции в работе врачебных комиссий медицинских организаций по направлению больных на МСЭ на примере крупного больнично-поликлинического объединения.

Удалось выяснить, что на текущий момент процедура направления граждан на МСЭ в объединении хорошо управляема, ориентирована на лиц как старшего, так и среднего возраста и их потребность в освидетельствовании с учётом результатов реабилитации. За время наблюдения отмечен рост числа направленных на МСЭ, в основном за счёт лиц, направленных на переосвидетельствование, что связано как с тяжестью контингента, обращающегося в организацию, так и с использованием современных технологий лечения, требующих длительного периода реабилитации, а также с накоплением контингента инвалидов. Поэтому при освидетельствовании лиц старшей возрастной группы, видимо, будет необходимо участие гериатров.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза; врачебная комиссия; группа инвалидности; период реабилитации.

Для цитирования: Гусева Н.К., Бердугин В.А., Зубеев П.С., Баранова С.В. Анализ работы врачебной комиссии крупного больнично-поликлинического объединения по направлению больных на медико-социальную экспертизу. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2017; 20 (4): 185–191. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-4-185-191>

Для корреспонденции: Бердугин Виталий Анатольевич, канд. мед. наук, заместитель начальника догворного отдела. E-mail: vberdt@gmail.com.

Guseva N.K.¹, Berdugin V.A.², Zubeev P.S.^{1,3}, Baranova S.V.³

ANALYSIS OF THE ACTIVITY OF THE DOCTORAL COMMISSION OF LARGE HOSPITAL-POLYCLINIC ASSOCIATION ON THE REFERRAL OF PATIENTS TO MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE

¹Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation;

²Volga District Medical Centre, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation;

³Municipal Hospital No №33, Nizhny Novgorod, 603076, Russian Federation;

The peculiarity of the current stage of the development of medical and social expertise (MSE) is, first of all, the ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the Russian Federation. An attempt to ensure the participation of citizens with restrictions in activities in the civil, political, social and cultural life of the society required significant changes and additions to the regulatory and legislative framework of the Russian Federation that regulates various aspects of the life of Russian citizens. Changes in regulatory and legislative acts increase the role and importance of medical organizations in MSE in terms of establishing and formulating a medical diagnosis of the patient, determining the nature and persistence of disorders of the body's functions, developing and implementing intra-institutional rehabilitation programs for people with disabilities. In this regard, it is important to take into account the readiness of medical organizations to respond promptly to changes in expert legislation and to make contributions into the provision of the continuity, consistency, succession and complexity of the expert – rehabilitation process. The purpose of this study was to identify the main trends in the work of disability evaluation boards of medical organizations on the example of a large hospital-polyclinic association for the referral of patients for MSE. It was succeeded to clarify out that to date the procedure for referral citizens to MSE in the association is well managed, targeted at individuals, both of senior and middle ages and their need for examination, taking into account results of rehabilitation. During the period of observation, there was noted the gain in the number of people referred for MSE, mainly at the expense of persons referred for the reassessment, which is related both with the severity of the contingent appealing to the organization and using modern treatment technologies requiring a long rehabilitation period and with the accumulation of a contingent disabled

people. Therefore, in examination persons of the older age group, the participation of geriatricians will probably be necessary.

Key words: *medical and social expertise (MSE); disability evaluation boards (DEB); disability group; rehabilitation period.*

For citation: Guseva N.K., Berdutin V.A., Zubeev P.S., Baranova S.V. Analysis of the activity of the doctoral commission of large hospital-polyclinic association on the referral of patients to medical-social expertise. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2017; 20 (4): 185–191. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-4-185-191>

For correspondence: Vitaliy A. Berdutin, MD, Ph., Deputy Head of the Contract, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation. E-mail: vberdt@gmail.com.

Information about authors:

Guseva N.K., <http://orcid.org/0000-0002-2833-8594>

Berdutin V.A., <http://orcid.org/0000-0003-3211-0899>

Zubeev P.S., <http://orcid.org/0000-0003-0414-9104>

Baranova S.V., <http://orcid.org/0000-0001-9228-3025>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 20 November 2017

Accepted 28 November 2017

На современном этапе развития медико-социальной экспертизы (МСЭ) важную роль сыграла ратификация конвенции о правах инвалидов в РФ¹. Попытка обеспечить гражданам с ограничениями жизнедеятельности участие в гражданской, политической, социальной и культурной жизни общества потребовала внесения существенных изменений и дополнений в нормативно-законодательную базу РФ, регулиующую различные стороны жизни российских граждан.

Был принят федеральный закон от 01.12.14 г. № 419² о ратификации международной конвенции о правах инвалидов, который внёс изменения и дополнения в законы, регламентирующие занятость населения, доступность для инвалидов культурных ценностей, кинематографа, библиотек, музеев, объектов транспортной, инженерной и социальной инфраструктуры.

В это же время изменились и правила определения инвалидности: уточнили критерии установления инвалидности для взрослых и детей, определения групп инвалидности для взрослых, причин инвалидности, ввели количественную оценку степени выраженности стойких нарушений функций организма. В 2017 г. вышел приказ Министерства труда и социальной защиты РФ³, изменивший форму индивидуальных программ реабилитации инвалидов и детей-инвалидов и вменивший в обязанность федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы определение только нуждаемости в реабилитационных мероприятиях, услугах и технических средствах реабилитации, без уточнения их содержания. Изменения, произошедшие в нормативно-законодательных актах, повышают значение медицинских ор-

ганизаций в МСЭ в плане установления и формулирования медицинского диагноза пациента, определения характера и стойкости нарушений функций организма, разработки и реализации внутриучрежденческих программ реабилитации инвалидов [1–4].

В то же время известно, что уровень доступности и качества медицинской помощи населению оставляет желать лучшего. В последние годы в здравоохранении отмечаются такие неблагоприятные тенденции, как рост числа фельдшерских бригад на скорой помощи, сокращение коечного фонда, проблемы с медицинскими кадрами в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В таких условиях важно знать готовность медицинских организаций оперативно реагировать на изменения экспертного законодательства и вносить свою лепту в обеспечение непрерывности, последовательности, преемственности и комплексности экспертно-реабилитационного процесса.

Цель исследования – выявить основные тенденции в работе врачебных комиссий (ВК) медицинских организаций по направлению больных на МСЭ.

Задачи – изучить особенности первичного и повторного направления пациентов на МСЭ в динамике за 2011 и 2015 гг.

Материал и методы

Основными документами – источниками информации стали журналы работы ВК крупного больнично-поликлинического объединения (ф. 035/у) за 2011 и 2015 гг. Сбор информации проводился методом выкопировки, формирование статистической совокупности – методом основного массива (исключались из исследования неинформативные и дефектные записи). При обработке материала использовались методы сравнительного формально-логического анализа, табличная сводка материала, расчёт и анализ экстенсивных и интенсивных показателей, показателей наглядности и динамики. Исследование проводилось в рамках доверительных границ, установленных с вероятностью безошибочного прогноза $p \geq 0,95$ при $t \geq 2$.

Результаты и обсуждение

В 2011 г. первичное направление на МСЭ получили 216 пациентов. Из них более половины составили лица старше 60 лет (51,4%, $p > 0,95$). Гендерные раз-

¹Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

²Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».

³Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребёнка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Таблица 1

Распределение граждан, первично направленных на МСЭ в 2011 г., по полу и характеру патологии в зависимости от возраста

Характер патологии	Возраст		До 40 лет		41–60 лет		Более 60 лет		Всего	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Онкологические заболевания	3	4	10	18	21	17	34	39		
ИБС	1	–	13	5	8	24	22	29		
Последствия ОНМК и ЧМТ	–	–	8	5	11	12	19	17		
Заболевания и травмы КМС	4	3	9	8	3	5	16	16		
Прочие заболевания	3	1	8	2	7	3	18	6		
Всего...	11	8	48	38	50	61	109	107		
Итого по возрасту	19		86		111		216			

Примечание. Здесь и в табл. 2–4, 6, 8: ИБС – ишемическая болезнь сердца; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ЧМТ – черепно-мозговые травмы; КМС – костно-мышечная система.

личия незначительные, только в старшем возрасте отмечается увеличение доли женщин (табл. 1).

В структуре инвалидизирующей патологии ведущие места традиционно занимают онкологические заболевания – 33,8% ($p > 0,95$), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 23,6% ($p > 0,95$), последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и черепно-мозговых травм (ЧМТ) – 16,7% ($pp > 0,95$). В структуре прочих заболеваний 25% составляют тугоухость и заболевания глаз.

По данным о социально-трудовом статусе 197 человек из числа первично направленных на МСЭ, 49,2% (97 человек, $p > 0,95$) составили неработающие пенсионеры; 17,8% (35 человек, $p > 0,95$) – неработающие лица трудоспособного возраста; 17,3% (34 человека, $p > 0,95$) – лица на работах с преобладающим фактором физического труда; 15,7% (31 человек, $p > 0,95$) – лица умственного труда и административно-хозяйственные работники. Неработающие пенсионеры составили основную долю среди лиц, получивших группу инвалидности. В 2011 г. отмечен контингент

неработающих граждан трудоспособного возраста, доля которых среди лиц, получивших II группу инвалидности, составила 17,2% ($p > 0,95$), а среди получивших III группу – 24,6% ($p > 0,95$).

По результатам освидетельствования лиц, первично направленных на МСЭ в 2011 г., из граждан, получивших группу инвалидности, стали инвалидами I группы 21,1% (43 человека, $p > 0,95$), II группы – 46,6% (95 человек, $p > 0,95$), III группы – 32,3% (66 человек, $p > 0,95$), то есть 67,7% ($p > 0,95$) стали тяжёлыми инвалидами (из них 60,6% – лица старше 60 лет). Не получили инвалидность 5,6%, (12 человек, $p > 0,95$) освидетельствованных граждан, в основном среднего возраста. Среди инвалидов I группы преобладают пациенты с онкологическими заболеваниями и последствиями ОНМК и ЧМТ, II группы – с онкологическими заболеваниями и ИБС, III группы – ИБС и последствиями ОНМК и ЧМТ.

Исследование контингента пациентов, повторно направленных на МСЭ в 2011 г. (267 человек), показало следующее:

- соотношение первично и повторно направленных на МСЭ лиц составляет 1:1,2;
- в возрастной структуре преобладают лица среднего возраста – 67,4% ($p > 0,95$), в половой структуре – 62,5% ($p > 0,95$) мужчин;
- на первое место в структуре патологии данного контингента выходят пациенты с ИБС – 27,7% ($p > 0,95$), онкологическими заболеваниями – 19,9% ($p > 0,95$), заболеваниями и травмами костно-мышечной системы – 18,7% ($p > 0,95$).

На переосвидетельствование направляют в основном инвалидов II и III групп – 95,5% ($p > 0,95$). Среди пациентов среднего возраста с III группой инвалидности 42,5% ($p > 0,95$) составляют лица с ИБС и последствиями ОНМК и ЧМТ. Особый интерес представляют межгрупповые миграции пациентов по результатам переосвидетельствования, которые были исследованы у 259 пациентов, повторно направленных на МСЭ (табл. 2).

Самые высокие показатели стабильности отмечены в III группе инвалидности – 78,7% ($p > 0,95$), несколько ниже во II группе – 66,3% ($p > 0,95$). По своей сути III группа инвалидности должна быть самой нестабильной, поскольку она даётся на период реабилитации, в основном по социальному критерию. Однако по нашим данным, показатели реабилитации в этой

Таблица 2

Распределение пациентов, повторно направленных на МСЭ в 2011 г., по результатам переосвидетельствования и характеру патологии в зависимости от группы инвалидности при направлении

Характер патологии	Группы**			I группа*			II группа*			III группа*			Нет групп	Всего
	I	II	III	I	II	III	I	II	III					
Онкологические заболевания	1	–	–	6	17	9	–	4	13	3	53			
ИБС	–	–	–	–	16	2	–	5	51	–	74			
Последствия ОНМК и ЧМТ	2	–	–	3	4	1	1	4	22	2	39			
Заболевания и травмы КМС	–	–	–	2	14	3	–	2	20	5	46			
Прочие заболевания	–	–	–	6	16	2	–	3	16	4	47			
Всего...	3	–	–	17	67	17	1	18	122	14	259			

Примечание. * – группы инвалидности при повторном направлении на МСЭ; ** – по результатам переосвидетельствования.

Таблица 3

Сравнительная характеристика пациентов, направленных на МСЭ в 2011 г. первично и повторно, по полу, возрасту, характеру патологии и результатам переосвидетельствования

Основные характеристики	Структура контингента лиц, направленных на МСЭ	
	первично	повторно
Онкологические заболевания	33,8	19,9
ИБС	23,6	27,7
Последствия ОНМК и ЧМТ	16,7	13,8
Заболевания и травмы КМС	14,8	18,7
Прочие заболевания.	11,1	19,9
Возрастные группы	100	100
До 40 лет	8,8	11,2
41–60 лет	39,8	67,4
Старше 60 лет	51,4	21,4
Пол	100	100
Мужской	50,5	62,5
Женский	49,5	37,5
Результаты экспертизы	100	100
I группа	21,1	8,6
II группа	46,6	34,7
III группа	32,3	56,7
Итого	100	100

группе составили всего 9% ($p > 0,95$), а показатели утяжеления инвалидности – 12,3% ($p > 0,95$), что свидетельствует о недостаточном объёме и качестве восстановительных мероприятий либо о неправильном

определении группы инвалидности. По результатам исследования II группа оказалась менее стабильной, чем III, а показатели утяжеления во II группе были равными показателям частичной реабилитации – 16,8% ($p > 0,95$).

Сравнивая контингенты больных, направленных в 2011 г. на МСЭ первично и повторно, можно отметить, что контингент повторно освидетельствованных граждан менее тяжёлый и более перспективный в плане реабилитации – достоверно возрастает доля лиц с прочими заболеваниями ($t = 2,69$), снижается доля пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями ($t = 3,42$), возрастает доля граждан до 60 лет ($t = 7,06$), а также доля инвалидов III группы по результатам переосвидетельствования ($t = 5,51$), табл. 3.

Ситуация несколько изменилась в 2015 г. Количество первично направленных на МСЭ граждан возросло с 216 до 252 человек. В возрастной структуре увеличилась доля лиц среднего возраста, а в половой структуре выросла доля женщин. По характеру патологии контингент лиц, первично направленных на МСЭ в 2015 г., как и в 2011 г., остаётся тяжёлым – преобладают пациенты с ИБС, онкологическими заболеваниями, последствиями ОНМК и ЧМТ (табл. 4).

Среди лиц старше 60 лет 54,2% составляют женщины, 39,2% – пациенты с онкологическими заболеваниями, 20,8% – с ИБС ($p > 0,95$).

По результатам освидетельствования, из 252 человек I группу получили 13,0% ($p > 0,95$), II группу – 38,9% ($p > 0,95$), III группу – 48,1% ($p > 0,95$). Не установлена инвалидность у 7,1% ($p > 0,95$) от общего числа освидетельствованных.

В структуре лиц, первично направленных на МСЭ в 2015 г., традиционно 45,4% ($p > 0,95$) составили не-

Таблица 4

Распределение пациентов, первично направленных на МСЭ в 2015 г., по характеру патологии и полу в зависимости от возраста

Характер патологии	Возраст		До 40 лет		41–60 лет		Более 60 лет		Всего		Итого	В %
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж				
Онкологические заболевания	1	4	13	30	16	31	30	65	95	38,9		
ИБС	–	–	15	4	9	16	24	20	44	18,0		
Последствия ОНМК и ЧМТ	–	1	11	10	17	9	28	20	48	19,7		
Заболевания и травмы КМС	2	5	10	5	1	3	13	13	26	10,7		
Прочие заболевания	2	1	3	7	12	6	17	14	31	12,7		
Всего...	5	11	52	56	55	65	112	132	244	100		
Итого по возрасту	16		108		120		244		244			
В %	6,6		44,3		49,2		100					

Таблица 5

Распределение пациентов, первично направленных на МСЭ в 2015 г., по результатам освидетельствования и социально-трудовому статусу

Социально-трудовой статус	I группа	II группа	III группа	Нет группы	Всего	В %
Неработающие пенсионеры	15	42	45	2	104	45,4
Лица физического труда	4	18	24	3	49	21,4
Лица умственного и административного труда	7	11	16	5	39	17,0
Неработающие лица трудоспособного возраста	5	11	15	6	37	16,2
Итого	31	82	100	16	229	100

Таблица 6

Распределение пациентов, повторно направленных на МСЭ в 2015 г., по полу и характеру патологии в зависимости от возраста

Характер патологии	Возраст		До 40 лет		41–60 лет		Более 60 лет		Всего		Итого	В %
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж				
Онкологические заболевания	4	4	18	42	26	33	48	79	127	39,0		
ИБС	1	–	31	4	15	19	47	23	70	21,5		
Последствия ОНМК и ЧМТ	1	3	19	13	7	1	27	17	44	13,5		
Заболевания и травмы КМС	3	2	13	7	4	2	20	11	31	9,4		
Прочие заболевания	3	7	10	11	12	11	25	29	54	16,6		
Всего...	12	16	91	77	64	66	171	162	326	100		
Итого по возрасту	28		168		130		167		326			
В %	8,6		51,5		39,9				100			

Таблица 7

Сравнительная характеристика показателей результатов переосвидетельствования граждан в динамике за 2011 и 2015 гг. (на 100 освидетельствованных)

Группы	Годы		2011		2015	
	II	III	II	III		
Показатели стабильности групп	66,3	78,7	78,4	73,5		
Показатели утяжеления групп	16,8	12,3	5,9	16,3		
Показатели полной и частичной реабилитации	16,8	9,0	15,7	3,4		

работающие пенсионеры и 21,4% лица, занятые на работах с преобладанием физического труда (табл. 5). На листке нетрудоспособности находились при первичном направлении на МСЭ 76 человек, в основном страдающие онкологическими заболеваниями и пациенты с последствиями ОНМК и ЧМТ – 56 человек. Из них получили инвалидность 72 человека. В числе пациентов, направленных на МСЭ с листком нетрудоспособности, 47 человек имели сроки нетрудоспособности более 100 дней.

Изучены данные 326, повторно направленных на МСЭ в 2015 г. Среди них большую долю составляют мужчины (52,5%, $p > 0,95$), пациенты с онкологическими заболеваниями (39,0%, $p > 0,95$) и ИБС (21,5%, $p > 0,95$), табл. 6.

Лица старше 60 лет составили среди повторно направленных на МСЭ в 2015 г. 39,9%, среди лиц с онкологическими заболеваниями – 46,5%, ИБС – 48,6% ($p > 0,95$).

Результаты освидетельствования показали, что из граждан, повторно направленных на МСЭ, I группа инвалидности установлена у 3,6% направленных, II группа – 40,3%, III группа – 50,3%, не установлена группа – у 5,6% ($p > 0,95$). При этом лица старше 60 лет составили 41,4% среди лиц, получивших II группу инвалидности, и 36,1% среди получивших III группу ($p > 0,95$).

Миграции пациентов по результатам переосвидетельствования были изучены у 323 человек, из

которых у 299 подтверждена группа инвалидности, 6 – группа инвалидности не установлена, а 18 человек были направлены для определения (подтверждения) степени утраты профессиональной трудоспособности. Как показало исследование, по сравнению с 2011 г. в 2015 г. показатели стабильности групп инвалидности выросли на 8,2%, в основном за счёт роста стабильности II группы на 12,1% ($t = 3,24$); снизились показатели утяжеления инвалидности за счёт II группы на 10,9% ($t = 4,10$), снизились показатели полной и частичной реабилитации за счёт снижения показателей полной реабилитации в III группе инвалидности на 5,6% ($t = 2,75$), табл. 7.

Сравнивая контингенты граждан, первично и повторно направленных на МСЭ в 2015 г., можно сказать, что в их структуре по характеру патологии, полу, возрасту и характеру экспертных решений существенных различий нет (табл. 8).

Сравнивая контингенты первично и повторно направленных на МСЭ в 2011 и 2015 гг., можно сказать, что среди лиц, направленных на МСЭ в 2015 г. как первично, так и повторно, наблюдается утяжеление характера патологии и повышение возраста. В то же время результаты освидетельствования в 2015 г., наоборот, стали более благоприятными, особенно при первичном освидетельствовании: III группа возросла на 15,8% ($t = 3,53$). Следует отметить и увеличение доли лиц старше 60, получивших по результатам переосвидетельствования III группу инвалидности, с 43,3% в 2011 г. до 57,8% в 2015 г. ($t = 2,5$).

Распределение обращений во ВК для направления на МСЭ по кварталам года в 2015 г. идёт более равномерно, с некоторым увеличением потока пациентов во втором полугодии. В 2011 г. обращаемость изменялась скачкообразно, с ростом во II и IV кварталах. В целом число направленных на МСЭ за 5 лет выросло на 111 человек (темп роста составил 19,2%). Изменилось соотношение лиц, первично и повторно направленных на МСЭ: в 2011 г. оно составило 1:1,16; в 2015 г. – 1:1,36; то есть число первично направленных пациентов выросло на 28 человек, а число повторно направленных – на 83 человека (табл. 9).

Сравнительная характеристика граждан, первично и повторно направленных на МСЭ в 2011 и в 2015 гг.

Характер патологии	Основные характеристики	Структура контингента лиц, первично направленных на МСЭ		Структура контингента лиц, повторно направленных на МСЭ	
		2011	2015	2011	2015
Онкологические заболевания		33,8	38,9	19,9	39,0
ИБС		23,6	18,0	27,7	21,5
Последствия ОНМК и ЧМТ		16,7	19,7	13,8	13,5
Заболевания и травмы КМС		14,8	10,7	18,7	9,4
Прочие заболевания		11,1	12,7	19,9	16,6
Возрастные группы		100	100	100	100
До 40 лет		8,8	6,5	11,2	8,6
41–60 лет		39,8	44,3	67,4	51,5
Старше 60 лет		51,4	49,2	21,4	39,9
Пол		100	100	100	100
Мужской		50,5	45,9	62,5	51,2
Женский		49,5	54,1	37,5	48,8
Результаты экспертизы		100	100	100	100
I группа		21,1	13,0	8,6	2,0
II группа		46,6	38,9	34,7	39,7
III группа		32,3	48,1	56,7	58,3
Итого		100	100	100	100

Это свидетельствует о том, что процесс направления на МСЭ в организации стал более управляем и адекватен ситуации, поскольку контингент пациентов, поступающий в учреждение, становится тяжелее (более 70% больных экстренно госпитализируется в стационар), а технологии, применяемые в организации – более сложными, требующими более длительной и эффективной реабилитации пациентов. В структуре объединения организовано отделение реабилитации, активно проводящее восстановительные мероприятия для больных после инсульта, травм, реконструктивных операций.

В то же время за исследуемый период в Нижегородской области число граждан, направленных на МСЭ для установления либо подтверждения группы инвалидности, сократилось на 2619 человек, первичный выход на инвалидность снизился с 72,0 до 65,6

на 10 000 взрослого населения и с 141,5 до 120,4 на 10 000 населения пенсионного возраста.

Выводы

Процесс направления на МСЭ граждан в объединении хорошо управляем, ориентирован на граждан как старшего, так и среднего возраста и их потребность в освидетельствовании с учётом результатов реабилитации.

В 2015 г. по сравнению с 2011 г. отмечен рост числа направленных на МСЭ, в основном за счёт лиц, направленных на переосвидетельствование (темп роста 19,2%), что связано как с тяжестью контингента, обращающегося в организацию, так и с использованием современных технологий лечения, требующих длительного периода реабилитации, а также с накоплением контингента инвалидов.

По сравнению с 2011 г., среди направленных на МСЭ, в 2015 г. наблюдается утяжеление характера патологии и увеличение возраста, при этом сгладились различия между первично и повторно направленными пациентами.

Результаты освидетельствования за период наблюдения стали более благоприятными (рост доли инвалидов III группы как при первичном, так и при повторном освидетельствовании), несмотря на более тяжёлый контингент освидетельствованных, что очевидно связано с изменением критериев групп инвалидности и дефектами оценки клинико-функционального диагноза.

Лица старше 60 лет составляли значительную долю в числе первично освидетельствованных граждан как в 2011, так и в 2015 гг., но если в 2011 г. в

Таблица 9

Динамика распределения обращений пациентов, направленных на МСЭ в 2011 и 2015 гг., по кварталам года

Кварталы	2011		2015		2011	2015
	первично	повторно	первично	повторно		
I	46	49	55	86	95	141
II	75	66	70	71	141	141
III	40	51	55	81	91	136
IV	56	85	65	96	141	161
Всего...	217	251	245	334	468	579

числе направленных на переосвидетельствование их доля сократилась на 30%, то в 2015 г. изменилась незначительно. В то же время доля лиц старше 60 лет, получивших при переосвидетельствовании III группу инвалидности, с 2011 по 2015 г. выросла на 14,5%.

Неблагоприятной тенденцией является снижение показателей реабилитации и рост показателей утяжеления III группы инвалидности в 2015 г., что может быть связано с накоплением в этой группе лиц старше 60 лет, в отношении которых реабилитационный прогноз сомнителен вследствие возрастных изменений и накопленной патологии. При освидетельствовании лиц старшей возрастной группы, очевидно, необходимо участие гериатров.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова С.Т. Новые правила установления инвалидности с позиции медицинской организации. *Здравоохранение*. 2016; (5): 36–40.
2. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Балека Л.Ю. Особенности государственной службы медико-социальной экспертизы на современном этапе. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016; 19(3): 159–63.

3. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Шевченко С.Б., Смольников Е.В., Гончарова О.В. Принципы формирования врачебного заключения. Клинический диагноз. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017; 20(1): 46–9.
4. Гончаренко А.Г., Акимов Е.И. Принципы и критерии определения стойкости нарушения функций организма в практике проведения медико-социальной экспертизы. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016; (3): 123–4.

REFERENCES

1. Danilova S.T. New rules for establishing disability from the positions of medical organizations. *Zdravookhranenie*. 2016; (5): 36–40. (in Russian)
2. Puzin S.N., Memetov S.S., Shurgaya M.A., Baleka L.Yu. Features of the organization of public service of medical and social expertise at the present stage. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2016; 19(3): 159–63. (in Russian) DOI: 10.18821/15609537-2016-19-3-159-163
3. Puzin S.N., Shurgaya M.A., Memetov S.S., Shevchenko S.B., Smol'nikov E.V., Goncharova O.V. Principles of formation of medical conclusion. Clinical diagnosis. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2017; 20(1): 46–9. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-46-49>
4. Goncharenko A.G., Akimov E.I. Principles and criteria for detection of the persistence of disorders of functions of the organism in the practice of the medical and social expertise. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2016; 19 (3): 123–4. (in Russian). DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-3-123-124

Поступила 20.11.17

Принята к печати 28.11.17

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ «Медико-социальная экспертиза и реабилитация»

ОАО «Издательство «Медицина»
предлагает любой удобный для Вас способ подписки:

Подписка через наш сайт: www.medlit.ru/journalsview/reha/главная
Подписка через интернет: www.akc.ru
www.pressa-rf.ru

Подписка на электронную версию журнала: www.elibrary.ru
В любом почтовом отделении РФ по действующим каталогам
Индекс по каталогу «Роспечать»: **47281**
Индекс по каталогу «Пресса России»: **27883**

Форма подписки – *полугодовая*:

На 1-е полугодие подписка принимается с **1 сентября**

На 2-е полугодие – с **1 апреля**

Подписка оканчивается в сроки, определяемые распространителем
(Агентством «Роспечать») самостоятельно.

По всем вопросам, связанным с подпиской на журнал, Вы можете обратиться
в отдел реализации периодической литературы:

e-mail: a.belova@idm.msk.ru

Обращаем Ваше внимание, что авторские экземпляры в издательстве не предусмотрены
и тираж соответствует подписке