

О.С. Андреева¹, Л.А. Карасаева²,
М.А. Шкурко¹, С.Б. Шахсуварян¹

Вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с последствиями военной травмы

¹Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, Москва

²Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматриваются экспертные характеристики клинико-функционального статуса военнослужащих, впервые признанных инвалидами в 2016 г. по причине «военная травма». Известно, что объективизация методов экспертно-реабилитационной диагностики в ходе осуществления медико-социальной экспертизы при установлении инвалидности и разработки индивидуальных программ реабилитации/абилитации инвалидов – одна из основных задач концепции «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов». В соответствии с данным положением анализируются клинико-экспертные показатели, подтвержденные данными экспертно-реабилитационной диагностики, позволяющие объективизировать нарушенные функции и структуры организма военнослужащих, получивших военную травму, при освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы. Представлены основные клинико-функциональные синдромы, имеющие экспертную значимость и оказавшие влияние на принятие решения при установлении групп инвалидности. Подробно рассмотрены противопоказанные и показанные факторы рекомендованной трудовой деятельности, на которые необходимо ориентироваться при трудоустройстве инвалидов из числа бывших военнослужащих. Использование в практике научно обоснованных рекомендаций позволяет определить формы и условия трудовой занятости в обычных или специально созданных условиях труда для рационального трудоустройства и социализации военнослужащих, ставших инвалидами. Ссылаясь на обновленные нормативные правовые акты с учетом принципа неотделимости процедуры медико-социальной экспертизы от формирования индивидуальных программ реабилитации/абилитации инвалидов, авторы иллюстрируют возможности профессиональной реабилитации и занятости военнослужащих, которым установлены разные группы инвалидности по причине «военная травма».

Ключевые слова: инвалиды, военнослужащие, военная травма, медико-социальная экспертиза, трудовые рекомендации, профессиональная реабилитация, возможности трудоустройства, центральная нервная система, индивидуальная программа реабилитации/абилитации инвалидов.

Введение. Ратификация Российской Федерацией «Конвенции о правах инвалидов» [1] и концепция «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» [2] выдвигают на первый план соблюдение прав и свобод лиц, имеющих инвалидность, обеспечение им комплексной реабилитации для включения в полноценную социальную и профессиональную деятельность [3]. Известно, что основой современной социальной политики нашего государства является восстановление здоровья, восстановление и сохранение трудоспособности гражданам с установленной инвалидностью, что несомненно будет способствовать дальнейшему социальному и экономическому развитию государства [4, 5].

Наиболее важными направлениями в комплексной реабилитации инвалидов по причине «военная травма» являются медицинская и профессиональная реабилитация. Поэтому проведение на высоком профессиональном уровне экспертизы трудоспособности и последующее формирование индивидуальных программ реабилитации/абилитации (ИПРА) инвалидов [6] для достижения позитивных результатов в профес-

сиональной реабилитации и трудоустройстве приобретает особую актуальность в современных условиях. Особенно важно, что в настоящее время в систему реабилитации инвалидов внедряются подходы использования Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) для целенаправленного реабилитационного воздействия на всех этапах маршрута инвалида: в медицинских организациях, учреждениях реабилитации и занятости населения [6]. Это актуализирует объективизацию оценки функциональных и структурных нарушений организма, реабилитационный потенциал и барьеров окружающей среды, в том числе, производственной среды. При этом обязательства государства с разработанным «Планом мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017–2020 годы» [7], направлены на повышение результатов трудоустройства инвалидов, что также обуславливает актуальность трудоустройства в системе профессиональной реабилитации инвалидов.

Согласно ст. 9 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181 [8], мероприятия системы профессиональной реабили-

литации включают: профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию. В этом контексте необходима экспертная оценка и устранение ограничений способности инвалида к активному участию во всех вышеперечисленных мероприятиях профессиональной реабилитации, что особенно значимо для инвалидов трудоспособного возраста из числа бывших военнослужащих.

Целью исследования. Выявить особенности медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации инвалидов с последствиями военной травмы.

Материалы и методы. Материалы исследования базировались на данных анализа формы официальной государственной статистической отчетности – «Форма 7-собес» [9].

Результаты и их обсуждение. В 2016 г. в Российской Федерации впервые были признаны инвалидами вследствие военной травмы 1045 человек. Лица трудоспособного возраста составляли 89,6% (936 чел.), остальные 10,4% (109 чел.) находились в пенсионном возрасте.

Анализ клинико-экспертных показателей лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ) из числа военнослужащих, позволил установить, что у подавляющего большинства в анамнезе отмечались последствия травм центральной нервной системы (ЦНС). У 49,0% военнослужащих основной причиной направления на освидетельствование в бюро МСЭ в связи утратой трудоспособности была черепно-мозговая травма (ЧМТ), по последствиям которой они впоследствии были признаны инвалидами. Нозологический диагноз у 87,9% военнослужащих трактовался как последствия закрытой ЧМТ, у 12,1% – как последствия открытой ЧМТ.

Согласно приказу Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н, утвердившему «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [10], критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья со второй и более выраженной степенью стойких нарушений функций организма человека (нарушения функции в диапазоне от 40 до 100%), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2-й или 3-й степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1-й степени выраженности двух и более категорий, определяющих необходимость его социальной защиты. В настоящее время в системе МСЭ на основе положений МКФ предусматривается объективизация наличия и степени расстройств функций и структур организма лица, подлежащего освидетельствованию. На основании Приказа Минтруда России от 17.12.2015 г.,

№ 1024н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [9] необходимо определять степень расстройств функций с расчетом процентов их утраты и ведущих к инвалидизации организма.

У инвалидов, перенесших ЧМТ, в бюро МСЭ нами диагностировалась полифункциональная патоморфологическая клиническая симптоматика. При этом были выделены основные клинико-функциональные синдромы, имеющие значимые экспертные характеристики (табл. 1).

При решении экспертных вопросов в контексте новых нормативных правовых документов были учтены повреждения структуры ЦНС, которые определены в виде ушиба головного мозга (72,7%), сотрясения головного мозга (22,7%) и сдавления головного мозга (4,6%).

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики важным представлялось объективизировать клинико-функциональные синдромы, что представляло сложную экспертную задачу, однако прямо влияющую на вынесение экспертного решения. Кроме наличия полиморфизма клинических проявлений в посттравматическом периоде у перенесших военную ЧМТ, характер и степень нарушений функций были разными в зависимости не только от наличия прямых последствий и осложнений ЧМТ, но и вновь возникших заболеваний (например, церебрального атеросклероза), стремительное развитие которых нередко было связано с травматическим повреждением головного мозга.

Инвалидами III группы признавались лица, имеющие отдаленные последствия ушиба, контузии головного мозга, протекавшие с общемозговыми умеренными нарушениями и повлекшие стойкие умеренные нарушения функции нервной системы, имеющие от 40 до 60% расстройств функций. При разработке ИПРА необходимо было определить и оценить реабилитационный потенциал больного и сформировать мероприятия по реабилитации инвалидов, особенно по профессиональной реабилитации и трудоустройству. При наличии у инвалидов с последствиями ЧМТ умеренно выраженного вестибулярного синдрома; умеренно выраженного дизэнцефального синдрома не рекомендовалась работа, связанная с выраженной и умеренно выраженной физической нагрузкой; с выраженной нервно-психической нагрузкой; с подъемом и пребыванием на высоте, у движущихся механизмов, работа на конвейере, связанная с частыми наклонами, поворотами головы, туловища, с контактом с токсическими веществами, выполняемая в неблагоприятных метеорологических и микроклиматических условиях.

Инвалиды могут выполнять работу с легкой физической нагрузкой или с легкой и умеренной умственной нагрузкой. Рабочее место стационарное, рабочая поза свободная, без длительного вынужденного положения, частых наклонов головы и туловища, не

у движущихся механизмов, не на транспорте. Санитарно-гигиенические производственные условия в пределах оптимальных и допустимых норм.

Инвалидами III группы вследствие военной травмы также признавались лица, имеющие отдаленные последствия ушиба, контузии головного мозга, протекавшие с психическими умеренными нарушениями и повлекшие стойкие умеренные нарушения функции нервной системы и/или психической сферы (40–60% функциональных нарушений).

При наличии у инвалидов с последствиями ЧМТ умеренно выраженного эпилептиформного синдрома не рекомендовалась работа, связанная с выраженной и умеренно выраженной физической нагрузкой; с выраженной нервно-психической нагрузкой; с подъемом и пребыванием на высоте, у огня, воды, у движущихся механизмов, управление транспортными средствами, несение караульной, наблюдательной служб, материальная ответственность. Противопоказаны неблагоприятные микро- и метеорологические условия, вибрация, шум, воздействие токсических веществ.

Инвалиды могут выполнять работу с легкой физической нагрузкой или с легкой и умеренной умственной нагрузкой по заданному темпу с возможностью коррекции без дефицита времени; без несения материальной ответственности. Санитарно-гигиенические производственные условия в пределах оптимальных и допустимых норм.

При отдаленных последствиях ушиба, контузии головного мозга, протекавших с вегетативно-сосудистыми умеренно выраженными нарушениями и повлекших стойкие умеренные вегетативно-сосудистые нарушения, в том числе с пароксизмальными состояниями средней частоты (обморочные приступы, вегетативно-сосудистые кризы), когда имели место 40% функциональных нарушений, специалистами федеральных государственных учреждений (ФГУ) МСЭ определялась III группа инвалидности вследствие военной травмы. При наличии у инвалидов с последствиями ЧМТ умеренно выраженного очагового (экстрапирамидного, пирамидного синдрома с расстройством двигательной функции конечностей – гемипарез, монопарез умеренно выраженный) не рекомендовалась работа, связанная с выраженной и умеренно выраженной физической нагрузкой; с выраженной нервно-психической нагрузкой; с вынужденной рабочей позой, с предписанным темпом, требующая выполнения точных работ, длительной ходьбы; работа, выполняемая в условиях шума, вибрации, контакта с токсическими веществами, в неблагоприятных метеорологических и микроклиматических условиях.

Инвалиды могут выполнять работу с легкой физической нагрузкой или с легкой и умеренной умственной нагрузкой. Рабочее место стационарное, рабочая поза свободная, ходьба без груза не более 2 км в смену; работа, не требующая одновременного участия обеих верхних конечностей, не связанная с выполнением координированных действий. Сани-

тарно-гигиенические производственные условия в пределах оптимальных и допустимых норм.

При отдаленных последствиях ушиба, контузии головного мозга, протекавших с вегетативно-сосудистыми выраженными нарушениями и повлекших стойкие умеренно выраженные вегетативно-сосудистые нарушения, в том числе с частыми пароксизмальными состояниями (еженедельными приступами и/или значительно выраженным воздействием на общее состояние), специалистами ФГУ МСЭ определялось 50–60% функциональных нарушений и III группа инвалидности вследствие военной травмы. При наличии у инвалидов с последствиями ЧМТ умеренно выраженного вегетативно-сосудистого синдрома не рекомендовалась работа с выраженной и умеренно выраженной физической нагрузкой, выраженной нервно-психической нагрузкой, выполняемая в контакте с вибрацией, шумом, токсическими веществами; в неблагоприятных микроклиматических и метеорологических условиях (высокие и низкие температуры окружающей среды, повышенная влажность).

Рекомендовалась легкая физическая работа, легкая или умеренно напряженная умственная работа с выполнением простых и сложных действий по заданному плану с возможностью коррекции без дефицита времени. Санитарно-гигиенические производственные условия в пределах оптимальных и допустимых норм.

При последствиях ушиба, контузии головного мозга, протекавших с общемозговыми выраженными нарушениями, с психическими выраженными нарушениями, и повлекших стойкие выраженные нарушения функции нервной системы специалистами ФГУ МСЭ устанавливались 70–80% функциональных нарушений и II группа инвалидности вследствие военной травмы. В этом случае при трудоустройстве инвалидов требовалась разработка индивидуальных специально созданных условий трудовой деятельности.

Не рекомендовалась работа, связанная с выраженной и умеренно выраженной физической нагрузкой; с выраженной и умеренно выраженной нервно-психической нагрузкой; требующая контакта с большим количеством людей в процессе труда, длительного сосредоточенного внимания, высокой точности психомоторных реакций, выполняемая в условиях контакта с токсическими веществами.

Инвалиды могут выполнять работу с легкой физической нагрузкой или с легкой умственной нагрузкой, с выполнением простых действий по заданному темпу с коррекцией без дефицита времени. Санитарно-гигиенические производственные условия в пределах оптимальных и допустимых норм. Работа в специально созданных условиях труда.

Из числа военнослужащих инвалидами I группы признано не было.

Таким образом, при освидетельствовании военнослужащих с целью определения группы инвалидности необходима объективизация функциональных нарушений с установлением процента расстройств

функций организма. При формировании ИПРА акцент должен быть направлен на разработку трудовых рекомендаций для рационального трудоустройства и социализации инвалидов из числа бывших военнослужащих.

Литература

1. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм. Приказ Минтруда России от 13.06.2017 г., № 486н // Росс. газета. – 2017. – 18 июня.
2. Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации. Письмо Минздравсоцразвития России от 25.11.2010 г., № 30-3/10/1-5853. – М. – 2010. – С. 37.
3. Конвенция о правах инвалидов. Принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12. 2006 г. № 61/106 (сост. на 26.10. 2012 г.). – М. – 2012. – 29 с.
4. Карасаева, Л.А. Современные аспекты правовой базы по вопросам трудоустройства инвалидов / Л.А. Карасаева // Мат. научн-практ. конф. «Современные тенденции профессиональной реабилитации инвалидов» – СПб ГБУ ПРЦ. – 2015 – С. 25–29.
5. Шестаков, В.П. Современные закономерности и тенденции в трудоустройстве инвалидов в Российской Федерации / В.П. Шестаков, А.А. Свинцов // Профессиональная реабилитация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. – СПб. – 2008. – С. 20–29.
6. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ)-International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) утверждена на 54 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA 54.21 от 22.05. 2001. – Женева. – 2001. – 342 с.
7. План мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017–2020 годы: распоряжение Правительства РФ от 10 мая 2017 г., № 893-р // Росс. газета. – 2017. – № 7265.
8. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 г., № 181. Собрание законодательства РФ, 1995 г., № 48, ст. 4563; 2017 г., № 11, ст. 1539.
9. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г., № 1024н. № 610. Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3528.
10. Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Минэкономразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью бюро медико-социальной экспертизы». Приказ Росстата России от 22.12. 2017 г. № 859 // Росс. газета. – 2017. – 24 дек.

O.S. Andreeva, L.A. Karasaeva, M.A. Shkurko, S.B. Shahsuvaryan

Questions of medical and social examination and rehabilitation of disabled people with the consequences of military trauma

Abstract. The expert characteristics of the clinical and functional status of the military personnel for the first time recognized as disabled in 2016 because of «military trauma» are considered. It is known that the objectification of methods of expert rehabilitation diagnosis in the implementation of medical and social expertise in the establishment of disability and the development of individual programs of rehabilitation/habilitation of disabled people-one of the main objectives of the concept of «Improvement of the state system of medical and social expertise and rehabilitation of disabled people.» In accordance with this provision, clinical and expert indicators are analyzed, confirmed by the data of expert rehabilitation diagnostics, allowing to objectify the impaired functions and structures of the body of soldiers who have received a military injury, when examined in the Bureau of medical and social expertise. The main clinical and functional syndromes that have expert significance and have influenced the adoption of expert decisions in the establishment of disability groups are presented. The article describes in detail the contraindicated and shown factors of the recommended labor activity, which should be guided in the employment of disabled people from among the former soldiers. The use of evidence-based recommendations in practice makes it possible to determine the forms and conditions of employment in normal or specially created working conditions for the rational employment and socialization of servicemen who have become disabled. Referring to the updated normative legal acts, taking into account the principle of inseparability of the medical and social examination procedure from the formation of individual programs of rehabilitation/habilitation of disabled persons, the authors illustrate the possibilities of professional rehabilitation and employment of military personnel who have different groups of disability due to «military trauma».

Key words: disabled persons, military personnel, military trauma, medical and social examination, labor recommendations, professional rehabilitation, employment opportunities, Central nervous system, individual rehabilitation/habilitation program for disabled people.

Контактный телефон: 8-905-206-91-17; e-mail: ludkaras@yandex.ru